



UNIVERSIDAD  
**AUTÓNOMA**  
DE ICA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**“PROPUESTA DE UN INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE  
ENFERMERÍA AL PACIENTE GERIÁTRICO PARA LA VISITA  
DOMICILIARIA EN LA CLÍNICA GERIÁTRICA DEL EJÉRCITO”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:  
ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA**

**PRESENTADO POR:  
LIC. DORIS GARCIA ANCASI**

**ASESOR:  
MG. JULIO CÉSAR ZELADA BENAVIDES**

**CHINCHA - ICA - PERU, 2018**

## **CAPITULO I**

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1 ANTECEDENTES

1.2 BASE TEÓRICA

## **CAPITULO II**

METODOLOGÍA

2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.3 OBJETIVOS

2.4 JUSTIFICACIÓN

2.5 PROPOSITO

2.6 DISEÑO

2.7 VARIABLE

2.8 OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

2.9 INSTRUMENTO

2.10 MUESTRA

2.11 PROCESO DE RECOGIDA DE DATOS

2.12 PROCESO DE ANÁLISIS DE DATOS

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## **INDICE DE ANEXOS**

ANEXO A INSTRUMENTO

ANEXO B CONSENTIMIENTO INFORMADO

## INTRODUCCIÓN

El adulto mayor presenta condiciones específicas que en un sentido consisten, los típicos aspectos del propio envejecimiento fisiológico acompañado de la disminución progresiva de las actividades de los órganos del sistema humano, incrementando su estado vulnerable cuando este frente a un evento de estrés o padecimiento de alguna enfermedad.

Además de las citadas particularidades de la evaluación del anciano en el aspecto físico, biológico o fisiopatológico, el paciente anciano está expuesto a múltiples problemáticas consustanciales con el envejecimiento que van a condicionar en gran manera su independencia o autovalimiento y que obligatoriamente tendremos que conocer. Estos problemas a los que hay que conceder la misma importancia que a los puramente biomédicos derivan de los aspectos cognitivos, emocional, funcional y social que deberán ser identificados y evaluados de forma conjunta para conseguir una visión integral de toda su problemática, sopesando asimismo los posibles efectos potenciados de la interacción de las citadas carencias que magnificarán frecuentemente sus consecuencias.

En este contexto se ha identificado que para la atención en la Visita domiciliaria de la Clínica Geriátrica del Ejército no se cuenta con un instrumento que permita valorar al paciente y registrar los cuidados de enfermería brindados. Es así que se plantea el presente trabajo de investigación cuasi experimental, con el objetivo de elaborar y proponer un instrumento de valoración geriátrica para su aplicación durante la Visita domiciliaria. Para ello se ha tomado en cuenta la Teoría de las Necesidades de Virginia Henderson ya que está probado que para la valoración cumple con todos los aspectos del paciente, además se ha adecuado y reducido el instrumento para facilitar el manejo por parte de enfermería.

# **CAPITULO 1**

## **FUNDAMENTACIÓN TEORICA**

### **1.1 ANTECEDENTE**

El estudio de RAMOS A. y col titulado Propuesta de registro de enfermería para consultas externas realizado en Madrid España cuyo resumen fue: Teniendo en cuenta que la práctica profesional de la enfermería como actividad facultativa y científica ha sido recogida en los últimos años por varias leyes que definen su marco de actuación: Dichas leyes, además, exigen que cada actuación quede documentada por escrito en la historia clínica del paciente, tanto en la práctica privada como en la que se desarrolla dentro del sistema nacional de salud. Por ello se realiza una propuesta única de registros de enfermería. El documento que presentamos consta de dos partes que relacionan los diagnósticos de enfermería con las intervenciones. Una parte del documento se incluye en la historia clínica (intervenciones) y la otra pertenece al protocolo general de la actividad enfermera en la consulta (los diagnósticos relacionados con las intervenciones). Los planes de cuidados por diagnósticos médicos también pertenecen al protocolo general de la consulta pudiendo incorporarse a la historia del paciente si fuera necesario. Ramos A.(2005)

## **1.2 BASE TEÓRICA**

### **1.2.1 ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN**

El desarrollo demográfico en el mundo hace que la proporción de personas mayores esté creciendo rápidamente, y que se espere una población claramente envejecida en los próximos años, debido fundamentalmente a la disminución de la tasa de natalidad, al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la mortalidad, propiciada por la mejora de las condiciones socioeconómicas y sanitarias.

En el Perú existe mayor población en edad adulta y al mismo tiempo se registra menor cantidad de nacimientos. Este hecho se desprende luego de iniciarse los estudios del XI Censo Nacional de Población, realizado el pasado año por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2007). Los resultados indican que actualmente hay 28'220,764 habitantes, un aumento de 24.7% con respecto al año 1993. Esto significa que en los últimos catorce años la población ha crecido en 5'581,321 a un ritmo de 398, 666 peruanos por año. La sorpresa de este estudio se ha dado al registrarse un cambio más que importante en la estructura demográfica en lo concerniente a los grupos de edad. A diferencia de censo de 1993, donde la pirámide poblacional presentaba una base más ancha y un vértice angosto, los resultados de 2007 describen una base más reducida y un ensanchamiento progresivo en el centro.

Esto refleja un menor número de nacimientos y una mayor población en edad activa" además se observa más proporción de población adulta mayor, "lo que indica el inicio del proceso de envejecimiento de la población".

Según la Organización Panamericana de la Salud, los países andinos (Perú, Bolivia, Colombia, Ecuador y Venezuela), se verán afectados por el envejecimiento de su población, la cual se duplicará en las próximas dos décadas.

En el país se tiene una alta necesidad de atención socio-sanitaria debido al incremento de la cantidad de adultos mayores proveniente de una variación del perfil epidemiológico de toda la población. Las personas que pertenecen a este grupo cuentan varias patologías crónicas y degenerativas, poseen un nivel muy alto de dependencia de asistenciales eventuales y escasos, confinados por lo general en domicilios o entidades.

