

Caracterización del paciente adulto con diarrea del viajero en la Clínica Internacional Trinidad. 2014 - 2016.

The adult patient's characterization with the traveler's diarrhea in the International Clinic Trinidad. 2014 - 2016.

Autor:

Tania J. Martínez Medina. Licenciada en Enfermería. Máster en Enfermería. Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Enfermería. Profesora Asistente. Enfermera de la Clínica Internacional Trinidad. Dirección: Lino Pérez # 163. Trinidad. S. Spíritus. Email: tmmedina@infomed.sld.cu

Resumen

Introducción: La diarrea del viajero es una de las principales causas de ingreso en un centro hospitalario en los turistas internacionales, requiriendo de los cuidados de enfermería con una dimensión holística.

Objetivo: Caracterizar a los pacientes adultos ingresados con diarrea del viajero en la Clínica Internacional de Trinidad durante los años 2014 al 2016.

Métodos: Estudio descriptivo de carácter prospectivo utilizando una guía de valoración tomando como referencia los 11 patrones funcionales de salud propuestos por Marjory Gordon, la cual fue aplicada a los 699 pacientes adultos que requirieron de hospitalización en el periodo de estudio.

Resultados: El grupo etario más frecuentemente afectado fue el comprendido entre 19 y 40 años, del sexo femenino, en los meses de febrero y julio, procedentes de países europeos, con deshidratación de leve a moderada, con el vómito como principal síntoma asociado a la diarrea, de etiología no precisada en el 60,73% seguida de la bacteriana, y resultando disfuncional el patrón de eliminación, y el nutricional metabólico en el 81,40% de los pacientes, seguido del de percepción manejo de la salud, y funcionales el resto de los patrones.

Conclusión: La valoración de enfermería por patrones funcionales de salud permitió caracterizar al paciente adulto con diarrea del viajero que requirieron de ingreso en la Clínica Internacional de Trinidad.

Palabras clave: valoración; patrones funcionales de salud; diarrea del viajero; proceso atención enfermería.

Abstract

Introduction: The traveler's diarrhea is one of the main entrance causes in a hospital center in the international tourists, requiring of the infirmity cares with a holistic dimension.

Objective: To characterize the mature patients entered with the traveler's diarrhea in the International Clinic of Trinidad during the years 2014 at the 2016.

Methods: Study descriptive of prospective character using a guide of valuation taking like reference the 11 functional patterns of health proposed by Marjory Gordon, which was applied the 699 adult patients that required of hospitalization in the period of study.

Results: The group more frequently affected was the one understood between 19 and 40 years, of the feminine sex, in the months of February and July, coming from European countries, with deshydration of light to moderate, with the vomit like main symptom associated to the diarrhea, of cause not specified in 60,73% followed by the bacterial one, and being disfuncional the elimination pattern, and the nutritional one metabolic in 81,40% of the patients, followed by that of perception handling of the health, and functional the rest of the patterns.

Conclusion: The infirmity valuation for functional patterns of health allowed to characterize the mature patient with the traveler's that you/they required of entrance in the International Clinic of Trinidad diarrhea.

Keywords: valuation; functional patterns of health; the traveler's diarrhea; process attention infirmity.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), y la UNICEF señalan que hay alrededor de dos mil millones de casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) a nivel mundial cada año y 1.9 millones de niños menores de 5 años de edad fallecen por esta causa, fundamentalmente en los países en desarrollo ¹. Según estimados, en América Latina el 70% de los casos de diarrea son secundarios al consumo de alimentos contaminados ².

Se plantea que entre el 20 y 50 % de los millones de personas que viajan cada año desde los países industrializados a las zonas más calurosas como el Caribe,

sufren un episodio brusco de diarrea acuosa. El consumo de alimentos o aguas contaminadas se relacionan con la alta incidencia de diarrea en ellos ³.

El aumento en la frecuencia de las deposiciones asociada a la presencia de síntomas gastrointestinales en pacientes de un país desarrollado que visitan otro en vías de alcanzarlo, fundamentalmente hacia zonas tropicales o semi tropicales del planeta, caracterizan la Diarrea del Viajero (DV) ⁴. El saneamiento ambiental adecuado en los países industrializados hace que los viajeros procedentes de estas zonas no cuenten con inmunidad previa que los proteja contra los agentes que causan esta patología ⁵.

Los síntomas comienzan en el segundo o tercer día de estancia y en más del 90% de los casos durante las 2 primeras semanas. Se define como la aparición de cuatro o más evacuaciones de consistencia disminuida en 24 horas, o tres o más en un periodo de 8 horas, si se acompaña de al menos de uno de los siguientes síntomas: náuseas, vómitos, calambres o dolores abdominales, fiebre, urgencia o dolor en la defecación ⁶.

En Cuba, según el del Sistema Único de Información de Clínicas (SUIC) de Turismo y Salud, se reporta una atención por EDA superior al 7% en los últimos años. En la Clínica Internacional de Trinidad esta tiene una incidencia notable, comportándose por encima del 20% durante los años 2014 al 2016⁷, siendo la principal morbilidad por enfermedades transmisibles.

Ante el marcado desarrollo turístico de la ciudad, y por consiguiente la potencialidad de que desencadenen episodios de DV, la atención de enfermería tiene una alta responsabilidad al necesitar el paciente de una serie de cuidados para una rápida y exitosa recuperación de la salud. Es precisamente a través de la aplicación de un adecuado Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que esto se logra con mayor éxito.

El PAE para su realización cuenta de tres etapas: valoración, intervención y evaluación. Todas ellas concatenadas y relacionadas entre sí, pero ocupa un lugar importante la realización de una valoración correcta en el logro de una adecuada recuperación del paciente y en la calidad del servicio que prestamos.

Marjory Gordon, teórica estadounidense propuso un método que permite la identificación de patrones o secuencias de comportamientos mediante la recolección de datos de forma sistemática, a través de la valoración de 11 patrones funcionales de salud (PFS) a saber: Patrón de percepción/mantenimiento de la salud, patrón nutricional/metabólico, patrón de eliminación, patrón de actividad/ejercicio, patrón cognoscitivo/perceptual, patrón de auto percepción/autoconcepto, patrón de sueño/descanso, patrón de rol/relaciones, patrón reproductivo y sexual, patrón de tolerancia y enfrentamiento al estrés, y patrón de creencias y valores⁸.

Al paciente diagnosticado con DV y que se decida su ingreso en observación en la Clínica Internacional de Trinidad, se le realiza el PAE. En su primera etapa se lleva a cabo la valoración según los PFS de Marjory Gordon, con lo cual se busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos que se encuentren alterados, o en peligro de alteración, para posteriormente poder determinar los diagnósticos de enfermería que describan esa situación.

Ante la problemática del marcado desarrollo turístico de la zona que trae consigo una gran afluencia de pacientes, entre ellos los aquejados de DV que constituyen una morbilidad frecuente motivo de atención en la Clínica Internacional de Trinidad, de que esta entidad resulta un área crucial para la investigación, por la cantidad de turistas que afecta cada año lo cual genera gastos económicos en su atención por experimentar horas de invalidez, y entre el 5 y el 10 % de ellos trastornos gastrointestinales posteriores⁹, unido al **problema científico** de que no existe un estudio anterior que los identifique, se decide caracterizar a los pacientes adultos con DV que ingresen en la CIT teniendo en cuenta la valoración de enfermería, como primera etapa del PAE, tomando como referencia para su realización los PFS propuestos por Marjorie Gordon.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se plantea la siguiente interrogante:

¿La valoración de enfermería por patrones funcionales de salud permite caracterizar al paciente adulto con diarrea del viajero?

