



ORIGINALES

Evaluación de la exactitud del diagnóstico de enfermería en un hospital universitario

Avaliação da acurácia dos diagnósticos de enfermagem em um hospital universitário

Evaluation of nursing diagnoses accuracy in a university hospital

Thaís Vanessa Bugs¹

Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos²

João Lucas Campos de Oliveira³

Débora Cristina Ignácio Alves⁴

¹Residente de Enfermería del Programa de Residencia en Enfermería en la Especialidad de Gerenciamento de Clínica Médica y Quirúrgica. Universidad Estadual del Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil.

²Enfermera. Doctora en Ciencias. Profesora adjunta de la Universidad Estadual del Oeste do Paraná (Unioeste). Cascavel, Paraná, Brasil.

³Enfermero. Alumno de doctorado de la Universidad Estadual de Maringá (UEM). Docente colaborador de la Universidad Estadual del Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brasil.

⁴Enfermera. Doctora en Ciencias. Profesora adjunta de la Universidad Estadual del Oeste do Paraná (Unioeste). Cascavel, Paraná, Brasil.

Email: thaisvbugs@yahoo.com.br

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.296021>

Recibido: 2/06/2017

Aceptado: 9/11/2017

RESUMEN:

El **objetivo** de este estudio fue evaluar el grado de precisión de los diagnósticos de enfermería de pacientes ingresados en un hospital universitario. Es una investigación documental, transversal, retrospectiva con análisis cuantitativo. Los datos fueron recogidos a partir de los registros médicos de pacientes hospitalizados en el servicio de neurología de un hospital universitario en la región oeste del estado de Paraná, Brasil. Se evaluaron 292 historias clínicas, tras el análisis de los criterios de inclusión y exclusión, 12 (4,1%) fueron parte del estudio. Se identificaron 19 diagnósticos de enfermería, documentado 94 veces. La evaluación de la exactitud del diagnóstico de enfermería se realizó a través de EADE-2. La mayoría de los diagnósticos de enfermería (n=88; 93,6%) fue evaluada como muy precisa. El grado de precisión más frecuente fue de 13,5 (n=87; 92,6%) y el grado de precisión promedio fue de 12,9, con una variación de 2 a 13,5. **Se concluye** que los diagnósticos de enfermería son muy precisos, pero es notoria la carencia en la aplicación del proceso de enfermería en la institución investigada.

Palabras claves: Diagnóstico de Enfermería; Procesos de Enfermería; Hospitales de Enseñanza.

RESUMO:

O estudo **objetivou** avaliar o grau de acurácia dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em um hospital universitário. Trata-se de uma pesquisa documental, transversal, retrospectiva com análise quantitativa. Os dados foram coletados de prontuários de pacientes internados no setor de neurologia de um hospital de ensino da região oeste do Paraná, Brasil. Foram avaliados 292 prontuários, após a análise dos critérios de inclusão e exclusão, 12 (4,1%) fizeram parte do estudo. Foram identificados 19 diagnósticos de enfermagem, documentados 94 vezes. A avaliação da acurácia dos diagnósticos de enfermagem foi feita por meio EADE-2. A maioria dos diagnósticos de enfermagem (n=88; 93,6%) foi avaliada como sendo altamente acurada. O grau de acurácia mais frequente foi 13,5 (n=87; 92,6%) e a média do grau de acurácia foi 12,9, com variação de 2 a 13,5. **Conclui-se** que os diagnósticos de enfermagem analisados foram altamente acurados, porém é notória a carência na realização do processo de enfermagem na instituição pesquisada.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; Processos de Enfermagem; Hospitais de ensino.

ABSTRACT:

The study **aimed** to evaluate the degree of accuracy of the nursing diagnoses of patients hospitalized in a university hospital. This is a documentary, cross-sectional and retrospective research with quantitative analysis. Data were collected from records of patients hospitalized in the neurology sector of a teaching hospital in the western region of Paraná, Brazil. 292 patients' records were evaluated and after the analyses of inclusion and exclusion criteria, 12 (4.1%) were part of the study. Nineteen nursing diagnoses were identified, documented 94 times. The evaluation of the accuracy of the nursing diagnoses was done using EADE-2. Most of nursing diagnoses (n = 88, 93.6%) were evaluated as highly accurate. The most frequent degree of accuracy was 13.5 (n = 87; 92.6%) and the mean accuracy was 12.9, with a variation from 2 to 13.5. **It is concluded** that the nursing diagnoses analyzed were highly accurate, but it's notorious the lack of nursing process at the institution studied.

Key Words: Nursing Diagnosis; Nursing Process; Teaching Hospitals.