## **FACTORES SOCIALES**

Cada vez más aumenta el número de personas solas adultas mayores que habitan solas. Un factor es la modificación en la configuración familiar originando una posible desatención entre los miembros de la familia, afectándose los adultos mayores pues no tienen quien los cuide o se preocupe por ellos. Esta situación genera un cambio sustancial en la composición de la estructura tradicional familiar.

En ese sentido, conviene la intervención de instituciones de asistencia informal, sin embargo ya no quedan muchas. Alrededor del 80% de toda la ayuda proviene de instituciones filantrópicas ajenas al seno familiar y con costo mínimo al Estado.

## 1.2.2 LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

La atención de enfermería hospitalaria está cambiando. El enfermo agudo está siendo atendido en su domicilio. A pesar que este modelo de atención no es nuevo, se está volviendo a lo que en el periodo pre-industrial era la forma normal de cuidado Duke & Street,(2003). Hoy en día, las tendencias de salud son las de mantener al paciente el tiempo más corto posible en el hospital y continuar con su cuidado en el hogar. La tendencia es ofrecer servicios de salud comunitaria, que puedan disminuir los costos de salud (Kearney, York & Deatrick, 2000). El modelo de atención domiciliaria del enfermo agudo son las bases del cuidado moderno de los programas de atención en el hogar y una de las alternativas más deseables. Los enfermos permanecen en su ambiente propio, no están expuestos a las posibles infecciones y no tienen que adaptarse a la hospitalización. El hogar y la familia son elementos de gran importancia en la atención domiciliaria, los que juegan un rol preponderante en el bienestar y recuperación del paciente (Wright & Leahey, 1994).

La organización nacional e internacional de la atención domiciliaria es heterogénea. Esta ordenación se realiza en función del tipo de paciente a atender, del modelo global de organización del sistema sanitario y de la entidad gestora de la asistencia domiciliaria. En los servicios públicos, la asistencia domiciliaria presenta las siguientes variantes: atención domiciliaria realizada por equipos de profesionales dependientes de servicios hospitalarios; atención domiciliaria de patrón mixto, en la que intervienen profesionales de los dos niveles de atención sanitaria y otros sectores de atención socio-sanitaria, y atención domiciliaria realizada exclusivamente por los profesionales de Atención Primaria.

La atención domiciliar se dirige a:

- Personas mayores enfermas o debilitados, adultos mayores que no pueden asistir por si mismos al establecimiento de salud.
- Adultos mayores con enfermedad terminal y requieren cuidados atenuantes.
- Adultos mayores con factores sociales que les impide asistir a un establecimiento de salud.
- Cada individuo mayor a 75 años dada de alta que requiere que lo visiten en su domicilio en 72 horas.

La finalidad de la visita a domicilio está:

- Incrementar el valor de la calidad de vida del adulto mayor: trasladar un número de niveles de cuidados en casa.
- Tratar de mantenerla en su mismo entorno: proporcionándole autonomía, prevenir de aislarlo, o abandonarlo.
- Brindar apoyo al adulto mayor y su entorno familiar: conseguir detección precoz e intervención de disfunciones familiares o del cuidador.

Ventajas:

- Para el adulto mayor: autonomía, resolución de conflictos en el ámbito familiar.
- Para el sistema: economía en la atención, óptimo desempeño si se reducen los ingresos y las estancias hospitalarias.
- Para el personal de salud: mayor interacción posible de no darse en otros casos.



### **1.2.3 VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL**

La valoración geriátrica integral (VGI) es un proceso de múltiples dimensiones y disciplinas, pensado para encontrar y cuantificar problemas físicos, funcionales, psicológicos y de ámbito social que posea el adulto mayor, a fin de desarrollar un tratamiento y seguimiento de conflictos y el uso optimizado de recursos.

Se dice que es multidimensional y multidisciplinaria teniendo en cuenta la eventual interacción entre distintos profesionales de la salud en caso se requiera.

### **1.2.4 VALORACIÓN DE ENFERMERIA**

#### **INTRODUCCIÓN**

La aportación del personal de enfermería en la atención al anciano, la promoción de la salud, la prevención de factores de riesgo y los cuidados derivados de los problemas de salud es fundamental para garantizar una asistencia integral y coordinada.

El proceso de atención de enfermería se inicia con la valoración del anciano cuando ingresa en el sistema de salud. La valoración de enfermería pretende obtener una visión integral del anciano, considerando factores biológicos, psicológicos y sociales, que nos dan una idea clara de su estado de salud y nos ayudan a identificar los problemas o diagnósticos de enfermería que afectan al paciente y a partir de los cuales la enfermera realiza la planificación de cuidado.

Los objetivos que pretenden los profesionales de enfermería son comunes a los de otros miembros del equipo multidisciplinario (tabla 2-1). El personal de enfermería utiliza una metodología de trabajo

propia, que se caracteriza por emplear el proceso de enfermería como método de solución de problemas de forma racional y científica, así como por la utilización de modelos de enfermería y por una taxonomía diagnóstica (NANDA).

#### Objetivos de la atención geriátrica

- Mantener al anciano en su domicilio, en condiciones funcionales independientes y con una calidad de vida digna. Deben favorecerse su salud física, mental y vida activa en función de sus posibilidades. Recuperación funcional y reinserción en la comunidad del anciano, en las mejores condiciones posibles.
- Promover la autonomía en el autocuidado
- En ancianos con enfermedad terminal, promover una muerte apropiada

## **EL PROCESO DE ENFERMERÍA**

### **Definición y concepto**

Se define como un método sistemático y racional de planificación y prestación de cuidados individualizados cuya finalidad es conocer el estado de salud de un cliente así como sus necesidades reales o potenciales, organizar planes de cuidados para satisfacer los problemas detectados y aplicar intervenciones de enfermería para cubrirlos. La implementación del proceso de enfermería favorece la mejora de la calidad de cuidados y consta de cinco etapas:

1. Valoración: es la primera etapa, e incluye la recogida, interpretación y organización de datos, para identificar la situación de salud del individuo, familia o grupo.
2. Diagnóstico: conclusión que define los problemas de salud reales o potenciales de un individuo, familia o grupo, modificables por intervención de la enfermera.
3. Planificación: elaboración de un plan de cuidados preciso para prevenir, minimizar o corregir los problemas, determinando prioridades y objetivos que hay que conseguir.
4. Ejecución: puesta en práctica del plan de cuidados. Esta fase termina cuando la enfermera registra los cuidados prestados y las respuestas del cliente.
5. Evaluación: medición de los resultados obtenidos, y si se han conseguido los objetivos formulados en la planificación. Mide la eficacia del plan de cuidados.