Para dar respuesta a la pregunta se realizó la investigación con el objetivo de caracterizar al paciente adulto con diarrea del viajero según los patrones

funcionales de salud en la Clínica Internacional de Trinidad durante el 2014 al 2016.

La investigación puede servir como una herramienta para ser utilizada en la práctica como referente metodológico que nos guíe en la realización de la valoración de enfermería, como primera etapa del PAE, contribuyendo a darle validez a lo planteado por Marjorie Gordon con respecto a la valoración por patrones funcionales de salud, y contextualizado a la atención de enfermería que se le brinda a este tipo de pacientes en los servicios médicos cubanos. Además ayudaría a unificar los criterios de los profesionales de enfermería que atienden a los turistas extranjeros aquejados de esta patología con lo cual se facilite posteriormente la elaboración de los diagnósticos de enfermería e incluso fomentar la posibilidad de incorporar a los cuidados los lenguajes enfermeros normalizados tales como la taxonomía NANDA¹⁰ (*North American Nursing Diagnosis Association*) Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, NOC¹¹ (*Nursing Outcomes Classification*) Clasificación de Resultados de Enfermería y NIC¹² (*Nursing Intervention Classification*). Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de carácter prospectivo desde enero del 2014 hasta diciembre del 2016.

El universo y muestra coincidieron al incluirse en el estudio a los 699 pacientes adultos ingresados en la Clínica Internacional de Trinidad aquejados de diarrea del viajero en el período de investigación.

Se diseñó un cuestionario que se aplicó al paciente mediante una entrevista personalizada (Anexo1) para conocer algunas variables sociodemográficas, y clínico epidemiológicas, como edad, sexo, mes del año, región de procedencia, grado de deshidratación, síntomas asociados, etiología, así como para determinar el grado de comprometimiento de los patrones funcionales de salud (Anexo 2) utilizando una escala tipo Likert con 5 posibles respuestas:

1. Gravemente Comprometido

2. Sustancialmente Comprometido
3. Moderadamente Comprometido
4. Levemente Comprometido
5. No Comprometido

Se evaluó el patrón funcional desde gravemente comprometido hasta no comprometido, considerándose disfuncional desde 1 hasta el 3 y funcional del 4 al 5.

Para su confección se realizó un taller con expertos de la institución con experiencia en la atención a este tipo de pacientes. Este fue sometido a una prueba piloto aplicándose previamente durante el último trimestre del año 2013 para evaluar su confiabilidad y validez.

El estudio tuvo el aval del Comité de Ética de la Investigación del centro de salud donde se llevó a cabo, y el consentimiento informado de los pacientes de colaborar con el estudio.

De los resultados de la aplicación de las técnicas de recolección de la información se extrajeron juicios de valor. La información obtenida fue almacenada en una base de datos creada en SPSS versión 21.0. Se construyeron tablas de contingencia que fueron analizadas de forma descriptiva a través de frecuencias absolutas y relativas (porcentaje).

Resultados

Tabla 1. Distribución de pacientes ingresados por DV, según grupo de edad. Clínica Internacional. Trinidad. 2014-2016.

Grupo de Edad	Años						Total	
	2014		2015		2016		FA	%
	FA	%	FA	%	FA	%		
19-40	77	63,64	152	62,81	194	57,74	423	60,52
41-59	28	23,14	47	19,42	83	24,70	158	22,60
60 y más	16	13,22	43	17,77	59	17,56	118	16,88
Total	121	100	242	100	336	100	699	100

Fuente: Entrevista

La tabla 1 muestra la distribución de los pacientes con DV ingresados en la CIT durante los años 2014, 2015 y 2016 según grupos etarios. Donde predominó el

grupo comprendido entre los 19 y 40 años de edad con un 63,64%, un 62,81% y un 57,74% por años respectivamente. Le siguió en orden de frecuencia el grupo de los 41 hasta 59, con un comportamiento por años del 23,14%, del 19,42%, y del 24,70. Luego el de los 60 y más con un 13,22%, un 17,77% y un 17,56% durante el 2014, 2015, y 2016. En su totalidad, el grupo de 19 a 40 años representó el 60,52%, el comprendido de 41 a 59 alcanzó el 22,60 %, y el de 60 años y más el 16,88%.

Tabla 2. Distribución de pacientes ingresados por DV según sexo. Clínica Internacional Trinidad. 2014-2016.

Sexo	Años						Total	
	2014		2015		2016			
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Femenino	71	58,68	143	59,09	193	57,44	407	58,23
Masculino	50	41,32	99	40,91	143	42,56	292	41,77
Total	121	100	242	100	336	100	699	100

Fuente: Historia Clínica

En la Tabla 2, se puede observar la distribución de los pacientes ingresados en la CIT en los años 2014, 2015, y 2016 según el sexo. Resultando un predominio del sexo femenino en cada uno de los tres años estudiados con un 58,68%, un 59,09 %, y un 57,44% contra un 41,32%, un 40,91%, y un 42,56% para el sexo masculino en los años 2014, 2015, y 2016 respectivamente. De la totalidad de los pacientes ingresados en el periodo de estudio, el sexo femenino representó el 58,23% contra un 41,77% para el masculino.

Tabla 3. Distribución de pacientes ingresados por DV según meses del año. Clínica Internacional Trinidad. 2014-2016.

Meses	Años							
	2014		2015		2016		Total	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Enero	9	7,44	25	10,33	39	11,61	73	10,44
Febrero	10	8,26	32	13,22	48	14,29	90	12,88
Marzo	13	10,74	18	7,44	44	13,10	75	10,73
Abril	11	9,09	7	2,89	21	6,25	39	5,58
Mayo	10	8,26	6	2,48	16	4,76	32	4,58
Junio	9	7,44	25	10,33	14	4,17	48	6,87
Julio	9	7,44	35	14,46	46	13,69	90	12,88
Agosto	6	4,96	19	7,85	24	7,14	49	7,01

Septiembre	6	4,96	4	1,65	15	4,46	25	3,58
Octubre	6	4,96	19	7,85	20	5,95	45	6,44
Noviembre	12	9,92	24	9,92	17	5,06	53	7,58
Diciembre	20	16,53	28	11,57	32	9,52	80	11,44
Total	121	100	242	100	336	100	699	100

Fuente: Historia Clínica

La tabla 3, muestra la distribución de los pacientes ingresados con DV según los meses de los años 2014, 2015, y 2016, teniendo una mayor incidencia en los meses de: Febrero y Julio, cada uno representado por el 12,88%, seguido de Diciembre con un 11,44%, Marzo con el 10,73% y Enero con el 10,44%, el resto de los meses se comportaron por debajo de estos porcentajes, siguiéndole Noviembre con el 7,58%, Agosto con el 7,01%, Junio con el 6,87%, Octubre con 6,44%, Abril 5,58%, Mayo 4,58%, y Septiembre con la incidencia menor con un 3,58%.

Tabla 4. Distribución de pacientes ingresados por DV, según regiones de procedencia. Clínica Internacional Trinidad. 2014-2016.

Regiones	Años						Total	
	2014		2015		2016			
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
América del Norte	7	5,79	28	11,57	32	9,52	67	9,59
América del Sur	14	11,57	16	6,61	20	5,95	50	7,15
Europa	93	76,86	181	74,79	264	78,57	538	76,97
Asia	3	2,48	15	6,20	14	4,17	32	4,58
Australia	4	3,31	2	0,83	5	1,49	11	1,57
África					1	0,30	1	0,14
Total	121	100	242	100	336	100	699	100

Fuente: Historia Clínica

En la Tabla 4, se aprecia la distribución de los pacientes ingresados por DV, según regiones de procedencia durante los tres años estudiados, existiendo un predominio de los pacientes europeos con un comportamiento general del 76,97%, seguido de los pertenecientes a América del Norte con un 9,59%, los de América del Sur con el 7,15%, los asiáticos representando el 4,58%, seguido de los australianos con el 1,57%, y los africanos con una menor incidencia solo del 0,14%.