INTRODUCCIÓN

Por medio de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) es posible realizar el Proceso de Enfermería (PE) en la práctica clínica del enfermero. El PE consiste en un método de trabajo sistemático que orienta el cuidado profesional de enfermería, estando constituido por cinco etapas: colecta de datos, diagnóstico de enfermería, planificación, implementación y evaluación de enfermería^(1,2).

Para ser efectivo en su implantación, el PE debe estructurarse basado en una teoría de enfermería, siendo imprescindible la utilización de un marco científico para que la teoría y los conceptos sean propagados en la práctica clínica de enfermería⁽³⁾. En estos términos, la realización del PE confiere mayor seguridad a la asistencia ofrecida a los usuarios, origina acciones con mayor calidad y promueve autonomía a los profesionales de enfermería, conciliando conocimientos técnicos-científicos y humanos del profesional enfermero en la asistencia prestada⁽³⁾.

La aplicación de una metodología de trabajo desarrolla en el profesional la aptitud para la planificación de sus actividades y para la gestión del cuidado, proporcionando mayor claridad de sus acciones⁽⁴⁾.

La identificación de los diagnósticos de enfermería (DEs) se realiza en la segunda fase del PE y se caracteriza como la interpretación clínica de las respuestas de los usuarios a los problemas de salud actuales o potenciales. Con base en los DEs enumerados, se realiza la selección de las intervenciones de enfermería (IEs) para alcanzar los resultados deseados de los que el enfermero es el responsable⁽⁵⁾.

La realización del PE por el enfermero favorece la comunicación entre el equipo de enfermería y la comunicación con el equipo multiprofesional, proporcionando elementos que contribuyen al aumento de la calidad de la atención de salud ⁽⁶⁾.

La comunicación efectiva entre el equipo de enfermería ocurre por medio de lenguajes estandarizados que apuntan a promover mejoras en la calidad de la asistencia prestada, facilitar la documentación de los DE y de las IE propuestas, y evaluar la eficacia de los mismos en el cuidado a los usuarios ⁽⁷⁾.

El desarrollo del conocimiento de enfermería ha indicado que las respuestas de las personas a los procesos de vida y a los problemas de salud pueden naturalmente ser mal interpretadas, porque evaluar las reacciones de los individuos es una tarea compleja ⁽⁸⁾. Las interpretaciones que los enfermeros realizan frente a las respuestas de los individuos son subjetivas, lo que puede favorecer la identificación de DEs menos exactos ⁽⁹⁾.

En términos de definición, un diagnóstico es considerado altamente exacto cuando refleja las reales características del paciente evaluado ⁽¹⁰⁾. La exactitud de los DE se evalúa sobre la base del conjunto de datos clínicos del paciente. La habilidad de raciocinio diagnóstico en la formulación de los DE es importante para promover la enunciación de DEs con mayores grados de exactitud ⁽¹¹⁾.

Es importante destacar que la exactitud de un DE es una propiedad continua, lo que confiere la posibilidad al DE de ser más o menos exacto ⁽¹²⁾.

La preocupación por la exactitud de los DEs enumerados es reciente. En general, en su cotidiano de trabajo los enfermeros acaban explorando superficialmente las manifestaciones clínicas que indican DEs o valorizando indicios que no corresponden a las reales necesidades del paciente ⁽¹²⁾.

Con base en interpretaciones clínicas exactas es posible prescribir cuidados de enfermería adecuados que favorezcan la obtención de resultados deseables. Sin embargo, cuando se enumeran diagnósticos poco precisos puede haber negligencia en el cuidado prestado al paciente, pudiendo acabar en daños asistenciales ⁽⁸⁾.

En este contexto, conocer el grado de exactitud de los DE enunciados es importante para ayudar en la evaluación del raciocinio diagnóstico de los enfermeros que actúan en la institución estudiada. Para ello, el objetivo del estudio fue evaluar el grado de exactitud de los DEs de los pacientes internados en un hospital universitario.

METODOLOGÍA

Se trata de una investigación documental, transversal, retrospectiva, con análisis cuantitativo de los datos. El presente estudio forma parte de un estudio mayor titulado Sistematización de la asistencia de enfermería: implantación en la práctica clínica de un hospital escolar ⁽¹³⁾. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Universidad Estadual del Oeste de Paraná - UNIOESTE, CAAE: 19704613.1.0000.0107, dictamen n° 1.025.721, de 16 de abril de 2015.

El estudio fue desarrollado en un hospital universitario del interior de Paraná, región sur de Brasil, que atiende exclusivamente por el Sistema Único de Salud (SUS), abarcando diversas especialidades. Tiene 210 camas, englobando camas de ingreso, ambulatorios de especialidades, Centro Quirúrgico (CQ), Centro Obstétrico (CO),

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Adulto, UCI Pediátrica, UCI Neonatal, Unidad de Cuidado Intermedio (UCI) y Pronto Socorro (PS).

