

2014

# Diagnósticos enfermeros más frecuentes en mayores de 65 años internados en un servicio de clínica médica

Galván, Gabriel A.

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

---

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/730>

*Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository*

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL  
DEPARTAMENTO PEDAGOGICO DE ENFERMERIA  
LICENCIATURA EN ENFERMERIA

TRABAJO FINAL

“Diagnósticos Enfermeros más frecuentes en mayores de 65 años internados en un servicio de clínica medica”

Profesora titular: Lic. Celaya, Laura A.

Dra. Barg, Mónica V.

Director/a: Lic. Orosco. Laura M.

Estudiantes: Galván, Gabriel A.

Núñez, Mabel A.

AÑO 2014

## ÍNDICE

### CAPITULO I

Introducción	5
Introducción del problema	6
Justificación	9
Objetivos del estudio	10
Objetivo general	10
Objetivo específico	10
Propósito	10

### CAPITULO II

Marco teórico	11
Bases teóricas	13

### CAPITULO III

Diseño metodológico	18
Marco metodológico	18
Tipo de investigación	18
Secuencia temporal	18
Población	18
Criterio de inclusión	18
Criterio de exclusión	18
Muestra	18
Instrumento	18
Técnica de recolección de datos	18
Sistema de variables y operacionalización	19

### CAPITULO IV

Resultados y discusión	27
Características de la población de estudio	27

Resultados de relación a los Patrones de Salud y Diagnósticos Enfermeros	30
--	----

#### Índice de tablas

Tabla 1: Frecuencia de sexo	27
Tabla 2: Promedio de edad: General y por sexo	28
Tabla 3: Frecuencia de Ciudad de origen	28
Tabla 4: Frecuencia de motivos de internación	25
Tabla 5: Promedio de días de internacion: General y por motivos de internación	30
Tabla 6: Promedio de edad: General y por motivos de internación	30
Tabla 7: Distribución de los Patrones de Salud.	31
Tabla 8: Frecuencia de los Diagnósticos Enfermeros, agrupados en Patrones de Salud	33
Tabla 9: : Frecuencia de los Diagnósticos Enfermeros presentes en los pacientes	33
Tabla 10: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón percepción/ cuidado de la salud	34
Tabla 11: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón Actividad/ Ejercicio	35
Tabla 12: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón Cognitivo/Perceptivo	36
Tabla 13: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón nutricional/Metabólica	36
Tabla 14: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón Eliminación	37
Tabla 15: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón Sueño/ Descanso	37
Tabla 16: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón Autopercepcion/ Autoconcepto	38
Tabla 17: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón Rol/ Relaciones	38
Tabla 18: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón Adaptación /Tolerancia al estrés	39
Tabla 19: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón Valores /Creencia	39

Índice de gráficos	
Gráfico 1: Distribución por sexo	27
Gráfico 2: Lugares de procedencia de las personas internadas	28
Gráfico 3: Distribución de los motivos de ingreso a la instituciones	29
Gráfico 4: Distribución de los Patrones de Salud.	31
Gráfico 5: Frecuencia de Patrones de Salud según motivos de ingreso	33
Gráfico 6: Frecuencia de los Diagnósticos Enfermeros	34
V. CONCLUSION	40
VI. SUGERENCIAS	42
VIII. BIBLIOGRAFIA	43
VII. ANEXOS	
Solicitud de autorización a las autoridades del Sanatorio privado	
Solicitud de Consentimiento Informado.	45
Copia de Guía de Valoración.	47

## CAPITULO 1

### INTRODUCCIÓN

Los cuidados de enfermería son fundamentales en el funcionamiento de los servicios de salud. Los cambios demográficos y epidemiológicos en salud imprimen características al contexto en el que se otorgan dichos cuidados. Esto condiciona las particularidades que presentan los diferentes grupos etáricos en lo que respecta a su salud, y por ende a los Cuidados Enfermeros. Para ello, Enfermería cuenta con herramientas en el ámbito de su ejercicio profesional que le permiten tomar decisiones, y dirigir su práctica en función a las necesidades de salud de los pacientes.

La metodología que permite a las enfermeras prestar cuidados de forma lógica, racional y sistemática es el Proceso de Enfermería (PAE), el cual tiene un enfoque holístico, considerando tanto los problemas físicos como los efectos de los mismos sobre el funcionamiento de la persona como ser individualizado y a la inversa.

Uno de los aspectos claves del Proceso de Enfermería es la identificación de las respuestas humanas ante determinadas situaciones de salud describiéndose un juicio lo cual constituyen los Diagnósticos Enfermeros (DE). El determinar los Diagnósticos Enfermeros posibilita a Enfermería otorgarle un nombre propio a los problemas que están dentro de su competencia y su capacidad de resolverlos o minimizarlos.

El propósito de este estudio consiste en conocer los Diagnósticos enfermeros de los adultos internados mayores a 65 años de edad. En esta investigación se exponen los diagnósticos enfermeros más frecuentes que son identificados por el profesional de enfermería durante su práctica diaria, con adultos internados mayores de 65 años de edad.

Para llevar a cabo este proyecto polietápico, la información del paciente la obtendremos por medio de la valoración de los Patrones Funcionales de Salud de Gordon.

Para la identificación de los diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultado utilizaremos la taxonomía de NANDA ((North American Nursing Diagnosis Association), en su última actualización (2013-2014)

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, y específicamente, de los Diagnósticos Enfermeros, nos permitirá disponer de un enunciado común para capacitar específicamente sobre los Cuidados Enfermeros.

## INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

El Sanatorio Belgrano es un centro privado de salud de atención de tercer nivel de la ciudad de Mar del Plata, Partido de General Pueyrredón. El nivel de complejidad del mismo ha llevado a realizar contratación de servicios con distintas obras sociales, entre las cuales se encuentra el Programa de Asistencia Médica Integrada (PAMI).

Desde que se realiza dicho contrato de servicio logrado en el año 2010, la población de pacientes internados se modificó sustancialmente, incrementando no sólo el número de pacientes atendidos, sino principalmente, la población de mayores de 65 años de edad.

La población de mayores de 65 años representa, en la Argentina, una franja etárea considerable, y especialmente en la ciudad de Mar del Plata. Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC), correspondiente al año 2010 en el partido de General Pueyrredón la población que corresponde al segmento mayores de 65 años es de aproximadamente del 15%.<sup>1</sup>

Este aumento en la cantidad, pero principalmente, en la cualidad de las personas internadas, mayores de 65 años, origina un cambio en las características de los Cuidados Enfermeros.

Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas.<sup>2</sup>

Los cuidados enfermeros, según Orem, 1993, representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. La enfermera completa el déficit de autocuidado causados por la diferencia que se plantean entre las necesidades de autocuidado y las actividades realizadas por la persona.<sup>3</sup> Orem basa el concepto “auto” como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.<sup>4</sup>

La acción de la enfermera es desarrollar algunas medidas de cuidado para el paciente; compensar las limitaciones de autocuidado; regular el ejercicio y el desarrollo de la actividad de autocuidado.

De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del

---

<sup>1</sup>INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Provincia de Buenos Aires, partido General Pueyrredón. Población total por país de nacimiento, según sexo y grupo de edad. Año 2010

<sup>2</sup> <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/>. (visto en septiembre 2013)

<sup>3</sup> <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.ar/2012/06/dorothea-orem.html> (Octubre,2013)

<sup>4</sup> <http://www.slideshare.net/ceciliasp/teora-del-autocuidado-dorothea-orem> (Octubre,2013)

entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La agrupación de datos relacionados es un principio básico del pensamiento crítico que se refuerza su capacidad de obtener una imagen nítida de la situación de salud. Cuando se identifican diagnósticos enfermeros, es útil agrupar los datos de acuerdo a una perspectiva enfermera en vez de seguir un modelo biomédico.

En la Conferencia de la NANDA de 1994 ante el creciente número de diagnósticos propuestos, se volvió imprescindible dar un marco estructural para organizar a los mismos en diferentes categorías. Luego de un importante debate en donde se analizaron diferentes propuestas, se acordó finalmente en 1998 utilizar los Patrones Funcionales de Gordon, los cuales, con el acuerdo de la autora fueron levemente modificados para organizar la estructura de clasificación de los Diagnósticos Enfermeros (denominándose esta estructura Taxonomía II) (NANDA, 2008).

El término patrón es una configuración de comportamientos que ocurren de forma secuencial en el transcurso del tiempo. Las secuencias de comportamiento, más que los hechos aislados, son los datos utilizados para las inferencias o juicios clínicos. Un aspecto importante es que un patrón se constituye a través de las descripciones de las personas y de las observaciones de enfermería.<sup>5</sup>

La valoración se realiza mediante la recolección de datos, la revisión de la historia clínica ó informes de otros profesionales.

Los once patrones son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas somos un todo sin compartimentar, todo influye en todo (el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias....). Algunos patrones comparten información y ciertos datos pueden estar presentes en más de un patrón, no siendo necesario registrarlos de forma repetida.<sup>6</sup>

Los patrones que son funcionales, eficaces, describen un nivel óptimo de funcionamiento, implican salud y bienestar. Los patrones disfuncionales o potencialmente disfuncionales, es decir alterados o en riesgo de alteración, describen situaciones que no responden a las normas o a la salud esperadas de una persona, se definen como problemas de salud, limitan la autonomía del individuo, la familia y/o la comunidad.<sup>7</sup>

Una vez realizada la valoración se está en condiciones de identificar una respuesta de una persona, familia o comunidad a los problemas o procesos vitales actuales o de riesgo<sup>8</sup>. Es aquí donde se plantean los Diagnósticos Enfermeros.

---

<sup>5</sup> Gordon, Marjory. "Diagnostico Enfermero", Ed. Interamericana, 1998

<sup>6</sup> <http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>

<sup>7</sup> [http://NANDA-1\(2013\)DiagnosticosEnfermeros:Definicionesyclasificaci3n2012-2014,NANDAInternational,2013](http://NANDA-1(2013)DiagnosticosEnfermeros:Definicionesyclasificaci3n2012-2014,NANDAInternational,2013)

<sup>8</sup> <http://www.slideshare.net/marcejuyo/marjory-gordon>



Los beneficios de los diagnósticos enfermeros son, entre otros, que permiten establecer un método de comunicación común en la profesión y también permite desarrollar estándares y guías de cuidado.<sup>9</sup>

Por último, se considera que este cambio poblacional y de perfil socio-sanitario requiere de un estudio pormenorizado respecto a los Diagnósticos enfermeros más frecuentes con el propósito de promover la capacitación a los enfermeros en dicho cuidado.

---

<sup>9</sup> <http://www.slideshare.net/guestaf3c660/diagnosticos-de-enfermeria> (visto septiembre 2013)

## JUSTIFICACIÓN

Este trabajo se realiza con el fin de conocer los diagnósticos enfermeros más frecuentes en la población de adultos mayores de 65 años de edad y a partir de lo cual proponer a los colegas del área de internación estrategias que beneficie a la actividad diaria en la atención de las personas adultas mayores de 65 años de edad.

En nuestra práctica diaria hemos visto el incremento de personas de más de 65 años que presentan diagnósticos enfermeros frecuentes como los que mencionaremos a lo largo de este trabajo final y en comparación con los presentados en el X Congreso Internacional de Diagnósticos Enfermeros, realizado en Madrid, 2010. Los cuales se detallan en el Capítulo II.

Las investigaciones en diagnósticos de enfermería han contribuido a la identificación de repuestas humanas para los problemas de salud y procesos de vida y demuestran que el personal de enfermería al recibir capacitación incrementa su conocimiento, fortalece y desarrolla su habilidad en la atención de las personas adultas mayores de 65 años de edad.

La salud de las personas adultas mayores, exige recursos humanos competentes y servicios de salud sensibles a sus necesidades específicas.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> <http://www.monografias.com/trabajos94/plan-trabajo-adulto-mayor/plan-trabajo-adulto-mayor.shtml#ixzz2kMeGjocG>

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

### Objetivo general

Identificar los diagnósticos enfermeros más frecuentes en una población de mayores de 65 años.