Cada fase del proceso depende de la precisión de la etapa anterior, de forma que si se obtienen datos insuficientes en la valoración, los diagnósticos de enfermería no serán exactos y se reflejará en las fases de planificación, ejecución y evaluación.

## **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

Se define como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información, que permite conocer el estado de salud que el anciano está viviendo, satisfacción de las necesidades humanas limitaciones e incapacidades.

Es, un proceso continuo, para la detección de problemas durante el proceso asistencial, y dinámico, pues cambia en función de la evolución del paciente.

La valoración del anciano, por ser compleja requiere una valoración dirigida porque muchos problemas pueden pasar desapercibidos o no ser detectados si no tenemos en cuenta sus necesidades específicas, los cambios asociados al envejecimiento y los síndromes geriátricos.

Debe existir un registro de valoración de enfermería para que la recogida de datos se realice de forma estructurada, sistemática y sea integral. Proponemos la valoración de enfermería siguiendo el modelo de necesidades básicas de Henderson.

En la etapa de valoración influyen factores como la preparación teórica y la experiencia del personal de enfermería, las habilidades para interactuar con el cliente produciendo una buena comunicación, la actitud o disposición del cliente hacia el desarrollo de nuestro trabajo y entorno, y el clima de la entrevista. La cantidad de datos pertinentes obtenidos dependerá de sus habilidades como entrevistador, es decir, de su habilidad para establecer una relación de confianza y para observar, escuchar y preguntar.

La valoración de enfermería es la etapa más importante del proceso de enfermería, puesto que de ella se derivan las demás, y consta de diferentes fases (tabla 2-3).

Tabla 2-3. Fases de la valoración

1. Recopilación de información

- Observación
- Entrevista
- Exploración física
- Escalas de valoración

2. Organización

3. Validación

4. Registro

## **FASES DE LA VALORACIÓN**

### **1. Recopilación de datos**

Para la recopilación de datos utilizamos fuentes directas e indirectas. Consideramos directas el propio individuo y el entorno cercano. Debemos entrevistar en primer lugar al paciente. Los familiares no deben interrumpir, el anciano debe referir sus problemas. A veces, será necesario entrevistar también al familiar por separado, a ser posible el cuidador habitual o persona más cercana de convivencia, sobre todo en pacientes con deterioro cognitivo o cuando el paciente sea incapaz de responder.

Son de gran utilidad las fuentes indirectas de obtención de datos, proporcionados por otros profesionales y registrados en la historia clínica previa, donde encontraremos antecedentes familiares,

enfermedades previas, alergias, pruebas complementarias, etc. Antes de valorar debemos revisar la información disponible, pues el interrogatorio reiterativo puede cansar al paciente.

Independientemente de la fuente de la que provenga el dato, podemos hablar de datos objetivos y subjetivos. Los datos objetivos son observaciones a través del uso de los sentidos (palidez, frialdad, cianosis) o determinaciones hechas por la persona que recoge los datos o por otras personas (presión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura). Los datos subjetivos son percepciones del paciente acerca de sus problemas de salud. Se llaman también síntomas: dolor, disnea, debilidad, «no me encuentro bien», etc. Los datos recogidos deben ser descriptivos, concisos y completos.

Durante la valoración se utilizan tres métodos básicos para la obtención de información: observación, entrevista y exploración física. Se complementan entre sí y se utilizan de forma simultánea, pues durante la entrevista seguimos observando y durante la exploración física podemos seguir con la observación y la entrevista.

### **Observación:**

Se observa a través de los sentidos, aunque podemos servirnos de instrumental. Trata de ser una observación científica: estructurada y planificada con anterioridad, con objetivos y objetiva, y debe quedar constancia escrita de lo observado.

Hay muchas observaciones específicas que el personal de enfermería realiza a medida que progresa la valoración o durante la realización de cuidados.

## **Entrevista de enfermería**

Es el método más importante para la obtención de datos. Consiste en una conversación, previamente planificada, entre el personal de enfermería y el paciente, que tiene como objetivo recoger datos para conocer el estado de salud del individuo y detectar los problemas de salud. Es el primer contacto que tenemos con el paciente y puede ayudar a crear un clima propicio que facilite la relación personal entre enfermera y paciente al ser motivo de diálogo, al tiempo que reduzca la ansiedad que produce la enfermedad y/o la hospitalización. La entrevista permite a la enfermera la opción de información específica y necesaria para el diagnóstico y la planificación. Además, ayuda a que el paciente se informe y participe en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de los objetivos, implicándose así en el proceso de cuidar. Antes de la entrevista debemos planificar el momento y tiempo. No debe realizarse en pacientes muy graves, ansiosos, cansados, con dolor intenso, etcétera.

Al iniciar la entrevista la enfermera debe presentarse, dirigirse al paciente llamándole por su nombre y explicarle en qué consiste la entrevista y cuál es nuestro propósito. Debemos solicitar su uso para realizar el interrogatorio y asegurarle la confidencialidad de los datos. En este momento la enfermera y el paciente empiezan a desarrollar una relación terapéutica. Es importante nuestra actitud durante la entrevista, debemos mostrar interés por su problema de salud y la intención de ayuda para resolverlo, nunca debemos criticar ni juzgar al paciente, debemos mostrar una actitud amistosa y respetuosa, pues suele estar incómodo y asustado.

Se realizará una revisión ordenada de las distintas áreas del individuo.

Durante la entrevista utilizaremos la técnica de escucha activa que consiste no sólo en oír, sino en prestar atención a lo que nos dicen y a

cómo se nos dice, buscando coherencia entre lo que oímos y lo percibido. Mantener contacto ocular y fijamos en el comportamiento no verbal. No debemos interrumpir al paciente y es necesario dar tiempo para que responda, especialmente si presenta lentitud psicomotora.