Los datos fueron recolectados de registros de pacientes internados en el sector de neurología, que contiene 12 camas, tanto clínicas como quirúrgicas. Se justifica la selección de dicho sector por ser uno de los únicos sectores de internación no crítico que realizaba el PE en el prontuario electrónico del paciente (PEP) en el período en que el estudio fue desarrollado.

Se evaluaron todos los registros de pacientes neurológicos internados en el referido sector en el período de 01/01/2014 a 31/12/2014. Se optó por ese período de estudio por ser el último año en que el PE fue realizado en el sector, ya que la institución en cuestión viene pasando por un proceso de readecuación tecnológica del PE.

Los criterios de inclusión de los registros en el estudio fueron:

- 1) Ser de pacientes neurológicos, clínicos o quirúrgicos, hospitalizados en la unidad de internación no crítica;
- 2) Ser de pacientes internados en el período del 01/01/2014 al 31/12/2014.

Los criterios de exclusión de los prontuarios en el estudio fueron:

- 1) Ser de pacientes menores de 12 años;
- 2) No tener registro de DEs derivado de la evaluación del paciente;
- 3) No tener autorización de los enfermeros que realizaron los registros de los DEs que serían evaluados, ya que todos los enfermeros que trabajaban en el sector en el período estipulado para la realización del estudio fueron consultados sobre el interés de participar de la investigación, autorizando el análisis de los DEs registrados en los prontuarios por medio de la firma en el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE).

Se acordó que se evaluara el primer registro de DE contenido en los registros, independientemente del tiempo transcurrido en la internación del paciente. En este aspecto la evaluación de la exactitud de los DEs fue hecha por medio del instrumento titulado: Escala de Exactitud de Diagnóstico de Enfermería - Versión 2 (EADE-2), evidenciada en el Cuadro 1.

La EADE-2 fue creada para evaluar el grado con que una declaración diagnóstica es sostenida por el conjunto de datos clínicos del paciente ⁽¹²⁾. Para determinar el grado de exactitud diagnóstica por medio de la EADE-2, cada DE indicado por el enfermero debe ser evaluado individualmente con base en el conjunto de "pistas" contenido en los registros de la anamnesis y del examen físico del paciente ⁽¹²⁾.

La exactitud de los DEs medida por la EADE-2 puede considerarse una variable cuantitativa o cualitativa. Para utilizar la variable como cuantitativa, se considera el puntaje general de 0 (cero) a 13,5 indicado como "grado de exactitud" y para utilizar la variable como cualitativa, se consideran las cuatro "categorías de exactitud" ⁽¹²⁾

Cuadro 1 - Escala de Exactitud de Diagnóstico de Enfermería-Versión 2 (EADE-2).

Diagnósticos de Enfermería (DEs)*	Item 1		Item 2		Item 3		Item 4		Item 5		Grado de exactitud	Categoría de exactitud
	¿Hay pistas?***		Relevancia (pista x DE)		Especificidad y (pista x DE)		Coherencia (pista x DE x conjunto de los datos)		¿Usted mantendría ese DE?			
	Sí (1)	No (0)	A/M (1)	B (0)	A/M (3,5)	B (0)	A/M (8)	B (0)	Sí	No		

Leyenda: A: Alta; M: Moderada; B: Baja; N: Nula.

*Insertar número de líneas igual al número de DEs a ser evaluados por la EADE.

**Cuando la respuesta fuera no, no rellenar las demás células PARA O DE.

- **pistas:** Manifestaciones de los pacientes que representan indicios, vestigios o señales y síntomas del DE que está siendo evauado.
- **relevancia de la pista:** Grado con que una pista (o un conjunto de pistas) es (son) necesaria(s) para indicar el DE que está siendo evauado.
- **especificidad de la pista:** Grado con que una pista (o un conjunto de pistas) es (son) característica(s) del DE que está siendo evauado.
- **coherencia de la pista:** Grado con que una pista (o un conjunto de pistas) es (son) consistente(s) con el DE que está siendo evauado y con el conjunto de las informaciones disponibles.

Fuente: MATOS, CRUZ; 2013.

Para aplicar la EAD-2, cada diagnóstico debe ser insertado en la primera columna de la escala denominada "diagnósticos de enfermería" y debe ser evaluado si hay alguna pista que indique el DE en evaluación (ítem 1: puntúa 1 o 0); si la pista existente es relevante para indicar el DE (ítem 2: puntúa 1 o 0), si la pista existente es específica para indicar el DE (ítem 3: puntúa 3,5 o 0) y si la pista existente es coherente con el DE establecido y con el conjunto de datos clínicos del paciente (ítem 4: puntúa 8 o 0). Después de estas cuatro evaluaciones el investigador puede juzgar si es pertinente o no mantener el DE establecido por el enfermero (ítem de carácter reflexivo, no puntuable); esta aplicación de la EADE-2 ocurrió individualmente por el investigador.

