



ORIGINALES

Perfil diagnóstico de pacientes sometidos a retirada de órgano fundamentado en escalas de evaluación

Perfil diagnóstico de pacientes submetidos à retirada de órgão fundamentado em escalas de avaliação

Profile diagnosis in patients submitted to organ removal based on assessment scales

Thaís Martins Gomes de Oliveira¹

Cristine Alves Costa de Jesus²

Ana Lúcia da Silva³

Diana Lúcia Moura Pinho²

¹ Maestro en Enfermería. Estudiante de Doctorado del Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad de Brasilia (UnB). Brasil. thaismmgomes@gmail.com

² Doctora en Enfermería. Profesora del Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad de Brasilia (UnB). Brasil.

³ Doctora en Enfermería. Profesora del Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad de Brasilia (UnB). Brasil.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.19.1.355171>

Recibido: 21/12/2018

Aceptado: 6/04/2019

RESUMEN:

Objetivo: Identificar el perfil de los diagnósticos de enfermería de la NANDA-I de pacientes quirúrgicos sometidos a la retirada de órgano fundamentado por el uso de las escalas de evaluación y trazar el perfil socio clínico demográfico de esa población.

Método: Estudio transversal. Población compuesta por 60 pacientes quirúrgicos hospitalizados en postoperatorio de cirugía de retirada de órgano, después del cálculo muestral. El análisis fue realizado por medio de medidas de tendencia central, media y mediana, y de dispersión, frecuencia absoluta y simple de las variables cuantitativas. Se utilizó el software Excel ® 2016. Los resultados fueron expresados por medio de tablas.

Resultados: Se aplicaron cinco escalas de evaluación. Se obtuvieron 1022 diagnósticos de enfermería e. Siendo 67 con toco en el problema, 23 de riesgo y 3 de promoción de la salud. Los diagnósticos con frecuencia superiores al 50% totalizaron 11, los cuales fueron discutidos. Los dominios sobresalientes fueron: Actividad/Hogar y Seguridad/Protección.

Conclusión: Se identificó una alta concentración de diagnósticos en esa población. La cantidad de diagnósticos planteados y su diversidad identifican las diferentes áreas del cuidado que el enfermero debe estar apto para prestar sus cuidados, además identificar esas informaciones deposita en el enfermero mayor poder de cuidado sobre el paciente. El estudio demostró la importancia del uso de escalas de evaluación que subsidien los diagnósticos de enfermería. La investigación aún apunta la importancia del uso del diagnóstico de enfermería como forma de cuidado efectivo.

Palabras clave: Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Cirugía; Evaluación en Enfermería; Proceso de Enfermería.

RESUMO:

Objetivo: Realizar o levantamento do perfil dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I de pacientes cirúrgicos submetidos à retirada de órgão fundamentado pelo uso das escalas de avaliação e traçar o perfil sócio clínico demográfico dessa população.

Método: Estudo transversal. População composta por 60 pacientes cirúrgicos hospitalizados em pós-operatório de cirurgia de retirada de órgão, após cálculo amostral. A análise foi realizada por meio de medidas de tendência central, média e mediana, e de dispersão, frequência absoluta e simples das variáveis quantitativas. Utilizou-se o software Excel ® 2016. Os resultados foram expressos por meio de tabelas.

Resultados: Foram aplicadas cinco escalas de avaliação. Obtiveram-se 1022 diagnósticos de enfermagem baseados na NANDA-I, 93 títulos diagnósticos distintos, com média de 16,39 por paciente. Sendo 67 com foco no problema, 23 de risco e 3 de promoção da saúde. Os diagnósticos com frequência superior a 50% totalizaram onze, os quais foram discutidos. Os domínios que concentraram a maior parte dos diagnósticos de enfermagem foram: Atividade/Repouso e Segurança/Proteção.

Conclusão: Foi identificada uma alta concentração de diagnósticos nessa população. A quantidade de diagnósticos levantadas e sua diversidade identificam as diferentes áreas do cuidado que o enfermeiro deve estar apto para prestar seus cuidados, além de que o levantamento dessas informações deposita no enfermeiro maior poder de cuidado sobre o paciente. O estudo demonstrou a importância do uso de escalas de avaliação que subsidiem os diagnósticos de enfermagem. A pesquisa ainda aponta a importância do uso do diagnóstico de enfermagem como forma de cuidado efetivo.

Palavras-chave: Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Cirurgia; Avaliação em Enfermagem; Processo de Enfermagem.

ABSTRACT:

Main goal: Perform the survey of NANDA-I nursing diagnoses profile of surgical patients submitted to organ removal based on the use of the evaluation scales and to trace the socio-demographic clinical profile of this population.

Methods: Cross-sectional study. The population comprised of 60 surgical patients hospitalized in postoperative of organ removal surgery, after sample calculation. The analysis was performed by means of central, middle and median trend measures, and dispersion, absolute and simple frequency of quantitative variables. Excel ® 2016 software was used. The results were expressed by means of tables.

Results: Five scales of evaluation were applied. There were 1022 nursing diagnoses based on NANDA-I, with 93 different diagnostic titles, with an average of 16.39 per patient. Being 67 focused on the problem, 23 risk and 3 health promotion. The diagnoses with frequency greater than 50% totaled eleven, which were discussed. The domains that concentrated the majority of the nursing diagnoses were: Activity/Rest and Safety/Protection.

Conclusion: A high concentration of diagnoses in this population was identified. The number of diagnoses raised and their diversity identifies the different areas of care that the nurse must be able to provide care, and the collection of this information places the nurse greater power of care on the patient. The study demonstrated the importance of the use of evaluation scales that subsidize nursing diagnoses. The research also points out the importance of using nursing diagnosis as a form of effective care.