La entrevista puede ser dirigida y no dirigida. En la entrevista no dirigida el paciente dirige los objetivos, los temas y el ritmo de la charla, y se usan preguntas abiertas, mientras que la entrevista dirigida está muy estructurada y proporciona información específica, se realizan preguntas cerradas y suele utilizarse cuando hay poco tiempo.

El tono de la voz, la velocidad del habla y el volumen son importantes; el anciano puede sentirse intimidado o incómodo si se habla muy alto o demasiado rápido. Realizar preguntas sencillas y pertinentes a la situación, utilizando terminología clara. Hablaremos de forma lenta y mirando al paciente. Nos aseguraremos de corregir déficit sensoriales y de que la prótesis dentaria esté bien ajustada.

Empezar con preguntas abiertas, del tipo:

¿Cómo se encuentra?.

Usar preguntas exploratorias, como:

¿Qué tal duerme?.

Reconducir la entrevista, si es preciso, para evitar la divagación excesiva.

Preguntar de forma sistemática sobre síndromes geriátricos. El anciano y/o cuidador no nos informa de problemas que lo incapacitan por considerar que son «cosas normales del envejecimiento» (incontinencia, pérdida de memoria, caídas, etc.



## **Detección física**

Es un último recurso para la obtención de información. Consiste en la recogida de datos objetivos, referidos al estado físico del paciente. Puede ser general o selectiva. En su práctica conviene:

1. Explicar al paciente lo que se le va a hacer, solicitando permiso, y decirle que podemos detener la exploración en cualquier momento. Observar síntomas de miedo o ansiedad.
2. Proporcionar intimidad evitando fuentes de distracción y tendremos en cuenta la edad y el pudor del paciente.
3. Preparación física del paciente con ropa y posición adecuada, que facilite la exploración. Preparar recursos materiales: guantes limpios o estériles, linterna.

En la exploración física utilizamos habilidades que se adquieren con el tiempo y la experiencia:

1. Observación: evaluación integral del paciente.

Consiste en el uso de la vista (oído y olfato) de manera sistemática para detectar problemas de salud. Observar de cada área: color, tamaño, forma, simetría y posición.

2. Empleo del tacto: detecta problemas de salud en el sujeto. Esta técnica nos permite detectar los pulsos. En la piel podemos evaluar la temperatura, humedad, grosor y turgencia. En los órganos y extremidades podemos obtener: tamaño; forma, movilidad y sensibilidad. Se utiliza para la palpación de órganos en el abdomen; los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración. Las zonas dolorosas se deben palpar al final.

3. Percusión: basada en el tacto, la percusión y la audición, Consiste en dar golpes Con uno o varios dedos, de forma directa o indirecta, sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Nos ayuda a conocer la densidad y el tamaño de órganos subyacentes. Podemos distinguir tres densidades: agua, aire y órgano.

4. Auscultación: detectar de manera sistemática problemas de salud prestando atención al sonido que hacen los órganos en el organismo. Se puede emplear el fonendoscopio y el oído solo. Podemos auscultar ruidos del sistema cardiovascular, respiratorio y digestivo. Es importante distinguir de los ruidos: frecuencia, duración, intensidad y tono.

#### **Valoración geriátrica específica:**

El personal de enfermería utiliza otros métodos para la obtención de información, que complementan la valoración. En aspectos en los que la recogida de información puede interpretarse de forma subjetiva, el uso de escalas ayuda a objetivar y cuantificar los resultados de la valoración.

La utilización de escalas facilita la transmisión de información entre profesionales y, aunque existen numerosas, las más utilizadas en la actualidad por enfermería son:

1. Norton, mide riesgo de úlceras por presión.
2. Índice de Barthel, cuantifica la capacidad para la realización de las ABVD.
3. Pfeiffer, evalúa la función cognitiva, detecta deterioro y su grado.
4. Glasgow, para la valoración neurológica.

#### **Organización de los datos**

Si el interrogatorio de enfermería ha sido estructurado, la información estará totalmente organizada al finalizar la entrevista. Se trata de agrupar la información, de forma que nos ayude en la identificación

de problemas de salud. Un registro de valoración estructurado facilita el proceso de organización de datos. El modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas, por patrones funcionales y por sistemas corporales, aunque se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, en nuestro caso proponemos el modelo de Virginia Henderson con la revisión sistemática de signos y síntomas asociados a cada necesidad. La estructura de valoración en el anciano para una organización adecuada de los datos sería la siguiente:

1. Datos de filiación: nombre, apellidos, edad, número de la Seguridad Social, número de historia clínica, domicilio, teléfono, etc.
2. Datos socioculturales: religión, nivel de estudios, raza, comunidad a la que pertenece, nacionalidad, lenguaje, etc.
3. Motivo de visita: suele ser un signo o un síntoma.
4. Antecedentes personales.
5. Consumo de fármacos: polifarmacia, cumplimiento del tratamiento.

## **2. Valoración de necesidades**

### **Respiración:**

Situación respiratoria, ventilación e intercambio gaseoso. Patrón habitual. Frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno. Coloración de piel y mucosas. Tos y características. Mucosidades, características y facilidad para la expectoración. Circunstancias que influyen en la respiración: tabaco, disnea, fatiga, oxigenoterapia, aerosolterapia, inhaladores, etc.

### **Alimentación e hidratación:**

Patrón habitual, talla, peso y variaciones. Estado nutricional, costumbres alimentarias, tipo de dietas, estado de hidratación, ingesta de líquidos al día. Alteración de la masticación y/o deglución. Presencia de síndromes digestivos: náuseas o vómitos.

**Eliminación:**

Patrón habitual, características de la eliminación digestiva, heces, vómitos, frecuencia, características (color, olor, frecuencia), dificultades, fecha de última eliminación, uso de laxantes. Incontinencia, tipo y dispositivos utilizados.

