



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

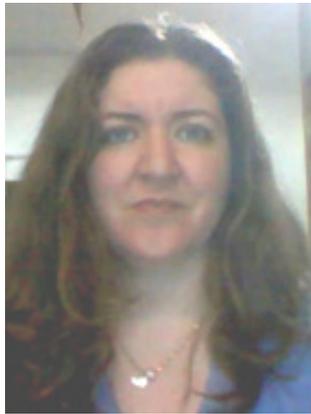
Español

Universidad Federal Fluminense

uff

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Diagnósticos de enfermería en prontuarios de pacientes diabéticos: estudio descriptivo

Lillian Helena Alves da Silva¹; Elenice Valentim Carmona¹; Ana Raquel Medeiros Beck¹; Maria Helena Melo Lima¹; Eliana Pereira de Araújo¹

¹Universidad Estatal de Campinas

RESUMEN

Objetivo: Identificar Diagnósticos de Enfermería de la Taxonomía II de la North American Nursing Diagnoses Association – International, en registros de enfermeros en la atención a pacientes diabéticos ambulatorios.

Método: Estudio descriptivo y retrospectivo. Datos recolectados a partir de 35 prontuarios de pacientes, usando un instrumento desarrollado por los autores y analizados por medio de frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: De un total de ocho diagnósticos, tres de ellos aparecieron en más de 50% de la muestra: Autocontrol ineficaz de la salud; Nutrición desequilibrada: más de que las necesidades corporales y; Estilo de vida sedentario.

Discusión: Se consideró que estos tres diagnósticos están relacionados a una cuestión muy importante y única en el contexto del cuidado del paciente diabético: La dificultad de los pacientes para adherir al tratamiento y al autocuidado.

Conclusión: Los hallazgos muestran que los diagnósticos de enfermería son útiles para nombrar fenómenos que exigen atención en contextos específicos de cuidado, así como también direccionan la asistencia directa que será ofrecida.

Palabras Claves: Diagnóstico de Enfermería; diabetes mellitus; procesos de enfermería.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que a largo plazo acarrea complicaciones como alteraciones degenerativas, oftalmológicas, renales, accidente vascular cerebral, arterosclerosis y amputaciones⁽¹⁾. La elevada prevalencia de esta enfermedad demuestra la necesidad de intervenciones que disminuyan su desarrollo y complicaciones.

El enfermero, como miembro actuante en el equipo multidisciplinar, tiene un papel fundamental como educador en el acompañamiento de pacientes con enfermedades crónicas, como el diabético. Diversos estudios han apuntado las contribuciones de la adhesión al tratamiento y la identificación de problemas vivenciados por los pacientes para proponer intervenciones específicas de Enfermería^(2,3,4,5). Sin embargo, para que las intervenciones sean propuestas, y puedan mejorar la calidad de la asistencia de Enfermería, se hace necesario que los problemas sean adecuadamente descritos y nombrados.

Los problemas identificados por el enfermero, a lo largo del Proceso de Enfermería, pueden ser nombrados como Diagnósticos de Enfermería (DEs), lo que direcciona la elección de las intervenciones individualizadas al diabético y a la familia, responsabilizando al enfermero en lo referente a la asistencia prestada y resultados obtenidos. No obstante, en algunos contextos de trabajo, el enfermero incluso no describe los fenómenos de Enfermería como diagnósticos, dejando de ejercitar el uso de la nomenclatura patronizadas, fruto de estudios y del desarrollo de una ciencia específica de este profesional.

Este trabajo tuvo como objetivo identificar Diagnósticos de Enfermería de la Taxonomía II de la North American Nursing Diagnoses Association - International en los registros de enfermeros que asisten pacientes diabéticos en acompañamiento ambulatorio.

MÉTODO

Se trata de estudio exploratorio-descriptivo, retrospectivo. El local de estudio fue un hospital-escuela público, de alta complejidad hospitalaria y ambulatorio, ubicado en la ciudad de Campinas, estado de São Paulo, Brasil.

Los datos fueron recopilados de 35 prontuarios de pacientes diabéticos atendidos en el Ambulatorio General de Adultos del referido hospital, de mayo a agosto de 2010, considerándose os datos de la última consulta de enfermería. Fueron excluidos los prontuarios de pacientes que abandonaron el acompañamiento ambulatorio, tuvieron alta o resultaron en óbito. La recopilación fue realizada por la primera autora del estudio, que rellenó un instrumento para cada prontuario.