Key words: Nursing; Nursing Diagnosis; Surgery; Nursing Assessment; Nursing Process.

INTRODUCCIÓN

Los enfermeros son capaces de diagnosticar problemas reales en condiciones de vulnerabilidad y/o disposición para la promoción de la salud. El acto diagnóstico consiste en la realización de juicios clínicos con relación a las respuestas humanas, asociados con los procesos de salud-enfermedad. El enfermero es un especialista en diagnóstico en acción, y puede intervenir en la base del cuidado, donde desarrolla sus habilidades intelectuales, críticas y clínicas. Este proceso de elaboración culminará en el razonamiento diagnóstico ⁽¹⁾.

Los enfermeros del escenario quirúrgico trabajan con diagnósticos de enfermería relacionados con alteraciones en la integridad de la piel, la vulnerabilidad a la

infección, el control del dolor, la posibilidad de sangrado, cambios en la imagen corporal, náuseas, cambios en el patrón respiratorio, ansiedad, control emocional inestable, superación inefectiva, fatiga, entre otros diagnósticos que representan aspectos psicológicos y fisiológicos de los pacientes ⁽²⁾.

La cirugía puede ser considerada como una agresión, tanto por aspectos fisiológicos y anatómicos relacionados con el corte que rompe la integralidad de la piel, el sangrado, la extracción de un órgano, así como los fenómenos psicológicos como el miedo, la angustia, la duda, la incertidumbre y las expectativas ⁽³⁾. Por lo tanto, la experiencia de retirada quirúrgica del órgano es un escenario importante para la sistematización de la asistencia de enfermería.

La literatura científica indica que los enfermeros encuentran dificultades importantes para el análisis diagnóstico de los pacientes. A menudo, no existe la profundización del tema, las actualizaciones sobre el tema son escasas, existen dificultades en la recopilación de datos, o barreras para relacionar los datos encontrados en los diagnósticos de enfermería con los conocimientos previos, así como la falta de interpretación en la práctica clínica y del ejercicio del juicio clínico ⁽⁴⁾.

El diagnóstico consiste en un reto para el profesional, porque requiere el conocimiento técnico-científico actualizado, la capacidad analítica de los datos y la interpretación exacta a través de la anamnesis y examen físico. De este modo, es necesario asumir la integralidad del cuidado y fomentar la precisión en la prescripción de enfermería. Los estudios que analizan los DE en pacientes quirúrgicos ganan especial énfasis, por la necesidad presentada en la literatura de la profundización del tema ⁽⁵⁾. Abordar la cuestión refleja la necesidad de crecimiento profesional en la área, los beneficios para el paciente y el fortalecimiento de las instituciones de salud que se destacan por la calidad de los cuidados de enfermería.

El uso de escalas de evaluación subvenciona la construcción de diagnósticos de enfermería, siendo instrumentos confiables y estandarizados, lo que puede reflejar la exactitud de los resultados identificados. Además de las escalas funcionaren como importantes instrumentos para la evaluación de los signos y síntomas, pueden medir los parámetros necesarios en las evaluaciones de enfermería sobre el estado del paciente, así como ayudar en la planificación de las acciones de enfermería ⁽⁶⁾.

Así, el objetivo de este estudio es realizar un estudio del perfil de los diagnósticos de enfermería en pacientes quirúrgicos sometidos a la retirada del órgano basado por el uso de escalas de evaluación y trazar el perfil socio clínico demográfico de esta población.

MATERIAL Y MÉTODO

Aspectos éticos

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia - CEPFS/UnB, CAAE 55134615.7.0000.0030, número de opinión 2.177.498, donde fue puesto a disposición a los participantes el término de consentimiento libre y esclarecido. Se aseguró a la población de muestra la garantía a retirarse del estudio en cualquier etapa de la investigación. Una copia del TCLE fue dado a cada uno de los participantes.

Diseño, lugar del estudio y período

Estudio con enfoque cuantitativo, del tipo exploratorio y descriptivo, correlacional de corte transversal. Realizado en un hospital universitario en la capital de Brasil, en el período de septiembre a diciembre de 2017.

Población, criterios de inclusión y exclusión

Los participantes fueron pacientes hospitalizados en la clínica quirúrgica del hospital en el período postoperatorio. Muestra no aleatoria, compuesta por 60 pacientes, definida después de cálculo del tamaño de muestra. Los criterios de inclusión fueron adultos mayores de 18 años, de ambos sexos, en el período postoperatorio superior a 24 horas, de procedimiento quirúrgico para la retirada de uno o varios órganos, en plenas condiciones mentales e intelectuales para responder a las preguntas, criterio evaluado por el Mini Examen del Estado Mental, que voluntariamente aceptaron firmar el TCLE. Se excluyeron los pacientes con concepto de órgano diferente de lo utilizado por la investigación.

Protocolo del estudio

La recolección de datos fue realizada por medio de una visita a la enfermería de la clínica quirúrgica y la aplicación de entrevista estructurada. Se siguieron los pasos de la entrevista, con la aplicación de escalas y el examen físico. Al llegar al lugar, el prontuario del paciente era accedido con el apoyo del equipo de enfermería, identificándose los participantes de la investigación.