### Objetivos específicos

Valorar los patrones de Salud de Gordon en adultos internados mayores de 65 años de edad.

Identificar las características definatorias los diagnósticos enfermeros más frecuentes en adultos internados mayores de 65 años de edad.

Comparar los resultados obtenidos con estudios realizados con la temática.

### Propósito

Identificar los diagnósticos enfermeros más frecuentes en una población de mayores de 65 años para poder dar una atención especializada para este grupo etáreo.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### Antecedentes del Estudio

En este trabajo desarrollaremos, aspectos relacionados con los Patrones de Salud y a los Diagnósticos Enfermeros, considerándolos dentro del marco del Proceso de Enfermería.

Para interpretar el problema planteado es necesario conocer antecedentes de estudios realizados con esta temática en los que se identificaron las prevalencias de los mismos

De todas las áreas, en las cuales Enfermería desarrolla sus actividades con las personas, diversas investigaciones nos demuestran que el Patrón de Actividad Ejercicio es el más frecuentemente trabajado, ya sea en otros países<sup>11 12</sup>; como investigaciones realizadas en la región<sup>13</sup>. Luego le siguen los Patrones de Percepción-Cuidado de la Salud y Nutricional Metabólico. En estos estudios analizados, la población la constituían adultos sin distinción de subgrupos.

Existen estudios de prevalencias con respecto a los Diagnósticos Enfermeros. En uno de ellos, de una población de 1234 pacientes los Diagnósticos Enfermeros más prevalentes fueron: Intolerancia a la actividad 19,9% (media de edad 73,8 años), Deterioro del Patrón del Sueño 18,5%, Déficit de Autocuidado baño-higiene 17,4%.<sup>14</sup>

En otros estudios, ya específicamente de una población geriátrica, en una muestra de 309 pacientes, los Diagnósticos Enfermeros más frecuentes fueron Riesgo de la integridad cutánea 97%, Estreñimiento 94%, Deterioro de la movilidad 94%, Cansancio del rol del cuidador 61%, Baja autoestima situacional 52,8%.<sup>15</sup>

---

<sup>11</sup> Tovar Fernández, M. y otros "Aproximación a la Epidemiología de los diagnósticos Enfermeros. Estudio preliminar", VI Simposium Internacional de Diagnósticos Enfermeros, Granada, 2006, publicado en Libro de resúmenes, Pág. 259-261

<sup>12</sup> Robledo, M. y otros, "Prevalencia de Diagnósticos Enfermeros, criterios de resultados e intervenciones, identificados por los estudiantes de 3er curso de la diplomatura de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos en Adultos", VII Simposium Internacional de Diagnósticos Enfermeros, Barcelona, 2008, publicado en Libro de resúmenes, Pág. 149-153

<sup>13</sup> Madoery, D y otros, "El Proceso de Atención de Enfermería como método de enseñanza: Una estrategia para optimizarlo", Revista Desafíos, Asociación de Escuelas Universitarias de la Republica Argentina, SIN 1668-754 X-, Nro 9, Págs. 13 a 26

<sup>14</sup> Moscoso Otero, D y otros, Diagnóstico de enfermería y factores de relación prevalentes en las Unidades de Medicina Interna", VI Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería, 2008.

<sup>15</sup> Luque Ballesteros, M. y otros, "Diagnósticos de Enfermería en las UFISS geriátrica de la fundación hospital Asilo de Granollers", VII Simposium Internacional de Diagnostico de Enfermería, 2008.

En el X Congreso Internacional de Diagnósticos Enfermeros, realizado en Madrid, 2010, también se presentaron trabajos sobre esta temática. En un estudio<sup>16</sup> donde se evalúan 150 historias clínicas de pacientes internados, se observaron como diagnósticos enfermeros mas prevalentes “Riesgo de infección” y “Riesgo de deterioro de integridad cutánea”, y como Patrones de Salud mas trabajados Actividad/Ejercicio, Nutricional/Metabólico y luego Percepción/Cuidado de la Salud.

En otro estudio<sup>17</sup>, se detectaron como Diagnósticos Enfermeros mas frecuentes “Riesgo de infección” (84,6%), “Alteración de la movilidad física” (69,2%) y “Riesgo de aspiración”(65,3%).

Los estudios anteriores se han realizado en Servicios de cuidados Críticos, mientras que los resultados de otro estudio<sup>18</sup> que se ha realizado en una población semejante a la del presente estudio, es decir, adultos en internación general, nos presenta que luego de analizar un total de 1441 HC, se observó como diagnósticos enfermeros mas frecuentes “Ansiedad” (84,8%), “Conocimientos deficientes” (80,4%) y “Deterioro de la movilidad física” (74,8%).

Con respecto a los registros, Carpenito, nos refiere que “el registro de los cuidados deberá ser pertinente y conciso, debiendo reflejar las necesidades, problemas, capacidades y limitaciones del paciente”<sup>19</sup>. Existen variados estudios realizados en referencia a los registros, los cuales son analizados desde diferentes perspectivas, en uno de ellos<sup>20</sup> se realizo un análisis de los registros según los Patrones de Salud y las características de las acciones de enfermería (Interdependientes e independientes), observándose un gran predominio de cuidados registrados con respecto a la valoración del Patrón Actividad/Ejercicio y escasez de los otros patrones, mientras que también se presentó un gran predominio de las acciones interdependientes (Ej. Administración de medicación), en detrimento del registro de los cuidados propios de Enfermería. También, destacamos, un estudio realizado sobre los registros y los lenguajes enfermeros<sup>21</sup>,

---

<sup>16</sup> Ruzafa Martínez, M y otros “Detección de los Patrones funcionales alterados en el paciente de UCI a través de los diagnósticos NANDA, identificados por lo alumnos de enfermería”, X Congreso Internacional de Diagnósticos Enfermeros, Madrid, 2010, publicado en Libro de resúmenes, Pág. 260.

<sup>17</sup> Rezende do Prado, P. y otros. “Principais Diagnosticos de Enfermagem em UTI”, X Congreso Internacional de Diagnósticos Enfermeros, Madrid, 2010, publicado en Libro de resúmenes, Pág. 183

<sup>18</sup> Barroso Vázquez, M y otros “Prevalencia de los diagnósticos Enfermeros en adultos hospitalizados en los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío”, X Congreso Internacional de Diagnósticos Enfermeros, Madrid, 2010, publicado en Libro de resúmenes, Pág. 368

CARPENITO, Lynda J. “Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica Clínica” Ed. Interamericana-McGraw-Hill, 5ta edición, 2002, España

<sup>19</sup> Diagnósticos Enfermeros, Madrid, 2010, publicado en Libro de resúmenes, Pág. 368

CARPENITO, Lynda J. “Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica Clínica” Ed. Interamericana-McGraw-Hill, 5ta edición, 2002, España

<sup>20</sup> Madoery, D y otros “El Registro Enfermero: De la teoría a la practica”, X Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, durante el 27 al 30 de noviembre de 2006, Buenos Aires. Publicado en Libro de Actas, Pág. Nro 179, ISBN-10:987-23022-9-4

<sup>21</sup> Tarvella Farré; M. y otros “El lenguaje Enfermero en los registros de Enfermería”, X Congreso Internacional de Diagnósticos Enfermeros, Madrid, 2010, publicado en Libro de resúmenes. Pág. 401

en donde se concluye que el lenguaje enfermero de las Hojas de Observación de Enfermería debe mejorar para aportar información necesaria para unos cuidados de calidad.

El personal de enfermería adoptará los formatos y medios de registro que respondan a las necesidades de información que se deba mantener acerca de los cuidados de enfermería que se prestan a los sujetos de cuidado.<sup>22</sup>

### Bases Teóricas

Hemos mencionado los Patrones de la Salud, de Marjory Gordon<sup>23</sup>, los cuales fueron planteados en 1996. Describiremos a continuación la definición de cada uno de los once Patrones Funcionales de Salud:

**PATRON 1: PERCEPCION DE LA SALUD**, pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación de salud y bienestar. Incluye: estilo de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgos.

**PATRON 2: NUTRICIONAL METABOLICO**, pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas. Incluye: Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos hábitos alimenticios. Medidas antropométricas. Aspectos psicológicos de la alimentación. Lesiones cutáneas. Estados de la piel, membranas, mucosas y dientes.

**PATRÓN 3: ELIMINACIÓN**, pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona. Incluye: Patrón de eliminación intestinal. Patrón de eliminación vesical. Patrón de eliminación a través de la piel.

**PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO**, describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento. Incluye: Actividad de la vida diaria. Cantidad y tipo de ejercicio y deporte. Actividad recreativa. Factores que influyen en la realización de las actividades deseadas.

**PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO**, describe los patrones de sueño, reposo y relajación. Incluye: Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo. Ayudas para el sueño y el descanso.

**PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO**, describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona. Incluye: Situación de los sentidos sensoriales. Utilización de sistemas de compensación o prótesis.

**PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO**, describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo. Incluye: Actitud de la persona hacia si misma y hacia su valía. Imagen corporal y patrón emocional. Patrón de comunicación no verbal: postura y movimiento corporal, contacto ocular. Patrón de comunicación verbal: voz y patrón del habla.

---

<sup>22</sup> <http://www.slideshare.net/alejyta7/tica-en-enfermera>

<sup>23</sup> Gordon, Marjory, op. cit.

**PATRÓN 8: ROL-RELACIONES**, describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones. Incluye: percepción de las responsabilidades de su rol. Satisfacción con la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

**PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN**, describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona. Incluye: satisfacción con la sexualidad. Trastornos de la sexualidad. Problemas en etapa reproductiva de la mujer. Problema en la menopausia.

**PATRÓN 10: TOLERANCIA AL ESTRES**, describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés. Incluye: Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad. Manejo del estrés. Sistemas de soporte y ayuda. Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

**PATRÓN 11: VALORES-CREENCIAS**, describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones. Incluye: cosas percibidas como importantes en la vida. La percepción de la calidad de vida. Conflicto con los valores o creencias importantes. Las expectativas relacionadas con la salud.

Los Diagnósticos Enfermeros (DE), según Carpenito, es una explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona (fisiológico, psicológico, sociológico, de desarrollo y espiritual).

Según Gordon, M. (1990) un Diagnóstico de Enfermería es un problema de salud real o potencial que los profesionales de enfermería, en función a su formación y experiencia, tiene la capacidad y derecho legal de tratar.

La enfermera utiliza el proceso de enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan (promoción de la salud) las alteraciones de la salud que pertenezcan al dominio legal y educativo de la enfermería.

La enfermera, debe aplicar el proceso de atención de enfermería en un periodo para realizar, valoración continua, planificando, interviniendo y evaluando.

La valoración abarca la recolección, interpretación, y análisis de datos; estos mismos se convierten en signos diagnósticos que apoyan los enunciados de los diagnósticos de enfermería.

La enfermera debe encauzar este primer paso para reducir el riesgo de suposiciones e interpretaciones equivocadas. Los errores en la valoración pueden dar lugar a diagnósticos incorrectos e intervenciones ineficaces.

La Planificación de la valoración es cotejar los resultados y los indicadores. Permite determinar si una vez aplicado el proceso de enfermería el estado de salud del usuario mejora. Se comparan las conductas valoradas antes y después de las intervenciones y proceder a rediseñar continuamente el cuidado para ese paciente.

Con respecto a la intervención según Bulechek y McCloskey (1989), las intervenciones de enfermería son "cualquier tratamiento de cuidados directos que realiza una enfermera en beneficio a un cliente. Estos tratamientos comprenden los iniciados por la enfermera como resultado de los diagnósticos de enfermería, los iniciados por el médico como resultado de diagnósticos médicos, y el desempeño de las funciones diarias esenciales para el cliente que este no puede realizar".