El instrumento de recopilación de datos fue compuesto por tres partes:

1) *Caracterización sociodemográfica*: representada por las iniciales del nombre del paciente, edad, sexo, fecha de nacimiento, número de registro en el hospital, situación conyugal, profesión, procedencia y renta familiar;

2) *Caracterización clínica*: representada por el diagnóstico médico principal, o sea, DM1 (Diabetes Mellitus 1) o DM2 (Diabetes Mellitus 2), problemas asociados como Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), dislipidemias, tabaquismo, etilismo, sobrepeso y obesidad. Para sobrepeso se consideró IMC (Índice de Masa Corpórea) mayor o igual a 25Kg/m² e, para obesidad, mayor o igual a 30Kg/m²(6). También se utilizó los valores de glucemia y hemoglobina glucosilada, considerándose preocupantes valores mayores de 110mg/dL y mayor de 7%, respectivamente(2);

3) *Diagnósticos de Enfermería*: considerados los posibles para los pacientes en cuestión. En este estudio fue utilizada la Taxonomía II propuesta por la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), que se ha destacado como una clasificación patrón del lenguaje de Enfermería, internacionalmente conocida y disponible en varios idiomas(7).

Esta parte del instrumento presentó ocho diagnósticos propuestos por la NANDA-I(7) y sus componentes (factores de riesgo, características definidoras y factores relacionados), establecidos según la literatura y la experiencia clínica de las autoras: Autocontrol

ineficaz de la salud; Nutrición desequilibrada: más de que las necesidades corporales; Perfusión tisular periférica ineficaz; Riesgo de lesión; Riesgo de disfunción neurovascular periférica; Conocimiento deficiente; Riesgo de glucemia inestable y; Estilo de vida sedentario^(7,8,9).

Los diagnósticos, a lo largo de la colecta de datos, fueron señalados conforme encontrados en los registros que daban soporte a su proposición. Para esto, los prontuarios fueron analizados por la primera autora, entrenada para realizar el mapa de los problemas y la proposición de diagnósticos, y discutidos con las otras investigadoras, en encuentros quincenales, buscándose consenso para señalar los diagnósticos y sus componentes.

Los datos fueron analizados descriptivamente por medio de frecuencias absolutas (n) y relativas (%). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estadual de Campinas (nº434/2009).

RESULTADOS

Fueron incluidos 35 prontuarios de pacientes diabéticos. El grupo fue constituido predominantemente por mujeres (62,8%; n=22 pacientes), con edades variando de 39 a 72 años y media de 54,6 años. La mayoría de los pacientes es casada (65,7%; n=23) y blanca (88,6%; n=31). En cuanto a la actividad profesional, 45,7% (n=16) tienen trabajo remunerado, 31,3% (n=11) son jubilados, 20% (n=7) trabajan en el hogar y un (2,8%) paciente está desempleado. Presentaron renta mensual fija 27 pacientes (77,1%), siendo que para 22 de ellos (62,8%) varió de uno a cuatro salarios mínimos. Cinco pacientes (14,2%) presentan renta de cinco a nueve salarios mínimos. El valor del salario mínimo brasileño, en la época de la recopilación de los datos, correspondía aproximadamente a 300 dólares.

Sobre la escolaridad: no fueron encontrados datos relativos a la escolaridad de siete pacientes (20%). Cinco (14,2%) son analfabetos, pero se encontró descrito en el prontuario que dos de ellos aprendieron a leer y a escribir, sin educación formal.

Entonces, de un total de 28 pacientes (80%) con datos sobre alfabetización, se verificó que los años de estudio variaron de cero a 15 años, con una media de 7,75 años.