Se aplicó el instrumento de recolección de datos basado en las referencias teóricas de NANDA-I ⁽¹⁾, evaluado por expertos en el tema, que incluía: variables socio clínico epidemiológicas, datos subjetivos y objetivos. La organización obedeció a los dominios de NANDA-I, a saber: promoción de la salud, la nutrición, la eliminación y el intercambio, actividad y reposo, percepción, cognición, auto percepción, los papeles y las relaciones, la sexualidad, la superación, tolerancia al estrés, principios de la vida, la seguridad, la protección y la comodidad ⁽¹⁾. El instrumento fue estructurado con las siguientes escalas: Escala de Morse, que mide el riesgo de caídas; el índice de Katz para la evaluación de la dependencia en las actividades de la vida diaria; el Mini Examen del Estado Mental para el rastreo de problemas cognoscitivos; escala visual/verbal numérica para medir la intensidad del dolor y, por último, la Escala de Braden para evaluar el riesgo de desarrollo de escaras por presión ^(7,11). En este estudio, todas las escalas fueron utilizadas para subvencionar el análisis de diagnósticos de enfermería.

La recopilación de datos duró 2 horas, en la cabecera del paciente, comprendiendo los pasos ya mencionados. Las informaciones fueron registradas en el instrumento de recolección de datos. Posteriormente, las informaciones fueron analizadas y los diagnósticos de enfermería, enumerados. Todos los diagnósticos de enfermería fueron validados por un profesional con experiencia en diagnósticos de enfermería.

Análisis de los resultados y estadística

Se realizó el análisis de los datos por medio de medidas de tendencia central, media y mediana, de dispersión (desvío medio) y frecuencias simples y absolutas de variables cuantitativas. Se utilizó el software Microsoft Excel® 2016. Los resultados fueron presentados en formato de tabla.

RESULTADOS

La muestra se caracterizó por 60 pacientes en postoperatorio, como se muestra en la Tabla 1, de los cuales 47 (78,3%) eran del sexo femenino, edad media fue de 51,9 años. El grupo de edad más frecuente fue de 41 a 50 años, correspondientes al 25,0% del total. Sobre la escolaridad de los participantes, sólo 6 (10,0%) declararon educación superior completa. Con respecto a la etnicidad, 27 (45,0%) auto-declararon pardos y 19 (31,7%) negros. Para el estado marital, 24 pacientes (40,0%) estaban casados, 15 (25,0%) tenían una unión estable y 15 (25,0%) estaban solteros. En relación con la religión, la mayoría de la población de muestra estuvo compuesta de 37 católicos (61,7%). La renta de la mayoría de los participantes era de 1 a 2 salarios mínimos, 25 (41,7%).

Tabla 1: Perfil sociodemográfico de los pacientes. Brasília, DF, Brasil, 2017.

Característica	N	%	Característica	N	%
Sexo			Grupo de Edad		
Femenino	47	78,3	18-30	5	8,3
Masculino	13	21,7	31-40	10	16,7
Escolaridad			41-50	15	25,0
Fundamental Incompleto	25	41,7	51-59	7	11,7
Fundamental Completo	4	6,7	60-70	14	23,3
Medio Completo	25	41,7	71-80	7	11,7
Superior Completo	6	10,0	>81	2	3,3
Etnicidad			Estado Civil		
Negro/a	19	31,7	Soltero/a	15	25,0
Branco/a	11	18,3	Casado/a	24	40,0
Pardo/a	27	45,0	Divorciado/a	6	10,0
Amarillo/a	2	3,3	Unión Estable	15	25,0
Indígena	1	1,7	Viudo/a	0	0,0
Religión			Renta familiar		
Ninguna	5	8,3	< 1 salário	14	23,3
Católico	37	61,7	1 a 2 salários	25	41,7
Espiritista	2	3,3	3 a 5 salários	17	28,3
Protestante	16	26,7	> 5 salários	4	6,7
Ocupación			Saneamiento		
Activo	17	28,3	Agua tratada	49	81,7
Ayuda Enfermedad	10	16,7	Red de recogida de aguas residuales	45	75,0
Jubilados	21	35,0	Colecta de basura	53	88,3
Desempleado	12	20,0			

Con respecto a las características clínico epidemiológicas pre-existentes representadas en la Tabla 2, 49 (81,7%) participantes permanecieron hospitalizados durante 3 a 4 días. De los participantes, 27 (45,0%) presentaron de 1 a 3 condiciones patológicas pre-existentes, mientras que 17 (28,3%) no presentaron ninguna; otra parte considerable de 10 (16,7%) participantes presentaron de 3 a 5 condiciones pre-existentes. Como hábito de vida pasado o presente, 27 (45,0%) participantes practicaron el hábito de fumar, 7 (11,7%), el alcoholismo crónico y 2 (3,3%) otros vicios. Nunca se sometieron a los procedimientos quirúrgicos 16 (26,7%) participantes, la mayor parte de ellos, el equivalente a 19 (31,7%), se sometieron a un procedimiento quirúrgico previamente.

Como se muestra en la Tabla 2, hubo 69 intervenciones quirúrgicas, es decir, algunos participantes se sometieron a más de un procedimiento durante la recolección de datos. Se ha observado que 15 participantes se sometieron a histerectomía abdominal, configurándolo como el procedimiento más frecuente (21.74%), seguido por la mastectomía, que correspondía al 11,59% (n = 8).

Tabla 2: Perfil clínico-quirúrgico de pacientes en postoperatorio de cirugía de retirada de órgano. Brasília, DF, Brasil, 2017.