En la secuencia, se hace la suma de los marcadores de cada evaluación, obteniéndose una puntuación final que indica el grado de exactitud y la respectiva categoría de exactitud (0: exactitud nula, 1: exactitud baja, 2, 4,5 y 5, 5: exactitud moderada, y 9, 10, 12,5 y 13,5: alta exactitud).

En el presente estudio la aplicación de la EADE-2 fue realizada concomitantemente por dos investigadores, que por consenso, indicaron los valores de cada ítem evaluado.

El análisis de la exactitud de los DE en estudio fue realizado en el período de abril a julio de 2016. Los datos fueron lanzados en hojas de cálculo en el programa Microsoft Office Excel, versión 2010. Tras esto, se procedió a un análisis descriptivo de los datos en medidas de proporción.

RESULTADOS

Después de la evaluación de los criterios de exclusión, de los 292 (100%) registros analizados, sólo 12 (4,1%) formaron parte de la muestra de estudio.

Con respecto a los pacientes que tuvieron sus registros de DEs evaluados, ocho eran del sexo masculino (n = 8, 60%); tenían una edad media de 42,6 años con variación de 15 a 66 años; el traumatismo craneoencefálico (TCE) fue la causa del empeoramiento neurológico más frecuente (n = 7; 58,3%); el tiempo medio entre la internación y el primer registro de DE (pistas y diagnósticos) en el PEP fue ocho días con variación de uno a 45 días.

Al analizar los registros de los pacientes neurológicos fue posible identificar 19 (100%) rótulos diagnósticos, que fueron enunciados 94 veces. El promedio de DEs por paciente fue 7,8 DEs, con un mínimo de tres DE y un máximo de doce DEs.

La Tabla 1 muestra las etiquetas diagnósticas identificadas en el estudio, con sus respectivas frecuencias.

.Tabla 1- Diagnósticos de enfermería de pacientes neurológicos internados en un hospital universitario (N=19). Cascavel-PR, 2016

Diagnósticos de Enfermería	Frecuencia	
	N	%
1. Movilidad en la cama alterada	11	11,8
2. Déficit en el autocuidado para baño/higiene	11	11,8
3. Déficit em el autocuidado para alimentación	10	10,6
4. Movilidad física alterada	10	10,6
5. Integridad de la piel alterada	9	9,6
6. Déficit en el autocuidado para vestirse/asearse	8	8,5
7. Riesgo de aspiración	7	7,4
8. Desobstrucción ineficaz de vías aéreas	6	6,4
9. Riesgo de integridad de la piel alterada	6	6,4
10. Standar respiratorio ineficaz	5	5,3
11. Estreñimiento	2	2,1
12. Termorregulación ineficaz	2	2,1
13. Comunicación verbal alterada	1	1,1
14. Confusión aguda	1	1,1
15. Protección ineficaz	1	1,1
16. Retención urinaria	1	1,1
17. Riesgo de síndrome del desuso	1	1,1
18. Deterioro de intercambio de gases	1	1,1
19. Dolor agudo	1	1,1
Total	94	100

La Tabla 2 muestra el grado de exactitud de cada DE identificado en el estudio, con sus respectivas frecuencias.

Tabla 2 – Exactitud de los rótulos diagnósticos identificados en pacientes neurológicos, hospitalizados en un hospital escuela (N=94). Cascavel-PR, 2016

Rótulos diagnósticos	Categoría de Exactitud			
	Alta		Moderada	
	N	%	N	%
Movilidad en la cama alterada	11	100	-	-
Déficit en el autocuidado para alimentación	10	100	-	-
Movilidad física alterada	10	100	-	-
Integridad de la pie alterada	9	100	-	-
Déficit en el autocuidado para baño/higiene	8	72,7	3	27,3
Riesgo de aspiración	7	100	-	-
Déficit en el autocuidado para vestirse/asearse	6	75	2	25
Desobstrucción ineficaz de vías aéreas	6	100	-	-
Riesgo de integridad de la piel alterada	6	100	-	-
Standar respiratorio ineficaz	5	100	-	-
Estreñimiento	2	100	-	-
Termorregulación ineficaz	2	100	-	-
Comunicación verbal alterada	1	100	-	-
Confusión aguda	1	100	-	-
Protección ineficaz	1	100	-	-
Retención urinaria	1	100	-	-
Riesgo de síndrome del desuso	1	100	-	-
Deterioro de intercambio de gases	1	100	-	-
Dolor agudo	0	0	1	100

La Tabla 3 presenta la frecuencia de la exactitud de los diagnósticos de enfermería en categorías y en grados.