Sobre el perfil clínico: 32 pacientes (94,1%) poseen DM 2; 29 (82,9%) son portadores de HAS; 23 (65,7%) son obesos y 15 pacientes (42,9%) tienen dislipidemia. Solamente seis pacientes (17,1%) son fumadores y 17 (48,6%) nunca fumaron. En cuanto al etilismo, 27 pacientes (77,1%) nunca fueron alcohólicos, siete (20%) tienen historia previa, pero no actual, y, actualmente, solo un paciente (2,8%) presenta el problema. La glucemia en ayunas varió de 89 a 330 mg/dL, con media de 161,3 mg/dl. Presentaron glucemia mayor que 110mg/dL 21 pacientes (60%), así como Hemoglobina glucosilada superior a 7%. Opuestamente, 10 pacientes (28,5%) presentaron valores menores o iguales a 110mg/dL. La hemoglobina glucosilada estuvo menor o igual a 7% en 10 pacientes (29%). Cuatro prontuarios (11,4%) no presentaron datos sobre los resultados de dichos exámenes.

La [Tabla 1](#) a seguir presenta la frecuencia de los DEs estudiados, según los registros de la última consulta de los pacientes.

Tabla 1- Distribución de los Diagnósticos de Enfermería de la NANDA-I en 35 pacientes diabéticos en acompañamiento ambulatorio. Campinas, 2010

Diagnósticos de Enfermería	Pacientes N=35	Frecuencia %
Autocontrol ineficaz de la salud	33	94,3
Nutrición desequilibrada: más de que las necesidades corporales	25	71,4
Estilo de vida sedentario	23	65,7
Riesgo de disfunción neurovascular periférica	17	48,6
Riesgo de glucemia inestable	10	28,6
Riesgo de lesión	10	28,6
Perfusión tisular periférica ineficaz	8	22,9
Conocimiento deficiente	4	11,4

De los ocho DEs considerados en este estudio, tres, presentaron mayor porcentaje en los prontuarios analizados: *Autocontrol ineficaz de la salud* (n=33; 94,3%); *Nutrición desequilibrada: más de que las necesidades corporales* (n=25; 71,4%) y; *Estilo de vida sedentario* (n=23;65,7%). La [Tabla 2](#) presenta los referidos DEs con la descripción de sus componentes.

Tabla2 - Diagnósticos de enfermería reales en pacientes diabéticos en seguimiento ambulatorio ($n=35$). Campinas, 2010

Diagnóstico real	Factores relacionados y características definidoras	N
Autocontrol ineficaz de la salud 33 prontuarios	<u>Factores relacionados</u>	
	Déficit de conocimiento	27
	Complejidad del régimen terapéutico	27
	Demandas excesivas	20
	Patrones familiares de cuidados de salud	15
	Dificultades económicas	5
	<u>Características definidoras</u>	
	Elecciones de la vida diaria ineficaces para llegar a las metas de salud	25
	Falla al incluir regímenes de tratamiento a la vida diaria	8
Falla al actuar para reducir factores de riesgo	5	
Nutrición desequilibrada: más de que las necesidades corporales 25 prontuarios	<u>Factores relacionados</u>	
	Ingestión excesiva en relación a las necesidades metabólicas	25
	<u>Características definidoras</u>	
	Peso superior al ideal	25
	Nivel de actividad sedentario	23
	Ingestión de alimentos concentrada al final del día	15
Comer en respuesta a estímulos internos	5	
Estilo de vida sedentario 23 prontuarios	<u>Factores relacionados</u>	
	Falta de interés	14
	Falta de motivación	8
	Falta de recursos (tiempo, dinero, compañía, estructura)	4
	Conocimiento deficiente sobre los beneficios que la actividad física trae a la salud	3
	<u>Características definidoras</u>	
	Falta de acondicionamiento físico	13
	Rutina diaria sin ejercicios físicos	20

DISCUSSÃO

Se observó un predominio de mujeres, pero los estudios no señalan prevalencia significativa de diabetes en relación al sexo, y sí un aumento de la frecuencia con el aumento de la edad⁽¹⁰⁾.

La hemoglobina glucosilada es una evaluación más abarcadora que la glucemia en ayunas. Por lo tanto, en este estudio, se verificó que la mayoría de los pacientes

presentó valores superiores a 7%, lo que denota riesgo para complicaciones a largo plazo del estado hiperglucémico, como neuropatía, nefropatía, retinopatía y eventos cardiovasculares⁽¹⁰⁾. Además de eso, la muestra también presenta factores de riesgo importantes para complicaciones adicionales a la diabetes, lo que debe ser una alerta para propuestas de intervenciones que mejoren la adhesión al tratamiento.