Tiempo de internación	N	%	Número de antecedentes quirúrgicos	N	%
3 a 4 días	49	81,7	Ningun	16	26,7
5 a 10 días	10	16,7	Um	19	31,7
>10 días	1	1,7	Dos	14	23,3
			Tres	7	11,7
			Cuatro	3	5,0
			Cinco o más	1	1,7
Condiciones preexistentes	N	%			
Ninguna	17	28,3			
1 a 3	27	45,0			
3 a 5	10	16,7			
>5	6	10,0			
Patologías preexistentes	N	%	Procedimientos quirúrgicos	N	%
Tumor/ Cáncer/ Nódulo	40	66,7	Histerectomía vía abdominal	15	21,74
Depresión/Trastornos del humor	25	41,7	Mastectomía	8	11,59
Hipertensión	19	31,7	Rectosigmoidectomía	7	10,14
Diabetes <i>Mellitus</i>	12	20,0	Colecistectomía	6	8,70
Alteración Cardíaca	8	13,3	Gastrectomía	6	8,70
Hipotiroidismo/ Hipertiroidismo	7	11,7	Prostatectomía	6	8,70
Afecciones respiratorias	6	10,0	Salpinguectomía	6	8,70
Enfermedad de Chagas	4	6,7	Ofoorectomia	3	4,35
			Nefrectomía	2	2,90
			Tiroidectomía	2	2,90
			Adrenalectomía	1	1,45
			Apendectomía	1	1,45
			Cistectomía	1	1,45
			Enterectomía	1	1,45

Historial/Hábitos de vida actuales	N	%			
			Esplenectomía	1	1,45
Tabaquismo	27	45,0	Histerectomía vía vaginal	1	1,45
Etilismo crónico	7	11,7	Linfanectomía	1	1,45
Otros vicios	2	3,3	Proctocolectomía	1	1,45
			Total	69	100,0

Para identificar el riesgo de caídas, se utilizó la Escala de Caídas de Morse ⁽⁷⁾, como se describe en la tabla 3, donde puede observarse que 24 (40,0%) participantes presentaron moderado riesgo de caídas, otra importante cantidad de participantes en el estudio, 20 (33,3%), fueron clasificados con alto riesgo de caídas y sólo 15 (25,0%) presentaron bajo riesgo de caídas.

En relación a la evaluación de riesgo para el desarrollo de escaras por presión, expresada en la Tabla 3, una gran parte de los participantes (83,3%; n=50) no presentó riesgo de escara por presión.

Aún de acuerdo con la Tabla 3, el grado de dependencia fue evaluado por el Índice de Katz ⁽⁸⁾, 41 (68,3%) pacientes fueron clasificados en la categoría independiente, 15 (25,0%) en la dependencia moderada y 4 (6,7%) muy dependientes.

La Escala visual/verbal numérica para medir el dolor ⁽¹⁰⁾, presentada en el cuadro 3, identificó que: 51,7% (n = 31) de los participantes presentaron dolor intenso, 31,7% (n = 19) tuvieron un dolor moderado, el 10,0% (n = 6), dolor leve y sólo el 6,7% (n=4), con ausencia de dolor.

Para la evaluación del estado cognitivo, se utilizó el Mini Examen Mental Folstein ⁽⁹⁾. Como resultado ya previsto, 100% de los participantes no mostraron deterioro cognitivo, ya que esto representa un criterio establecido para su inclusión en la muestra.

Tabla 3: Aplicación de las escalas de evaluación en pacientes en postoperatorio de cirugía de retirada de órgano. Brasília, DF, Brasil, 2017.

Escalas de evaluación	N	%
Escala de Morse		
Sin riesgo de caída	1	1,7
Bajo riesgo de caídas	15	25,0
Moderado riesgo para caídas	24	40,0
Alto riesgo de caídas	20	33,3
Escala de Braden		
Riesgo moderado para escara por presión	10	16,7
Sin riesgo para escara por presión	50	83,3
Índice de Katz		
Independiente	41	68,3
Dependencia moderada	15	25,0
Muy dependiente	4	6,7

Escala Visual/Verbal Numérica		
Ausencia de dolor	4	6,7
Dolor leve	6	10,0
Dolor moderado	19	31,7
Dolor intenso	31	51,7
Mini Examen del Estado Mental de Folstein		
Sin declinación cognitiva	60	100,0
Con declinación cognitiva	0	0

Para un total de 60 participantes en el estudio, se identificaron 1022 diagnósticos de enfermería enumerados investigación, resultantes de 12 áreas de NANDA-I ⁽¹⁾, correspondientes a los diagnósticos con foco sobre el problema, diagnóstico de riesgo (vulnerabilidad) y diagnósticos de la promoción de la salud. Se obtuvieron 93 títulos diagnósticos de enfermería diferentes presentes en la muestra, con un promedio de 16,39 diagnósticos por participante y mediana de 17 diagnósticos. Entre los 93 diagnósticos, 67 fueron con foco sobre el problema, 23 de riesgo y tres de la promoción de la salud.

A partir de 93 diagnósticos diferentes elaborados, 11 presentaron una frecuencia superior al 50,0%. Entre estos, se observó que 8 diagnósticos fueron con foco sobre el problema y 3 diagnósticos de riesgo. Para todos los otros diagnósticos de enfermería con una frecuencia inferior a 50%, 59 de ellos fueron clasificados con foco sobre el problema, 20 de riesgo y 3 de promoción de la salud. Por lo tanto, los diagnósticos con una frecuencia superior a 50% de las ocurrencias fueron representados en orden de frecuencia descendente en la Tabla 4.

Tabla 4: Diagnósticos de enfermería más prevalentes en la muestra de pacientes en el postoperatorio de cirugía de retirada de órgano. Brasília, DF, Brasil, 2017.

