

Diagnósticos de enfermería del Dominio de Seguridad/protección en pacientes en postoperatorio

Nursing diagnoses of Domain Security/protection in patients on the postoperative period

Lic. Raissa Gomes da Costa^I; Lic. Allyne Fortes Vitor^I; Prof. Fabiane Rocha Botarelli^I; Enf. Laísia Alves Moura^I; Lic. Ingrid Caroline da Costa Vitorino^I; Lic. Camila de Souza Soares^{II}

^I Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil.

^{II} Brock University, Canadá.

RESUMEN

Introducción: el periodo postoperatorio (PO) es una fase crítica que demanda cuidados redoblados de todo el equipo de sanidad, sobre todo del equipo de enfermería.

Objetivo: caracterizar los diagnósticos de enfermería del Dominio Seguridad/protección en pacientes en periodo de postoperatorio en un hospital universitario en Natal, Rio Grande do Norte.

Métodos: estudio descriptivo de tipo transversal. Los datos fueron recogidos entre octubre y diciembre de 2012. Para la investigación se utilizó un protocolo de recogida de datos y el examen físico basado en la taxonomía NANDA-I.

Resultados: de los 80 pacientes, 60,0 % eran del sexo masculino, con una media de 47,46 años de edad. Se encontró mayor relevancia en las cirugías abdominales (70 %) y se destaca que el 45 % de los pacientes presentaba un cuadro de infección. Los diagnósticos de enfermería del Dominio de Seguridad/ protección que presentaron una frecuencia mayor al 50 % fueron: Riesgo de caídas (86,3 %), Problemas de dentición (71,3 %) y el Riesgo de infección (55 %). En este contexto, los enfermeros deben planear los cuidados considerando los aspectos de seguridad y protección para los pacientes en período postoperatorio.

Palabras clave: enfermería; proceso de enfermería; diagnóstico de enfermería; gestión de seguridad; periodo posoperatorio.

INTRODUCCIÓN

El periodo postoperatorio (PO) es una fase crítica que demanda cuidados redoblados de todo el equipo de sanidad, sobre todo del equipo de enfermería. Se entiende PO como el periodo desde el momento en el que el paciente deja la sala quirúrgica hasta el término del acompañamiento de este paciente por el equipo de sanidad, tras su evaluación final.¹

En este ámbito, la asistencia de enfermería a pacientes debe garantizar una recuperación segura, al prevenir, detectar y atender las necesidades surgidas del acto quirúrgico y del propio internamiento en ambiente hospitalario. Corresponde al enfermero, de esta forma, hacer operativa la resolución de los problemas de salud y la atención de las demandas de cuidados de enfermería, y así, asegurar la calidad y seguridad de la asistencia.^{1,2}

El decreto Ministerial nº 529 del 1 de abril de 2013, que instaura el Programa Nacional de Seguridad del Paciente (PNSP), destaca entre sus objetivos el fomento y apoyo a la implementación de iniciativas dirigidas a la seguridad del paciente en diferentes áreas de atención, así como la producción, sistematización y difusión de los conocimientos sobre seguridad del paciente.³

Para garantizar una asistencia de enfermería segura y reducir los daños indeseables a los pacientes y los gastos en sanidad, se vuelve preeminente el empleo de acciones que puedan eliminar o reducir el riesgo de un determinado evento adverso. Para ello, se hace indispensable un reconocimiento previo de las necesidades manifestadas por estos individuos y quiénes son los más propensos a sufrir tal episodio.^{4,5}

Surge, por consiguiente, la necesidad de hacer operativo y organizar el trabajo de enfermería respecto al método, al personal y a los instrumentos fundamentales para efectuar la evaluación de los individuos sobre los riesgos inherentes a la seguridad.⁵

Referente a este proceso de organización del trabajo de enfermería, se presenta la Sistematización de la Asistencia de Enfermería y, fundamentalmente, el Proceso de Enfermería (PE) como instrumento metodológico que guía la práctica profesional.⁶

La aplicación del proceso permite el empleo de un lenguaje estandarizado, al proporcionar un juicio clínico rápido y asertivo, y al aumentar la confiabilidad en los resultados, lo que, en consecuencia, conlleva a la recuperación de los individuos.

Didácticamente, el PE se organiza en cinco etapas interrelacionadas: recogida de datos, diagnóstico de enfermería, planificación de enfermería, implementación y evaluación de enfermería. En este estudio se destacan las etapas de recogida de datos y diagnóstico de enfermería (DE).⁶

De hecho, es evidente la existencia en la enfermería de diversos sistemas de clasificación relacionados a algunas etapas del proceso. Referente a la etapa de diagnóstico de enfermería, se tiene, como uno de los más notables y empleados en este medio, el sistema de clasificación de NANDA Internacional (NANDA-I).^{7,8}

Según la NANDA-I (2013), el diagnóstico de enfermería se define como interpretación científica de datos levantados, usados para orientar la planificación, implementación y evaluación de los enfermeros.⁸

La Taxonomía de NANDA-I se contempla en trece dominios, de los cuales, se enfatiza aquí el dominio 11: Seguridad/protección, compuesto por treinta y siete diagnósticos de enfermería. El dominio Seguridad/protección se refiere al individuo libre de peligro, lesión física o daño del sistema inmunológico; conservación contra pérdidas y protección de seguridad y de la ausencia de peligros.⁸

