

TÍTULO: “EL DIAGNÓSTICO DE SALUD DE UNA RESIDENCIA PARA PERSONAS MAYORES: PUNTO DE PARTIDA EN EL SUBPROCESO PARA LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS”.

AUTORES: MANUEL BURGOS ARGUIJO\*, SANTIAGO COLLADO DE LA SEN\*, ANA DÍAZ MÁS\*\*, BEATRIZ GARRIGÓS\*\*, M<sup>a</sup> TERESA MARCOS\*\*, M<sup>a</sup> ISABEL PÉREZ\*\*.

-\* DIPLOMADO EN ENFERMERÍA.

\*\* AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

CENTRO: RESIDENCIA PARA PERSONAS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE MADRID DE PARLA: C/ZULOAGA S/N. 28980 PARLA (MADRID).

CORRESPONDENCIA:

MANUEL BURGOS ARGUIJO

## RESUMEN:

Para llevar a cabo la planificación de cuidados enfermeros se hace necesario realizar una valoración y análisis de la situación previa, esto se consigue a través del denominado Diagnóstico de Salud, en este caso de la Residencia para personas mayores de Parla, gestionada por la Comunidad Autónoma de Madrid. Para realizar dicho Diagnóstico de Salud se han tenido en cuenta los, entre otros, siguientes parámetros: datos antropométricos, distribución socio-demográfica, tipo de Atención de residentes, problemas médicos y Diagnósticos Enfermeros más prevalentes durante el año 2001. El análisis de la situación nos permite realizar actuaciones futuras como la planificación estándar de cuidados enfermeros, siempre y cuando se registren todas las actividades que realizamos. Igualmente sirve como fuente fidedigna para realizar investigaciones posteriores.

**PALABRAS CLAVE:** Diagnóstico de Salud, Residencia mayores, planificación cuidados enfermeros, fuente para investigaciones.

## 1.-INTRODUCCIÓN.-

Para llevar a cabo una actividad es necesario realizar, previamente, un análisis de la situación, por tanto, para desarrollar una planificación de cuidados es necesario, o bien, se hace preciso, haber establecido o llevado a cabo una valoración de lo que nos podemos encontrar; por tanto, se hace imprescindible, para poner en marcha una planificación de cuidados enfermeros en una Residencia para personas mayores, elaborar el Diagnóstico de Salud de la misma, al igual que para realizar un Diagnóstico enfermero necesitamos realizar una valoración previa.

El Diagnóstico de Salud es un proceso dinámico, que necesita una revisión temporal precisando de una actualización constante y cíclica.

Por todo ello, se elaboró el Diagnóstico de Salud de la Residencia para personas mayores de Parla, como paradigma en nuestras futuras actuaciones.

## 2.-MATERIAL Y MÉTODOS.-

En función de los registros existentes se realizó el Diagnóstico de Salud de la Residencia para personas mayores de Parla, localidad situada en la corona sur metropolitana de Madrid, de 80.000 habitantes y distante unos 20 kms., a la capital.

Esta Residencia es una institución gestionada por la Administración Pública de la Comunidad de Madrid, y dependiente de su organismo autónomo, el Servicio Regional de Bienestar Social. Consta de 65 residentes, en el momento del estudio, es decir, el 1,04% de las plazas residenciales geriátricas gestionadas por la Comunidad de Madrid. Funcionalmente, el Área Técnico-Asistencial consta de una Terapeuta Ocupacional, una Fisioterapeuta (ambas, compartidas con otra Residencia), 12 Auxiliares de Enfermería, 4 Enfermeros, una Médico, 2 Técnicos Auxiliares, y una Trabajadora Social. Únicamente, los Auxiliares de Enfermería se encuentran las 24 horas y durante los tres turnos, no ocurriendo así con la Enfermería propiamente dicha, no existiendo Enfermero durante el turno de noche.

Se realizó el Diagnóstico de Salud en base a los siguientes parámetros:

-DATOS ANTROPOMÉTRICOS (1), tanto en el grupo de hombres como mujeres, (tablas 1 y 2); DISTRIBUCIÓN DE RESIDENTES POR SEXO Y COMUNIDAD AUTÓNOMA DE NACIMIENTO, ESTADO CIVIL, Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN (tablas 3,4,5,6,7, y 8); así como HÁBITOS TÓXICOS (tabla 9), PROBLEMAS MÉDICOS MÁS PREVALENTES (tabla 10), así como las ESTRATEGIAS INTERDEPENDIENTES como la DERIVACIÓN A ESPECIALIZADA, en este caso al Hospital Universitario de

Getafe, como centro de referencia, por la Enfermería durante el año 2001 (tabla 11), y las ESTRATEGIAS PROPIAS DE LA ENFERMERÍA, a saber: TIPO DE ATENCIÓN A RESIDENTES (tabla 12) y DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS POR DOMINIOS realizados en 2001 (tabla 13). La clasificación de los Residentes por tipo de Atención se hizo en base al ICF 95 (2), pero modificado, donde, además de Alimentación, Vestido y Locomoción, se introdujeron la Higiene, de 1 a 5 puntos, según fuera independiente o dependiente totalmente para la actividad, bien necesitara supervisión (2 puntos), ayuda parcial (3 puntos), o ayuda total (4 puntos), e igualmente el parámetro del nivel cognitivo: 0 puntos para nivel cognitivo conservado, 1 punto para nivel cognitivo deteriorado a veces y 2 puntos para nivel cognitivo continuamente deteriorado; evitando así la dicotomía válido-asistido, englobando a los residentes en 10 niveles funcionales (De 0 a 8, desdoblándose el 3 en A y 3B), según nivel creciente de deterioro funcional y en tres tipos de Atención: A para los más autónomos, B para los que tienen cierto grado de autonomía y C para los completamente dependientes.

Además se analizó el parámetro: medicación controlada en el Residente.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete Microsoft Excel ®, hallando la t de Student para variables cuantitativas y la chi cuadrado para variables categóricas.

### 3.-RESULTADOS.-

En función del análisis de datos reflejados en el apartado anterior, podemos establecer que la mediana de edad para el grupo de mujeres es de 88 años, siendo de 73 años para el de hombres y de 80 años para el global de la Residencia. Se configuraron los diferentes percentiles desde el p5 hasta el p95 de los siguientes parámetros antropométricos (1): talla, peso, IMC, diámetro braquial y superficie corporal (figuras 1 y 2), tanto para hombres como para mujeres.

En cuanto al sexo, predominan las mujeres, siendo el de viuda el estado civil más común, procediendo preferentemente de la Comunidad de Madrid y del domicilio particular, llevando en la Residencia entre uno y cinco años; su nivel de instrucción, por encima del 92%, corresponde a un grado de alfabetización correcto, al menos a los que saber leer y escribir se refiere. Es relevante hacer incidencia en el uso de hábitos tóxicos, en cuanto a alcohol y tabaco se refiere, para hacer actuaciones futuras en los usuarios habituales de estos hábitos para que influya lo más mínimo en el correcto desarrollo de las relaciones sociales interpersonales.

Se les mantiene la medicación controlada a 46 de los 65 residentes, es decir, al 70,76% de los mismos. Los problemas médicos más prevalentes, son los siguientes, y por este orden: HTA, Artrosis, OCFA (Obstrucción crónica al flujo aéreo) y Diabetes, habiendo únicamente 3 residentes insulino dependientes.

Por la especial idiosincrasia del Centro, y habiendo un solo médico, es obvio que Enfermería debe derivar a Especializada los problemas de salud que no son susceptibles de realizar en la Residencia, siendo los más prevalentes, los respiratorios, los cardiológicos, y los musculo-esqueléticos, por este orden. Se derivaron al Hospital Universitario de Getafe, a 48 residentes, durante todo el año 2001, es decir, un 73,48% del total; de los cuales, el 27,08% correspondían a residentes con tipo de Atención B o C. El tiempo de estancia media fue de 6,58 días. Hubo un exitus letalis (2,04%), sobre el total de derivaciones. Del total de problemas musculo-esqueléticos, hubo 4 caídas, 3 de las cuales con fractura de cadera (totalmente recuperadas), y una fractura costal; la mediana de edad dentro de las caídas fue de 88,5 años con un rango entre 80 y 97 años; donde el 88% de padecer el suceso depende del déficit cognitivo, y aplicando la chi cuadrado para un grado de libertad entre 0,1 y 0,05 (95-99%), cualquier diferencia se debe al azar.

En cuanto al tipo de Atención según el ICF 95 (2), destacan los residentes con Atención Tipo A=43, seguido de los residentes con Atención tipo B=16, desglosándose de la siguiente manera: nivel 1=13, nivel 2=2, nivel A=1.

Los residentes con nivel de Atención tipo C fueron 6 (4 correspondientes al nivel 3B, 1 al 6 y 1 al 8).

Se hallaron los tiempos totales de cuidados (2), siendo los tiempos asignados a cuidados indirectos:

-Niveles 0 y 1= 280 minutos/día.

-Nivel 2= 20 minutos/día.

-Niveles 3 A, 3B, 4, 5 y 6= 90 minutos/día

-Niveles 7 y 8= 20 minutos/día.

Estos cuidados indirectos son los necesarios para actividades y tareas de preparación,

reuniones de trabajo, reuniones con familias, etc., haciendo un total de 410 minutos /día, como quiera que el 30% correspondería a personal diplomado, y teniendo en cuenta que hay 4 enfermeros/as en plantilla, se traduce a poco más de 30 minutos/enfermero/residente/día. De estos 410 minutos, el 70% corresponde al personal auxiliar, tenido en cuenta la existencia de 12 Auxiliares de Enfermería en el Centro, se traduce en aproximadamente unos 24 minutos/auxiliar/residente/día.

Los tiempos estándares para cuidados totales de Enfermería, son de aproximadamente 3 horas y 30 minutos enfermero-a/día. (Como quiera que los Enfermeros, tanto en turno de mañana y tarde, no coinciden durante cuatro días a la semana, por tanto, los cuidados estándares de Enfermería son de 5 horas y 30 minutos enfermero-a/día),

Los tiempos estándares para cuidados totales auxiliares, son de aproximadamente 3 horas y 30 minutos auxiliar/día.

Se realizó el Proceso de Atención de Enfermería, durante el mes posterior a los residentes de nuevo ingreso al 71%.

De los Diagnósticos elaborados por la Enfermería durante el año 2001, destacan por Dominios: Confort, Seguridad/Protección y Eliminación; haciendo referencia que la Clase Diagnóstica más utilizada fue: Dolor (tanto agudo como crónico).

#### 4.-CONCLUSIONES.-

La elaboración del Diagnóstico de Salud de la Residencia para personas mayores de Parla, nos lleva a las siguientes conclusiones:

-Utilización de datos antropométricos a través de percentiles.

-Dependiendo del grado de alfabetización se hace necesario de la elaboración de Proyectos de Educación para la Salud (EPS), sobre hábitos tóxicos, problemas médicos y Diagnósticos Enfermeros más prevalentes.

-Aumentar al menos la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), al menos, al 75% de los residentes de nuevo ingreso.

-Asimismo, se hace necesario la elaboración de protocolos interdependientes interdisciplinarios sobre HTA, Artrosis, OCFA y Diabetes y sus complicaciones potenciales que sigan al protocolo realizado durante 2001 sobre la racionalización del uso de oxigenoterapia (3).

-Revisar la discordancia medicación controlada-residentes tipos B y C.

-Las derivaciones a Especializada en residentes tipo A (que constituyen el 66% de los residentes), constituyó el 72,9% de las derivaciones.

-El déficit cognitivo es un factor importante en relación con las caídas, donde hay que seguir trabajando en las complicaciones potenciales de las caídas y sobre todo en su prevención.

-Es necesario realizar los Planes de Cuidados Estandarizados a medio plazo sobre los tres dominios más prevalentes: Confort, Seguridad/Protección y Eliminación, dando continuación al desarrollo e implementación del Proceso de Cuidados Enfermeros dentro del Plan Alba de la Comunidad de Madrid.

-Para los tiempos de Atención a Residentes hay que reflejar que no siempre están los 4 enfermeros/as en el Centro, puesto que sólo hay turnos de mañana y tarde y los fines de semana y festivos, al igual que ocurre en el personal Auxiliar, desarrolla su actividad la mitad de la plantilla.

-Se hace patente realizar Registros de todas las actividades realizadas.

-El Diagnóstico de Salud es un punto de partida importante para la investigación por parte de Enfermería, pudiendo ser extrapolables, porcentualmente, los datos aquí reflejados para el resto de centros gestionados por la Comunidad de Madrid.

## 5.-BIBLIOGRAFÍA.-

(1). Burgos Arguijo M, Collado de la Sen S; “Medidas antropométricas en el mayor institucionalizado en una Residencia pública de la Comunidad de Madrid”. AMEG. Revista de Enfermería Gerontológica 2001;4: 22-26.

(2).SRBS. Dpto Coordinación de Centros. “Implantación del Programa de mejora de la calidad y eficiencia de los cuidados en las Residencias para personas mayores”. La reforma organizativa de los cuidados. Madrid. Septiembre de 1996.

(3). Burgos Arguijo M, “Utilidad del manejo del pulsioxímetro en una Residencia de mayores”. AMEG. Revista de Enfermería Gerontológica 2001; 5; Julio, Agosto y Septiembre.

Tabla 1. Parámetros Antropométricos Grupo Mujeres

Edad	87,26±2,28 x 0,87 años
Talla	146,06±2,28 x 1,05 cms
Peso	64,49±2,28 x 3,08 kgs
Indice Masa Corporal (IMC)	30,26±2,28 x 1,26
Perímetro Braquial (PB)	26,43±2,28 x 1,003 cms
Superficie Corporal (SC)	1,61±2,28 x 0,03 m <sup>2</sup>

Tabla 2. Parámetros Antropométricos Grupo Hombres

Edad	76,32±2,571 x 3,39 años
Talla	161,63±2,571 x 2,69 cms
Peso	68,20±2,571 x 2,65 kgs
IMC	26,10±2,571 x 1,31
PB	25,47±2,571 x 0,59 cms
SC	1,74±2,571 x 0,035 m <sup>2</sup>

Tabla 3. Distribución de residentes por sexo.

Sexo	n	%
Hombre	23	35,38%
Mujer	42	64,61%

Tabla 4. Distribución de residentes por Comunidad Autónoma de nacimiento.

Comunidad	n	%
Madrid	18	27,69%
Castilla León	17	26,15%

Castilla la Mancha	14	21,53%
Andalucía	8	12,30%
Extremadura	4	6,15%
C. Valenciana	1	1,53%
Asturias	1	1,53%
La Rioja	1	1,53%
Galicia	1	1,53%

Tabla 5. Distribución de residentes por estado civil.

Estado civil	n	%
Viuda/o	40	61,53%
Soltera/o	19	29,23%
Casada/o	6	9,23%

Tabla 6. Distribución de residentes por lugar de procedencia previa a la Residencia

Lugar	n	%
Domicilio Particular	40	61,53%
Residencia pública	16	24,61%
Residencia privada	4	6,15%
Urgencias sociales	5	7,69%

Tabla 7. Tiempo de estancia en la Residencia en el momento actual

Estancia	n	%
Entre 1 y 5 años	38	58,46%
Entre 6 y 10 años	22	33,84%
+ 10 años	5	7,69%

Tabla 8. Distribución de residentes por nivel de instrucción

Instrucción	n	%
Alfabetos	60	92,31%
Analfabetos	5	7,69%

Tabla 9. Hábitos tóxicos

Hábito tóxico	n	%
Tabaco	6	9,23%
Alcohol	4	6,15%

Tabla 10. Problemas médicos más prevalentes

Problema médico	%
HTA	37,30%
Artrosis	34,30%
OCFA	22,30%
Diabetes	19,40%

Tabla 11. Derivaciones hospitalarias y días de estancia durante 2001

Problemas	Derivaciones	Días estancia
Respiratorios	10	68
Cardiológicos	8	53
Músculo-esqueléticos	7	46
Renales	3	38
Endocrinos	4	34
Gastrointestinales	6	21
Neurológicos	2	12
Cutáneo-mucosos	1	10
Otros	2	6
Sensoriales	1	2

Tabla 12. Distribución de residentes por tipo de Atención

Tipo de Atención	n	%
A	43	66,15%
B	16	24,61%

C	6	9,23%
---	---	-------

Tabla 13. Diagnósticos Enfermeros realizados en 2001 por Dominios

Dominio	%
Confort	32,90%
Seguridad/Protección	19,40%
Eliminación	12,76%
Afrontamiento/Tolerancia estrés	10,63%
Actividad/reposo	9,57%
Autopercepción	4,25%
Principios vitales	3,19%
Percepción/cognición	3,19%
Promoción de la salud	3,19%
Rol/relaciones	1,06%

FIGURA 1. Grupo mujeres

Percentil	Talla	Peso	IMC	DB	SC
<b>P5</b>	143,73 cms	57,63 kgs	27,01	24,20 cms	1,55 m <sup>2</sup>
<b>P10</b>	144,50 cms	59,91 kgs	28,09	24,94 cms	1,57 m <sup>2</sup>
<b>P25</b>	145,27 cms	62,19 kgs	29,17	25,68 cms	1,59 m <sup>2</sup>
<b>P50</b>	146,05 cms	64,47 kgs	30,25	26,42 cms	1,61 m <sup>2</sup>
<b>P75</b>	146,82 cms	66,75 kgs	31,33	27,17 cms	1,63 m <sup>2</sup>
<b>P90</b>	147,60 cms	69,03 kgs	32,41	27,91 cms	1,65 m <sup>2</sup>
<b>P95</b>	148,93 cms	71,35 kgs	33,51	28,66 cms	1,67 m <sup>2</sup>

FIGURA 2. Grupo Hombres

<b>Percentil</b>	<b>Talla</b>	<b>Peso</b>	<b>IMC</b>	<b>DB</b>	<b>SC</b>
<b>P5</b>	154,72 cms	61,40 kgs	22,78	23,96 cms	1,73 m <sup>2</sup>
<b>P10</b>	157,02 cms	63,67 kgs	23,90	24,46 cms	1,75 m <sup>2</sup>
<b>P25</b>	159,32 cms	65,94 kgs	25,02	24,96 cms	1,77 m <sup>2</sup>
<b>P50</b>	161,62 cms	68,21 kgs	26,14	25,46 cms	1,79 m <sup>2</sup>
<b>P75</b>	163,92 cms	70,48 kgs	27,26	25,96 cms	1,81 m <sup>2</sup>
<b>P90</b>	166,22 cms	72,75 kgs	28,38	26,46 cms	1,83 m <sup>2</sup>
<b>P95</b>	168,54 cms	75,02 kgs	29,50	26,9 cms	1,85 m <sup>2</sup>