Diagnóstico de enfermeira	N	%
Integridad tisular perjudicada	60	100,0
Riesgo de infección	60	100,0
Riesgo de sangrado	59	98,3
Dolor agudo	54	90,0
Conocimiento deficiente	52	86,7
Riesgo de caídas	45	75,0
Ansiedad	42	70,0
Dentición perjudicada	42	70,0
Estilo de vida sedentario	40	66,7
Insomnio	36	60,0
Trastorno de la imagen corporal	33	55,0

Según los diagnósticos de la Tabla 4, los diagnósticos con foco sobre el problema fueron los siguientes: integridad tisular perjudicada (100,0%; n = 60), dolor agudo

(90,0%; n=54), conocimiento deficiente (86,7%; n=52), ansiedad (70,0%; n=42), dentición perjudicada (70,0%; n=42), sedentarismo (66,7%; n=40), insomnio (60,0%; n=36) y trastorno de la imagen corporal (55,0%; n=33). Los diagnósticos de riesgo fueron: riesgo de infección (100,0%; n = 60), riesgo de sangrado (98,3%; n=59) y riesgo de caídas (75,0%; n=45).

DISCUSIONES

La etapa del diagnóstico de enfermería es de particular importancia, pues identifica las mejores intervenciones necesarias para cada paciente en el contexto de la salud identificado. Aún refleja lo que es responsabilidad del enfermero, según lo sugerido por la literatura, proporcionando una forma de comunicación auténtica en la profesión, al tiempo que facilita la interacción con el paciente, la comunicación y la adherencia al tratamiento ⁽⁵⁾.

Se identificó una gran concentración de diagnósticos de enfermería en la muestra, participando en 12 áreas de NANDA-I ⁽¹⁾, lo que refleja una amplia variedad de títulos diagnósticos, que representan promedios superiores a los estudios en la literatura. La investigación realizada en la clínica quirúrgica con un número de muestra igual a la presente muestra identificó 337 diagnósticos totales, y la media de estos diagnósticos por paciente fue de 5,6 ⁽¹²⁾, lo que contrasta con el estudio actual en el que el promedio del número de diagnósticos por paciente fue muy superior.

Las áreas Actividad/Reposo y Seguridad/Protección recibieron el mayor número de diagnósticos. En el caso de pacientes postquirúrgicos, este dato sólo corrobora las condiciones previstas para estos pacientes, ya que los diagnósticos presentes en estas dos áreas se refieren a limitaciones sobre “la producción, la conservación, el costo o el equilibrio de los recursos energéticos” ⁽¹⁾ y los peligros relacionados con lesiones físicas o daños a los sistemas inmunológico y cutáneo ⁽¹³⁾. A pesar de la amplia variedad de diagnósticos de enfermería encontrados, serán discutidos los que tuvieron una frecuencia superior al 50%.

El dominio Seguridad/Protección incluyó los diagnósticos: Integridad tisular perjudicada, riesgo de infección, riesgo de sangrado, riesgo de caídas y dentición perjudicada. Los cuatro primeros estrechamente relacionados con el cuidado de los pacientes quirúrgicos ⁽¹³⁾. Estos diagnósticos estuvieron presentes en un gran porcentaje de la muestra precisamente porque están asociados con el procedimiento quirúrgico realizado.

Hubo grandes variaciones en la dimensión integridad tisular perjudicada. Algunas cirugías provocan extensos daños en el tejido lesionado, resultando en una importante herida quirúrgica. Otras, sin embargo, mostraron sólo pequeñas incisiones. Sin embargo, en este estudio, donde los procedimientos fueron acompañados por el retiro de uno o varios órganos, por vía abierta o videolaparoscópica. Según un estudio, la integridad tisular también estaba alterada debido a otros procedimientos invasivos tales como: administración de la droga por vía intravenosa o subcutánea, así como la colección de exámenes de laboratorio ⁽¹⁴⁾.

Los diagnósticos de enfermería integridad tisular dañada y riesgo de sangrado atraen la atención del personal de enfermería para el cuidado de la herida quirúrgica. Este profesional debe ser consciente en todas las etapas del proceso de curación, observando la buena evolución y si la herida está libre de signos de infección. El riesgo de sangrado también se destaca como una condición que pueda interferir con la buena evolución de la cicatrización de la herida.

El presente estudio reveló que la mayoría de los participantes no presenta ningún riesgo para el desarrollo de escaras por presión, corroborando con otro estudio en el que la puntuación media de la Escala de Braden no confiere riesgo. El desarrollo de la escara por presión resultante de colocación quirúrgica depende del tipo de cirugía realizada, la colocación quirúrgica, tiempo demandado en cirugía y el estado fisiológico del paciente ⁽¹⁵⁾.

En relación al riesgo de infección, este diagnóstico se asocia a los siguientes factores de riesgo observados en la muestra estudiada: procedimiento invasivo, cambios en la integridad de la piel, el tabaquismo y la obesidad. Una investigación realizada en una clínica quirúrgica demostró que tabaquismo mostró una fuerte asociación con el riesgo de desarrollar infecciones, así como la obesidad ⁽¹⁶⁾. Condiciones clínicas anteriores, tales como el tabaquismo, la obesidad y otras enfermedades crónicas, han sido identificados como responsables de una mayor predisposición a las infecciones. Los fumadores son susceptibles a la reducción de los mecanismos de defensa del tracto respiratorio. De esta manera, procedimientos tales como la intubación, con el propósito de la ventilación mecánica necesaria en muchos procedimientos quirúrgicos, conducen al riesgo de exposición de las vías aéreas a microorganismos patógenos, aumentando las posibilidades de desarrollo de enfermedades infecciosas ⁽¹⁶⁾.

El riesgo de caídas fue prevalente en la muestra y se asoció a los siguientes factores de riesgo: recuperación postoperatoria, movilidad perjudicada, neoplasia, incontinencia, ausencia de sueño, dificultades en la marcha, entre otros. A pesar de la NANDA-I ⁽¹⁾ no referirse a la Escala de Morse ⁽⁷⁾ como un componente indicador para la elaboración del diagnóstico riesgo de caída, muchos de los factores de riesgo asociados con el diagnóstico están presentes en escala y, por lo tanto, esta fue utilizada para subsidiar el diagnóstico.