Se verificó que todos los diagnósticos propuestos para el estudio fueron identificados en los prontuarios, con presencia de 2 a 5 diagnósticos por paciente: 17 pacientes (48,5%) presentaron tres diagnósticos. A seguir se discuten los tres DEs presentes en más de 50% de los prontuarios.

El DE *Autocontrol ineficaz de la salud* es definido como "Patrón de regulación e integración a la vida cotidiana de un régimen terapéutico para tratamiento de las enfermedades con sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar las metas específicas de salud". Nutrición desequilibrada: más de que las necesidades corporales es definido como "ingestión de nutrientes que excede las necesidades metabólicas". El tercer diagnóstico fue el Estilo de vida sedentario, que "se refiere a un hábito de vida que se caracteriza por un bajo nivel de actividad física"⁽⁷⁾.

Estos eventos tan bien descritos por el lenguaje patrón de la Enfermería están de acuerdo con la literatura acerca del paciente diabético^(3,11,12). Por lo tanto, los DEs son útiles para describir fenómenos que requieren atención y por los cuales el enfermero se responsabiliza al nombrarlos. Además de esto, direcciona las intervenciones, y vuelve la comunicación y la documentación del cuidado más eficientes.

Se considera que estos tres DEs y sus componentes (características definidoras y factores relacionados) están relacionados a problemas comunes en el contexto del paciente diabético: dificultad de adhesión al tratamiento y manejo del autocuidado. El autocuidado en la diabetes es definido como un conjunto de tareas con las el paciente necesita comprometerse para vivir bien, y que incluye capacidad, conocimiento, habilidades y confianza para tomar decisiones diarias, seleccionar y cambiar comportamientos y lidiar con los aspectos emocionales de la enfermedad en su vida⁽³⁾. La intensidad y la repetición diaria del tratamiento, que muchas veces son difíciles y

desgastantes, producen un impacto en la vida del sujeto y de la familia. La identificación precoz del DE puede direccionar al enfermero para proponer intervenciones que ayuden en cambios de comportamiento.

La baja adhesión al tratamiento es un problema complejo en el paciente con enfermedad crónica. Los obstáculos a la adhesión son independientes del sistema de salud al cual él está inserido⁽¹³⁾. Se resalta que la responsabilidad del propio cuidado no puede ser negociada, atribuida a otro o disminuida. Aunque es reconocido hace años el dilema, se ha mantenido sobre el que hacer para mejorar la adhesión y el autocuidado. Múltiples estrategias han sido desarrolladas, evaluadas e implementadas intentando solucionar esta cuestión^(3,14). Los resultados más significativos se dieron cuando las estrategias fueron asociadas (educación del paciente, de la familia y la educación de los profesionales), los pacientes incluidos en las decisiones relativas a su tratamiento y los encuentros entre pacientes y profesionales de la salud ocurrieron con mayor frecuencia y a largo plazo^(3,14,15). Lo que aún se muestra escaso es el número de estudios aleatorizados que acompañen los resultados de las intervenciones a largo plazo⁽¹⁴⁾.

Del punto de vista de la práctica clínica, los DEs encontrados en este estudio indican necesidades de cuidados que deben ser priorizados y que, en la mayoría de las veces, se sobreponen, como muestra la literatura^(3,11,12). Lo que también evidencia la utilidad clínica del uso del lenguaje patrón de Enfermería, ya que es capaz de describir la respuesta humana que requiere atención, con soporte científico. Sin embargo, el enfermero algunas veces no reconoce y no utiliza esta importante herramienta de trabajo.

CONCLUSIÓN

Los fenómenos de Enfermería que más se destacaron en esta muestra de prontuarios de pacientes diabéticos fueron: Autocontrol ineficaz de la salud; Nutrición desequilibrada: más de que las necesidades corporales y; Estilo de vida sedentario. Ya que gran parte del manejo de la diabetes, además del tratamiento medicamentoso, se basa en el grado de autocuidado del paciente, se considera que los DEs encontrados describen las respuestas humanas presentadas por estos pacientes.

Nombrar problemas como DEs permite la identificación de intervenciones de Enfermería direccionadas hacia las verdaderas necesidades de estos pacientes, posibilitando la elaboración de un plano de cuidados individualizado y eficiente. Además de mejorar la comunicación entre el equipo de salud y el registro de la asistencia.