Tabla 3-Frecuencia de las categorías de de exactitud de los diagnósticos de enfermería y sus respectivos grados de exactitud (N=94). Cascavel, 2016.

Categorías de exactitud	Grados de exactitud	Frecuencia	Total
Nula	0	-	-
Baja	1	-	-
	2	1 (1,1%)	
Moderada	4,5	-	6 (6,4%)
	5,5	5 (5,3%)	
	9	-	
	10	1 (1,1%)	
Alta	12,5	-	88 (93,6%)
	13,5	87 (92,6%)	
TOTAL		94 (100%)	94 (100%)

DISCUSIÓN

De los 292 (100%) pacientes neurológicos que tuvieron sus registros evaluados, el PE se realizó en solo 12 pacientes (4,11%). A pesar de que la realización del PE sea una actividad privada del enfermero y estar prevista en la Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (Ley nº 7.498 / 86) y en la Resolución del COFEN nº 358/2009 (que revocó la Resolución 272/2002) se percibe que de forma general esta práctica aún no ha sido efectivamente implantada en las unidades de salud que prestan asistencia de enfermería ⁽¹⁴⁾. En el presente estudio, la falta de adhesión de los enfermeros a las

normativas nacionales vigentes que determinan la ejecución del PE puede estar vinculada al hecho de que dicho hospital esté reestructurando la SAE institucionalmente ⁽¹³⁾.

El tiempo medio entre la internación y el primer registro de DE en el PEP fue de 8 días, con variación de 1 a 45 días. Este dato se contrapone a la literatura, ya que es recomendable que el enfermero haga la evaluación inicial del paciente en las primeras 24 horas de ingreso del mismo ⁽¹⁵⁾.

El estudio identificó que el TCE (n = 07; 58,3%) fue la causa del empeoramiento neurológico más frecuente, afectando predominantemente a los pacientes de sexo masculino (n = 8, 60%), en el grupo de edad de 40 a 49 años promedio de 42,6 años). Tales resultados están en consonancia con los hallazgos en la literatura ⁽¹⁶⁾ que investigó la epidemiología del TCE en Brasil. Este estudio identificó que los varones, con edad entre 21 y 60 años, también eran los más afectados por el empeoramiento.

Durante el análisis de los registros, se identificaron 19 (100%) rótulos diagnósticos, enunciados 94 veces. El promedio de DE por paciente fue de 7,8 diagnósticos, que se asemeja al resultado encontrado en un estudio desarrollado en el noreste del país con pacientes afectados por AVE, que identificó una media de 6,7 DEs por paciente ⁽¹⁷⁾. De la misma forma, en un estudio desarrollado en São Paulo, realizado en una unidad de clínica médica y quirúrgica, el promedio de DEs fue de 7,3 diagnósticos por paciente ⁽¹⁸⁾.

De los 19 (100%) rótulos diagnósticos identificados, 16 (84,2%) fueron clasificados como de "diagnósticos con foco en el problema" y 3 (15,8%) como de "diagnóstico de riesgo" ⁽⁵⁾

Según la NANDA-I los diagnósticos con foco en el problema están relacionados con "la respuesta humana indeseada a las condiciones de salud / procesos de vida que existen en el momento actual". Por su parte, los diagnósticos de riesgo corresponden a un estado de "vulnerabilidad para desarrollar en el futuro una respuesta humana indeseable a condiciones de salud / proceso de vida" ⁽⁵⁾. El estudio desarrollado con pacientes en hemodiálisis realizado en el nordeste de Brasil, resalta la notoriedad de la función desempeñada por el enfermero en acciones específicas con la finalidad de prevenir que los diagnósticos de riesgo se vuelvan reales ⁽¹⁹⁾.

Es importante resaltar que el enfermero debe actuar de forma a evitar que los diagnósticos de riesgo se transformen en diagnósticos reales. La enunciación de diagnósticos de riesgo intensifica la importancia del empleo del PE en la gestión de los riesgos, siendo fundamental realizar acciones para la prevención y la promoción de la salud ⁽²⁰⁾.

De los 19 (100%) etiquetas diagnósticos identificadas en el estudio, 7 (36,8%) pertenecían al dominio 4: Actividad / reposo y 5 (26,3%) etiquetas pertenecían al dominio 11: Seguridad / Protección. Los ámbitos: Eliminación e intercambio; Percepción / Cognición; Promoción de la Salud; y Confort presentaron respectivamente: 3 (15,7%), 2 (10,5%) y 1 (5,2%) rótulos diagnósticos ⁽⁵⁾.