La búsqueda de la calidad en la atención y del cuidado libre de iatrogenia es uno de los objetivos principales de la enfermería. Esta búsqueda es recomendada por el programa de seguridad del paciente. La caída es un evento adverso que debe ser prevenido por las instituciones de salud, porque puede conducir a lesiones de los tejidos, traumas y retiradas no programadas de drenajes, sondas y catéteres, fracturas, empeoramiento clínico, sufrimiento mental, aumento en el tiempo de hospitalización, elevación de los gastos de la institución y el apoyo social del paciente, además de la principal, que es la desconfianza del paciente en relación con la atención prestada por la enfermería ⁽¹⁷⁾.

El Riesgo de Caídas puede asociarse a las informaciones sobre las actividades de la vida diaria, medido por el índice de Katz ⁽⁸⁾, donde la mayor parte de la muestra resultó ser independiente en las actividades de la vida diaria. Un estudio similar demuestra que la mayoría de los pacientes hospitalizados en la clínica presentaba movilidad física perjudicada. Este hecho puede explicarse por el perfil de los pacientes atendidos en una clínica a expensas de una clínica quirúrgica, por lo que el grado de dependencia de los pacientes tiende a ser variado ⁽¹⁷⁾. Durante la hospitalización y recuperación quirúrgica, es común que algún miembro sea afectado, restringiendo su movilidad temporalmente o permanentemente. Esto explica el porcentaje de casi una tercera parte de la muestra presentar la dependencia moderada, lo que sugiere una mayor propensión a las caídas.

Dolor agudo fue fuertemente identificado en pacientes post-quirúrgicos. Según la literatura, el tratamiento del dolor postoperatorio es esencial, porque es un fenómeno muy presente, lo que representa aproximadamente 80% de los pacientes que se someten a cualquier tipo de cirugía ⁽¹⁸⁾. De acuerdo con la característica definidora

constante en la NANDA-I ⁽¹⁾, el auto-relato de la intensidad del dolor y el uso de la escala estandarizada de dolor permitieron una base para el levantamiento de este diagnóstico, así como otras características, tales como: foco en sí mismo y expresiones faciales de dolor. La escala escogida para esta evaluación fue la escala visual/verbal numérica para medición de la intensidad del dolor, de fácil comprensión y utilización, lo que permite medir el dolor en las puntuaciones de cero a diez ⁽¹⁰⁾.

El mal control del dolor está relacionado con la participación del sistema nervioso simpático y el consiguiente aumento de la respuesta hormonal al estrés. Esta condición puede generar un sinnúmero de eventos no deseados en el período postoperatorio, tales como: isquemia miocárdica, arritmias cardíacas, hipercoagulabilidad, complicaciones pulmonares, elevación de las tasas de delirium e infección de la herida quirúrgica ⁽¹⁹⁾. Además, el intenso dolor afecta a la satisfacción de los pacientes, retrasando la deambulacion precoz y está relacionado con la aparición de dolor crónico postoperatorio.

A pesar de la variedad de procedimientos quirúrgicos identificados en la muestra, es posible observar el dolor agudo de forma generalizada. Se sabe que el número de antecedentes quirúrgicos puede influir en experiencias posteriores. Un estudio informó que el grupo de pacientes sin experiencia quirúrgica previa se quejó de dolor más que aquellos que ya habían experimentado esta experiencia ⁽²⁰⁾. En este ejemplo, la mayoría de los participantes ha sido previamente sometida a una cirugía, lo que puede explicar la prevalencia de este diagnóstico.

Conocimiento deficiente fue uno de los diagnósticos importantes identificados en la muestra. La literatura presenta, por medio de una encuesta, la prevalencia de 25% de este diagnóstico en la muestra estudiada ⁽²¹⁾. En comparación con el actual estudio, se identificó una mayor prevalencia de este diagnóstico que puede decidir el aumento de los costes para el tratamiento cuando el paciente no entiende su tratamiento, resultando en un comportamiento inapropiado o exagerado.

Aún que los participantes del estudio no presentaron deterioro cognitivo representado por el Mini Examen del Estado Mental ⁽⁹⁾, la condición del conocimiento deficiente está vinculada principalmente a la poca información o información de mala calidad. La falta de información fue una de las causas principales para el establecimiento de este diagnóstico. Muchos pacientes relataron no entender el porqué de someterse a determinado procedimiento quirúrgico, desconociendo lo que los llevó a esa condición o comprendiendo parcialmente. A pesar de estos informes, en general, afirmaron estar satisfechos por la atención a través del Sistema Único de Salud.

Otro factor que puede influir en la incidencia del diagnóstico conocimiento deficiente es el nivel de escolaridad de los pacientes. Un bajo nivel de escolaridad puede dificultar tanto la comprensión de la información relativa a la identificación de recursos para la gestión de los síntomas. Los niveles educativos pueden afectar negativamente a la comunicación entre el paciente y el profesional de la salud, pueden ser obstáculos para la comprensión de las opciones de tratamiento y el manejo de los síntomas. Una de las posibles razones es que, cuando los pacientes no entienden las palabras y las explicaciones de los profesionales, se sienten avergonzados, y, a menudo, se sienten incómodos para pedir aclaraciones ⁽²²⁾.

El diagnóstico Ansiedad también fue intensamente identificado en este estudio, estando presente en 70% de los participantes. El contexto del paciente quirúrgico está envuelto en una atmósfera llena de sentimientos, como la ansiedad y la incertidumbre, que impregnan los pensamientos y expectativas para la realización del acto quirúrgico. A pesar de todos los aparatos, con las altas tecnologías, que cada vez

más proporcionan nuevos avances en los tratamientos, la cirugía aún es considerada un evento difícil para el ser humano ⁽²³⁾. En este contexto, la ansiedad puede relacionarse también con el número de intervenciones quirúrgicas de la historia, porque la cantidad de cirugías anteriores puede aumentar o disminuir el estado de ansiedad en el individuo.

La cirugía implica muchas veces en pérdida temporal o permanente de algún miembro, movilidad restringida, tiempo limitado demandado a su recuperación y alto grado de estrés físico y psicológico. Además, la falta de comunicación puede generar niveles significativos de ansiedad. La ansiedad está presente sobre todo en la fase preoperatoria, pero permanece en el período postoperatorio, mientras el paciente espera para su recuperación. El personal de enfermería desempeña un papel decisivo en la expectativa para minimizar la ansiedad. Al final, puede ofrecer información de calidad para minimizar esta ansiedad, así como acoger al paciente con todos sus sentimientos y demandas, tanto en el preoperatorio cuanto en el postoperatorio ⁽²⁴⁾.

El insomnio es un trastorno que también se relaciona con el diagnóstico Ansiedad. Los principales factores relacionados obtenidos fueron: ansiedad, incomodidad física, agente farmacológico y la actividad física diaria inferior a la recomendada para la edad y el sexo. Este diagnóstico estaba presente en más del 50% de los participantes y representó a la mala calidad del sueño. El sueño es esencial para la salud humana, su característica restauradora, conservación de energía y protección son esenciales. En un estudio transversal con más de 600 pacientes, casi la mitad de los participantes sufría de insomnio, siendo este diagnóstico directamente relacionado con el aumento de las caídas en los ancianos participantes en el estudio ⁽²⁵⁾.

Uno de los factores más relacionados con insomnio fue la ansiedad y el uso de medicamentos que inducen el sueño. Como ya se ha expuesto en la ansiedad, pueden influir directamente en la calidad de vida de los pacientes. Además, la necesidad del uso de estos fármacos demuestra la no resolución de este trastorno, recurriendo a medidas más interventivas.

En relación al diagnóstico Dentición Perjudicada, es sabido que las condiciones de la salud oral del paciente están relacionadas con la aparición de otras enfermedades. Mala higiene oral proporciona un entorno adecuado para el crecimiento bacteriano, y, cuanto mayor la formación de biopelículas, mayor será la posibilidad de interacciones entre las bacterias residentes y otros patógenos, lo que puede llevar a complicaciones, tales como neumonía e incluso infecciones sistémicas. Una buena evaluación dental puede influir en la no aparición de eventos adversos en el futuro, y puede determinar los resultados clínicos, reduciendo lo que puede afectar el tratamiento sistémico ^(12, 26). Estas condiciones son aún más preocupantes en los pacientes quirúrgicos, que están expuestos a procedimientos invasivos y requieren un buen estado general, incluyendo especialmente la buena salud oral.

El Estilo de vida sedentario corrobora con el gran número de pacientes que tenían sobrepeso, obesidad, además de otras condiciones preexistentes, identificando los comportamientos de no-adherencia a la actividad física en la rutina de los participantes. Esto es preocupante, ya que, según un estudio, la actividad física se asocia con efectos positivos para la salud, tales como: control de peso, mejora de enfermedades crónicas como la diabetes, la disminución del tiempo de recuperación de la cirugía, el bienestar general y la prevención de enfermedades relacionadas con el sistema cardiovascular ⁽²⁷⁾.

El Trastorno de la Imagen Corporal se destaca por envolver a la población de pacientes sometidos a la retirada de uno o varios órganos. La retirada de estos órganos generó

incertidumbre y sufrimiento en gran parte de los participantes, además de los cambios sufridos por la enfermedad en sí. La apariencia externa resultó ser relevante en las mujeres entrevistadas, especialmente porque representan el mayor porcentaje de participantes. Muchas de ellas manifestaron preocupaciones acerca de la apariencia externa de la cirugía, el temor de cicatrices y otras marcas en el cuerpo. La literatura muestra que, después del procedimiento quirúrgico, es probable que el paciente sienta dolor, pérdida momentánea de la función del órgano y algún nivel de dependencia de los cuidados, que influye en las actividades de la vida diaria; además, el miedo de la recurrencia de la enfermedad, el temor de las limitaciones postquirúrgicas y el sufrimiento emocional son comunes ⁽²⁸⁾.

La retirada de órganos implica riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico, como complicaciones postoperatorias como formación de trombos y émbolos, dehiscencia de la herida e infección, así como los sentimientos de ansiedad, tristeza, depresión y estrés psicológico ⁽²⁸⁾.

En la muestra de este estudio, muchos participantes se sometieron a la mastectomía total, sufriendo un cambio drástico en su imagen corporal, lo que influyó en la manera en que pasaron a verse. La ausencia de una parte del cuerpo que tiene significados sociales y culturales puede afectar su relación con la sexualidad y la auto-imagen. Un estudio realizado con mujeres mastectomizadas mostró el diagnóstico Trastorno en la imagen corporal en su muestra, y señaló que, para la gestión de esta condición, las siguientes medidas son importantes: modificación de la autopercepción, promoción de la esperanza, superación, presencia de familiares y amigos, refuerzo positivo de la autoestima, equilibrio del proceso familiar, mayor socialización, equilibrio emocional, religiosidad y espiritualidad y la mejora de la auto imagen corporal ⁽²⁹⁾.

Por último, se destaca la importancia del proceso de enfermería, especialmente el análisis de diagnósticos basados por escalas de evaluación, ya que confieren una mayor fiabilidad, como evidenciado en el estudio.

CONCLUSIONES

La investigación discutió la recopilación de datos y el análisis de diagnósticos de enfermería para los pacientes. Se identificó una alta concentración de diagnóstico en esta población. El número de diagnósticos enumerados y su diversidad identifican las diferentes áreas de los cuidados que los enfermeros deben ser capaces de proporcionar sus cuidados, además de que el análisis de estas informaciones deposita en el enfermero mayor poder de cuidado al paciente.

El estudio permitió trazar el perfil de los diagnósticos de enfermería de pacientes hospitalizados la Clínica Quirúrgica en el período postoperatorio sometidos a la retirada de órgano y señaló la importancia de la utilización de escalas de evaluación para subvencionar y dar mayor confiabilidad a los diagnósticos identificados.

REFERENCIAS

1. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnóstico de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. Porto Alegre: Artmed; 2018.
2. Santos APA, Laus AM, Camelo SHH. O trabalho da enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa. ABCS Health Sci 2015; 40(1):45-52.
3. Amthaur C, Nora TTD, Souza TP, Fernandes CR, Nogueira QDS, Martins LB. Atividades de educação em saúde com pacientes cirúrgicos em um hospital

- universitário: relato de experiência. Rev. Contexto Saúde (Online) [Internet] 2011 Jan-jun [cited 2018 Dec 13]; 10(20):705-710. Available from: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1628>
4. Lopes MVO, Silva VM, Araújo TL. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. Rev Bras Enferm 2013 Set-out; 66(5):649-55.
 5. Novaes ES, Torres MM, Oliva APV. Nursing diagnoses in surgical clinic. Acta Paul Enferm 2015; 28(1):26-31.
 6. Feitosa MC, Soares LS, Beleza CMF, Silvia GRF, Leite IRL. Uso de escalas/testes como instrumentos de coleta de dados em pesquisas quantitativas em enfermagem. S A N A R E 2014 Jun-dez; 13(2):92-97.
 7. Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. Can J Aging 1989; 8(4):366-377.
 8. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe mw. Studies of illness in the aged. The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963 Sep 21;185:914-9.
 9. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. J Psychiatr Res 1975 Nov;12(3):189-98.
 10. Fortunato JGS, Furtado MS, Hirabae LFA, Oliveira JA. Scales of pain in the critically ill patient: an integrative review. Rev HUPE 2013; 12(3):110-117.
 11. Braden B, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. Rehabil Nurs 1987 Jan-Feb; 12(1):8-12.
 12. Volpato MP, Cruz DALM. Nursing diagnoses in patients admitted to a medical-surgical unit. Acta Paul Enferm 2007 Apr-Jun; 20(2):119-124.
 13. Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
 14. Bertoncetto KCG, Cavalcant CDK, Ilha P. Real diagnoses and nursing intervention proposals for multiple trauma victims. Rev. Eletr. Enf. 2013 Out-Dez;15(4):905-14.
 15. Lopes CMM, Haas VJ, Dantas RAS, Oliveira CG, Galvão CM. Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016; 24:2704.
 16. Ledur P, Almeida L, Pellanda LC, Schaan BD. Predictors of infection in post-coronary artery bypass graft surgery. Rev Bras Cir Cardiovasc 2011;26(2):190-6.
 17. França MJDM, Manguiera SO, Perrelli JGA, Cruz SL, Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem de pacientes com necessidade de locomoção afetada internados em uma unidade hospitalar. Rev. Eletr. Enf. 2013 Out-Dez;15(4):878-85.
 18. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. Anesth Analg 2003 Aug;97(2):534-40.
 19. Huang APS, Sakata RK. Dor após esternotomia - revisão. Rev Bras Anestesiologia 2016; 66(4):395-401.
 20. Alberti LR, Daian MR, Petroianu AA. Does a previous surgical experience interfere on psychic stress in patients submitted to major surgery? Rev. Col. Bras. Cir. 2014; 41(1):043-048.
 21. Pereira JC, Stuchi RAG, Sena CA. Nursing assistance systematization proposal by the nanda/nic/noc taxonomies for the diagnosis of deficient knowledge. Cogitare Enferm 2010 Jan-Mar; 15(1):74-81.
 22. Davis TC, Williams MV, Marin E, Parker RM, Glass, J. Health Literacy and Cancer Communication. CA Cancer J Clin 2002; 52:134-149.
 23. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. BMC Surg 2014; 14(1):1.

24. Gonçalves KKN, Silva JI, Gomes ET, Pinheiro LLS, Figueiredo TR, Bezerra SMMS. Anxiety in the preoperative period of heart surgery. *Rev Bras Enferm* 2016; 69(2):374-80.
25. Pereira AA, Ceolim MF, Neri AL. Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade. *Cad. Saude Pub* 2013 Mar; 29(3):535-546.
26. Nogueira JWS. Atuação da equipe de enfermagem na higiene bucal preventiva de pacientes dependentes de cuidados [dissertation]. Brasília: Mestrado em Enfermagem—Universidade de Brasília; 2016. XIV, 147 p.
27. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzk PT: Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012, 380:219-229.
28. Kim SH, Lee R, Lee KS. Symptoms and uncertainty in breast cancer survivors in Korea: differences by treatment trajectory. *J Clin Nurs* 2012;21(7-8):1014–1023.
29. Ribeiro J, Cardoso L, Pereira C, Silva B, Bubolz B, Castro C. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais Nursing care in oncology hospitalized patients: diagnosis and interventions related to psychosocial and psychospiritual needs. *R. de Pesq: Cuidado é Fundamental Online [Internet]* 2016 Oct 4 [cited 2018 Dec 13]; 8(4): 5136-5142. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4016>

ISSN 1695-6141

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