Tabla 5. Distribución de pacientes ingresados por DV, según Grado de Deshidratación. Clínica Internacional Trinidad. 2014-2016.

Grado de Deshidratación	Años						Total	
	2014		2015		2016			
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
No Deshidratado	55	45,45	66	27,27	9	2,68	130	18,60
Leve	56	46,28	167	69,01	194	57,74	417	59,66
Moderada	10	8,26	9	3,72	133	39,58	152	21,75
Grave								
Total	121	100	242	100	336	100	699	100

Fuente: Historia Clínica

La distribución de los pacientes ingresados por DV, según Grado de Deshidratación en la Clínica Internacional Trinidad durante los años 2014, 2015, y 2016, se aprecia en la tabla 5. Con un predominio del grupo de pacientes comprendidos en la clasificación de Deshidratación leve, con una frecuencia en los tres años del 59,66%, seguido de la deshidratación moderada con un 21,71%, y los no deshidratados con un 18,60 %.

Tabla 6. Distribución de pacientes ingresados por DV, según otros síntomas asociados al ingreso. Clínica Internacional Trinidad. 2014-2016.

Síntomas asociados	Años						Total	
	2014		2015		2016			
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Vómito	56	46,28	131	54,13	221	65,77	408	58,37
Fiebre	38	31,40	21	8,68	17	5,06	76	10,87
Dolor	15	12,40	18	7,44	22	6,55	55	7,87
Deposiciones sanguinolentas	4	3,31	9	3,72	12	3,57	25	3,58
Otros	8	6,61	63	26,03	64	19,05	135	19,31
Total	121	100	242	100	336	100	699	100

Fuente: Historia Clínica

La distribución de los pacientes ingresados por DV, según otros criterios de ingreso en la CIT durante los años 2014, 2015 y 2016 se muestran en la tabla 6. El vómito fue el principal síntoma asociado a la DV ocupando un 58,37%, seguido de otros criterios aislados como náuseas, inapetencia, escalofríos, debilidad, febrícula, cefalea, calambres, sed, representando el 19,31%, luego con el 10,87% le siguió la fiebre, el dolor con un 7,87%, y por último las deposiciones sanguinolentas con el 3,58%.

Tabla 7. Distribución de pacientes ingresados por DV, según su etiología. Clínica Internacional Trinidad. 2014-2016.

Etiología	Años						Total	
	2014		2015		2016			
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Bacteriana	18	30	23	25,56	36	19,89	77	23,26
Parasitaria	11	18,33	16	17,78	26	14,36	53	16,01
Viral	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
No Precisada	31	51,67	51	56,67	119	65,75	201	60,73
Total	60	100	90	100	181	100	331	100

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 7, se aprecia la distribución de pacientes ingresados por DV, según su etiología durante los años 2014, 2015, y 2016 en la CIT, donde la etiología bacteriana fue identificada en el 23,26% de los casos, la parasitaria en el 16,01% y no se precisó en el 60,73%. No se pudo determinar la posible causa viral por no disponer de los medios necesarios para su comprobación.

Tabla No. 8 Distribución de pacientes ingresados por DV, según grado de comprometimiento de los patrones funcionales. Clínica Internacional Trinidad. 2014-2016.

PFS	Gravemente Comprometido		Sustancialmente Comprometido		Moderadamente Comprometido		PFS Disfuncional		Levemente Comprometido		No Comprometido		PFS Funcional	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
I	19	2,72	21	3,00	215	30,76	255	36,48	81	11,59	363	51,93	444	63,52
II	193	27,61	215	30,76	161	23,03	569	81,40	130	18,60			130	18,60
III			417	59,65	152	21,75	569	81,40	130	18,60			130	18,60
IV	11	1,57	38	5,44	44	6,29	93	13,30	332	47,50	274	39,20	606	86,70
V			6	0,86	33	4,72	39	5,58	31	4,43	629	89,99	660	94,42
VI					92	13,16	92	13,16	572	81,83	35	5,01	607	86,84
VII					66	9,44	66	9,44	483	69,10	150	21,46	633	90,56
VIII					17	2,43	17	2,43	303	43,35	379	54,22	682	97,57
IX					13	1,86	13	1,86	56	8,01	630	90,13	686	98,14
X			46	6,58	97	13,88	143	20,46	102	14,59	454	64,95	556	79,54
XI					15	2,15	15	2,15	238	34,05	446	63,80	684	97,85

Nota: Para el cálculo del porcentaje se tomó los tres años n=699

Fuente: Encuesta aplicada

La tabla 8, muestra la distribución de pacientes ingresados por DV, según grado de afectación de los patrones funcionales en la CIT durante los años 2014, 2015, y 2016. Se aprecia que en el 81,40% de los pacientes tuvieron alterados los patrones II y III el Nutricional/Metabólico y el de Eliminación, considerándose como disfuncionales en estos pacientes. El resto de los patrones aunque tienen cierto

grado de comprometimiento se consideran funcionales tales como: el de Percepción/Manejo de la salud (Patrón I) con el 36,48%, el de Adaptación/Tolerancia al estrés (Patrón X) con el 20,46%, el de Actividad/Ejercicio (Patrón IV) con el 13,30%, el Cognitivo/Perceptivo (Patrón VI) con el 13,16%, el de Autopercepción/Autoconcepto (Patrón VII) con el 9,44%, el Sueño/Descanso (Patrón V) con el 5,58%, el de Rol/Relaciones (Patrón VIII) con el 2,43%, el de Valores/Creencias (Patrón XI) con el 2,15%, y por último el de Sexualidad/Reproducción (Patrón IX) con el 1,86%.

Discusión

Como resultado de la distribución de los pacientes ingresados por DV, según grupo de edad en el periodo de estudio, se obtuvo que la mayor frecuencia de desarrollar la enfermedad estuvo en el turismo joven, lo que puede estar dado por factores tales como: la baja percepción del riesgo de enfermarse al ingerir alimentos y bebidas no seguras, el alto nivel de actividad desarrollada durante el viaje que generalmente es en sus vacaciones en la cual desarrollan acciones consideradas de riesgo como el baño en piscinas, lagos, estancias en lugares con acumulación de personas, y la carencia de inmunidad adquirida por haberse puesto en contacto por primera vez con los nuevos microorganismos y el medio ambiente.

Concordamos con lo citado por Beraun Villa M⁵, en su revisión sobre DV realizada en Perú (2013) que plantea que la edad joven, y el turismo de aventura, son factores de riesgo para la aparición de la enfermedad. Además destaca otros estudios realizados en una Clínica Anglo Americana, donde se compararon los problemas de salud en viajeros mayores de 60 años con viajeros jóvenes, encontrando que la DV fue el motivo más común de hospitalización en ambos grupos, y que las tasas de ataque fueron significativamente más altas en los jóvenes menores de 45 años reflejando un riesgo aumentado por tener estos un menor cuidado en la selección de alimentos y mayores actividades de riesgo¹³.

En la distribución de pacientes según sexo encontramos el predominio del femenino, esta tendencia puede estar dada por la afluencia al polo de un turismo mayoritariamente femenino según las estadísticas del Sistema Único de

Información de Clínicas (SUIC) ⁷, ya que no encontramos referencias de que el sexo femenino constituya un factor de riesgo para desencadenar la DV.