**Movilidad:**

Patrón habitual, deambulación, tipos de ayudas: bastón, prótesis, silla de ruedas. Estado funcional, actividad física que realiza. Limitación de la movilidad, problemas podológicos, dolor, tranquilizantes, fracturas, grado de dependencia.

**Descanso/sueño:**

Patrón habitual, hábitos de sueño, horas, horario, despertar nocturno, insomnio, somnolencia, fármacos utilizados.

**Vestido:**

Independencia, patrón habitual, aspecto. Adecuación, limpieza, calzado.

**Termorregulación:**

Si mantienen la temperatura corporal dentro de los límites normales. Fiebre hipotermia.

**Higiene corporal e integridad de la piel:**

Hábitos higiénicos, limpieza, estado de limpieza piel uñas cabello, boca. Coloración de la piel. Cambios de la integridad de la piel, heridas manchas úlceras.

**Seguridad:**

Seguridad y adaptación de la vivienda, barreras arquitectónicas, peligros ambientales, riesgo de caídas.

**Comunicación:**

Patrón habitual, percepción, comunicación, visión, audición, uso correcto de ayudas gafas, audífonos etc. Problemas en la comprensión y expresión del lenguaje (afasia, mutismo, disartria).

**Creencias religiosas y valores:**

Patrón habitual y cambios recientes. Filosofía de la vida y si encuentra sentido a la vida. Actitud ante la muerte, religiosidad espiritualidad en su vida.. Dificultad para satisfacer esta necesidad.

**Ocupación y ocio para la autorrealización:**

Patrón habitual de satisfacción de esta necesidad y cambios recientes. Rol actual, satisfacción con su vida, si realiza actividades de ocio y dificultades que encuentra.

**Aprendizaje:**

Patrón habitual y cambios recientes, interés por su entorno y recursos educativos socio-sanitarios. Conocimiento sobre su estado de salud. Capacidad para adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación y/o adquisición de comportamientos. Deterioro cognitivo, confusión, trastornos afectivos y/o conductuales.

**3. Validación de datos**

Para que el proceso de enfermería sea un instrumento útil, la información recogida durante la valoración debe ser completa, objetiva y precisa.

Resumir los problemas más importantes para contrarrestar la información y evitar lagunas o llegar a conclusiones equivocadas.

La valoración puede darse por finalizada cuando el paciente ha tenido la oportunidad de expresar sus sentimientos, preocupaciones, objetivos o expectativas; la enfermera ha confirmado sus deducciones y no existe lagunas en la información que necesita para emitir los diagnósticos de enfermería.

#### **4. Registro de datos**

Es la última fase de la valoración, si no se registra, pierde utilidad y validez.

El registro de valoración es un documento legal, admisible como prueba judicial.

Las normas a seguir para un adecuado registro son:

1. Los datos registrados han de ser descriptivos, concisos y completos.
2. Se escribirá de forma legible, entendible por los demás y con tinta indeleble.
3. Trazar una línea sobre los errores, evitar tachaduras.
4. Corrección ortográfica y gramatical. Se usarán sólo las abreviaturas de uso común.

Una vez finalizada la etapa de valoración la enfermera enunciaría los diagnósticos de enfermería, elaboraría el plan de cuidados, lo

pondrá en práctica y lo evaluará completando así el proceso de enfermería.

### **RAZONES PARA LA ADOPCIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN LA VALORACIÓN GERIÁTRICA DE ENFERMERÍA.**

- Se optó por este modelo debido a que brinda un entorno con elementos teóricos necesarios en cada paso del proceso.
- Siendo un modelo conceptual fácil y reconocido ampliamente
- Debido al marco conceptual elegido se podrá en práctica una gran proporción de los componentes
- Brinda una configuración estructural abierta permitiendo familiarizar los componentes teóricos a indistintas situaciones.
- Se adoptó el modelo por tener una composición teórica fácilmente entendible concordante a los principios éticos de nuestra realidad.

### **ALCANCES DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA**

La valoración se inicia en el momento del ingreso del paciente al sistema de atención domiciliaria; pero es a la vez un proceso continuo que requiere seguimiento, Es necesario informar sobre necesidades del paciente, problemas y/o diagnósticos y cuidados a fin de facilitar la continuidad de cuidados.

La asistencia domiciliaria garantiza la asistencia integral al paciente geriátrico en todas las situaciones de enfermedad para conseguir uno de los objetivos de la asistencia geriátrica: la continuidad de cuidados.

El alta hospitalaria es para la familia y el paciente un momento crítico, puesto que van a encontrar múltiples problemas y necesidades, no satisfechas cuando regresen a su medio, originándose necesidad, sensación de abandono y reingresos tempranos. Por tanto, en ancianos con mayor fragilidad es necesario un informe de enfermería, evitar la ruptura en la continuidad de la asistencia, agilizar la atención domiciliaria, proporcionar seguridad al paciente y a su familia y evitar reingresos.

El informe de enfermería sirve de instrumento de coordinación entre niveles asistenciales. Mejora la comunicación entre los profesionales de enfermería, puesto que trasmite la información sobre necesidades y cuidados que precisa en anciano desde el momento del alta. Debe incluir la educación sanitaria realizada y la respuesta y aprendizaje obtenido para completarse la información sobre la valoración del anciano, debemos incluir escalas de valoración geriátrica, que nos pueden ayudar a objetivar y cuantificar los cambios producidos en la evolución del anciano.

### **La educación sanitaria en la atención domiciliaria:**

Para lograr unos cuidados domiciliarios óptimos, es necesario es necesario educación sanitaria al paciente y/ o cuidador. La educación sanitaria es parte integrante de la asistencia y debe comenzar tan pronto como se establezca la situación durante la estancia hospitalaria y continuarse en el domicilio. La finalidad de la educación sanitaria es disminuir la ansiedad del paciente y/ o cuidador, derivada del desconocimiento y de la falta de preparación para afrontar en regreso al domicilio.