Este estudio tuvo como limitación la utilización de prontuarios donde el lenguaje patrón de Enfermería no fue utilizado, y la presencia de registros sucintos, sin algunos datos que podrían ofrecer más subsidios acerca de las características definidoras, factores relacionados o factores de riesgo para subsidiar el raciocinio clínico. Por lo tanto, se considera que este estudio pueda contribuir para evidenciar la importancia de la apropiación por parte del enfermero de habilidades diagnósticas y del uso de las clasificaciones de Enfermería.

CITAS

1. International Diabetes Federation [homepage on the internet]. Epidemiology and morbidity [cited 2011 Mar 01] . Available from: <http://www.idf.org/>

2. Stewart GL, Tambascia M, Guzmán JR, Etchegoyen F, Carrión JO, Artemenko S. Control of type 2 diabetes among general practitioners in private practice in nine countries of Latin America. Rev Panam Salud Publica. 2007; 22(1): 12-20.

3. Funnell MM, Anderson RM. Changing office practice and healthcare systems to facilitate diabetes self-management. Curr Diab Rep. 2003; 3(2): 127-33.

4. Gillibrand W, Holdich P, Covill C. Managing type 2 diabetes: new policy and interventions. Br J Community Nurs. 2009; 14(7):288-91.

5. Teston E, Marques F, Marcon S. Diagnoses and nursing actions for individuals with chronic diseases assisted at home: descriptive study. Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]. 2010 December 18 [Cited 2012 April 20] 9(3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3059>

6. World Health Organization – WHO [homepage on the internet]. Obesity and overweight [cited 2012 Feb 10]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

7. North American Nursing Diagnoses Association – International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação, 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.

8. Müller-Staub M. Evaluation of the implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. *Int J Nurs Terminol Classific.* 2009; 20(1):9-15

9. Teixeira CRS, Zannetti ML, Pereira MC. Nursing diagnoses in people with diabetes mellitus according to Orem's theory of selfcare. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(4): 385-91.

10. Carolino IDR, Molena-Fernandes CA, Tasca RS, Marcon SS, Cuman RKN. Fatores de risco em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Revista Latino-am Enferm.* 2008; 16(2): 238-44.

11. Minet LKR, Wagner L, Lonving EM, Hjelmberg J, Henriksen JE. The effect of motivational interviewing on glycaemic control and perceived competence of diabetes self-management in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus after attending a group education programme: a randomized controlled trial. *Diabetologia.* 2011; 54(7): 1620-9.

12. Carter D, Capehorn M. Weight management of obese people with diabetes. *J Diabetes Nurs.* 2011; 15(1): 6-8.

13. Nama S, Chesla C, Stotts NA, Kroon L, Janson SL. Barriers to diabetes management: patient and provider factors. *Diabetes Res Clin Pract.* 2011; 3(1): 1–9.

14. Rygg LO, Rise MB, Gronning K, Steinsbekk A. Efficacy of ongoing group based diabetes self-management education for patients with type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2012 Jan; 86 (1):98-105.

15.Lerman I, López-Ponce A, Villa AR, Escobedo M, Caballero EA, Velasco ML, Gómez-Pérez FJ, Rull-Rodrigo JA. Pilot study of two different strategies to reinforce self care behaviors and treatment compliance among type 2 diabetes patients from low income strata. Gac Med Mex. 2009; 145(1): 15-9.

Recibido: 22/04/2012
Aprobado: 31/01/2013

Participación de los autores en la investigación

Lillian Helena Alves da Silva: concepción del estudio, revisión de literatura, colecta de datos, elaboración de las tabeas, análisis de los datos, informe final de la pesquisa.

Elenice Valentim Carmona: delineamiento del estudio, análisis de los datos, revisión crítica del artículo, aprobación final del artículo.

Ana Raquel Medeiros Beck: análisis de los datos, revisión crítica del artículo, aprobación final del artículo.

Maria Helena Melo Lima: delineamiento del estudio, análisis de los datos, revisión crítica del artículo, aprobación final del artículo.

Eliana Pereira de Araújo: concepción y delineamiento del estudio, análisis de los datos, revisión crítica del artículo, aprobación final del artículo.