Las intervenciones de enfermería se pueden clasificar en dos tipos: las prescritas por la enfermera y las prescritas por el médico (delegadas). Independientemente del tipo, todas las intervenciones de enfermería requieren un juicio de enfermería inteligente, porque la enfermera es legalmente responsable de su adecuada puesta en práctica.

La evaluación realizada por la enfermera, evalúa el estado y progreso de un cliente de forma diferente para los diagnósticos de enfermería que para los problemas interdisciplinarios.

Como mencionáramos anteriormente los Diagnósticos Enfermeros: según NANDA, es un juicio clínico acerca de la respuesta de una persona, familia o comunidad a los problemas o procesos de vida actual o alto riesgo.

Los Diagnósticos Enfermeros se clasifican en:

**Real:** es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad a problemas de salud reales.

**De alto riesgo:** juicio clínico de enfermería acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, familia o de la comunidad para desarrollar un problema, que otras personas en una situación similar.

**Bienestar:** es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar a un nivel más alto de bienestar.

Teniendo en cuenta las características de la población de estudio y los antecedentes de investigaciones realizadas sobre el tema, se decidió valorar a las personas en los once Patrones de Salud y la selección de Diagnósticos Enfermeros. Los diagnósticos aquí seleccionados, están actualizados a la nueva clasificación de Diagnósticos Enfermeros de la NANDA 2013-2014.

Los siguientes Diagnósticos Enfermeros fueron seleccionados a partir de una prueba piloto para realizar este estudio, según los Patrones funcionales de Gordon son:

**PATRON I: Percepción / Cuidado de la Salud:**

Mantenimiento ineficaz de la salud.

Riesgo de lesión traumática

Riesgo de infección

**PATRON II: Nutricional/ Metabólico**

Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades



Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades

Déficit de volumen de líquido

Exceso de volumen de líquido

PATRON III: Eliminación

Estreñimiento

Diarrea

Deterioro de la eliminación urinaria

PATRON IV: Actividad/ Ejercicio:

Intolerancia a la actividad

Deterioro de la movilidad física

Riesgo de síndrome de desuso

Déficit de autocuidado

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Respiratorio ineficaz

PATRON V: Sueno/ descanso

Trastorno patrón del sueño

PATRON VI: Cognitivo/ Perceptivo

Dolor

Conocimientos deficientes

Desatención unilateral

Deterioro de la integridad cutánea

Riesgo de nivel glucemia inestable

PATRON VII: Auto percepción/ Autoconcepto

Temor

Ansiedad

Trastorno de la imagen corporal

PATRON VIII: Rol/ Relaciones

Aislamiento social

Cansancio del rol del cuidador

Deterioro de la comunicación verbal

PATRON IX: Sexualidad/ Reproducción

Disfunción sexual

PATRON X: Adaptación/ Tolerancia al estrés

Afrontamiento ineficaz

Negación Ineficaz

PATRON XI: Valores/ Creencias

Sufrimiento espiritual

### CAPITULO III

#### DISEÑO METODOLÓGICO

#### MARCO METODOLÓGICO

Tipo de investigación: Observacional valorativa

Secuencia temporal: Transversal

Se estudian las variables simultáneamente en un determinado momento (Octubre-  
Noviembre 2014)

Alcance de la investigación: Descriptivo (estudio de prevalencia)

Población: Personas mayores de 65 años internados en el servicio (clínica Médica  
de un Sanatorio Privado de la ciudad de Mar del Plata), durante el mes de  
Octubre- Noviembre 2014.

Criterios de inclusión: Mayores de 65 años. Haber expresado por escrito el  
consentimiento de participar en la investigación. (ANEXO I)

Estar conscientes y poder expresarse claramente.

Criterios de exclusión: No aceptar participar del estudio. No estar en condiciones  
mentales y de comunicabilidad.

Muestra: en forma intencional, se realizó entrevista y observación los días martes,  
a las personas que cumplan con los criterios de inclusión durante el mes de  
Octubre- Noviembre 2014.

Instrumento:

Se utilizó una Guía de Valoración organizada a través de los once patrones de  
Salud (ANEXO II).

Se adaptó una guía de valoración de la cátedra médico quirúrgica de la  
Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP) con la incorporación /  
adecuación de los indicadores de las variables determinadas en este estudio,  
identificándole posteriormente los indicadores.

Técnica de recolección de datos:

A través de entrevistas y observación directa de mediciones bio-fisiológica. Se  
realizó, posteriormente, una matriz de datos para su posterior análisis (ANEXO  
III). Para el mismo se utilizó sistema Excell y EpiInfo.

SISTEMA DE VARIABLES Y OPERACIONALIZACION

Variable Teórica	Patrones funcionales de Gordon	Definición (NANDA)	Indicadores (Variables empíricas)
DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	PERCEPCION / CUIDADO DE LA SALUD	Mantenimiento Ineficaz de la Salud	<p>Estado en el que una persona o grupo experimenta, o esta en riesgo de experimentar, un trastorno en la salud debido a un estilo de vida insano o a la falta de conocimientos para manejar una situación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Falta de conocimientos de prácticas sanitarias básicas.</li> <li>-Falta de interés por mejorar la salud.</li> <li>-Antecedentes de falta de conductas de búsqueda de salud.</li> <li>-Incapacidad para asumir responsabilidad de prácticas de salud.</li> <li>-Deterioro de los sistemas de soporte personal.</li> </ul>
		Riesgo de lesión (traumatismo)	<p>Estado en el que una persona esta en riesgo de lesionarse debido a un déficit fisiológico o de percepción, al desconocimiento de los peligros a la edad de maduración.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Factores cognitivos. (Ej.: Demencia o Alzheimer)</li> <li>-Factores psicomotores. (Ej.: Debilidad muscular).</li> <li>-Entorno no seguro.</li> </ul>
		Riesgo de infección	<p>Estado en que una persona esta en riesgo de ser invadida por microorganismos oportunistas o patógenos virus, hongos, bacterias u otros parásitos procedentes de fuentes endógenas o exógenas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfermedades crónicas.</li> <li>-Defensas primarias inadecuadas lesión de piel, disminución actividad ciliar.</li> <li>-Aumento exposición ambiental.</li> <li>-Procedimientos invasivos.</li> <li>-Malnutrición</li> </ul>
	ACTIVIDAD/ EJERCICIO	Intolerancia a la actividad	<p>Reducción en la capacidad fisiológica de la persona para resistir el grado deseado o requerido de actividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Deterioro del estado físico</li> <li>-Presencia de problemas circulatorio.</li> <li>-Presencia de problema respiratorio</li> </ul>

		Deterioro de la movilidad física	Estado en que una persona experimenta o esta en riesgo de experimentar una limitación de la movilidad física pero sin estar inmóvil	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dificultad para girarse.</li> <li>-Disnea de esfuerzo</li> <li>-Limitación de la capacidad para habilidades motoras.</li> <li>-Limitación de la amplitud.</li> <li>-Enlentecimiento del movimiento de movimientos</li> </ul>
		Riesgo de síndrome de desuso	Estado en que una persona sufre o está en riesgo de sufrir un deterioro de los sistemas del organismo o una alteración funcional como resultado de una inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Alteración del nivel de conciencia.</li> <li>-Parálisis.</li> <li>-Dolor grave.</li> </ul>
		Déficit de autocuidado	Estado en el que una persona presenta un trastorno de la función motora o cognitiva, que merma la capacidad para realizar cada una las cinco actividades del cuidado personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incapacidad para llevar los alimentos desde un recipiente a la boca.</li> <li>-Incapacidad para ingerir los alimentos en forma segura</li> <li>-Incapacidad para acceder al cuarto del baño</li> <li>-Incapacidad para secarse el cuerpo</li> <li>-Incapacidad para lavarse el cuerpo</li> <li>-Incapacidad para realizar la higiene adecuada tras la evacuación</li> <li>-Incapacidad para sentarse/levantarse del inodoro/orinal</li> <li>-Deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias</li> </ul>
		Limpieza ineficaz de las	Estado en el que una persona experimenta	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ausencia de tos.</li> <li>-Sonidos respiratorios</li> </ul>

		vías aéreas	una amenaza en su estado respiratorio relacionada con la incapacidad para toser eficazmente	adventicios. -Disminución de los sonidos respiratorios. -Excesiva cantidad de esputo. -Tos inefectiva.
		Patrón respiratorio ineficaz	Estado en el que una persona experimenta una pérdida real o potencial de la ventilación adecuada, relacionada con un patrón respiratorio alterado.	-Alteraciones en la profundidad respiratoria. -Bradipnea. -Disnea de esfuerzo. -Taquipnea. -Uso de músculos accesorios para respirar
	COGNITIVO/ PERCEPTIVO	Dolor	Estado en el que una persona experimenta y manifiesta la presencia de una molestia intensa o una sensación desagradable, que dura más de un segundo y menos de seis meses.	-Cambios de la FC. -Informe verbal de dolor. -Mascara facial.
		Conocimientos deficientes.	Estado en el que una persona o grupo experimenta una carencia cognitiva psicomotora que concierne a su enfermedad o al plan terapéutico.	-Seguimiento inexacto de
				instrucciones. -Verbalización del problema.
Desatención unilateral	Estado en el que una persona o grupo experimenta un deterioro de la respuesta sensorial y motora, la representación mental y la atención espacial del cuerpo y el entorno correspondiente, caracterizado por la falta de atención a un lado y una atención excesiva al lado opuesto. La desatención del lado izquierdo es	-Fracaso en comer los alimentos de un lado del plato. -Fracaso en vestir de un lado del cuerpo. -Fracaso en acicalar el lado afectado.		



		más persistente y severa que la desatención del lado derecho.	
NUTRICIONAL /METABOLICO	Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades	Estado en el que una persona que no esta a dieta absoluta, experimenta o esta en riesgo de experimentar, una reducción de peso relacionada con un aporte o un metabolismo de nutrientes insuficiente para las necesidades metabólicas.	-Peso corporal inferior al 20% según talla y constitución corporal.  -Falta de alimentos.  -Falta de interés en los alimentos.
	Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades	Estado en el que una persona experimenta o esta en riesgo de experimentar, un aumento de peso relacionado con una ingesta que excede a las necesidades metabólicas.	Peso corporal superior al 20% según talla y constitución corporal.  -Comer en respuestas a claves internas distintas del hambre.
	Déficit de volumen de líquido	Estado en el que una persona que es capaz de ingerir líquidos (no está a dieta absoluta), experimenta o está expuesta al riesgo de experimentar, deshidratación vascular, intestinal o intracelular.	--Disminución de la TA.  -Disminución del turgor de la piel.  -Disminución de la diuresis.  -Sequedad de las membranas mucosas.  -Aumento de la concentración de la orina. Sed.
	Exceso de volumen de líquido	Estado en el cual una persona experimenta o esta expuesta al riesgo de experimentar un sobre carga de líquido intracelular o intersticial.	-Sonidos respiratorios adventicios.  -Cambios en la TA.  -Edema.  -Aumento de peso en un corto período de tiempo

		Deterioro de la integridad cutánea	Estado en el que la persona experimenta o esta en riesgo de experimentar, lesiones de los tejidos epidérmico y dérmico.	-Destrucción de las capas de la piel. -Alteración de la superficie de la piel.
		Riesgo de nivel de glucemia inestable	Describe una persona que presenta un cuadro o riesgo elevado de presentar un cuadro de un nivel sanguíneo de glucosa que es demasiado bajo o demasiado alto para la función metabólica.	-Conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes. -Falta de adhesión al plan terapéutico. -Estrés.
	ELIMINACION	Estreñimiento	Estado en el que una persona experimenta o esta en riesgo de experimentar un estados del intestino grueso que provoca una eliminación infrecuente (dos o menos eliminaciones a la semana) o de heces duras y secas, o ambas cosas.	-Disminución de la frecuencia. -Disminución del volumen de heces.
		Diarrea	Estado en el que una persona experimenta o esta expuesta al riesgo de experimentar una eliminación frecuente de heces líquidas o sueltas.	-Eliminación mínima de tres deposiciones líquidas por día. -Sonidos intestinales hiperactivos. -Urgencia por defecar.
		Deterioro de la eliminación urinaria	Estado en el que una persona experimenta o esta en riesgo de experimentar una disfunción de la eliminación urinaria.	-Disuria. -Incontinencia. -Nicturia. -Retención.