Como se observa en la Tabla 1, los DEs más frecuentes fueron: "movilidad en la cama alterada" (n = 11, 11,8%), "déficit en el autocuidado para baño / higiene" (n = 11, 11,8%), (n = 10, 10,6%) y "movilidad física perjudicada" (n = 10,6%).

El presente estudio tiene datos semejantes a los de una investigación desarrollada en el sur del país, con pacientes víctimas de múltiples traumas, que también identificó entre los DEs más frecuentes el diagnóstico de "movilidad física perjudicada", "movilidad en la cama perjudicada" y "déficit en el autocuidado para baño"⁽²¹⁾.

La movilidad del paciente se relaciona con el grado de independencia del mismo y de forma general, en los casos de trauma es común que la misma se encuentre alterada⁽²²⁾. La alta frecuencia de los DE de movilidad perjudicada en el presente estudio puede ser explicada por el hecho de que un DE esté directamente relacionado al otro.

El DE "déficit en el autocuidado para baño / higiene" presentó el 11,8% (n = 11) de frecuencia. Sin embargo, otro estudio realizado con pacientes internados en una unidad de clínica médica identificó que este DE estuvo presente en el 36% de los pacientes⁽²³⁾. Otro estudio realizado con pacientes con lesión medular reveló que ese DE presentó un 93,3% de frecuencia⁽²⁴⁾. El DE "déficit en el autocuidado para alimentación" suele ser frecuente en pacientes con lesiones en el sistema nervioso y tal condición clínica puede traer graves implicaciones para el estado nutricional del paciente debido al compromiso físico y cognitivo del paciente, que son fundamentales para promover una nutrición apropiada⁽²⁵⁾. Ante los hallazgos se puede inferir que tanto los diagnósticos de movilidad alterada como los diagnósticos de déficit de autocuidado pueden ser causados por el compromiso neurológico de los pacientes con TCE.

La literatura⁽²¹⁾ resalta que el DE "dolor agudo" tiene relación directa con los DE de "movilidad alterada" y de "déficit en el autocuidado" debido a las limitaciones funcionales causadas por el cuadro algíco, sin embargo, en el presente estudio el DE "dolor" "aguda" presentó baja frecuencia de respuesta, siendo enunciado apenas una vez (n = 1, 1,1%).

Como se observó en la Tabla 2, de las 19 (100%) etiquetas diagnósticas evaluadas, 16 (84,2%) fueron evaluadas como altamente precisas; 3 (15,8%) rótulos diagnósticos tuvieron frecuencia de respuesta en la categoría de exactitud moderada, siendo ellos: "déficit em el autocuidado para baño/higiene", "déficit en el autocuidado para vestirse/asearse" y "dolor agudo"; no hubo frecuencia de respuesta en las categorías de baja exactitud y de exactitud nula (Tabla 3).

Es importante resaltar que el DE "déficit en el autocuidado para baño / higiene" fue uno de los DEs más frecuentes, sin embargo presentó exactitud moderada. Tal hallazgo puede ser explicado porque los DEs más frecuentes pueden predecir diagnósticos con menor grado de exactitud ya que la familiaridad del enfermero con DE más frecuentes puede despertar menos atención en los enfermeros, puede inducir a una sub-evaluación del paciente, o sub-documentación de la evaluación y generar DEs poco precisos⁽²⁶⁾. Cuando el enfermero identifica pistas que puedan indicar DEs no tan comunes en su práctica diaria, él acaba buscando estrategias más elaboradas para pautar su toma de decisión y acaba obteniendo DEs más precisos⁽²⁶⁾.

De los 94 DEs documentados, la mayoría (n = 88, 93,6%) fue evaluada como altamente exacta (Tabla 3). Otro estudio desarrollado en un hospital universitario de la región sudeste de Brasil identificó que el 70,4% de los DEs enunciados por los enfermeros también eran altamente precisos⁽²⁵⁾. Un estudio desarrollado en la región nordeste del país identificó que sólo el 54,9% (formulados con base en la NANDA-I) y

el 39,5% (formulados con base en la CIPE) de los DEs fueron evaluados como altamente precisos ⁽²⁷⁾.

Es bastante complejo discutir tales resultados ⁽²⁷⁾. Aceptar como satisfactorio que 93,6% de los DEs sean altamente exactos y también aceptar como satisfactorio que 6,4% de la terapéutica prescrita sea pautaada en DEs con bajos grados de exactitud, o sea, que 6,4 % de las acciones de enfermería realizadas no alcancen los resultados esperados. El resultado ideal sería que 100% de los DEs fuesen altamente exactos ⁽²⁷⁾.