En cuanto a los meses de mayor incidencia se corresponden con los considerados como de alza turística en el país y en el polo turístico de Trinidad, exceptuando la alta ocurrencia del mes de Julio que pudiera estar asociado al aumento de la enfermedad en los meses de verano. Organizaciones como la Mundial de Gastroenterología, 2012¹ plantea que en los países en desarrollo, las bacterias y parásitos entéricos tienen una mayor prevalencia que los virus, y su pico habitual se observa durante los meses veraniegos. Otra, como la Fundación Española del Aparato Digestivo FEAD, 2014¹⁴ señala como uno de los factores que influyen en la aparición de la diarrea del viajero la estación del año, siendo más frecuente en los meses de verano en los países tropicales.

El estudio de Beraun Villa, M (2012) ¹⁵ también observó una clara estacionalidad en la frecuencia de cuadros de diarrea en turistas, con más de la tercera parte de los casos presentándose durante los meses del verano.

En el Protocolo diagnóstico y terapéutico de la diarrea del viajero realizado por Galán Sánchez F y cols.¹⁶ señalan que en muchas áreas geográficas los episodios de diarrea ocurren por temporadas de acuerdo a las estaciones del clima. En las áreas tropicales, las diarreas ocasionadas por rotavirus suceden durante todo el año, aumentando su frecuencia durante la estación seca y los meses más fríos; mientras que las diarreas por bacterias tienden a suceder con mayor frecuencia en los meses más calientes de la estación lluviosa.

La principal región de procedencia de los pacientes está en correspondencia con las estadísticas que recoge el SUIC⁷, señalando a los europeos como los principales emisores de turismo al polo de países como Alemania, Francia e Italia fundamentalmente. En los pertenecientes a América del Norte se destaca Canadá, con una tendencia al crecimiento de los estadounidenses en el último año, de América del Sur son significativos los argentinos.

La Fundación Española del Aparato Digestivo FEAD, 2014 ¹⁴ señala como otro de los factores que influyen en la aparición de la DV, el lugar de origen indicando que los viajeros procedentes de países desarrollados tienen más probabilidad de

padecerla. Beraun-Villa M, Valdez LM, 2013⁵ plantean que el mayor riesgo para desarrollarla lo tienen los sujetos que residen en zonas altamente industrializadas, y en especial los de nivel socioeconómico alto.

Atendiendo al grado de deshidratación de los pacientes hubo un predominio de la deshidratación leve o no deshidratados, lo que puede estar dado por el alto nivel de información con que cuentan los pacientes en la actualidad, conociendo de la existencia y efectividad de las Sales de Rehidratación Oral (SRO) para prevenir la deshidratación producida por la diarrea.

La Organización Mundial de Gastroenterología, 2008¹⁷ reconoce que la intervención precoz y la administración temprana de sales de rehidratación oral reducen la deshidratación, y otras complicaciones, además de que se logra reducir el número de consultas y tal vez también el número de internaciones y muertes.

Una guía de práctica clínica (GPC) colombiana, 2013¹⁸ señala que la amplia difusión que ha tenido el uso de la terapia de rehidratación oral, ha sido fundamental en la reducción de la mortalidad por las enfermedades diarreicas, reconociendo esta terapia como uno de los avances médicos más importantes del siglo XX, teniendo en cuenta su fácil utilización, bajos costos, gran efectividad y seguridad, y el impacto positivo demostrado.

La no existencia en el estudio de pacientes con deshidratación grave está dada, en primer lugar por lo planteado anteriormente sobre los conocimientos que poseen los pacientes con respecto al uso inmediato de las SRO, y en segundo lugar por requerir de remisión al segundo nivel de atención por estar establecido así en la institución, esto último coincide con lo recomendado en una GPC Mexicana, 2008¹⁹.

Concordamos con lo planteado por otros autores^{20, 21}, que señalan que la diarrea en el adulto rara vez conduce a una deshidratación severa, que la deshidratación es más común en bebés, niños pequeños, ancianos y personas con un sistema inmunológico débil y que la DV pocas veces es peligrosa en los adultos pero constituye un problema para las personas que estén en un clima cálido, por lo cual debemos prestarle todo nuestro interés.

Atendiendo a la existencia de otros síntomas asociados a la diarrea como principal manifestación clínica de la enfermedad, se plantea en revisiones realizadas⁵ que esta se puede relacionar con sintomatologías gastrointestinales como son náuseas y vómitos, dolor abdominal, y en el 10 al 20% de pacientes ambulatorios, síntomas de diarrea inflamatoria (moco y/o sangre en las heces, fiebre, urgencia o tenesmo).

Coincidimos con autores como Galán Sánchez F, y colaboradores, que plantean en su Protocolo diagnóstico y terapéutico de la diarrea del viajero (2016)¹⁶ que generalmente esta se acompaña de náuseas y vómitos y, con menos frecuencia, de dolor abdominal, fiebre, tenesmo y sangre o moco en las heces. Habitualmente son cuadros agudos y autolimitados. A veces, por la intensidad de la diarrea o por la aparición de estos otros signos y síntomas coexistentes se podrían romper los planes del viaje y requerir de hospitalización.

En cuanto a la etiología no se pudo precisar en un alto porcentaje de los pacientes, es de señalar que el medio diagnóstico más usado en la Clínica es el examen microscópico de las heces fecales en fresco, acompañado del empleo del método clínico que puede orientar al médico del agente causal. El aislamiento e identificación de otros gérmenes, en general, sólo está al alcance de laboratorios de referencia o de investigación, donde se usan técnicas novedosas que pueden identificar hasta un 75% de los patógenos¹⁶.

Según el estudio de Baraum- Villa M y Valdez LM⁵, no es posible encontrar un agente etiológico en 20 a 60% de los casos, sin embargo se considera que la mayoría son de etiología bacteriana y entre los más frecuentes está la *Escherichiacoli* enterotoxigénica. Señala además que los agentes virales también han sido identificados como causa de DV, en particular *Norovirus*, el cual se ha asociado a brotes epidémicos en turistas viajando en cruceros. También hay casos asociados a Rotavirus y Adenovirus.

El parásito identificado frecuentemente en las heces fecales en fresco realizadas a los pacientes fue la *Entamoebahistolytica*, y según la Organización Mundial de Gastroenterología, 2012¹ es habitual en los viajeros. Señalando además que en los países en desarrollo, las bacterias y parásitos entéricos tienen una mayor

prevalencia que los virus, y su pico habitualmente se observa durante los meses veraniegos. Este último factor es muy importante si tomamos en cuenta que predomina el clima cálido en el país casi todo el año.

Analizando el grado de afectación de los PFS en los pacientes con DV existe correspondencia con el cuadro clínico de la patología, viéndose afectado el sistema digestivo en consonancia con la disfuncionalidad hallada en los patrones II y III el Nutricional/Metabólico y Eliminación.

En el patrón II, atendiendo al estado de hidratación primó la deshidratación leve y moderada, con presencia de náuseas y/o vómitos, con disminución del apetito, con alteraciones en la calidad de los alimentos y del agua así como cantidad de líquidos ingeridos y la aparición de las deposiciones antes de las 8 horas posteriores de la alimentación.

El patrón III, de eliminación fue no funcional debido al número de las deposiciones en las últimas 24 horas, su frecuencia, cantidad, y características, y las alteraciones en la eliminación urinaria con micciones escasas o disminuidas.

Aunque se consideraron funcionales el de Percepción/Manejo de la salud (Patrón I), y el de Adaptación/Tolerancia al estrés (Patrón X) es de señalar las dificultades encontradas en los conocimientos para prevenirla y en la adaptación a la nueva condición de salud y al ambiente hospitalario.

Coincidimos con autores ^{22,23} que plantean que la valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA.