	SUEÑO / DESCANSO	Trastorno patrón del sueño	Estado en el que la persona experimenta, o esta en riesgo de experimentar, un cambio en la cantidad o calidad del patrón de descanso que le genera malestar o que interfiere en el estilo de vida deseado.	Cambio en el patrón normal del sueño. Quejas verbales de no sentirse bien descansado
	AUTOPERCEPCION / AUTOCONCEPTO	Temor	Estado en el que una persona o grupo, experimenta una sensación de trastorno fisiológico o emocional, relacionado con una fuente identificable que se percibe como peligrosa.	-Informe de sentirse asustado. -Informes de inquietud. -Focalización limitada a la fuente de temor.
		Ansiedad	Estado en el que la persona o grupo experimenta sentimientos de inquietud (aprensión) y activación. Del sistema nervioso autónomo, como respuesta a amenazas imprecisas e inespecíficas	-Nerviosismo. -Insomnio. -Agitación. -Excitación cardiovascular.
		Trastorno de la imagen corporal	Estado en el que la persona experimenta o esta en riesgo de experimentar un cambio negativo en la percepción de su imagen corporal.	-Conductas de evitación del propio cuerpo. -Respuesta no verbal a cambios corporales reales. -Verbalización de percepciones que reflejan visión alterada de la propia apariencia corporal. -Ocultamiento intencionado de una parte del cuerpo.
ROL / RELACIONES	Aislamiento social	Estado en el cual una persona o grupo experimenta una necesidad o deseo de contactar con otros,	-Falta de persona/s de apoyo significativa. -Búsqueda de soledad.	

			pero es incapaz de establecer ese contacto.	-Retraimiento. -Expresión de sentimiento de rechazo.
		Deterioro de la comunicación verbal	Estado en el que una persona experimenta o presenta un elevado riesgo de experimentar una disminución de la capacidad para hablar, pero puede entender a los demás.	-No poder hablar -Dificultad para expresar los pensamientos verbalmente -Dificultad para comprender el patrón de comunicación habitual -Pronunciación poco clara.
		Cansancio del rol del cuidador	Estado en el que una persona esta expuesta a un riesgo elevado de sufrir una sobrecarga física, emocional, social o económica, durante el proceso de proporcionar cuidados a otro.	-Inquietud por la salud futura del cuidador para proporcionar cuidados. -Enfermedad cardiovascular del cuidador. -Sentimiento de depresión del cuidador. -Conflicto familiar.
	ADAPTACION/ TOLERANCIAL ESTRES	Afrontamiento ineficaz	Situación en la que la persona experimenta o corre riesgo de experimentar una incapacidad para controlar los factores de estrés internos o ambientales por carecer de los recursos adecuados (físicos, psicológicos, de conducta, cognitivos, o todos ellos).	-Cambio en los patrones de comunicación habituales. -Reducción en el uso de apoyo social. -Dificultad para organizar la información. -Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas.
		Negación ineficaz	Situación en el cual una persona minimiza o rechaza los síntomas o unas circunstancias, en detrimento de su salud.	-Retraso en la búsqueda del atención sanitaria en detrimento de la salud. -No percibe la relevancia personal del peligro/síntomas.

	SEXUALIDAD/ REPRODUCCION	Disfunción sexual	Estado en el que cual la persona, experimenta o esta en riesgo de experimentar, un cambio en la función sexual, que es considerada infructuosa o insuficiente.	-Alteración en el logro del rol sexual percibido.  -Limitaciones reales impuestas por la enfermedad.
	VALORES /CREENCIAS	Sufrimiento espiritual	Estado en el cual una persona o grupo, están en riesgo de experimentar un trastorno en sus creencias o sistemas de valores que constituyen su fuente de fuerza, esperanza y significado para su vida.	-Expresión de faltan de esperanza.  -Expresión de falta de significado en la vida.  -Expresa sufrimiento.  Cambios súbitos en las prácticas espirituales.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Los datos que se presentan como resultados de esta investigación, son en base a un total de 50 participantes de ambos sexos (100% de la muestra). A fines de brindar las características sociodemográficas presentamos los datos con respecto a la edad, frecuencia de sexo y ciudades de procedencia.

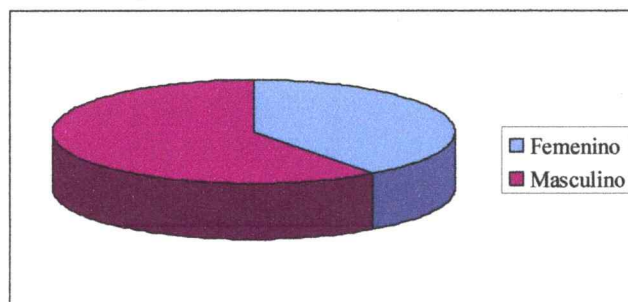
De los 50 pacientes entrevistados, 20 son mujeres (40%) y 30 varones (60%) (Tabla 1, Gráfico 1), institucionalizados en el sanatorio privado durante el mes de Octubre- Noviembre 2014, en la ciudad de Mar del Plata.

Tabla 1: Frecuencia de sexo

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	20	40%
Masculino	30	60%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre-Noviembre 2014

Gráfico 1: Distribución por sexo



Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre-Noviembre 2014.

Las edades de los mayores de 65 años, de ambos sexos, se comprenden entre los 65 y 91 años (Tabla 2), el promedio general de edades fue de 71,4 años, el promedio de edad por sexo es: femenino 75,4 años, masculino 69,9 años, la moda 66 años y la mediana de 68,5 años.



Tabla 2: Promedio de edad: General y por sexo

	Obs	Total	Media	Variancia	Std Dev	Minimum	25 %	Mediana	75 %	Maximum	Modo
Total	50	3587	71,74	64,0331	8,0021	65	66	68,5	72	91	66
F	20	1490	74,5	101,6316	10,0812	65	66	68,5	84	91	66
M	30	2097	69,9	32,8517	5,7316	65	66	68,5	70	87	70

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre-Noviembre 2014.

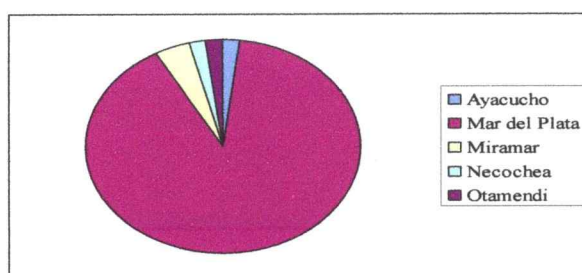
Otro dato de interés son las ciudades de procedencia de las persona internadas (Tabla 3, Gráfico 2). La cobertura social que poseen (PAMI) se ofrece en la institución estudiada, por lo que se observa variada cantidad de ciudades de procedencia. Se advierte que la ciudad de Mar del Plata es la localidad con mayor porcentaje de adultos mayores de 65 años institucionalizado.

Tabla 3: Frecuencia de Ciudad de origen

Ciudad	Frecuencia	Porcentaje
Ayacucho	1	2%
Mar del Plata	45	90%
Miramar	2	4%
Necochea	1	2%
Otamendi	1	2%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre-Noviembre 2014.

Gráfico 2: Lugares de procedencia de las personas mayores de 65 años internadas



Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre-Noviembre 2014.

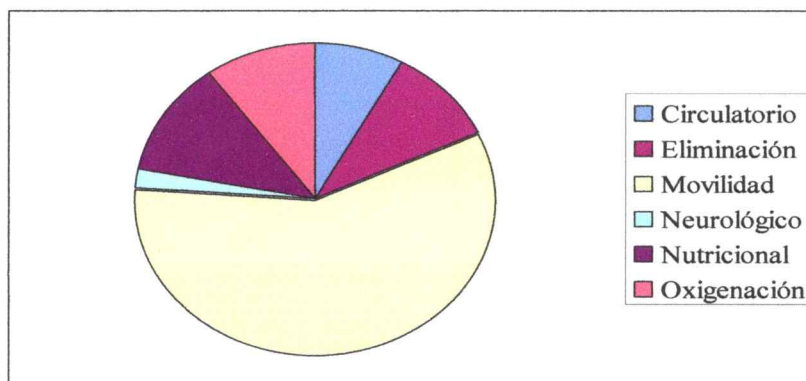
El motivo de ingreso se agruparon en Oxigenación, Eliminación, Nutricional, Movilidad, Neurológico y Circulatorio, (Tabla 4, Grafico 3). Se identificó un predominio de ingreso con alteración Nutricional (90%), siguiéndoles las causas Neurológicas (78%) y Movilidad (76%).

Tabla 4: Frecuencia de Motivos de internación

Motivo internación	Frecuencia	Porcentaje
Circulatorio	4	8%
Eliminación	5	10%
Movilidad	29	58%
Neurológico	1	2%
Nutricional	6	12%
Oxigenación	5	10%
Total	50	100%

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre-Noviembre 2014.

Gráfico 3: Distribución de los Motivos de ingreso a la institución de los mayores de 65 años



Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre-Noviembre 2014.

Consideramos de importancia identificar los días de internación y los motivos de ingreso a la institución y su internación. Con respecto a los días de internación (Tabla 5) que presentaban las personas al momento de la entrevista se observó una media de 9,3 días con un mínimo de 5 días y un máximo de 20 días. Siendo la mediana de 10 días y el modo de 10 días.

Tabla 5: Promedio de días de internación: General y por motivos de internación.

	Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev	Minimum	25 %	Median	75 %	Maximum	Mode
General	50	466	9,32	12,50	3,53	5	7	8	10	20	10
Circulatorio	4	28	7	0,66	0,81	6	6,5	7	7,5	8	7
Eliminación	5	39	7,8	4,2	2,04	6	6	7	10	10	6
Movilidad	29	286	9,86	14,40	3,79	5	7	10	10	20	10
Neurológico	1	7	7	0	0	7	7	7	7	7	7
Nutricional	1	7	7	0	0	7	7	7	7	7	7
Oxigenación	5	52	10,4	17,3	4,15	5	8	10	14	15	5

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre-Noviembre 2014.

Relacionamos como dato importante el promedio de las edades y los motivos de internación (Tabla 6) arrojando como resultado general un mínimo de 65 años un máximo de edad de 91 años, la media de 71,74 años, la moda de 66 años y siendo el motivo de internación el circulatorio, correspondiendo una mediana de 78,75 años, la moda de 84 años y la media de 81 años.

Tabla 6: Promedio de edad: General y por motivos de internación

	Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev	Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
Total	50	3587	71,74	64,03	8	65	66	68,5	72	91	66
Circulatorio	4	315	78,75	50,25	7	69	73,5	81	84	84	84
Eliminación	5	357	71,4	78,8	8,87	66	66	68	70	87	66
Movilidad	29	2072	71,44	70,11	8,37	65	66	69	70	91	65
Neurológico	1	70	70	0	0	70	70	70	70	70	70
Nutricional	6	422	70,33	67,46	8,21	66	66	67,5	68	87	66
Oxigenación	5	351	70,2	36,2	6,01	66	66	67	72	80	66

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre-Noviembre 2014.

## RESULTADOS DE RELACIÓN A LOS PATRONES DE SALUD Y DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Luego de realizadas las entrevistas y completar los instrumentos de datos (Guías de valoración), se identificaron los datos alterados (indicadores) de cada uno de los Diagnósticos Enfermeros seleccionados. Teniendo en cuenta la pertenencia de estos a los Patrones de Salud, podemos identificar los Patrones de Salud con datos alterados en la población estudiada (Tabla 7, Gráfico 4).