### 1.2.5 IMPORTANCIA DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

- Es una disciplina que brinda a sus profesionales autonomía. Sentido de pertenencia y colaboración con el equipo de trabajo de salud, en cualquier situación o entorno, es su deber evidenciar la continua asistencia al cuidado brindado por el/la enfermero (a) a través de los registros que se describen durante la atención al paciente.
- Este profesional tiene el conocimiento necesario brindado por la entidad formadora de la profesión, con los elementos teóricos elementales acerca de la alta relevancia de realizar los registros de enfermería y la función de estos al demostrar la realización del cuidado asistido al paciente, también demuestra el grado productivo de esta asistencia.
- Los registros de enfermería son de gran importancia tanto para el enriquecimiento de la disciplina en el mantenimiento de las actividades propias del área, como para el paciente a quien se le satisface sus necesidades por medio de las intervenciones de cuidado realizadas por parte de enfermería, y finalmente para la institución prestadora de servicios porque forma parte de la calidad de atención.
- El desempeño profesional de la (el) enfermera (o) en un entorno institucional enfoca entre todas sus actividades el cuidado directo de los pacientes a cargo, con el respectivo llenado del registro y evidenciar el procedimiento de la atención del profesional de enfermería, asegurando la permanencia del cuidado, conjuntamente con la realización de actividades administrativas.

## **CAPITULO II**

### **METODOLOGÍA**

#### **2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:**

Debido a los constantes variaciones sociales y demográficas en el entorno social exigen una demanda asistencial para la población del adulto mayor y su respuesta en el modo de atención, como lo es la visita domiciliaria a quienes están imposibilitados ya sea física o socialmente.

La Clínica Geriátrica de Ejército se encarga de la atención especializada del adulto mayor. Cuenta con el servicio de Atención Domiciliaria donde presta servicios un equipo multidisciplinario. A este servicio se tienen afiliados 120 pacientes con incapacidad leve, moderada o grave. Durante el tiempo de trabajo en este servicio se ha observado que la enfermera durante la visita domiciliaria se encarga directamente de la atención del paciente: controles vitales, cambios de sonda, curaciones y todo cuidado que el paciente requiera por su condición de salud, también se brinda educación sanitaria al paciente y a su cuidador o familia. Posterior a esto se realiza las anotaciones en un cuaderno de reporte improvisado, que no refleja la magnitud de los cuidados suministrados.

No existe una hoja de valoración geriátrica de enfermería que se aplique durante la visita domiciliaria, donde se plasme minuciosamente los problemas del paciente, permita identificar los diagnósticos de enfermería, registrar los cuidados suministrados y realizar una planeación para la siguiente visita.

Pasado los meses de trabajo debido al aumento de pacientes y al aumento de cuidados proporcionados al gerente, este problema de falta de registros de enfermería se fue agudizando. Así el tipo de registro realizado en las hojas o cuadernos de enfermería son de forma narrativo que no permite ver la realidad del problema de salud del paciente, además de

los problemas ético- legales que puede traer la carencia de registros adecuados.

Esta realidad permitió analizar y plantear las siguientes interrogantes sujetas de ser investigadas.

- ¿Existe una hoja de valoración geriátrica de enfermería para la visita domiciliaria en la Clínica Geriátrica del Ejército?
- ¿Cómo debe realizar la enfermera los registros en la visita domiciliaria de la Clínica Geriátrica del Ejército?
- ¿Es necesario registrar la valoración de enfermería en una hoja diferente a la del equipo multidisciplinario?

Las preguntas anteriormente formuladas nos permiten plantear el siguiente problema de investigación:

## **2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

¿Cómo debe ser el instrumento de valoración de enfermería al paciente geriátrico para la visita domiciliaria en la Clínica Geriátrica del Ejército, 2018?

## **2.3 OBJETIVOS:**

### **Objetivo General:**

Elaborar un instrumento de valoración de enfermería al paciente geriátrico para la visita domiciliaria en la Clínica Geriátrica del Ejército

### **Objetivos específicos:**

- Recopilar información en la Clínica Geriátrica del Ejército.
- Evaluación mediante indicadores
- Determinar asistencia domiciliaria para el grupo de pacientes adultos mayores que acuden a la Clínica Geriátrica del Ejército

## 2.4 JUSTIFICACIÓN

Con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad y teniendo en cuenta las características especiales del adulto mayor y la forma especial de presentación de sus enfermedades, hacen necesaria una modificación sustancial de los modelos tradicionales de valoración de enfermería.

Con el devenir de los años la valoración geriátrica de enfermería viene cobrando importancia dentro de la Valoración Geriátrica Integral ya que realiza una evaluación precisa y adecuada de los distintos aspectos bio psico socio espiritual que condicionan la salud de las personas adultas mayores y a su vez es consultada frecuentemente por los otros profesionales de la salud.

La elaboración de un instrumento de valoración geriátrica de enfermería para la visita domiciliaria es importante por las siguientes razones:

1. Potencializa el enriquecimiento de la disciplina en el mantenimiento de las actividades propias del área.
2. Permite evidenciar la continuidad del cuidado de enfermería
3. Favorece la atención del paciente a quien se le satisface sus necesidades por medio de las intervenciones de cuidado realizadas por parte de la enfermera en la planeación.
4. Fortalece a la institución prestadora de servicios porque se hace parte de la calidad de atención ofertada por los profesionales de enfermería.

Además este instrumento de enfermería actualmente es más importante que nunca, debido al aumento de las situaciones legales, frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo del

trabajo realizado, respaldo que, idealmente, debe ser legible y oportuno.

## **2.5 PROPÓSITO**

El propósito de dicho instrumento a aplicar (hoja de valoración de enfermería) a un paciente geriátrico en su domicilio, nos permite emitir juicios del trabajo de la enfermera en relación con los objetivos logrados y los objetivos obtenidos. Mediante la hoja de valoración de enfermería sistemática realizada al paciente en visita domiciliaria, determinamos su grado de bienestar general, identificando problemas de salud reales o potenciales y así elaborar un plan de atención. Reuniendo toda la información pertinente respecto al paciente geriátrico dicho instrumento de continuidad nos facilitara el seguimiento de los cuidados entre las diferentes enfermeras y equipo de trabajo.

## **2.6 DISEÑO**

Se plantea un estudio de tipo cuasi experimental en el cual se plantea elaborar un instrumento de valoración de enfermería al paciente geriátrico para la visita domiciliaria.