Conclusiones

Después del análisis efectuado se concluye que el grupo etario más frecuentemente afectado fue el comprendido entre 19 y 40 años, del sexo femenino, en los meses de febrero y julio, procedentes de países europeos, con

deshidratación de leve a moderada, con el vómito como principal síntoma asociado a la diarrea, de etiología no precisada seguida de la bacteriana y observándose disfuncionalidad en los patrones nutricional metabólico y de eliminación, y en menor medida en el de percepción manejo de la salud, y el de adaptación tolerancia al estrés así como modificaciones de moderadas a leves en el resto de los patrones.

La valoración de enfermería por patrones funcionales de salud permitió caracterizar al paciente adulto con diarrea del viajero que requirió de ingreso en la Clínica Internacional de Trinidad.

Referencias Bibliográficas

1. Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología. Diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial. Febrero de 2012. [Internet]. 2012 [citado 21 Marzo 2017]. Disponible en: https://books.google.com.cu/books?id=Z_EWCQAAQBAJ&pg=PT325&lpg=PT325&dq=1.%09Gu%C3%ADa+Pr%C3%A1ctica+de+la+Organizaci%C3%B3n+Mundial+de+Gastroenterolog%C3%ADa.+Diarrea+aguda+en+adultos+y+ni%C3%B1os:+una+perspectiva+mundial.+Febrero+de+2012.&source=bl&ots=AxSQmTz4SF&sig=0DK-cc_Sg2OYUbnULu4WFigKZ2tE&hl=en&sa=X&ved=0CCQQ6AEwAWoVChMIqdPUo762xwIVxkGSCh2y1Qp-
2. Plan de Abordaje Integral de las Enfermedades Diarreicas Agudas. Guía para el equipo de salud Nro 8. Ministerio de Salud. Enero/2011. [Internet]. 2011 [citado 20 febrero 2017]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/regionsanitariiii/guia-abordajediarrreas-agudas>
3. Draper R. Travelers' diarrhea. [Internet]. 2013 [citado 21 Marzo 2017]. Disponible en: <http://patient.info/doctor/travellers-diarrhoea-pro>
4. López Gigoso R, Campins M, Calvo MJ, Pérez Hoyos S, Díez Domingo J, Salleras L, Azuara MT, Martínez X, Bayas JM, Ramón Torrell JM, Pérez Cobaleda MA, Núñez Torrón ME, Gorgojo L, García Rodríguez M, Díez Díaz R, Armadans L, Sánchez Fernández C, Mejías T, Masuet C, Pinilla R, Antón N, Segarra P. Effectiveness of the WC/rBS oral cholera vaccine in the prevention of traveler's diarrhea: A prospective cohort study. *Hum Vaccin Immunother*. [Internet]. 2013 [citado 18 Enero 2017]; Jan 16; 9(3). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3891730/>
5. Beraun-Villa M, Valdez LM. Diarrea del viajero. *Rev Med Hered*. Lima, Perú [Internet]. 2013 [citado 15 Enero 2017]; 24:54-61. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/161693757/Diarrea-Viajero#scribd>
6. Fundación Española del Aparato Digestivo FEAD. Salud digestiva. Diarrea del viajero. [Internet]. 2014 [citado 25 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.saludigestivo.es/es/enfermedades-digestivas/general/diarrea-del-viajero.php>
7. Sistema Único de Información de Clínicas (SUIC). Dirección de registros médicos y estadísticas de Servicios Médicos Cubanos. La Habana, 2014-2016.

8. Gordon M. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Elsevier España. 12e 2009.
9. Cabada Bauch J, Herbert L. New Developments in Traveler's Diarrhea. GastroenterolHepatol (N Y). [Internet]. 2011 [citado 18 Enero 2017]; 7(2):88-95. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3061023/
10. NANDA. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier España; 2013. p 277.
11. Moorhead S, Jonson M, Maas M. editors. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4^{ta} Ed. Madrid: Elsevier España; 2005.p 417-55.
12. McCloskey Dochterman, J, Bulechek, G. editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5^{ta} Ed. Madrid: Elsevier España; 2005. p 387-462.
13. Beraun-Villa M, Tovar S, Silva N, Siu H, Valdez LM. Travel associated illness in older adults hospitalized during travel. Poster 1686 presentado en: ID Week 2012; 2012 Oct; San Diego, USA.
14. Fundación Española del Aparato Digestivo FEAD. Salud digestiva. Diarrea del viajero. [Internet]. 2014 [citado 25 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.saludigestivo.es/es/enfermedades-digestivas/general/diarrea-del-viajero.php>
15. Beraun-Villa M, Buendía O, Siu H, Valdez LM. *Cyclosporacayetanensis* a cause of persistent diarrhea in international travelers. Poster 1698 presentado en: ID Week 2012; 2012 Oct; San Diego, USA.
16. Galán Sánchez, F. de la Rubia, N. Caro Gómez y M. Rodríguez Iglesias. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la diarrea del viajero. Servicio de Microbiología y Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España. Medicine. 2016;12(7):380-6
17. Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología: Diarrea Aguda Marzo de 2008.
18. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Universidad de Antioquia. Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años SGSS – 2013 Guía No. 8 GPC-EDA. Bogotá, 2013.
19. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en adultos en el primer nivel de atención, México: Secretaría de Salud. [Internet]. 2008 [citado 25 Enero 2017]. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
20. Arguin P. Approach to the patient before and after travel. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011: chap 294.
21. Basnyat B, Ericsson CD. Travel medicine. In: Auerbach PS, ed. Wilderness Medicine. 6th ed. Philadelphia, Pa: MosbyElsevier; 2011: chap 84
22. Hernández Rodríguez LC, Graña León MC, González Montero L, Santana del Río M, Miranda Guerra Ad. Plan de cuidados de Enfermería estandarizado para asesoramiento genético de embarazadas con alfafetoproteína alterada en Caibarien. Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]. 2016 [citado 2017 May 25];32(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1330>
23. Álvarez Suarez JL, del Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de valoración de patrones funcionales. Comisión de Cuidados. Dirección de Enfermería de Atención Primaria. Área Sanitaria V – Gijón (Asturias). Junio, 2010

Anexos

Guía de valoración de enfermería al ingreso del paciente adulto con DV

I.-datos generales

Fecha: Hora:

Nombre y apellido:Edad: Sexo: Color de la piel:

Nacionalidad: Procedencia: Nro. Pasaporte:

Familiar o agencia de contacto:Idioma:.....

Motivo de Ingreso.....

Antecedentes patológicos personales:Alergias:

.....

Otras alteraciones o datos de interés.....

Impresión diagnóstica:

II.-valoración por patrones funcionales de salud

1.- patrón de percepción/ manejo de la salud

A contestar por el paciente

1.1 ¿En estos momentos, cómo siente que está su salud?

Gravemente comprometido..... Sustancialmente comprometido.....

Moderadamente comprometido...Levemente comprometido.....No comprometido...

Respuesta del 1 al 2 preguntar ¿Por qué?.....

1.2 ¿Tiene conocimientos de las posibles causas que le han provocado enfermarse?

Ningún conocimiento..... Conocimiento escaso..... Conocimiento moderado....

Conocimiento sustancial.....Conocimiento extenso....

Respuesta del 3 al 5 preguntar ¿Cuáles?.....

1.3 ¿Consume habitualmente medicamentos prescritos?

SI..... ¿Cuál/Cuáles? ¿Porqué?.....

NO.....

1.4 ¿Se ha automedicado ante esta situación de salud?

SI..... ¿Cuál/Cuáles ha utilizado?.....

NO.....

1.5 ¿Ha realizado acciones de salud preventivas antes de salir de su país como vacunas, chequeos médicos?