La EADE-2 fue elaborada para evaluar la exactitud de los DEs por medio de datos escritos y esa propiedad de la escala puede indicar erróneamente una baja exactitud diagnóstica ⁽²⁶⁾ pues la evaluación de la exactitud de los DEs depende de la completo de los registros de la evaluación clínica de enfermería. Por lo tanto, el enfermero hasta puede haber evaluado correctamente al paciente, pero el fallo en el registro de las pistas que describen el DE en evaluación puede indicar DEs poco precisos.

Uno de los factores que puede haber contribuido a la alta exactitud de los DE en el presente estudio es la forma de registrar la evaluación del paciente en el registro electrónico. En el programa utilizado por la institución en estudio, cuando el enfermero selecciona los campos que representan las "pistas" del paciente en evaluación, el propio sistema sugiere algunos DEs y, a partir de ahí, el profesional hace la selección manual de los DEs que mejor expresen las manifestaciones clínicas del paciente. La literatura evidencia ⁽²⁸⁾ que los DEs establecidos con apoyo del sistema electrónico presentaron mayores grados de exactitud.

El grado de exactitud más frecuente fue 13,5 (n = 87, 92,6%) y el promedio del grado de exactitud por DE fue 12,9 con variación de 2 a 13,5 (Figura 1). Estos resultados corroboran con los hallazgos encontrados en São Paulo ⁽²⁶⁾ que identificó en su estudio que el grado de exactitud más frecuente también fue 13,5 (n = 2.328, 68,1%) y el promedio del grado de exactitud por diagnóstico de enfermería fue 9,8 con variación de 0 a 13,5.

Cabe registrar, que la muestra del estudio, aun siendo la totalidad en el período evaluado, puede ser considerada una limitación de la presente investigación pues inferimos que en una muestra mayor de estudio sería posible identificar mayor variabilidad de escores de exactitud diagnóstica. La carencia de estudios sobre la temática en estudio también dificultó la discusión de los hallazgos.

CONCLUSIONES

El estudio identificó que los DEs enumerados a los pacientes neurológicos, clínicos o quirúrgicos, hospitalizados en una unidad de internación no crítica de un hospital universitario localizado en el interior del Paraná, tienen predominantemente alta exactitud. Este indicador es fundamental para ayudar en el proceso de implementación de la SAE en la institución estudiada, pues evidencia que el proceso de raciocinio diagnóstico de los enfermeros investigados ha sido realizado de forma efectiva, aun siendo notoria la no realización del PE a la mayoría de los pacientes hospitalizados.

Se necesitan nuevas investigaciones en las demás unidades del hospital para posibilitar una evaluación más amplia de la exactitud de los DEs enunciados por los enfermeros de dicha institución.

REFERENCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 358/2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. [Internet] 15 out 2009 [acesso em 7 jan 2017]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.
2. Malucelli A, Otemaler KR, Bonnet, M, Cubas MR, Garcia TR. Sistema de informação para apoio à sistematização da assistência de enfermagem. Rev. bras. enferm. [Internet] 2010; 63(4):629-36 [acesso em 18 abr 2016]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/20.pdf>.
3. Jesus ACC. O processo de enfermagem. In: Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da assistência de enfermagem: Guia prático. 2.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2010. p.17-22.
4. Santos FOF, Montezeli JH, Peres AM. Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros. Rev. min. enferm. [Internet] 2012; 16(2):251-7. [acesso em 13 abr 2016]. Disponível: <http://reme.org.br/content/imagebank/pdf/v16n2a14.pdf>
5. Herdeman TH, Kamitsuru S, organizadores. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
6. Pereira JMV, Cavalcanti ACD, Lopes MVO, VG Silva, Souza RO, Gonçalves LC. Accuracy in inference of nursing diagnoses in heart failure patients. Rev. bras. enferm. [Internet] 2015; 68(3): 690-96 [acesso em: 15 abri 2016]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/en_0034-7167-reben-68-04-0690.pdf
7. Oliveira ARS, Carvalho EC, Rossi LA. Dos princípios da prática à classificação dos resultados de enfermagem: olhar sobre estratégias da assistência. Ciênc. Cuid. saúde [Internet] 2015; 14 (1): 986-992 [acesso em: 13 abr 2016]. Disponível: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22034/14208>.
8. Lunney M. Critical Need to Address Accuracy of Nurses' Diagnoses. Journal of Inssues in Nursing. OJIN. [Internet] 2008; 13 (1) [acesso em 11 jun 2016]. Disponível: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/AccuracyofNursesDiagnoses.html>.
9. Lunney M (cols). Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde: análises e estudos em enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.45.
10. Matos FGOA, Cruz DALM. Construção de instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica. Rev. esc. enferm. USP [Internet] 2009; 43(Esp):1088-97 [acesso em: 18 abr 2016]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a13v43ns.pdf>.
11. Silva ERR da, Lucena AF (cols). Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 31.
12. Matos FGOA, Cruz DALM. Escala de acurácia de diagnósticos de enfermagem. In:NANDA International Inc: Herdman TH, organizadores. PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmes/Panamericana; 2013. p.91-116.
13. Rosin J, Matos FGOA, Alves DCI, Carvalho ARS, Lahm JV. Identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes neurológicos internados em hospital de ensino. Ciênc. cuid. saúde [Internet] 2016, v.15,n 4, pp: 607-615. [acesso em 12 fev 2017]. Disponível: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/31167/pdf>.
14. Maria MA, Quadros FAA, Grassi MFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. Rev. bras. enferm. [Internet] 2012, vol.65, n.2, pp. 297-303. [acesso em 05 nov 2016]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a15.pdf>