El método a seguir para la preparación del instrumento es:

- a) Composición de un equipo de trabajo de profesionales de salud que laboran en el Servicio de Visita Domiciliaria de la Clínica Geriátrica, se establecen los objetivos a través de diversas técnicas de consenso.
- b) Búsqueda de literatura al respecto de los temas como: Atención domiciliaria, atención geriátrica, valoración de enfermería y geriátrica, Modelos de enfermería.
- c) Con el auxilio de los buscadores generales Google y Yahoo, se revisó la literatura disponible libremente sobre el tema en Internet.

Para ello, se emplearon palabras claves como "valoración geriátrica de enfermería", "registros de enfermería", entre otras en idiomas inglés y español. Una vez evaluados, los documentos recuperados se distribuyeron según su utilidad al desarrollo de los principales acápites del trabajo.

d) Ejecución del plan metodológico y factores de elaboración del instrumento de valoración de enfermería.

Instrumento con base en el modelo de Virginia Henderson, presentando una configuración entendible y amigable a fin de obtener una aprobación del adulto mayor y su entorno familiar. Debe incluir ítems confiables y sensibles con respecto a la evaluación a fin de promover la recopilación y validación de la data obtenida, garantizando así una visión holística de la atención al adulto mayor.

e) Realizar actividades de gestión interdisciplinaria acerca de los elementos básicos de valoración.

Principalmente al elemento de abordaje interdisciplinar donde se incluyen valoraciones resumidas de otras disciplinas que permite fortalecer la forma de atención holística del adulto mayor.

f) evaluación, discusión y conformidad del documento obtenido.

## **2.7 VARIABLE**

Se plantea una única variable: Instrumento de valoración de enfermería al paciente geriátrico para la visita domiciliaria en la Clínica Geriátrica del Ejército.

## 2.8 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Tabla 3-1 Operacionalización de la variable.

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Instrumento de valoración de enfermería al paciente geriátrico para la visita domiciliar en la Clínica Geriátrica del Ejército	Antecedentes	Conjunto de enfermedades. Alergias y hábitos que ha tenido el paciente geriátrico que sirven a la enfermera para realizar la valoración de enfermería evaluando los riesgos a los que esta sometido el paciente
	Valoración de necesidades	Conjunto de necesidades biológicas, psicológicas y sociales que el paciente manifiesta evidencian durante la evaluación y atención de enfermería.

**Tabla 3-2 Operacionalización y codificación la variables**

VARIABLE	INDICADOR (ES)	OPERACIONALIZACION	CODIFICACIÓN
Antecedentes personales	Patologías previas	Establecimiento de enfermedades que ha tenido el paciente	a. Si b. No
	Alergias	Establecimiento de disposición a sufrir alergias	a. Si b. No
	Hábitos	Tipo de hábitos que el paciente geriátrico ha tenido o tiene	a. Tabaco b. Alcohol c. Drogas
	Nivel de conciencia Glasgow	Valoración desnivel de conciencia	a. TECleve..14-15pts b. TEC Moderado..9-13 pts c. TEC Severo..8 pts o menos
	Respiración	Tipo de alteraciones relacionadas con la respiración	a. Dificultad Resp. b. Tos c. Secreciones d. Traqueostomía e. Oxigenoterapia
	Alimentación / Hidratación	Tipo de alteraciones relacionadas con la alimentación e hidratación	a. Alteración nutricional b. Dif. De la masticación / Deglución c. Dependiente SNG d. Nutrición e. Deshidratación
	Eliminación	Tipo de alteraciones relacionadas con la eliminación	a. Incontinencia urinaria b. Sonda vesical c. Estreñimiento d. Incontinencia fecal e. Drenajes f. Ostomas
	Termorregulación	Tipo de alteraciones relacionadas de la temperatura corporal	Hipertermia Hipotermia
Riesgo de Escala Norton	Nivel de riesgo a úlceras por presión	R. muy alto de 5 a 9 pts	



			R. alto de 10 a 12 pts R. medio de 13 a 14 pts R. leve de 15 a más
	Higiene	Tipo de problemas que presenta el paciente en relación a la higiene	Dependiente Lesiones /ulceras vasculares Ulceras por presión Heridas / quemaduras
	Movilidad	Tipo de problemas que presenta el paciente en relación a la deambulación, reposo y sueño.	Deambulaci3n dependiente Limitaciones Alteraci3n del sue1o
	Actividades B3sicas de la vida: Indice de Barthel	Valoraci3n del grado de dependencia	a. Total menor de 20 b. De 20-35 Grave c. De 40-55 Moderado d. > 60 Leve e. 100 Independiente
	Comunicaci3n seguridad y confort	Tipo de problemas que presenta el paciente en relaci3n a la comunicaci3n, seguridad y confort	a. D3ficit sensorial b. Alteraci3n de la comunicaci3n c. Desorientaci3n d. Alteraci3n de la conducta e. Alteraci3n del estado an3mico f. Ca3da g. Dolor h. Alteraci3n de la situaci3n socio emocional i. Utilizaci3n de recursos

## **2.9 INSTRUMENTO:**

El instrumento planteado es: Instrumento de valoración de Enfermería al Paciente Geriátrico. Anexo N° 1

Está realizado en base a las necesidades del paciente geriátrico teniendo en cuenta la Teoría de Virginia Henderson porque proporciona los diferentes aspectos evolutivos del paciente geriátrico, además permite plantear el proceso de atención de enfermería. Así mismo esta teoría ha sido aplicada y aprobada para la valoración de enfermería a otro tipo de pacientes.

El instrumento consta de tres partes:

1. Datos de filiación. Donde se ingresan los datos del paciente como son: Nombre, edad, fecha de ingreso al servicio de Atención domiciliaria, número de historia clínica y diagnóstico médico.
2. Antecedentes personales. Donde se registran las enfermedades, alergias y hábitos del paciente.
3. Valoración de necesidades. En la valoración de enfermería propiamente dicha.

Para reportar la atención de enfermería el instrumento cuenta con una hoja anexa titulada: Vigilancia y control de la atención de enfermería, la que se llenará posterior a la valoración y atención brindada.

## **2.12 MUESTRA**

La población objeto de estudio para la aplicación del instrumento estará conformada por los 120 pacientes que se encuentran en el Programa de Atención Domiciliaria de la Clínica Geriátrica del Ejército.

## **2.13 PROCESO DE RECOPIACIÓN DE DATOS**

Se solicitará la autorización para la ejecución de la aplicación del instrumento a la Dirección de la Clínica Geriátrica del Ejército y a la Jefatura del Servicio de Atención Domiciliaria.

## **2.14 PROCESO DE ANÁLISIS DE DATOS**

Para analizar la operatividad y el grado de funcionabilidad del INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE Geriátrico se someterá a una prueba de siete expertos, los que serán los encargados de su evaluación, así mismo se realizará una prueba piloto mediante la aplicación del instrumento a una muestra del total de los pacientes usuarios del servicio de Atención Domiciliaria.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ramos Torre A, Hemández Valverde N, Sobrino Briones, Orea Vázquez A. Propuesta de registro de enfermería para consultas externas. Excel Enferm 2005 Madrid España; 2(12). URL disponible en: <http://www.ee.isics.es>
2. Jesús Manuel Vallejo Sánchez, Manuel Rodríguez Palma, María del Mar Valverde Sánchez Valoración enfermera geriátrica. Un modelo de registro en residencias de ancianos. Escuela Universitaria de Enfermería "Salus Infirmorum" Madrid 2007.
3. XI Censo Nacional de Población, 2007 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
4. Osés F, Loperena C, Ancizu P. Atención a domicilio, una alternativa para el anciano terminal. Pulso 1995; (2): 22-3.
5. Escudero M, Ibáñez A, González E, Sánchez F, Utrilla F, Hidalgo M et al. Incidencia y factores predictores de atención domiciliaria de enfermería en población anciana. Enferm Clin 2000; 11 (3): 91-6.
6. Duke, M. & Street, A. (2003). The ímpetus for the development of hospital in the home (HITH) programs: A literature review. Contemporary Nurse, 14(3), 227-239.
7. Keamey, M. H., York, R. & Deatrck, J. A. (2000). Effects of home visits to vulnerable young families. Journal of Nursing Scholarship,
8. Wright, L.M. & Leahey, M. (1994). Nurses and families: A guide to family assessment and intervention (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
9. Cruz A. La asistencia geriátrica a domicilio, un beneficio para muchos. Modero Geriatrics 1991; 3 (10): 347-8
10. Buchner DM, Wagner. Preventing frail health. Clin Geriatr Med. 1992; 8(1):1-7.
11. Marin, P. Fragilidad en el adulto mayor y valoración genatnca integral; Boletín de la escuela de medicina Pontificia Universidad Católica de Chile 2000;29 (1 -2).
12. Rubenstein, LZ; Josephson, KR; Wieland, D; Englis, PA; Sayre, SA; Kane, RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. Aandomized clinical trial. N EnglJ.Med 1984; 311:1664-70.
13. Clasificación de intervenciones de Enfermería C.I.E.- Ed Elsevier 2003
14. NANDA Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2003- 2004. Ed Elsevier 2003
15. Modelos y teorías de Enfermería. Ano Marriner Tomey y Martha Raile Alligood. Ed Elsevier Science 2002

16. Torres MI. Aspectos generales de la valoración en los ancianos. En: García M, Torres P (coord.). Temas de enfermería gerontológica. Logroño: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG), 1999.
17. Benítez MA, Hernández P, Barreto J. Evaluación geriátrica exhaustiva en atención primaria: valoración de su utilidad. Aten Primaria 1994;13: 20-6.
18. Rodríguez M, Vallejo J, Pérez M, Zambrano AA. Estrategias para la implementación de la metodología enfermera en residencias de mayores. En: Actas del XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Palma de Mallorca: SEEGG, 2006.
19. Luís MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson, 2000.
20. Henderson V. Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de enfermeras; 1971.
21. Fernández C, Novel G. El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1993.
22. Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson; 1998.

ANEXO N° 01

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE GERIÁTRICO  
PARA LA VISITA DOMICILIARIA

DATOS DE FILIACION:

NOMBRE Y APELLIDO

Edad

Fecha de ingreso

Diagnóstico médico

ANTECEDENTES PERSONALES

Alergias:

- a. Si      b. No

Hábitos

- a. Tabaco                      b. Alcohol                      c. Drogas

Patologías previas:

Tratamiento farmacológico:

VALORACIÓN DE NECESIDADES

Alteración nivel de conciencia GLASGOW

- a. Leve  
b. Moderado  
c. Grave

Respiración:

- a. Dificultad respiratoria  
b. Tos  
c. Secreciones  
d. Traqueotomía e oxigenoterapia

Alimentación/Hidratación

- a. Alteración nutricional  
b. Dificultad de masticación / Deglución  
c. Dependiente  
d. Nutrición enteral / parenteral  
e. Deshidratación

Eliminación

- a. Incontinencia urinaria  
b. Sonda vesical  
c. Estreñimiento  
d. Incontinencia fecal  
e. Drenajes  
f. Ostomías

Termorregulación

- a. R. Muy Alto  
b. R. Alto  
c. Medio  
d. Riesgo mínimo sin riesgo

Higiene integridad de la piel

- a. Dependiente
- b. Lesiones / Úlceras vasculares
- c. Úlceras por presión
- d. Heridas / quemaduras

Movilidad / reposos / sueño

- a. Deambulaci3n dependiente
- b. Limitaciones
- c. Alteraci3n del sue1o

Índice de Barthel

- a. Total
- b. Moderado
- c. Independiente
- d. Grave
- e. Leve

Comunicaci3n seguridad y confort

- a. D3ficit sensoriales
- b. Alteraci3n de la comunicaci3n
- c. Desorientaci3n
- d. Alteraci3n de conducta
- e. Alteraci3n del estado anímico
- f. Caídas
- g. Dolor
- h. Situaci3n sociofamiliar
- i. Utilizaci3n de recursos sociales