SI..... ¿Cuál/Cuáles?.....

NO.....

1.6 ¿Tiene hábitos tóxicos perjudiciales para su salud?

SI... ¿Cuál/Cuáles?Tabaquismo...Alcoholismo.....Cafeína...Otros:.....

NO.....

Otras alteraciones o datos de interés.....

2.- patrón nutricional/ metabólico

A contestar por el paciente

2.1 ¿Tiene antecedentes de alergia alimentaria?

SI.... ¿A cuál alimento?.....NO.....

2.1.2 ¿Qué tipo de alimentos ingirió en las últimas 24 horas?

Cocinados: Mariscos..... Carnes..... Huevos.... Otros.....

Crudos... Vegetales..... Frutas... Otros.....

2.2 ¿Cualitativamente cómo considera el estado de los alimentos ingeridos?

Inadecuado... Ligeramente adecuado.... Moderadamente adecuado...
Sustancialmente adecuado.... Completamente adecuado....
2.3 ¿Qué tipo de agua ha consumido? De grifo.... Tratada....Embotellada.....
2.4 ¿Presenta náuseas? Si.... No....
¿Vómitos? Mayor de 5.....De 4a5...De 2a3.....Solo 1....Ninguno....
Respuesta del 1 al 4 preguntar ¿Características?.....
2.5 ¿En qué tiempo aparecieron las primeras deposiciones luego de haber ingerido los alimentos?
<8 horas.....8 a 12horas.....13 a 17 horas.....18 a 24 horas.....Más de 24 horas.....
2.6 ¿Cómo considera la cantidad de líquidos que ha ingerido desde que comenzó con los síntomas?
Ninguno.... Escaso.... Moderado....Sustancial....Extenso....
Respuesta del 3 al 5 preguntar ¿Cuáles y cantidad aproximada?
.....
.....

A valorar por el profesional de enfermería

2.7 Valoración del grado de deshidratación.

- Elasticidad cutánea: Normal..... Disminuida....Temperatura.....
- Tiempo de recapilarización: Normal..... > 2s.....
- Deterioro del estado general: Si.... No.....
- Respiración: Normal..... Anormal..... F.R....
- Mucosas: Normales..... Secas.....
- Ojos: Normales..... Hundidos.....
- Pulso radial: Normal..... Anormal.....F.C....
- Taquicardia: Si..... No..... Tensión arterial.....
- Diuresis: Normal..... Disminuida.....

Otras alteraciones o datos de

interés.....

3.- patrón de eliminación

A contestar por el paciente y A valorar por el profesional de enfermería

3.1 Intestinal:

¿Cuántas deposiciones líquidas ha presentado en las últimas 24 horas?

Más de 10..... De 8 a 10..... De 5 a 7.... De 3 a 6... De 1 a 2....

Cualquier respuesta preguntar y/o valorar

Frecuencia.....Cantidad.....Color.....Olor:..... Sangre..... Flemas.....

3.2 Vesical:

¿Cómo considera su diuresis?

Abolida.....Escasa....Moderada....Normal....Buena.....

Respuesta del 1 al 3 preguntar y/o valorar

características.....

3.3 Cutánea:

¿Cómo considera que está su sudoración?

Abolida.....Escasa....Moderada....Normal.....Buena.....

Otras alteraciones o datos de

interés.....

4.- patrón de actividad/ ejercicio

A valorar por el profesional de enfermería

4.1 Valorar el aspecto general (vestido/ arreglo personal/ higiene):

Inadecuado..... Ligeramente adecuado..... Moderadamente adecuado.....

Sustancialmente adecuado..... Completamente adecuado.....

4.2 Expresión facial: Aletargado..... Inexpresivo..... Inadecuada.....

Adecuada.....Alerta.....

4.3 ¿Cómo se siente con respecto a su ritmo de actividad en estos momentos?

No del todo satisfecho.... Algo satisfecho.... Moderadamente satisfecho....

Muy satisfecho....Completamente satisfecho....

Respuesta del 1 al 3 explicar ¿Por qué?.....

4.3 Valoración de las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel)

Actividades de movilidad:

¿Es capaz de subir escaleras, caminar de forma independiente y trasladarse de la silla a la cama sin ayuda? Si.....No.....

¿Se le escapa la orina o las heces? Si.....No.....

¿Se baña, viste, asea, va al retrete o come sin ayuda? Si.....No.....

Si en alguna actividad contesta que es incapaz entonces se profundiza sobre ella.

Actividad	Escala de actividades básicas de la vida diaria	Marcar Puntaje
Lavarse/ Baño	<ul style="list-style-type: none"> •Independiente. Entra y sale solo al baño •Dependiente 	5..... 0.....
Arreglarse/A seo	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc. • Dependiente 	5..... 0.....
Vestirse	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente. Se pone y quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona. • Necesita ayuda • Dependiente 	10..... 5..... 0.....
Comer	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente independiente • Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc. • Dependiente 	10..... 5..... 0.....
Usar el retrete	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa • Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo • Dependiente 	10..... 5..... 0.....
Trasladarse	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente para ir del sillón a la cama • Mínima ayuda física o supervisión • Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda • Dependiente 	15..... 10..... 5..... 0.....
Deambular	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente, camina solo 50 m. • Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m. • Independiente en silla de ruedas sin ayuda • Dependiente 	15..... 10..... 5..... 0.....
Escalones	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente para subir y bajar escaleras • Necesita ayuda física o supervisión • Dependiente 	10..... 5..... 0.....
Micción	<ul style="list-style-type: none"> • Continente o es capaz de cuidarse de la sonda • Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24 horas como máx., o precisa ayuda para la sonda • Incontinente 	10..... 5..... 0.....
Deposiciones	<ul style="list-style-type: none"> • Continente • Ocasionalmente algún episodio de incontinencia • Incontinente 	10..... 5..... 0.....
	Total	

Otras alteraciones o datos de interés.....

5.- patrón de sueño/ descanso

A contestar por el paciente

5.1 ¿Tiene problemas con el sueño?

Si.... ¿De qué tipo? Al inicio..... Interrumpido.....Despertar temprano.....

Pesadillas.....Somnolencia excesiva.....

No.....

5.2 Valorar otros factores:

Internos: Diarreas.....Vómitos.....Náuseas.....Cólicos.....Fiebre.....

Externos: Cambios ambientales.....Sociales.....Culturales.....

5.3 ¿Cómo podemos ayudarlo para favorecer el sueño?

Medicación.....Privacidad...Oscuridad...Lectura....Almohadas....

Otras rutinas (especificar).....

5.4 ¿Cómo se siente con el lugar que se la ha destinado para dormir y/o descansar?

No del todo satisfecho.... Algo satisfecho.... Moderadamente satisfecho.... Muy satisfecho....

Completamente satisfecho....

Otras alteraciones o datos de interés.....

6.- patrón cognitivo/perceptivo

A contestar por el paciente

6.1 Orientación espacio-tiempo-persona:

Espacio (Especificar lugar, ciudad, provincia, país).....

Tiempo (Especificar día, mes, año).....

Persona (Reconocer personas significativas, función del personal, etc)

A valorar por el profesional de enfermería

Orientado..... No orientado.....

A contestar por el paciente

6.2 Alteraciones perceptivas:

Auditivas Sí.... (tipo).....No....

Visuales Sí.... (tipo).....No....

Táctiles Sí.... (tipo)..... No....

Olfativas Sí.... (tipo).....No....

Otras alteraciones o datos de interés.....

A valorar por el profesional de enfermería

6.3 Organización Pensamiento - Lenguaje:

Contenido: Coherente y organizado.....Distorsionado.....

Expresión del lenguaje:

Velocidad: Rápido.....Lento.....Normal.....