15. Universidade Federal do Paraná. Hospital de Clínicas, Diretoria de Enfermagem – Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem (COMISAE). Avaliação de enfermagem: anamnese e exame físico (adulto, criança e gestante). Curitiba: Hospital de Clínicas, 2014.
16. Gaudêncio TG, Leão GM. A epidemiologia do traumatismo crânio encefálico: Um Levantamento Bibliográfico no Brasil. *Rev. neurocienc.* [Internet] 2013; 21(3):427-434. [acesso em 09 jan 2017]. Disponível: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2103/revisao/814revisao.pdf>
17. Oliveira ARS, Costa AGS, Moreira RP, Cavalcante TF, Araujo TL. Diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício em pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2012; 20(2): 221-8. [acesso em 21 ago 2016]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/29.pdf>
18. Oliveira IM, Silva RCG. Comparação do grau de acurácia diagnóstica de graduandos e enfermeiros em programas de residência. *Rev. min. enferm.* [Internet]. 2016; 20: 952. [acesso em 14 set 2016]. Disponível: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1085>
19. Aguiar LL; Guedes MVC. Diagnósticos e intervenções de enfermagem do domínio segurança e proteção para pacientes em hemodiálise. *Enfermería Global.* [Internet]. 2017. 47: 13-25. [acesso em 2 nov 2017]. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/248291/212811>
20. Lemos RX, Raposo SO, Coelho EOE. Diagnósticos de enfermagem identificados durante o período puerperal imediato: estudo descritivo. *Rev. enferm. Cent. -Oeste. Min.* [Internet] 2012; 2(1):19-30 [acesso em 17 ago 2016]. Disponível: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/183/252>.
21. Bertoncetto, KCG; Cavalcanti CDK; Ilha P. Diagnósticos reais e proposta de intervenções de enfermagem para os pacientes vítimas de múltiplos traumas. *Rev. eletrônica. enferm.* [Internet]. 2013 out/dez;15(4):905-14 [acesso em 14 set 2016]. Disponível: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/pdf/v15n4a07.pdf.
22. Silva FS, Fernandes MV, Volpato MP. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica. *Rev. gaúch. enferm.* [Internet]. 2008 29(4):565-72. [acesso em 20 ago 2016]. Disponível: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3826>).
23. Lima AFC, Fugulin FMT, Castilho V, Nomura FH, Gaidzinski RR. Contribuição da documentação eletrônica de enfermagem para aferição dos custos dos cuidados de higiene corporal. *J. Health Inform.* [Internet]. 2012. Disponível: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/239/129>.
24. Brito MAGM, Bachion MM, Souza JT. Diagnósticos de enfermagem de maior ocorrência em pessoas com lesão medular no contexto do atendimento ambulatorial mediante abordagem baseada no modelo de Orem. *Rev. eletrônica. enferm.* [Internet]. 2008; 10(1):13-28 [acesso em 18 nov 2016]. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a02.htm>
25. Simony RF, Chaud DMA, Abreu ES de, Assis SMB. Caracterização do estado nutricional dos pacientes neurológicos com mobilidade reduzida. *Journal of Human Growth and Development.* [Internet] 2014; 24(1): 42-48 [acesso em 23 set 2016]. Disponível: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/239/129>.
26. Matos, FGOA. Fatores preditores da acurácia dos diagnósticos de enfermagem. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2010.
27. Morais SCR, Nobrega MML, Carvalho EC. Convergence, divergence and diagnostic accuracy in the light of two nursing terminologies. *Rev. bras. enferm.* [Internet] 2015; 68(6):777-83 [acesso em 26 out 2016]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/en_0034-7167-reben-68-06-1086.pdf

28. Peres HHC, Jensen R, Martins TYC. Avaliação da acurácia diagnóstica em enfermagem: papel versus sistema de apoio à decisão. Acta paul. enferm. [Internet]. 2016, vol.29, n.2, pp.218-224. [acesso em 10 dez 2016]. Disponível: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307046625013.pdf>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia