



M. S. Borrella Domínguez  
C. Bermejo Matías  
M. T. Durán Medina

Evaluación de la metodología de trabajo en una unidad de geriatría

Diplomadas en Enfermería  
Unidad de Geriatría  
Hospital "Nuestra Señora de la Montaña"  
Cáceres.

**Correspondencia:**  
M. S. Borrella Domínguez  
Unidad de Geriatría.  
Hospital "Nuestra Señora de la Montaña"  
Avda. de España nº 2  
10004 Cáceres

**Mención Especial**

*Premios SEEGG - B. Braun Medical S.A.  
V Congreso Nacional de Enfermería  
Geriátrica. Toledo, Abril 1993*

**RESUMEN**

La creación de la unidad de Geriatría del Hospital "Virgen de La Montaña" precisó confeccionar un plan de cuidados de enfermería al paciente geriátrico específico atendiendo a sus diferentes características y necesidades. Su implantación durante un período de un año, precisa ser evaluada. Nuestro estudio se centra en conocer el resultado de la ejecución de este plan de trabajo, detectar las posibles deficiencias e introducir las correcciones precisas, contribuyendo al diseño del perfil del anciano tratado durante este período.

**PALABRAS CLAVE**

Evaluación; Atención de Enfermería; Unidad Geriátrica.

**ABSTRACT**

*The creation of the Geriatrics unit of the Hospital "Virgen de La Montaña" made it necessary to create a specific plan of nursing care of the geriatric patient attending to his different features and needs. Its introduction during a period of one year, needs to be evaluated. Our study is focused in knowing the result of the performance of this plan of work, detecting the possible deficiencies and introducing the corrections needed, contributing to the design of the profile of the elder person treated during this period.*

**KEY WORDS**

*Evaluation; Nursing attention; Geriatrics Unit.*

## 68 INTRODUCCIÓN

En mayo de 1991 se crea la Unidad de Geriatría del Hospital "Virgen de la Montaña" de Cáceres, siendo ésta la única de la provincia.

Al ser una Unidad de nueva creación, cuenta con los problemas típicos derivados de esta circunstancia, siendo uno de ellos el no contar con un Plan de Cuidados específico.

Con el funcionamiento de la Unidad, se va detectando que el enfermo geriátrico tiene unas características y necesidades que cubrir distintas a la del resto de los enfermos. Ante esto empezamos a trabajar en la confección de un Plan de Cuidados en Geriatría que queda terminado a finales de año.

A partir de enero de 1992 nuestra Unidad trabaja con este Plan de Cuidados y convencidos de que la cumplimentación de datos esenciales en los registros, así como la delimitación de diagnósticos y cuidados propios del paciente geriátrico, puede llevar a proporcionar la máxima calidad asistencial, facilitar la transmisión de información mejorando el trabajo en equipo, y permitir evaluar los resultados del proceso de atención.

A finales de 1992, tras llevar un año con el Plan diseñado, tenemos la necesidad de conocer el resultado de nuestra experiencia, detectar las posibles deficiencias e introducir las correcciones necesarias, así como tener una idea del perfil del enfermo tratado.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el año 1992 han ingresado en la Unidad de Geriatría 385 enfermos. Ante la imposibilidad (por falta de tiempo) de realizar el estudio de la población total de cara al presente congreso, hemos revisado 100 historias seleccionadas al azar.

## RESULTADOS

Con la recogida de datos hemos obtenido unos resultados que nos aproximan al sujeto de estudio:

### • Diferenciación por sexos:

- Hombres = 33 33%
- Mujeres = 67 67%

### • Diferenciación por edades:

La realizamos por intervalos de cinco en cinco años a

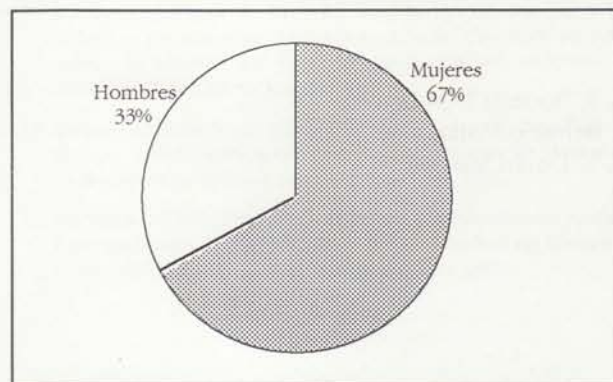


Figura 1. Diferenciación por sexos.

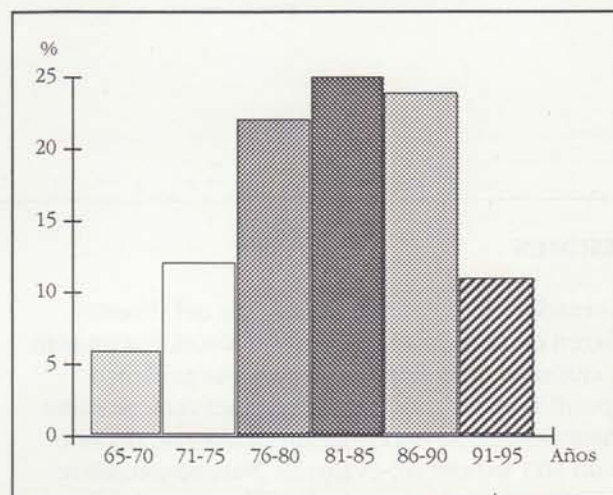


Figura 2. Diferenciación por edades.

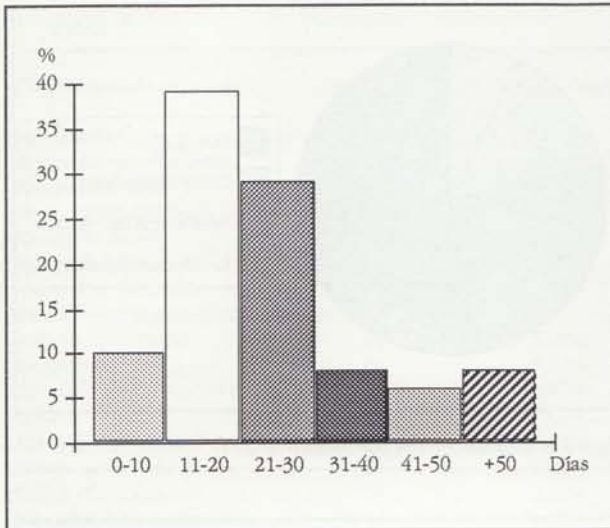
partir de 65 años, edad general de jubilación y la que se toma de partida para la definición de paciente geriátrico.

- De 65 a 70 años = 6 6%
- De 71 a 75 años = 12 12%
- De 76 a 80 años = 22 22%
- De 81 a 85 años = 25 25%
- De 86 a 90 años = 24 24%
- Más (+) de 90 años = 11 11%

### • Diferenciación por días de estancia:

Realizada por intervalos de 10 en 10 días

- De 0 a 10 días = 10 10%
- De 11 a 20 días = 39 39%
- De 21 a 30 días = 29 29%



**Figura 3.** Diferenciación por días de estancia (al hacer esta diferenciación según los días de estancia queremos constatar los enfermos que provienen de la U.G.R. que son el 18%).

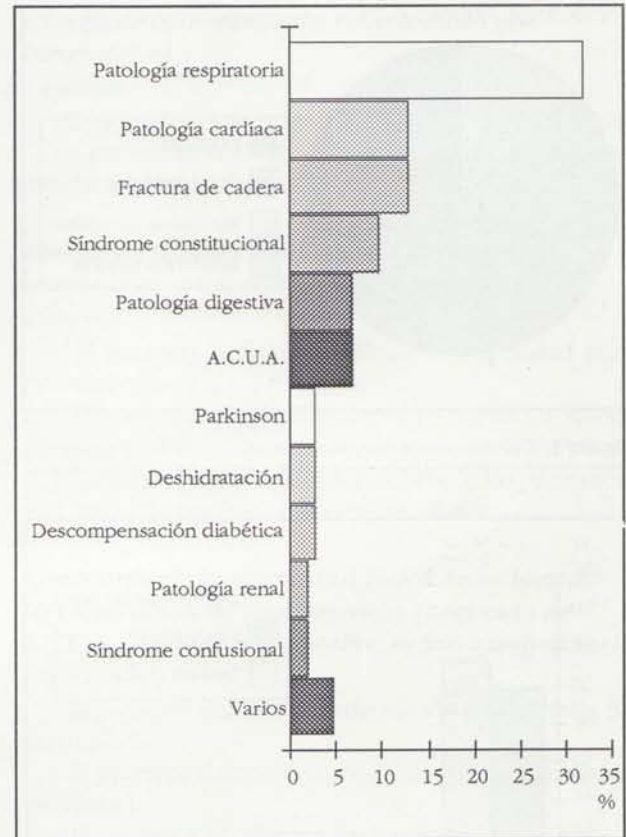
- De 31 a 40 días = 8                    8%
- De 41 a 50 días = 6                    6%
- Más ( + ) de 50 días = 8                8%

• *Diferenciación por el principal diagnóstico médico al ingreso:*

- Patología respiratoria	32	32%
- Patología cardíaca	13	13%
- Fractura de cadera	13	13%
- Síndrome constitucional	10	10%
- Patología digestiva	7	7%
- A.C.V.A	7	7%
- Parkinson	3	3%
- Deshidratación	3	3%
- Descompensación diabética	3	3%
- Patología renal	2	2%
- Síndrome confusional	2	2%
- Varios	5	5%

(uno para cada diagnóstico siguiente: síndrome de inmovilismo, meningitis, U.P.P., epilepsia, problemática social).

Como dato significativo hacemos constar que el número de pacientes que reingresaron en la Unidad después de haber sido dados de alta fue del 15%, observando que el conocimiento previo del paciente y sus problemas nos facilitan la nueva valoración.



**Figura 4.** Diferenciación por el principal diagnóstico médico al ingreso.

• *Diferenciación por procedencia:*

- Domicilio	69	69%
- Otras unidades	18	18%
- Residencia asistida	5	5%
- Residencia de válidos	8	8%

• *Diferenciación por destino al alta:*

- Domicilio	76	76%
- Otras unidades	3	3%
- Residencia asistida	7	7%
- Residencia de válidos	14	14%

Observamos que el porcentaje de pacientes que vienen de domicilio se conserva al alta. El porcentaje procedente de Otras Unidades se reparte al alta principalmente entre Residencia de Válidos y Domicilio.

En los casos estudiados no se han constatado el



Figura 5. Diferenciación por procedencia.

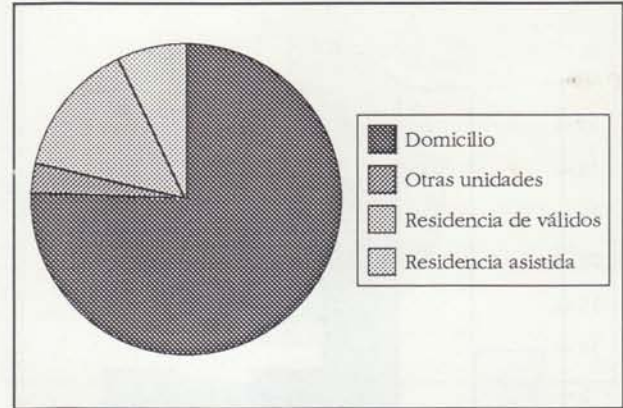


Figura 6. Diferenciación por destino al alta.

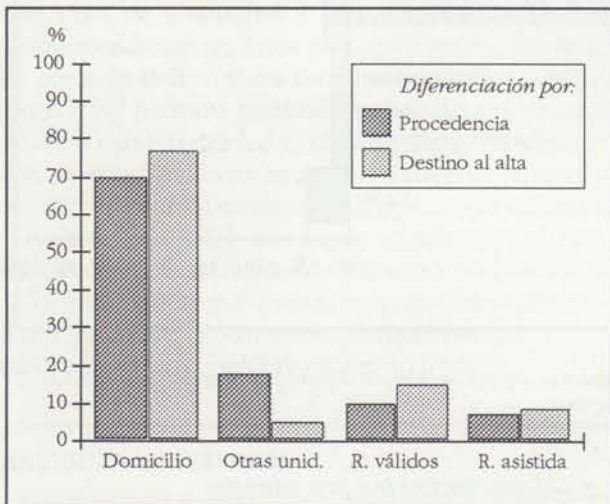


Figura 7. Diferenciación por procedencia y destino al alta.

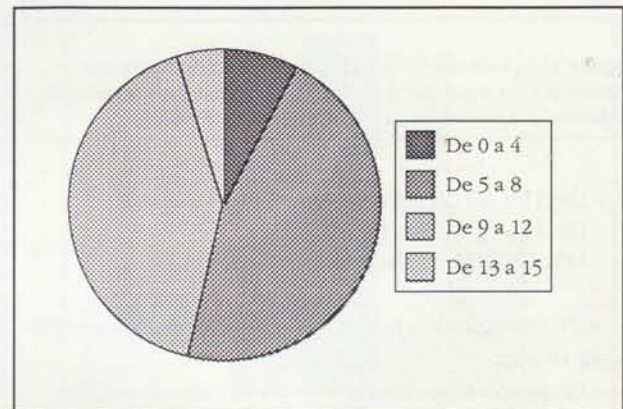


Figura 8. Número de diagnósticos de enfermería por enfermo.

- De 0 a 4 =	8	8%
- De 5 a 8 =	46	46%
- De 9 a 12 =	41	41%
- Más de 12 =	5	5%

12,7% de *exitus* que ha registrado esta unidad durante el año estudiado.

### Diagnósticos de enfermería

En los pacientes geriátricos la excepción es que presenten un solo diagnóstico de enfermería, siendo lo más normal múltiples diagnósticos de enfermería.

• **Número de diagnósticos de enfermería por enfermo:**

Lo realizamos por intervalos de cuatro diagnósticos por enfermo:

El número total de diagnósticos que presentan los 100 enfermos es de 793.

Sale una media de 7,93, aproximadamente de ocho diagnósticos por enfermo.

Completado el estudio de los datos obtenemos el perfil de la muestra estudiada:

- Predominantemente mujer.
- De 76 a 90 años.
- Mayoría de patologías cardiorrespiratorias.
- Ingresos de 11 a 30 días.
- Procedencia: domicilio.



Tabla

Diagnóstico de enfermería	% por enf.	% total diagn.
Incapacidad para el autocuidado	98	12,36%
Riesgo de estreñimiento	88	11,10%
Riesgo de lesión	84	10,59%
Afect. movilidad física	78	9,84%
Riesgo de flebitis	76	9,58%
Riesgo U.P.P.	74	9,33%
Alteración elim. e incontinencia	43	5,43%
Alteración en la percepción sensorial, audición y/o visión	41	5,17%
Riesgo s.v.	41	5,17%
Oxígeno: lesión y nivel concien.	37	4,67%
U.P.P.	35	4,41%
Alteración patrón del sueño	31	3,91%
Riesgo lesión mucosa oral	20	2,52%
Déficit conocimiento	20	2,52%
Vías aéreas no permeables	12	1,51%
Riesgo aspiración b-p	10	1,26%
Riesgo sonda nasogástrica	5	0,63%

- Destino: domicilio.
- Múltiples diagnósticos de enfermería.

Vemos en la tabla el porcentaje de cada uno de los 17 diagnósticos detectados en el muestreo.

Analizamos a continuación el grado de resolución obtenido:

### **Incapacidad para el autocuidado en relación con incapacidad para alimentación, higiene, vestido y eliminación en relación con afectación de la movilidad**

#### **Objetivos**

- Durante la fase aguda el paciente mantendrá sus necesidades de alimentación, higiene, vestido y eliminación cubiertas de forma satisfactorias.

- Durante la fase de rehabilitación el paciente irá recobrando autonomía en su autocuidado dentro de los límites impuestos por su afectación motora y/o cognitiva.

La incidencia fue del 98%, consiguiéndose la resolución en el 100% de los casos.

De estos 70 (el 71,4%) se resuelven de forma satisfactoria con la evolución favorable de la patología que los causa, y 28 (el 28,6%) presentaba déficit al ingreso, siendo éste independiente de la patología causante del mismo.

De estos últimos, nueve (el 31,1%), mediante rehabilitación, consiguen un grado de autonomía satisfactoria al alta dentro de los límites impuestos por su afectación.

### **Riesgo de estreñimiento relacionado con inmovilidad**

#### **Objetivos**

- El paciente demostrará mejora de la eliminación intestinal. Lo presentaron el 88% de los pacientes. Se resolvió satisfactoriamente en el 100%.

### **Riesgo de lesión en relación a deficiencias sensoriales, motoras y/o cognitivas**

#### **Objetivos**

- El paciente utilizará medidas de seguridad para prevenir lesiones.

- Durante su hospitalización el paciente no sufrirá ninguna lesión.

Presentaron este diagnóstico el 84% de los pacientes, y el grado de resolución fue de un 98,8%.

### **Afectación de la movilidad física relacionado con limitación de movimientos (secuelas de A.C.U.A., debilidad muscular, reposo impuesto)**

#### **Objetivos**

- El paciente demostrará adaptación a la pérdida de capacidad.

- El paciente demostrará medidas para aumentar su movilidad.

- El paciente no desarrollará posturas patológicas, manteniendo una alineación corporal funcional.

Detectamos este diagnóstico en el 78% de los casos estudiados, de los cuales 50 (el 64,10%) se resuelven con la remisión de la patología que los causa; y 28 (el 35,90%) ingresan con afectación de la movilidad, consiguiendo al alta mediante rehabilitación la resolución en nueve casos (el 32,2%).

### **Riesgo de flebitis por venopunción**

Éste es uno de los diagnósticos que fueron contemplados en nuestro Plan de Cuidados.

Se identificó en el 76% de los casos, de los cuales el 90,78% no presentaron ninguna complicación.

### **Riesgo de U.P.P. en relación con inmovilidad**

#### **Objetivos**

- El paciente no desarrollará U.P.P.

- El paciente y/o cuidador participará en la prevención de las U.P.P.

Se detectó en el 74% de los casos estudiados, consiguiéndose los objetivos en el 85,1%.

72

Los pacientes que presentaron úlceras fueron 11 (el 14,86%) y nos gustaría resaltar que de éstas, ocho fueron pre-úlceras y las tres restantes U.P.P. de II grado.

**Pre-úlceras.**- Enrojecimiento que se blanquea a la presión con el dedo.

**Úlcera grado II.**- Pérdida de sustancia que afecta epidermis y dermis.

### **Alteración en la eliminación urinaria e intestinal en relación con incontinencia**

#### **Objetivos**

- El paciente permanecerá limpio y seco.
- El paciente eliminará o reducirá los episodios de incontinencia.

Fue detectado en el 43% de los casos.

Con respecto al primer objetivo se cumplió en el 100% de los pacientes. De éstos, 15 (el 34,8%) desarrolló incontinencia por la patología aguda y remitió con la resolución de la misma y 28 (el 65,1%) presentaban incontinencia anterior al ingreso.

En cuanto al segundo objetivo, tras la evaluación de los casos recuperables y la puesta en marcha de readiestramiento se consiguió que seis (el 21,42%) fueran dados de alta con este problema resuelto.

### **Riesgo de infección y de alteración de la eliminación urinaria relacionado con sondaje vesical**

#### **Objetivos**

- Evitar la infección.
- Restablecer el patrón de micción basal tras la retirada de la sonda vesical.

Detectamos este riesgo en el 41% de los pacientes y se consiguió una resolución del 70,73%, ya que 12 (19,2%) continuaron con sonda vesical permanente al alta.

Se consiguió el objetivo de no infección al 100%.

### **Alteración de la percepción sensorial relacionado con pérdida de la audición y/o disminución de la visión**

#### **Objetivos**

- El paciente mantendrá una comunicación aceptable.
- El paciente conseguirá moverse dentro de su habitación sin mucha dificultad.

Se da en un 41% de los pacientes estudiados, consiguiéndose los objetivos marcados en el 100%.

La alta prevalencia de alteraciones sensoriales supone una gran dificultad en la recogida de datos del proceso de atención, y aumenta el tiempo de enfermería de cada cuidado.

### **Riesgo de lesión cutánea y/o alteración del nivel de conciencia por oxígeno-terapia**

Este diagnóstico no fue contemplado en nuestro Plan de Cuidados.

Se detectó en el 37% de los pacientes estudiados.

En el 100% se evitaron lesiones cutáneas y/o mucosas provocadas por gafas y mascarillas de oxígeno.

En ningún caso se produjo alteración del nivel de conciencia por mal funcionamiento de los sistemas de oxigenoterapia.

### **U.P.P.**

#### **Objetivos**

- Al alta el paciente no presentará U.P.P. o en su defecto éstas estarán en condiciones de ser tratadas en domicilio o por el centro de salud correspondiente.

Fueron detectadas en el 35% de los pacientes estudiados, de los cuales 24 (68,5%) venían con U.P.P. al ingreso y 11 (31,4%) corresponden a las citadas en el diagnóstico "Riesgo de U.P.P. en relación con inmovilidad".

El grado de resolución de este diagnóstico fue de un 100%.

Al alta 22 (62,8%) se habían resuelto y 13 (37,2%) estaban en condiciones de ser tratadas en domicilio, ya sea por el centro de salud correspondiente o la residencia de destino, siendo esto posible porque los pacientes pueden permanecer ingresados en la unidad a criterio de enfermería hasta conseguir una buena evolución de las úlceras.

### **Alteración en el patrón del sueño**

#### **Objetivos**

- Conseguir el descanso nocturno necesario para el paciente.

Se diagnosticó el 31% de los casos estudiados. Se resolvió en el 67,7%.

El alto porcentaje de casos no resueltos se explica sobre todo con la distribución de nuestra unidad hospitalaria, ya que la mayoría de las habitaciones constan de cuatro camas ocupadas por enfermos con diferentes cargas de trabajo nocturno.



### ***Déficit de conocimientos relacionado con el cuidado continuado del paciente en domicilio***

#### ***Objetivos***

- El paciente y/o cuidador demostrarán sus conocimientos sobre los cuidados que éste precise.

Este diagnóstico se identifica en el 20% de los pacientes estudiados, mediante programas educativos y participativos se consigue la resolución en un 85%.

Como acción complementaria planteada para la resolución de este diagnóstico incluimos la realización de informes de enfermería al alta, tanto para el paciente y/o cuidador como para el centro de salud si fuera necesario, en casos como: autocuidado, administración de insulina, manejo de sonda nasogástrica, manejo de sonda vesical, prevención y cura de U.P.P., etc.

### ***Riesgo de lesión de la mucosa oral relacionado con dieta absoluta***

Este diagnóstico no fue contemplado en nuestro Plan de Cuidados.

Incidenia el 20%. Resolución el 100%.

### ***Riesgo de vías aéreas no permeables en relación con incapacidad de eliminar secreciones.***

#### ***Objetivos:***

- En la fase aguda el riesgo de aspiración en el paciente habrá disminuido.

- Durante el período de hospitalización el paciente mantendrá las vías aéreas permeables.

- Los problemas respiratorios, que pudieran aparecer se identificarán con rapidez.

La incidencia fue de un 12%. Los objetivos se cumplieron al 100%.

### ***Riesgo de aspiración bronco-pulmonar relacionado con disfagia***

Este diagnóstico no fue contemplado en nuestro Plan de Cuidados.

Incidenia en el 10%. Resolución en el 100%.

### ***Riesgo de lesión cutánea y/o mucosa por presión, obstrucción y aspiración por sonda nasogástrica***

Este diagnóstico no fue contemplado en nuestro Plan de Cuidados.

Incidenia del 5%. Resolución del 100%.

## **CONCLUSIONES**

1.- Consideramos que la metodología aplicada fue correcta por incluir los principales diagnósticos detectados y el alto grado de cumplimiento de los objetivos esperados.

2.- Consideramos necesaria la inclusión de nuevos diagnósticos al Plan propuesto, por la alta incidencia que presentan en la muestra estudiada.

3.- Observamos la escasa incidencia de algunos diagnósticos propuestos, y puesto que los consideramos específicos en el paciente geriátrico, destacamos la importancia de insistir en la etapa de valoración.

- Alteración de la nutrición por defecto en relación con condiciones físicas debilitantes, dificultades al masticar o tragar y/o alimentación por S.N.G.

- Trastornos de la comunicación verbal en relación con afasia y/o con afectación de la capacidad de articular palabras.

- Agitación-violencia relacionada con pérdida de razón transitoria.

- Alteración del bienestar relacionado con proceso terminal y/o muerte inminente.

## **COMENTARIOS**

Con nuestra corta experiencia y ante estas conclusiones, proponemos un Plan de Atención de Enfermería sistematizado, con un seguimiento en el tiempo y llevado a cabo por todo el personal de enfermería de forma continuada.

¿Deficiencias? Pensamos que sí, ya que el plantearse unos objetivos determinados y conseguirlos supone un gran esfuerzo, por ello aconsejamos: personal estable, suficiente y motivado en el tema, así como tiempo necesario para realizarlo.

Por último, nos planteamos la necesidad de futuros estudios que validen y den significación estadística a estos datos en la Población General.