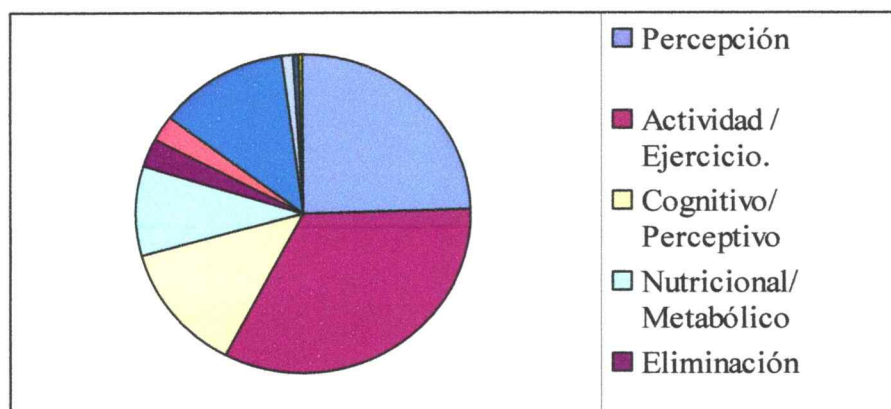


Tabla 7: Distribución de los Patrones de Salud, a través de la agrupación de los Diagnósticos Enfermeros identificados, en personas mayores de 65 años.

Patrones de salud	n	%
Percepción	84	13,77
Actividad / Ejercicio.	112	16,69
Cognitivo/ Perceptivo	45	6,70
Nutricional/ Metabólico	31	4,61
Eliminación	10	1,49
Sueño/ Descanso	9	1,34
Autopercepción	43	6,40
Rol/ Relaciones	4	0,59
Adaptación y tolerancia al estrés	2	0,29
Sexualidad y reproducción	0	0
Valores y creencias	1	0,14
<b>Total</b>	<b>671</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre-Noviembre 2014.

Gráfico 4: Distribución de los Patrones de Salud



Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre-Noviembre 2014.

Se relacionaron los datos de los Diagnósticos Enfermeros agrupados por los Patrones de Salud alterados según motivo de ingreso (Tabla 8). Se observó que en los motivos de ingreso de alteraciones de la “Oxigenación”, prevalecieron los DE Patrón del Actividad/Ejercicio 28,57%, siguiéndoles los Patrones de Autopercepción con el 19,04%, Cognitivo /Perceptivo 14,28%.

En referencia a los motivos de ingreso de alteraciones en la “Eliminación” los más identificados fueron diagnósticos de los Patrones de Percepción, Cognitivo y Nutricional con el 19,23% cada uno de ellos. Con respecto al motivo de internación de alteraciones “Nutricionales” predominaron los DE del Patrón de Nutricional/Metabólico con el 25%, Cognitivo y Autopercepcion 20% cada uno de ellos. En relación, a las personas que ingresaron por causa de alteración en la



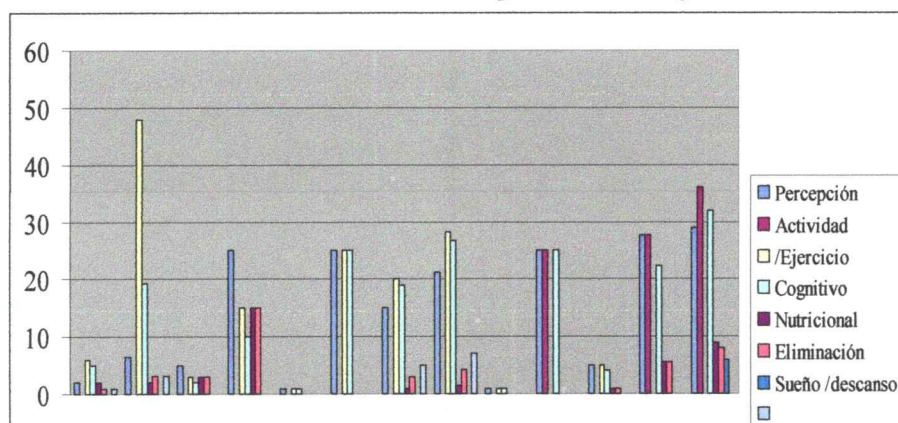
“Movilidad”, predominaron los DE del Patrón Eliminación con el 58,82%, seguido por los Patrones de Actividad/Ejercicio y el Patrón Cognitivo 35,29%. Por último las personas que ingresaron con alteraciones de “Circulación” predominaron los DE Percepción y Actividad/Ejercicio con el 27,77% cada uno de ellos.

Tabla 8: Frecuencia de los diagnósticos Enfermeros, agrupados en Patrones Funcionales de Salud según motivo de ingreso, en los pacientes mayores de 65 años

	Motivos de ingreso													
	Oxigenación		Eliminación		Nutricional		Movilidad		Neurológico		Circulación		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Percepción	3	14,28	5	19,23	3	15	18	26,47	1	25	5	27,77	35	19,55
Actividad/Ejercicio	6	28,57	3	11,53	3	15	24	35,29	1	25	5	27,77	41	22,90
Cognitivo	3	14,28	5	19,23	4	20	24	35,29	1	25	4	22,22	41	22,90
Nutricional	2	9,52	5	19,23	5	25	1	14,70	0	0	1	5,55	14	7,82
Eliminación	1	3,22	4	15,38	1	0	4	58,82	0	0	1	5,55	11	6,14
Sueño /descanso	1	4,76	0	0	0	0	7	10,29	0	0	0	0	8	4,46
Autopercepción	4	19,04	4	15,38	4	20	10	14,70	0	0	2	11,11	24	13,40
Rol/relación	1	4,76	0	0	0	0	2	2,94	0	0	0	0	3	1,67
Adaptación	0	0	0	0	0	0	1	14,70	0	0	0	0	1	0,55
Valores y creencias	0	0	0	0	0	0	1	14,70	0	0	0	0	1	0,55
TOTAL	21	100	26	100	20	100	92	100	3	100	18	100	179	100

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre- Noviembre 2014.

Gráfico 5: Frecuencia de Patrones de Salud según motivo de ingreso



Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre- Noviembre 2014.

En la siguiente tabla (Tabla 9) se presentan la frecuencia de todos los diagnósticos enfermeros identificados en la población estudiada (n=50). En los diagnósticos reales se omitió consignar en la tabla la segunda parte del diagnóstico. Se identificaron un total de 27 etiquetas diagnósticas, las cuales se trabajaron en 331 ocasiones. El Diagnóstico Enfermero más frecuente (Gráfico 6) es “Riesgo de infección” (90%), siguiéndole “Dolor” (84%), e “Intolerancia a la actividad” (80%).

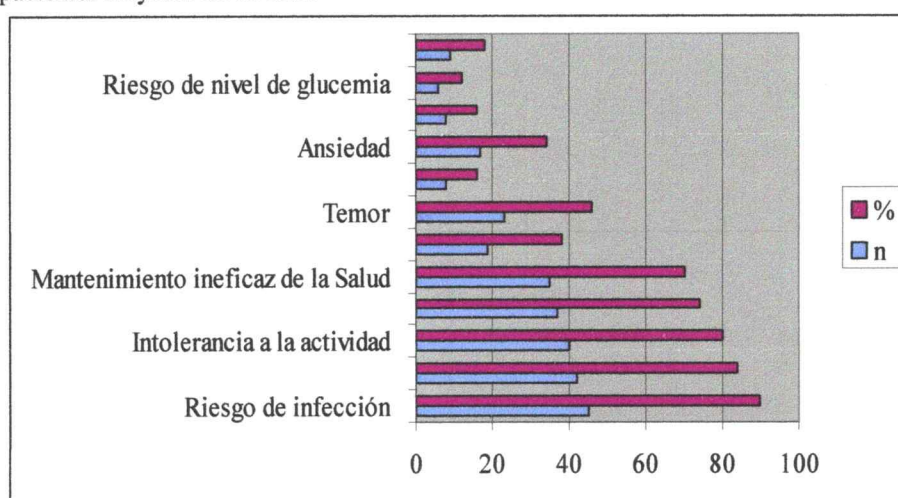
Tabla 9: Frecuencia de los Diagnósticos Enfermeros presentes en los pacientes mayores de 65 años

Diagnósticos Enfermeros	n	%
Riesgo de infección	45	90
Dolor	42	84
Intolerancia a la actividad	40	80
Deterioro de la movilidad	37	74
Mantenimiento ineficaz de la Salud	35	70
Riesgo de síndrome de desuso	19	38
Temor	23	46
Desequilibrio nutricional por déficit	8	16
Ansiedad	17	34
Déficit de volumen de líquidos	8	16
Riesgo de nivel de glucemia	6	12
Trastorno del patrón sueño descanso	9	18
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	6	12
Cansancio del rol del cuidador	3	6
Deterioro de la eliminación urinaria	6	12
Trastorno de la imagen corporal	3	6
Riesgo de lesión	4	8
Conocimientos deficientes	3	6
Desequilibrio nutricional por exceso	5	10
Exceso de volumen de líquidos	3	6
Estreñimiento	3	6

Diarrea	1	2
Deterioro de la integridad cutánea	1	2
Aislamiento social	1	2
Afrontamiento inefectivo	1	2
Negación ineficaz	1	2
Sufrimiento espiritual	1	2
<b>Total</b>	<b>331</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre-Noviembre 2014

Gráfico 6: Frecuencia de los Diagnósticos Enfermeros más frecuentes en los pacientes mayores de 65 años



Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre-Noviembre 2014

Para la identificación de los Diagnósticos Enfermeros se han utilizado una serie de indicadores, presentes en el instrumento de recolección de datos. Para cada uno de los Diagnósticos Enfermeros se puede observar los indicadores establecidos previamente y la frecuencia de los mismos.

Tabla 10: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón Percepción/Cuidado de la salud.

Diagnósticos Enfermero	Indicadores	n	%
Mantenimiento ineficaz de la salud (n=35)	Falta de conocimientos de prácticas sanitarias básicas	0	0
	Falta de interés por mejorar la salud	0	0
	Antecedentes de falta de conductas de búsqueda de salud	0	0
	Incapacidad para asumir responsabilidad de prácticas de salud	3	8,57
	Deterioro de los sistemas de soporte personal	33	84,2
Riesgo de lesión (n=4)	Factores cognitivos	0	0
	Factores psicomotores	4	100



	Entorno no seguro	0	0
Riesgo de infección (n=45)	enfermedad crónica	3	6,66
	defensas primarias inadecuadas(lesión de piel, disminución actividad ciliar)	2	4,44
	Aumento exposición ambiental	1	2,22
	Procedimientos invasivos	39	86,66
	Malnutrición	5	11,11

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre-Noviembre 2014.

En la tabla 10: se puede observar los indicadores utilizados para los DE en el de Mantenimientos ineficaz de la salud, se destaca Deterioro de los sistemas de soporte personal (84,28%), seguido por Incapacidad para asumir responsabilidad de prácticas de salud (8.57%). Para los DE, Riesgo de lesión el indicador observado es el de Factor psicomotores (100%). En el DE Riesgo de infección se valoraron los siguientes indicadores, Procedimientos invasivos (86,66%) seguido por Malnutrición (11,11%)

Tabla 11: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón Actividad/Ejercicio.

Diagnósticos Enfermero	Indicadores	n	%
Intolerancia a la actividad (n=40)	Deterioro estado físico	31	77,5
	Presencia de problemas circulatorios	2	5
	Presencia de problemas respiratorios	5	12,5
Deterioro de la movilidad física (n=37)	Dificultad para girarse	0	0
	Disnea de esfuerzo	11	29,72
	limitación de la capacidad para habilidades motoras	15	40,54
	limitación de la amplitud de movimientos	14	37,83
	Enlentecimiento del movimiento	4	10,81
Riesgo de síndrome de desuso (n=19)	Alteración del nivel de conciencia	3	15,78
	Parálisis	0	0
	Dolor grave	16	84,21
Limpieza ineficaz de las vías aéreas (n=6)	Ausencia de tos	0	0
	Sonidos respiratorios adventicios	3	50
	Disminución de los sonidos respiratorios	0	0
	Excesiva cantidad de esputo	2	33,33
	Tos inefectiva	3	50
Patrón respiratorio ineficaz (n=10)	Alteraciones en la profundidad respiratoria	4	40
	Bradipnea	0	0
	Disnea de esfuerzo	3	30
	Taquipnea	0	0
	Uso de músculos accesorios para respirar	2	20

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre- Noviembre 2014.

En la tabla 11: Los indicadores valorados para los siguientes DE, Intolerancia a la actividad, el indicador fue Deterioro del estado físico (77,5%), para el DE Patrón respiratorio fue el indicador fue Alteraciones en la profundidad

respiratoria (40%) y los indicadores Uso de músculos accesorios para respirar (20%), Disnea de esfuerzo (30%).

Tabla 12: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón Cognitivo/Perceptivo

Diagnósticos Enfermero	Indicadores	n	%
Dolor (n=42)	Cambios en la FC	0	0
	Informe verbal de dolor	39	92,85
	Mascara facial	0	0
Conocimientos deficientes (n=3)	Seguimiento inexacto de instrucciones	1	33,33
	Verbalización del problema	2	66,66
Desatención unilateral (n=0)	Fracaso en comer los alimentos de una lado del plato	0	0
	Fracaso en vestir de un lado del cuerpo	0	0
	Fracaso en acicalar el lado afectado	0	0

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre-Noviembre 2014.

En la tabla 12 se observan los indicadores trabajados de los siguientes DE, para “Dolor” fue Informe verbal de dolor (92,85%), para “Conocimientos deficientes” Seguimiento inexacto de instrucciones (33,33%) y Verbalización del problema (66,66%).

Tabla 13: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón Nutricional/Metabólico

Diagnósticos Enfermero	Indicadores	n	%
Desequilibrio nutricional: Exceso (n=5)	Peso corporal superior al 20% según talla y constitución corporal	5	100
	Comer en respuestas a claves internas distintas del hambre	1	20
Desequilibrio Nutricional: Déficit (n=8)	Peso corporal inferior al 20% según talla y constitución corporal	8	100
	falta de alimentos	0	0
	Falta de interés en los alimentos	0	0
Déficit de volumen de líquidos (n=8)	Disminución de la TA	0	0
	Disminución del turgor de la piel	0	0
	Disminución de la diuresis	1	16,6
	Sequedad de las membranas mucosas	6	75
	Aumento de la concentración de la orina	0	0
	Sed	3	37,5
Exceso de volumen de líquidos (n=3)	Sonidos respiratorios adventicios	0	0
	Cambios en la TA	0	0
	Edema	2	66,66
	Aumento de peso en un corto periodo de tiempo	1	33,33
Deterioro de la integridad cutánea (n=1)	Destrucción de las capas de la piel	0	0
	Alteración de la superficie de la piel	1	100
Riesgo de nivel de glucemia inestable (n=6)	Conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes	0	0
	Falta de adhesión al plan terapéutico	3	50
	Estrés	2	33,33

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre –Noviembre 2014

En la tabla 13: se observa los indicadores para los DE, “Déficit nutricional por exceso”, Peso corporal superior al 20% según talla y constitución corporal (100%), para el DE “Desequilibrio nutricional: déficit”, Peso corporal inferior al 20% según talla y constitución corporal (100%), para el DE “Déficit de volumen de líquidos”, Sequedad de las membranas mucosas (75%), para el DE, “Exceso de volumen de líquidos” Edema (66,66%), para el DE “Deterioro de la integridad cutánea” Alteración de la superficie de la piel (100%), para el DE “Riesgo de nivel de glucemia inestable” los indicadores trabajados fueron Falta de adhesión al plan terapéutico( 50%), Estrés ( 33,33%).

Tabla 14: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón Eliminación

Diagnósticos Enfermero	Indicadores	n	%
Estreñimiento (n=3)	Disminución de la frecuencia	1	33,33
	Disminución del volumen de heces	2	66,66
Diarrea (n=1)	Eliminación mínima de tres deposiciones líquidas por día	1	50
	Sonidos intestinales hiperactivos	0	0
	Urgencia por defecar	1	100
Deterioro de la eliminación urinaria (n=6)	Disuria	0	0
	Incontinencia	3	50
	Nicturia	3	50

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre –Noviembre 2014

En la tabla 14: los indicadores trabajados para los DE “Estreñimiento” Disminución del volumen de heces (66,66%), para el DE “Diarrea” Eliminación mínima de tres deposiciones líquidas por día (50%), y Urgencia por defecar (100%), para el DE “Eliminación urinaria” los indicadores trabajados fueron Incontinencia (50%), y Retención (50%).

Tabla 15: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón Sueño/Descanso

Diagnósticos Enfermero	Indicadores	n	%
Trastorno del patrón del sueño (n=9)	Cambio en el patrón normal de sueño	8	88,88
	Quejas verbales de no sentirse bien descansado	1	11,11

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre –Noviembre 2014

En la tabla 15: se observa los indicadores trabajados para el DE “Trastorno del patrón del sueño” Cambio en el patrón del sueño (88,88%) y quejas verbales de no sentirse bien descansado (11,11%).



Tabla 16: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón Auto percepción/Autoconcepto

Diagnósticos Enfermero	Indicadores	n	%
Temor (n=23)	Informes de sentirse asustado	5	21,73
	Informes de inquietud	16	69,56
	Focalización limitada a la fuente de temor	1	4,34
Ansiedad (n=17)	Nerviosismo	16	94,11
	Insomnio	0	0
	Agitación	1	5,88
	Excitación cardiovascular	1	5,88
Trastorno de la imagen corporal (n=3)	Conductas de evitación del propio cuerpo	1	33,3
	Respuesta no verbal a cambios corporales reales	2	66,6
	Verbalización de percepciones que reflejan visión alterada de la propia apariencia corporal	0	0
	Ocultamiento intencionado de una parte del cuerpo	0	0
		0	0

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre-Noviembre 2014

En la tabla 16: se observan los indicadores trabajados para los DE, “Temor” Informes de inquietud (69,56%), para el DE “Ansiedad” fue Nerviosismo (94,11%), para el DE “Trastorno de la imagen corporal fue Respuesta no verbal a cambios corporales reales (66,6%)

Tabla 17: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón Rol/Relaciones

Diagnósticos Enfermero	Indicadores	n	%
Aislamiento social (n=1)	Falta de persona/s de apoyo significativa	0	0
	Búsqueda de soledad	0	0
	Retraimiento	1	100
	Expresión de sentimientos de rechazo	0	0
Cansancio del rol del cuidador (n=3)	Inquietud por la salud futura del cuidador para proporcionar cuidados	1	33,3
	Enfermedad cardiovascular del cuidador	0	0
	Sentimientos de depresión del cuidador	2	66,6
	Conflicto familiar	0	0

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre-Noviembre 2014

En la tabla 17 se observa los indicadores trabajados para los siguientes DE “Aislamiento social” Retraimiento (100%), para el DE “Cansancio del rol cuidador” fue Sentimiento de depresión del cuidador (66,6%).

Tabla 18: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón Adaptación/Tolerancia al stress

<b>Diagnósticos Enfermero</b>	<b>Indicadores</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Afrontamiento inefectivo (n=1)	Cambio en los patrones de comunicación habituales	1	100
	Reducción en el uso de apoyo social	0	0
	Dificultad para organizar la información	0	0
	Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas	0	0
Negación ineficaz (n=1)	Retraso en la búsqueda de la atención sanitaria en detrimento de la salud	0	0
	No percibe la relevancia personal del peligro/síntomas	1	100

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre- Noviembre 2014

En la tabla 18 se observa los indicadores trabajado por los siguientes DE “Afrontamiento inefectivo” Cambio de patrones de comunicación habituales (100%) para el DE “Negación ineficaz” fue No percibe la relevancia personal del peligro/síntomas (100%).

Tabla 19: Frecuencia de los indicadores para cada categoría diagnóstica del Patrón Valores/Creencias

<b>Diagnósticos Enfermero</b>	<b>Indicadores</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sufrimiento espiritual (n=1)	Expresión de falta de esperanza	1	100
	Expresión de falta de significado en la vida	0	0
	Expresa sufrimiento	0	0
	Cambios súbitos en las prácticas espirituales	0	0

Fuente: Instrumentos de recolección de datos de pacientes mayores de 65 años, Sanatorio Privado, Mar del Plata, Octubre-Noviembre 2014

En la tabla 19 se observa los indicadores trabajado para el DE “Sufrimiento espiritual” fue Expresión de falta de esperanza (100%).



## CONCLUSIONES

El estudio realizado en Octubre-Noviembre 2014, dio como resultado que el mayor porcentaje de internación de los mayores de 65 años se dio en el sexo masculino (60%). El promedio de los días de internación fue de 10,85 días, se observó que en un 58% correspondía a personas con Trastorno de la movilidad.

Analizando específicamente la frecuencia de los Patrones de Salud alterados, los más frecuentes fueron, Actividad/Ejercicio (16,69%), Percepción (13,77%) Cognitivo/Perceptivo (6,70%), Auto percepción (6,40%) , Nutricional /Metabólico (4,61%), Eliminación (1,49%), Sueño/ Descanso (1,34%), Rol/Relaciones (0,59%), Adaptación (0,29%), Valores/Creencias (0,14%). Estos Patrones alterados también han sido identificados como más frecuentes y en similar orden, en estudios anteriores (Robledo, 2008, Tovar Fernández, 2006, Madoery, 2005). En otro estudio fueron los tres patrones más trabajados, aunque en secuencia diferente, el más trabajado Actividad/Ejercicio y luego el Nutricional /Metabólico (Ruzafa Martínez, 2010). En todos los casos de los estudios de referencia se han realizados en población de personas adultas, no siendo específicas de población geriátrica.

Analizando la frecuencia de los Diagnósticos Enfermeros, se identificó en este estudio como más frecuentes a Riesgo de infección (90%), Dolor (84%) e Intolerancia a la actividad (80%), si tenemos en cuenta los resultados de otros estudios.

Los estudios de prevalencia, previamente citados, con respecto a los Diagnósticos Enfermeros, en las unidades donde se han estudiados esta temática, son las Unidades de Cuidados Críticos. Observamos en uno de ellos, como Diagnósticos Enfermeros más prevalentes a Intolerancia a la Actividad, Alteración del Padrón del Sueño y Déficit de Autocuidado, en una población con una media de edad de 73,8 años, por lo que se asemeja a la población del presente proyecto, (Moscoso Otero, 2008). En otro estudio, ya específicamente de una población geriátrica los Diagnósticos Enfermeros más frecuentes fueron Riesgo de la integridad cutánea, Estreñimiento y Deterioro de la movilidad (Luque Ballesteros, 2008). Finalmente, en otros estudios del área crítica, se observó como Diagnósticos Enfermeros más frecuentes a “Riesgo de infección” y “Riesgo de deterioro de integridad cutánea” (Ruzafa Martínez 2010), y a “Riesgo de infección” y “Alteración de la movilidad física” (Rezende do Prado, 2010).

Recordando que estos estudios se han realizado en áreas de Cuidados críticos, por lo que puede observarse el Diagnóstico Riesgo de Infección presente como el más frecuente en casi todos los estudios, al igual que el presente

proyecto. Las circunstancias de vulnerabilidad de las personas mayores de 65 años, sumado a las características de la Unidad de Cuidados Intensivos, explican el porqué de este Diagnóstico como el más frecuente.

Los estudios anteriores se han realizado en Servicios de cuidados Críticos, mientras que los resultados de otro estudio que se ha realizado en una población semejante a la del presente estudio, es decir, adultos en internación general, nos presenta que los diagnósticos enfermeros más frecuentes son “Ansiedad”, “Conocimientos deficientes” y “Deterioro de la movilidad física”(74,8%) (Barroso Vázquez, 2010). Teniendo en cuenta el estudio que poseía la población con las mismas características etáreas, se observó que los estudiados residían permanentemente en la institución, por lo que hay que identificar aquí una variante, pues en ese estudio nos referíamos a pacientes internados de larga estadía, diferente a la población en este estudio que la media de internación es de 9,32 días.

Por lo anterior observamos la variabilidad que poseen los resultados considerando no solo la franja etárea, sino los Servicios donde los mismos se encuentran y datos como la media de días de internación.

En los estudios anteriormente citados se mencionan, en algunos de ellos, la utilización de planillas de valoración, pero no la identificación de las características definitorias de cada Diagnóstico Enfermero. Por lo tanto no podemos comparar la frecuencia de las mismas en cada diagnóstico.

Con respecto a la conformación de 2 grupos según los días de internación (menos de 7 días y mayores de 8 días) no se apreciaron diferencias importantes, seguramente por el número de la población estudiada.

## SUGERENCIAS

Con la posibilidad de ampliar los resultados de este estudio se sugiere continuar esta investigación ampliando la muestra en distintos servicios de atención a mayores de 65 años, y en los diferentes meses del año, para poder identificar la posible variabilidad de los datos obtenidos y su posterior análisis.

Un aspecto importante lo constituye la difusión de esta investigación en el Servicio donde se efectuó el mismo, a fin de una mejor comprensión de las características de la población por parte de Enfermería. Este mayor conocimiento también facilitaría el proceso de mejora de los cuidados brindados, a través de capacitación específica sobre las problemáticas detectadas en esta investigación.

Además, considerando a los Diagnósticos Enfermeros, como una etapa dentro del Proceso de Cuidar, es importante ir delimitando el campo de accionar de Enfermería, dentro de su responsabilidad, y a partir de allí seguir construyendo e identificando las intervenciones y resultados esperados.

Dado que se han presentado datos que no demuestran tendencias marcadas, como por ejemplo la de los grupos de personas identificadas según sus días de internación, sería importante realizar este tipo de estudios en mayor cantidad de personas.

## BIBLIOGRAFÍA

- BARROSO VAZQUEZ, M, CARRION CAMACHO, M, SANCHEZ-TOSCANO, P, PEINADO BARRASO, M, VELASCO SANCHEZ, M, ZAMORANO IMBERNON, P, "Prevalencia de los diagnósticos Enfermeros en adultos hospitalizados en los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío", X Congreso Internacional de Diagnósticos Enfermeros, Madrid, 2010, publicado en Libro de resúmenes, pag 368
- CARPENITO, Lynda J. "Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica Clínica" Ed. Interamericana-McGraw-Hill, 5ta edición, 2002, España
- INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Provincia de Buenos Aires, partido General Pueyrredón. Población total por país de nacimiento, según sexo y grupo de edad. Año 2010
- GORDON, Marjory. "Diagnostico Enfermero", Ed. Interamericana, 1998
- LUQUE BALLESTEROS, M; MICO REYES, E; ALCALDE TIRADO, P; GARCIA GONZALEZ, M; ARIÑO BLASCO, S "Diagnósticos de Enfermería en las UFISS geriátrica de la fundación hospital Asilo de Granollers"; VII Simposium Internacional de Diagnostico de Enfermería, 2008
- MADOERY, D., OROSCO, L., "EL REGISTRO ENFERMERO: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA", X COLOQUIO PANAMERICANO DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA, durante el 27 al 30 de noviembre de 2006, Buenos Aires. Publicado en Libro de Actas, pag Nro 179, ISBN-10:987-23022-9-4
- MADOERY, D., OROSCO, L., FOLGADO, R. PERALTA, N., IBAÑEZ, B. MOYANO, V., DURAN, A., "El Proceso de Atención de Enfermería como método de enseñanza: Una estrategia para optimizarlo", Revista Desafíos, Asociación de Escuelas Universitarias de la Republica Argentina, SIN 1668-754 X-, Nro 9, pages 13 a 26
- MOSCOSO OTERO, D; SAMPEDRO MORENO, C; PITA VIZOSO, R; CID ARMADA, S; ESTRADA MOSQUERA, M "Diagnóstico de enfermería y factores de relación prevalentes en las Unidades de Medicina Interna", VI Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería, 2008
- NANDA-1 (2013) Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014, NANDA International, 2013.
- REZENDE DO PRADO, P., BECCARIA, L, CONTRIN, L, "Principais Diagnosticos de Enfermagem em UTI", ", X Congreso Internacional de Diagnósticos Enfermeros, Madrid, 2010, publicado en Libro de resúmenes, pag 183
- ROBLEDOS, M., OTERO QUINTANA, C, ALCOLEA COSIN, M, "Prevalencia de Diagnósticos Enfermeros, criterios de resultados e intervenciones, identificados por los estudiantes de 3er curso de la diplomatura de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos en Adultos", VII Simposium Internacional de Diagnósticos Enfermeros, Barcelona, 2008, publicado en Libro de resúmenes, pag 149-153

- RUZAFIA MARTINEZ, M, LOPEZ-IBARRA, L, CAVA GARCIA, M, “Detección de los Patrones funcionales alterados en el paciente de UCI a través de los diagnósticos NANDA, identificados por lo alumnos de enfermería”, X Congreso Internacional de Diagnósticos Enfermeros, Madrid, 2010, publicado en Libro de resúmenes, pag 260
- TOVAR FERNANDEZ, M., OLIVA CONTERO, P., TORRES MARTIN, M, RAMOS CALERO, E, VARGAS MONTES, F, QUINTERO SOLIS, L, “Aproximación a la Epidemiología de los diagnósticos Enfermeros. Estudio preliminar”, VI Simposium Internacional de Diagnósticos Enfermeros, Granada, 2006, publicado en Libro de resúmenes, pag 259-261
- TARRUELLA FARRE, M. , SANCHEZ RUEDA, G. “El lenguaje Enfermero en los registros de Enfermería”, ”, X Congreso Internacional de Diagnósticos Enfermeros, Madrid, 2010, publicado en Libro de resúmenes, Pág. 401

Sitios de Internet:

<http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/>. (visto en septiembre 2013)

<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.ar/2012/06/dorothea-orem.html>  
(Octubre, 2013)

<http://www.slideshare.net/ceciliasp/teora-del-autociodado-dorothea-orem>  
(Octubre, 2013)

<http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>

<http://www.slideshare.net/guestaf3c660/diagnosticos-de-enfermeria> (visto septiembre 2013)

<http://www.slideshare.net/marcejuyo/marjory-gordon>

<http://www.monografias.com/trabajos94/plan-trabajo-adulto-mayor/plan-trabajo-adulto-mayor.shtml#ixzz2kMeGjocG>

<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/REGISTRO%20DE%20ENFERMER%20C3%8DA.pdf> (consultado el 13/06/2013)

<https://bibliovirtual.files.wordpress.com/2012/03/enfermeriabasadaevidencia.pdf>

## ANEXO I

### Consentimiento Informado para participantes de Investigación

Estimado participante

Usted está invitado a participar en la investigación denominada

“DIAGNOSTICOS ENFERMEROS FRECUENTES EN MAYORES DE 65 AÑOS”.

Su participación consistirá en la realización de una encuesta, siendo esta completamente voluntaria. La duración estimada será de aproximadamente de 30 minutos de su tiempo.

Se tomaran varias medidas para proteger su anonimato e identidad pues cualquier información de identificación será eliminada. Para proteger su identidad y confidencialidad al procesar los datos, se asignaran nombres y números claves, las cuales se usaran en todas las notas y documentos de esta investigación.

A las transcripciones o notas de la encuesta solo tendremos acceso los integrantes del proyecto. Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para el propósito de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento. Igualmente, puede retirarse de la encuesta en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Si usted tiene interés en una copia o quiere tener más datos sobre la investigación puede entrar en contacto con el siguiente correo electrónico: [gaby7876@hotmail.com](mailto:gaby7876@hotmail.com), y [mabelanunez@hotmail.com](mailto:mabelanunez@hotmail.com), o también al teléfono celular (223) 5207022.

Desde ya le agradecemos su participación.

Para el participante

---

He leído lo expuesto anteriormente con respecto a la investigación denominada “DIAGNOSTICOS ENFERMEROS FRECUENTES EN MAYORES DE 65 AÑOS” y presto mi consentimiento para participar en el estudio. Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Gabriel Galván y Mabel Núñez.

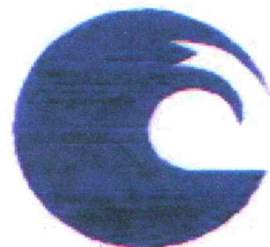
Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Gabriel Galván y Mabel Núñez a las direcciones electrónicas anteriormente mencionados.

-----	-----	-----
Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha
Para el encuestador		

ANEXO II

Universidad Nacional de Mar del Plata  
 Facultad de Ciencias de la salud y Servicio Social  
 Departamento de Enfermería  
 Enfermería Medicoquirúrgica



Nombre del estudiante:

GUIA DE VALORACION

Servicio : \_\_\_\_\_ Fecha ingreso: \_\_\_\_\_  
 Hab / Cama : \_\_\_\_\_ Fecha valoración: \_\_\_\_\_  
 Identificación de Sexo: \_\_\_\_\_ Nombre (iniciales) : \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_  
 la persona : \_\_\_\_\_ Domicilio : \_\_\_\_\_

Ingreso: \_\_\_\_\_

Forma	camilla	<input type="checkbox"/>	Hogar	<input type="checkbox"/>
	silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	Hogar de	<input type="checkbox"/>
	ambulando	<input type="checkbox"/>	Vía pública	<input type="checkbox"/>
			Otros	<input type="checkbox"/>

Procedencia ancianos

Acompañado : \_\_\_\_\_  
 Solo  Familia  Amigo   
 Motivo de ingreso/Principal dolencia :

Diagnóstico Presuntivo :

Constitución familiar :	Antecedentes
patológicos :	
Antecedentes	TBC <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/>
Familiares :	Diabetes <input type="checkbox"/> Afecc.mentales <input type="checkbox"/>
	Asma <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/>



SIDA  Cáncer   
 Otros

**Modelos de Salud**

**PERCEPCION / CUIDADO DE LA SALUD**

Antecedentes Personales :  
 Problemas de salud :  
 HTA  Cardiopatías  Diabetes   
 Asma  Artritis   
 Epilepsia  Ulc.gástrica   
 Otros \_\_\_\_\_  
 Controles médicos: Si  No   
 Hospitalización/Intervenciones quirúrgicas previas \_\_\_\_\_

Alergias Ning.conocida   
 Fármacos  Cuáles ? \_\_\_\_\_ Reacción:  
 Alimentos  Cuáles ? \_\_\_\_\_ Reacción:  
 Otros \_\_\_\_\_

Tabaquismo : \_\_\_\_\_

Hábitos : Alcoholismo : \_\_\_\_\_

Medicamentos (aquellos que tomaba en su casa, y los indicados actualmente) :

Droga	Nombre comercial	Dosis	Fcia./ Vía	Desde cuándo?	Acción

Los tomaba en su casa? Si  No  Porqué? \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_ datos \_\_\_\_\_ :

\_\_\_\_\_

Mantenimiento ineficaz de la salud  
 Gestión ineficaz de la propia salud  
 Alto riesgo de lesión (traumatismo)

Alto riesgo de intoxicación  
 Riesgo de infección

**ACTIVIDAD / EJERCICIO**

Ritmo : regular irregular

Modelo Amplitud : profundo superficial

**ESTADO RESPIRATORIO**

Respiratorio Simetría : simétrico asimétrico

**Sonidos**

Murmullo vesic.   
 Estertores   
 Sibilancias   
 Roncus   
 Otros \_\_\_\_\_

**Tiraje**

No   
 Intercostal   
 Subcostal   
 Retracc. esternal   
 Universal

**Cianosis**

No   
 Si  Dónde? \_\_\_\_\_  
 ARM: \_\_\_\_\_

**Tos**

Seca   
 Productiva   
 Aguda   
 Crónica

**Expectoración**

Fluidas   
 Mucosas   
 Purulentas   
 Con estrias sang.

**Suplemento de O2:**

Método : \_\_\_\_\_

**Drenaje de tórax:**

Ubicación : \_\_\_\_\_

Caracterist. \_\_\_\_\_

Traqueostomía :  Si  No

**ESTADO CARDIOVASCULAR**

FC :  
 FR :  
 T\* :

Pulso : Ritmo : \_\_\_\_\_

TA : Habitual \_\_\_\_\_ Msd Msi

Intensidad : \_\_\_\_\_ acostado \_\_\_\_\_

Tensión : \_\_\_\_\_ sentado \_\_\_\_\_

Amplitud : \_\_\_\_\_ parado \_\_\_\_\_

	Msd	Msi	Mid	Mii	Claves	Observaciones
Pulsos periféricos					+ (presente) - (ausen.)	
Relleno capilar					n (normal) l (lento)	
Edemas					+ -	
Varices					+ -	

### ACTIVIDADES COTIDIANAS

	Completamente independiente	Necesita dispositivos de ayuda	Necesita ayuda mínima	Necesita ayuda o supervisión, o ambas	Necesita supervisión total	Necesita ayuda total
alimentación						
aseo						
vestido						
eliminación						
deambulación						

Claves : A (Antes del ingreso) P (Percepción actual de la persona/familiar) O (Observación del estudiante)

En cada AVD se debe colocar A, P y O en los casilleros correspondientes (pueden estar en el mismo o no)

ESTADO DE MOVILIDAD

Motivo limitación: \_\_\_\_\_ Mano dominante

: \_\_\_\_\_

Movilidad en la cama

Marcha : Estable

Traslado en silla de ruedas

Inestable

Deambulación

Con ayuda ? \_\_\_\_\_

Posición que adopta

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Intolerancia a la actividad

Patrón respiratorio ineficaz

Deterioro de la movilidad física

Perfusión tisular periférica ineficaz

Riesgo de síndrome de desuso

Riesgo de disfunción neurovascular periférica

Déficit de autocuidados (especificar)

COGNITIVO / PERCEPTIVO

**ESTADO NEUROSENSORIAL**

Nivel de conciencia	Alerta	<input type="checkbox"/>	Clara	<input type="checkbox"/>	demandante	<input type="checkbox"/>	Ubicado	<input type="checkbox"/>
	Letárgico	<input type="checkbox"/>	Habla confusa	<input type="checkbox"/>	Conducta inquieto	<input type="checkbox"/>	espacio	<input type="checkbox"/>
	Obnubilado	<input type="checkbox"/>	afásica	<input type="checkbox"/>	hipoactivo	<input type="checkbox"/>	persona	<input type="checkbox"/>
	estuporoso	<input type="checkbox"/>	no verbal	<input type="checkbox"/>	cooperador	<input type="checkbox"/>	tiempo	<input type="checkbox"/>
	semicomatoso	<input type="checkbox"/>	escrita	<input type="checkbox"/>	cuestionador	<input type="checkbox"/>		
	comatoso	<input type="checkbox"/>	gestual	<input type="checkbox"/>				

Pupilas	isocóricas	<input type="checkbox"/>	Sensorio:	Claves:	Visión	<input type="checkbox"/>
	anisocóricas	<input type="checkbox"/>	_____	S Sin problem.	Audición	<input type="checkbox"/>
Reacción a la luz :	I :	<input type="checkbox"/>		D Déficit	Olfato	<input type="checkbox"/>
D:		<input type="checkbox"/>		A Ayuda	Gusto	<input type="checkbox"/>

Dolor : Localización : \_\_\_\_\_

Si  Intensidad : 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Glasgow :

No  Tratamiento : \_\_\_\_\_

Características : \_\_\_\_\_

Irradiación : \_\_\_\_\_

Factores que lo agravan : \_\_\_\_\_

Factores que lo calman: \_\_\_\_\_

Dolor Confusión crónica

Conocimientos deficientes Desatención unilateral

Confusion aguda

\_\_\_\_\_

**NUTRICION / METABOLISMO**



Talla aprox. : \_\_\_\_\_ Peso actual : \_\_\_\_\_ Ha tenido pérdida de peso antes de su  
 Peso al ingreso : \_\_\_\_\_ ingreso? \_\_\_\_\_

Hábitos dietéticos : \_\_\_\_\_

Alimentos no tolerados : \_\_\_\_\_

Dieta	Libre	<input type="checkbox"/>	Dif. en la masticación	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>
Actual	Sin sal	<input type="checkbox"/>	Disfagia	<input type="checkbox"/>	Reflujo	<input type="checkbox"/>
	P/ diabéticos	<input type="checkbox"/>	Naúseas	<input type="checkbox"/>		
	Comprende el porqué de la dieta ? _____					
	Acepta la comida de la institución? _____					
Piezas	completas	<input type="checkbox"/>	Prótesis	<input type="checkbox"/>		
Dentarias	incompletas	<input type="checkbox"/>				

Alimentación x SNG : - Cantidad : \_\_\_\_\_ - Frecuencia : \_\_\_\_\_

turgencia:	flexible	<input type="checkbox"/>	firme	<input type="checkbox"/>	frágil	<input type="checkbox"/>	deshidratada	<input type="checkbox"/>	
Piel	temperatura:	caliente	<input type="checkbox"/>	seca	<input type="checkbox"/>	fría	<input type="checkbox"/>	húmeda	<input type="checkbox"/>
	color:	rosada	<input type="checkbox"/>	pálida	<input type="checkbox"/>	oscura	<input type="checkbox"/>	cianótica	<input type="checkbox"/>
								ictérica	<input type="checkbox"/>

Problemas cutáneos (descripción y localización) : \_\_\_\_\_

Heridas: \_\_\_\_\_

Vías intravenosas presentes : \_\_\_\_\_

Desequilibrio nutricional por déficit

Desequilibrio nutricional por exceso

Riesgo de aspiración

Deterioro de la mucosa oral

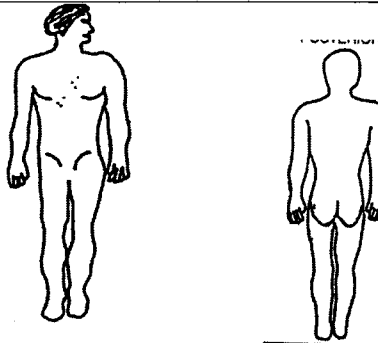
Déficit de volumen de líquidos

Exceso de volumen de líquidos

Deterioro de la integridad cutánea

Deterioro de la integridad tisular

Riesgo de nivel glucemia inestable





**ELIMINACION**

Micción : Frecuencia \_\_\_\_\_ Disuria

Características \_\_\_\_\_ Nicturia

Hora última micción ? \_\_\_\_\_ Hematuria

Cultivos? \_\_\_\_\_

Sonda Vesical ? No  Retención

Si  Desde cuando \_\_\_\_\_ ?

Defecación Frecuencia \_\_\_\_\_ Uso de auxiliares RHA (+ o -)

Consistencia \_\_\_\_\_ No  CSD

Fecha última deposición? Dietéticos  CSI

Estreñimiento  Laxantes  CID

Diarrea  Enemas  CII

Distensión abdominal

Defensa abdominal

Estomas  Ubicación \_\_\_\_\_ :

Estreñimiento Incontinencia urinaria (especificar causa)

Diarrea Deterioro de la eliminación urinaria

Incontinencia fecal Retención urinaria

**SUEÑO / DESCANSO**

Descanso Si

Adecuado : No  Factores que lo afectan \_\_\_\_\_

Necesidad de : Almohada  Medicamentos

Horas de sueño  diurno  nocturno

antes del ingreso		
Actualmente		

Insonnio

Trastorno del patrón del sueño

**AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO**

Se siente diferente desde que está hospitalizado ? \_\_\_\_\_

Qué piensa de su enfermedad ? \_\_\_\_\_

Otros datos : \_\_\_\_\_

Temor

Trastorno de la identidad personal

Ansiedad

Trastorno de la percepción sensorial

Trastorno de la autoestima

Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno

Trastorno de la imagen corporal

**PAPEL / RELACION SOCIAL**

Estado Civil : \_\_\_\_\_ Vive con : \_\_\_\_\_

Quién le puede ayudar más en estos momentos ? \_\_\_\_\_

Nivel de formación    Primario        Lee      
 C = completo            Secundario        Escribe      
 I = incompleto        Terc/Univ.        Título : \_\_\_\_\_  
 Actualmente estudia ?     Horario : \_\_\_\_\_

Trabaja ? No   
                   Si     Donde ? \_\_\_\_\_    Horario ? \_\_\_\_\_

Jubilado ?     Grado de satisfacción del trabajo :  
                                   Alta     Mediana     Baja

Cree que tendrá problemas en su trabajo / estudio por la hospitalización ? \_\_\_\_\_

Después del alta se podrá costear : Medicamentos ? \_\_\_\_\_

Atención médica ? \_\_\_\_\_

Otros datos : \_\_\_\_\_

Duelo

Interrupción de los procesos familiares

Desempeño inefectivo del rol

Cansancio del rol del cuidador

Aislamiento social

Deterioro de la comunicación verbal

Deterioro de la interacción social

### ADAPTACIÓN / STRESS

Ha vivido recientemente alguna situación stresante o preocupación (además de su enfermedad) ?

Qué hace para relajarse ? \_\_\_\_\_

Actividad recreativa antes del ingreso : \_\_\_\_\_

Recreación durante la internación : \_\_\_\_\_

Otros datos : \_\_\_\_\_

Afrontamiento inefectivo

Menopausia

Si

Fecha : \_\_\_\_\_

regular \_\_\_\_\_

Negación ineficaz

No

Modelo duración \_\_\_\_\_

Mujer

Menstrual cantidad \_\_\_\_\_

Afrontamiento familiar incapacitante

Embarazos

Si

ult. \_\_\_\_\_

No

menst. \_\_\_\_\_

Nro de partos:

de vaginales

Anticonceptivos orales ?

DIU ?

cesáreas

SEXUALIDAD / REPRODUCCION

ALIDAD / REPRODUCCION

Tiene hijos ? \_\_\_\_\_

Varón “presenta dificultad para orinar?” “ Nota que orina más veces con dificultad”?

\_\_\_\_\_

Posee secreción / hemorragia / lesiones peneales ? \_\_\_\_\_

Recibe atención médica ? \_\_\_\_\_

Otros datos : \_\_\_\_\_

Disfunción sexual

Alteración de los patrones de sexualidad

VALORES / CREENCIAS

Es creyente? \_\_\_\_\_ Religión que profesa:

\_\_\_\_\_

Interfiere la hospitalización con alguna de las siguientes prácticas?

Prácticas religiosas o espirituales?

\_\_\_\_\_

Cree conveniente que un sacerdote /pastor/ otros lo visiten? \_\_\_\_\_

Prácticas o creencias culturales?

\_\_\_\_\_

—

Tradiciones familiares?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otros datos:

\_\_\_\_\_

Sufrimiento espiritual

Desesperanza

Deterioro de la religiosidad

Riesgo de compromiso de la dignidad humana

Observación:

La agrupación diagnóstica realizada no invalida la posibilidad, de acuerdo a la valoración efectuada, de detectar un diagnóstico de Enfermería en un Patrón de Salud diferente al que estaba mencionado. (ej El diagnóstico Déficit de conocimiento puede detectarse en cualquier patrón de salud)

PRESENTACION DEL PACIENTE:

Ingreso (Fecha – Motivo – Diagnóstico presuntivo)

Antecedentes significativos

Evolución en la internación (Trat. inicial – estudios diag.- Evolución)

Estado actual (Trat. Actual – Datos de Laboratorio- Datos de valoración actual significativos)