Volumen: Alto.....Bajo.....Normal.....

Tono y modulación: Alterado.....Tranquilo.....Normal.....

A contestar por el paciente

6.4 ¿Cómo cataloga su dolor o malestar en estos momentos?

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

No dolor

Insoponible

Otras alteraciones o datos de

interés.....

7.- patrón autopercepción/ autoconcepto

A contestar por el paciente

7.1 ¿Qué sentimientos ha generado la enfermedad?

Culpabilidad.....Inutilidad.....Tristeza.....Ansiedad.....Depresión.....Miedo.....Desesperanza...Preocupación...Ninguno.....

Otros.....

¿Cómo le podemos ayudar a afrontar estos sentimientos?.....

7.2. ¿Cómo considera en sentido general su valía?

Fracasado....Rechazado.....Desfavorecido.....Carente de afectos.....Valioso o querido.....

Respuesta del 1 al 4 explicar ¿Por qué?.....

A valorar por el profesional de enfermería

7.3 Valorar cambios del estado de ánimo:

Nerviosismo....Pasividad.....Relajación.....Asertividad...Otros.....

7.4 Valorar manifestaciones conductuales:

Conducta indecisa.....Confusión.....Deterioro de la atención....Dificultad de concentración.... Conducta normal....

Otras alteraciones o datos de

interés.....

8.- patrón de rol/- relaciones

A contestar por el paciente

8.1 ¿Cómo ha realizado el viaje?

Solo.....Acompañado de un amigo.....Acompañado de un familiar...

¿Cuál?.....

8.2 ¿Cómo considera sus relaciones sociales?

Escasas..... Justas.... Buenas.... Muy Buenas.... Excelentes.....

Respuesta del 1 al 2 explicar ¿Por qué?.....

8.3 ¿Al ser dado de alta cómo considera su motivación, interés o capacidad para continuar con el tratamiento y autocuidado?

Escasa.... Moderada....Buena.....Muy Buena....Excelente....

Respuesta del 1 al 2 explicar ¿Por qué?.....

A valorar por el profesional de enfermería

8.4 Reacción de la familia a la enfermedad / hospitalización:

Desinterés.....Culpa.....Ansiedad.....Preocupación.....Apoyo.....

Otros (especificar).....

Otras alteraciones o datos de

interés.....

9.- patrón de sexualidad/ reproducción

A contestar por el paciente

9.1 ¿En qué medida considera que su actividad sexual se ve afectada por la enfermedad?

Completamente afectada.....Muy afectada.....Moderadamente afectada....

Algo afectada.....No afectada.....

Respuesta del 1 al 3 explicar ¿Por qué?.....

Otras alteraciones o datos de interés.....

10.- patrón de adaptación / tolerancia al estrés

A contestar por el paciente

10.1 Dado el cambio en el estado de salud, ¿cómo considera su capacidad para afrontar la situación?

Incapaz.....Ligeramente capaz.....Moderadamente capaz.....

Sustancialmente capaz.....Completamente capaz....

Respuesta del 1 al 3 preguntar ¿Cómo podemos ayudarlo?.....

10.2 Ante la necesidad de la hospitalización, ¿cómo valora su preparación para adaptarse al medio hospitalario?

No del todo preparado.....Algo preparado.....Moderadamente preparado....

Muy preparado....Completamente preparado....

Respuesta del 1 al 3 preguntar ¿Cómo podemos ayudarlo?.....

Otras alteraciones o datos de interés.....

11.- patrón de valores y creencias:

A contestar por el paciente

¿En qué medida considera que la condición actual de salud/hospitalización pudiera interferir en sus valores o prácticas culturales y/o religiosas?

Interferencia grave....Interferencia sustancial.....Interferencia moderada....

Interferencia leve.....Ninguna interferencia

Respuesta del 1 al 3 preguntar ¿Cómo podemos ayudarlo?.....

Otras alteraciones o datos de interés.....

Evaluación de la guía de valoración de enfermería al ingreso del paciente adulto con DV

Valoración de enfermería:

Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

I.-datos generales

Conocer algunas variables socio-demográfica y clínico- epidemiológicas del paciente.

li.- patrones funcionales

Patrón 1. Percepción/ manejo de la salud: Determinar las percepciones sobre la salud, el conocimiento, manejo de los medicamentos, hábitos tóxicos y las prácticas preventivas que realiza para mantenerse saludable.

1.1 Estado de salud actual. Se considera alterado si la escala marcada corresponde al 1 o al 2.

1.2 Conocimientos sobre la enfermedad. Se considera alterado si la escala marcada corresponde al 1 o al 2.

1.3 Medicación habitual prescrita. Se considera alterado si no sigue la medicación habitual.

1.4 Automedicación para controlar los síntomas actuales. Se considera alterado si se ha automedicado.

1.5 Prácticas preventivas (vacunas, exámenes periódicos u otros). Se considera alterado si no ha realizado prácticas preventivas.

1.6 Hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, cafeína, drogas, etc.). Se considera alterado si tiene algún hábito tóxico.

Resultado del Patrón:

Gravemente comprometido: Si están alterados los 6 ítems

Sustancialmente comprometido: Si están alterados 5 ó 4 de los ítems

Moderadamente comprometido: Si están alterados 3 de los ítems

Levemente comprometido: Si están alterados 2 de los ítems

No comprometido: Si está alterado 1 de los ítems

Patrón 2. Nutricional/metabólico: Valorar la hidratación del paciente, y otras alteraciones nutricionales y metabólicas presentes en el paciente.

2.1 Alergias alimentarias, y tipo de alimentos ingeridos. Se considera alterado si tiene antecedentes de alergias alimentarias.

2.2 Calidad de los alimentos. Se considera alterado si la escala marcada corresponde al 1 o 3.

2.3 Agua de consumo. Se considera alterado si no consume agua embotellada.

2.4 Náuseas y/o vómitos. Se considera alterado si están presentes los dos o uno de ellos

2.5 Tiempo de aparición de las deposiciones luego de la alimentación. Se considera alterado ante cualquier escala marcada.

2.6 Cantidad de líquidos ingeridos. Se considera alterado si la escala marcada corresponde al 1 o 2.

2.7 Estado de hidratación. Tomando como referencia la escala clínica de Gorelick. Deshidratación (La presencia de cada signo puntúa 1 punto)

Leve: 1-2 puntos. Moderada: 3-6 puntos. Grave: 7 o más puntos.

Se considera alterado si la escala marcada corresponde a cualquiera de los grados de deshidratación.

Resultado del Patrón:

Gravemente comprometido: Si están alterados los 7 ítems.

Sustancialmente comprometido: Si están alterados de 5 a 6 de los ítems

Moderadamente comprometido: Si están alterados de 3 a 4 de los ítems

Levemente comprometido: Si están alterados 2 de los ítems

No comprometido: Si está alterado solo uno de los ítems

Patrón 3. Eliminación: Valorar la eliminación intestinal, vesical y cutánea incluyendo cantidad y características.

3.1 Eliminación intestinal: Se considera alterado si la escala marcada corresponde del 1 al 4.

3.2 Eliminación vesical: Se considera alterado si la escala marcada corresponde del 1 al 2.

3.3 Eliminación cutánea: Se considera alterado si la escala marcada corresponde del 1 al 2.

3.4 Otras alteraciones. Se considera alterado si el paciente es portador de ostomía, drenaje o sonda.

Resultado del Patrón:

Gravemente comprometido: Si están alterados los 4 ítems

Sustancialmente comprometido: Si están alterados 3 de los ítems

Moderadamente comprometido: Si están alterados 2 de los ítems

Levemente comprometido: Si está alterado 1 de los ítems

No comprometido: Si no está alterado ninguno de los ítems

Patrón 4. Actividad/ejercicio: Valorar el aspecto general, expresión facial, satisfacción con su nivel de actividad y grado de dependencia ante las actividades básicas de la vida diaria.

4.1 Aspecto General. Se considera alterado si la escala marcada corresponde del 1 al 3

4.2 Expresión facial: Se considera alterado si la escala marcada corresponde del 1 al 3

4.3 Satisfacción con su nivel de actividad: Se considera alterado si la escala marcada corresponde del 1 al 3.

4.4 Actividades básicas de la vida diaria. Índice de Barthel. Se calcula los puntos que no realiza y se resta de 100. Máxima puntuación: 100 puntos (90 en el caso de ir con silla de ruedas). Dependencia Total: <20

Dependiente Grave: 20 – 35

Dependiente Moderado: 40 - 55

Dependiente Leve: >60

Independiente: de 90 a 100

Se considera alterado si la escala marcada corresponde del 1 al 3.

Resultado del Patrón:

Gravemente comprometido: Si están alterados los 4 ítems

Sustancialmente comprometido: Si están alterados 3 de los ítems

Moderadamente comprometido: Si están alterados 2 de los ítems

Levemente comprometido: Si está alterado 1 de los ítems

No comprometido: Si no está alterado ninguno de los ítems

Patrón 5. Descanso/sueño: Valorar cómo es su ritmo de descanso/sueño, y los factores que puedan afectarlo y favorecerlo.

5.1 Sueño. Se considera alterado si tiene algún problema con este.

5.2 Factores que afecten el sueño (Internos y Externos). Se considera alterado si influye más de 1 factor tanto interno como externo.

5.3 Necesidad de ayuda para favorecer el sueño. Se considera afectado si dentro de ellas está la toma de medicamentos para dormir.

5.4 Satisfacción con el lugar destinado para el descanso/sueño. Se considera alterado si la escala marcada corresponde del 1 al 3.

Resultado del Patrón:

Gravemente comprometido: Si están alterados los 4 ítems

Sustancialmente comprometido: Si están alterados 3 de los ítems

Moderadamente comprometido: Si están alterados 2 de los ítems

Levemente comprometido: Si está alterado 1 de los ítems

No comprometido: Si no está alterado ninguno de los ítems

Patrón 6. Cognitivo/perceptivo: Valorar el estado de los sentidos, del pensamiento, lenguaje, las percepciones, el dolor y los conocimientos de la enfermedad que pueda significar un riesgo para el paciente.

6.1 Orientación espacio-tiempo-persona. Se considera desorientado si hay un factor tanto de espacio como de tiempo o persona con dificultad.

6.2 Alteraciones perceptivas. Se considera alterado si influye al menos 1 factor perceptivo tanto auditivo, visual, táctil, como olfativo u otro.

6.3 Organización Pensamiento-Lenguaje. Se considera alterado si influye al menos 1 factor tanto de pensamiento como de lenguaje.

6.4 Dolor o malestar físico. Se considera alterado si la escala marcada corresponde del 5 al 10. (Según la escala visual analógica graduada numéricamente para la valoración de la intensidad del dolor (EVA))

Resultado del Patrón:

Gravemente comprometido: Si están alterados los 4 ítems

Sustancialmente comprometido: Si están alterados 3 de los ítems

Moderadamente comprometido: Si están alterados 2 de los ítems

Levemente comprometido: Si están alterados 1 de los ítems

No comprometido: Si no está alterado ninguno de los ítems.

Patrón 7. Autopercepción/autoconcepto: Valorar los sentimientos que experimenta en relación con las circunstancias que vive y la percepción que tiene de sí mismo

7.1 Sentimientos que ha generado la enfermedad. Se considera alterado si influye al menos un factor negativo (del 1 al 8)

7.2 Sentido general de valía. Se considera alterado si influye al menos un factor negativo (del 1 al 4)

7.3 Cambios del estado de ánimo. Se considera alterado si influye al menos un factor negativo (del 1 al 3)

7.4 Valorar manifestaciones conductuales. Se considera alterado si influye al menos un factor negativo (del 1 al 4)

Resultado del Patrón:

Gravemente comprometido: Si están alterados los 4 ítems

Sustancialmente comprometido: Si están alterados 3 de los ítems

Moderadamente comprometido: Si están alterados 2 de los ítems

Levemente comprometido: Si está alterado 1 de los ítems

No comprometido: Si no está alterado ninguno de los ítems

Patrón 8. Rol/relaciones: Valorar la situación social, su relación con la familia, la posible influencia de la enfermedad en el grupo social actual, y la posibilidad de continuar el tratamiento y autocuidado una vez dado de alta.

8.1 Acompañamiento de viaje). Se considera alterado si la escala marcada corresponde del 1 al 2.

8.2 Relaciones sociales. Se considera alterado si la escala marcada corresponde del 1 al 2.

8.3 Motivación, interés o capacidad para continuar con el tratamiento y autocuidado al alta. Se considera alterado si la escala marcada corresponde del 1 al 2.

8.4 Reacción de la familia a la enfermedad / hospitalización. Se considera alterado si la escala marcada corresponde del 1 al 3

Resultado del Patrón:

Gravemente comprometido: Si están alterados los 4 ítems

Sustancialmente comprometido: Si están alterados 3 de los ítems

Moderadamente comprometido: Si están alterados 2 de los ítems

Levemente comprometido: Si está alterado 1 de los ítems

No comprometido: Si no está alterado ninguno de los ítems

Patrón 9. Sexualidad/reproducción: Valorar la posible afectación del patrón por la enfermedad actual. Tener presente estadio de la vida.

9.1 Percepción que tiene de la posible afectación de la sexualidad por la enfermedad. Se considera alterado si la escala marcada corresponde del 1 al 3

Resultado del Patrón:

Gravemente comprometido: Si la escala marcada corresponde al 1

Sustancialmente comprometido: Si la escala marcada corresponde al 2

Moderadamente comprometido: Si la escala marcada corresponde al 3

Levemente comprometido: Si la escala marcada corresponde al 4

No comprometido: Si la escala marcada corresponde al 5

Patrón 10. Adaptación/tolerancia al estrés: Valorar la capacidad percibida para afrontar la enfermedad y la adaptación al medio hospitalario.

10.1 Afrontamiento a la enfermedad. Se considera alterado si la escala marcada corresponde del 1 al 3.

10.2 Adaptación al medio hospitalario. Se considera alterado si la escala marcada corresponde del 1 al 3.

Resultado del Patrón:

Gravemente comprometido: Si la escala marcada corresponde al 1 en ambos ítems o en alguno de ellos.

Sustancialmente comprometido: Si la escala marcada corresponde al 2 en ambos ítems o en alguno de ellos.

Moderadamente comprometido: Si la escala marcada corresponde al 3 en ambos ítems o en alguno de ellos.

Levemente comprometido: Si la escala marcada corresponde al 4 en ambos ítems o en alguno de ellos.

No comprometido: Si la escala marcada corresponde al 5 en ambos ítems.

Patrón 11. Valores/Creencias: Valorar la posible interferencia de la enfermedad/hospitalización en los valores o prácticas culturales y/o religiosas.

- Interferencias de la enfermedad/hospitalización. Se considera alterado si la escala marcada corresponde del 1 al 3.

Resultado del Patrón:

Gravemente comprometido: Si la escala marcada corresponde al 1

Sustancialmente comprometido: Si la escala marcada corresponde al 2

Moderadamente comprometido: Si la escala marcada corresponde al 3

Levemente comprometido: Si la escala marcada corresponde al 4

No comprometido: Si la escala marcada corresponde al 5