Estudios anteriores apuntan la expresividad de los diagnósticos de enfermería de este dominio, particularmente en la población en postoperatorio, ya que estos individuos están más vulnerables a lesiones físicas e inmunológicas.^{4,9,10}

Frente al creciente número de procedimientos quirúrgicos, a la necesidad de asistencia de enfermería y a los riesgos inherentes a los pacientes en este estado, y de acuerdo con el Decreto Ministerial número 529 de 1 de abril de 2013, se hace fundamental este estudio, cuyo objetivo es caracterizar los diagnósticos de enfermería del Dominio Seguridad/protección de la taxonomía NANDA-I.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, desarrollado en un hospital universitario, público y de nivel terciario, localizado en el Municipio de Natal (RN, Brasil). Esta institución se seleccionó como locus de la investigación por ser referencia estatal en la realización de operaciones quirúrgicas.

La población se compuso por clientes en postoperatorio, internados en las unidades de clínica quirúrgica del referido hospital. El muestreo fue definido basado en la aplicación de una fórmula desarrollada para estudios con poblaciones infinitas y que tiene en cuenta el nivel de confianza, la prevalencia de procedimientos quirúrgicos y el error del muestreo. La fórmula para el cálculo del muestreo fue el siguiente: $N = (Z_{\alpha/2}^2 \cdot P \cdot Q) / E^2$, donde N= tamaño del muestreo; $Z_{\alpha/2}$ = nivel de confianza; P= prevalencia de pacientes atendidos en las unidades de clínica quirúrgica; Q= complemento de la prevalencia (1- P); E= error del muestreo. El nivel de confianza adoptado fue del 95 % y el error del muestreo, del 10 %.

De esta manera, el muestreo fue establecido en 80 individuos. Para inclusión en el muestreo se consideraron los siguientes criterios: estar internado en el sector de clínica quirúrgica del referido hospital; tener edad igual o superior a 18 años; estar en condiciones físicas y emocionales de responder a las preguntas y de ser sometido al

examen físico. Se excluyó del muestreo a aquellos pacientes que durante la recogida de datos presentaron situaciones de emergencia con riesgo de muerte.

Las condiciones físicas corresponden a la capacidad cognitiva del participante, al que se le aplicó el *Mini Mental State Examination* (MMSE) por parte de los examinadores. Los pacientes incluidos obtuvieron las siguientes puntuaciones: > 15 (si fuere analfabeto); > 22 (si tuviere de 1 a 11 años de estudio) y > 27 (si contaran con tiempo de estudio superior a 11 años). En lo referente a las condiciones emocionales, los pacientes incluidos en la investigación fueron los que se sintieron y refirieron estar emocionalmente aptos para hacerlo en el momento de la recogida de datos.

El muestreo realizado fue del tipo consecutivo, en el que los elementos de la población fueron reunidos de forma secuencial, al considerarse la ocasión de la recogida de datos simultánea a la presencia de estos pacientes en las respectivas unidades.

Inicialmente se efectuó un contacto con la dirección de enseñanza e investigación del hospital para la obtención de su anuencia y, posteriormente, se obtuvo la aprobación del médico responsable por el servicio quirúrgico del hospital.

Puede destacarse que esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte con el dictamen número 121.028 el 26/10/2012 y CAAE 07614812.6.0000.5537, en conformidad con las determinaciones de la Resolución nº 196/96 del Consejo Nacional de Sanidad que define las directrices y normas que rigen la investigación que implica seres humanos.¹¹

De esta forma, la recogida de datos se produjo entre octubre y diciembre de 2012, con la aquiescencia de los enfermeros responsables de las referidas unidades. A cada uno de los pacientes participantes se le impartió una explicación previa sobre el propósito del trabajo y la garantía de su anonimato, así como sobre la aplicación del guión de entrevista y examen físico. Tras esto, se firmó el Término de Consentimiento Libre y Voluntario por parte de cada participante, autorizando la obtención y utilización de las informaciones adquiridas y su participación voluntaria en el estudio.

La recogida de datos se realizó por medio de un guión de recogida de datos y examen físico basado en la Taxonomía de la NANDA-I, con énfasis para el Dominio de Seguridad/protección.

La inferencia de los diagnósticos fue desarrollada siguiendo el proceso de juicio diagnóstico preconizado por Gordon. Así, se identificaron los datos que presentaban mayor relevancia y se agrupaban las informaciones más semejantes o aquellas que tenían relación entre sí. A continuación, se buscó, en el Dominio Seguridad/protección, la adecuación de estas informaciones a las características definitorias y a los factores relacionados. Posteriormente, se verificó con el director de investigación si había consenso entre nuestros juicios diagnósticos y si se había adoptado el diagnóstico de enfermería en cuestión o no.¹²

La información se organizó en un banco de datos, en el que se registraron datos socio-demográficos, características definitorias, factores relacionados, factores de riesgo y diagnósticos de enfermería.

El análisis estadístico se realizó de acuerdo a los principios de estadística descriptiva, con la obtención de frecuencias, medias, desvío-estándar e intervalos de confianza, además de aplicación del test de Kolmogorov-Smirnov para verificación de la normalidad de los hallazgos. Se consideró un nivel de significancia del 95 %.

RESULTADOS

Entre los pacientes estudiados, 60,0 % fue del sexo masculino, la mayoría procedente del interior del estado de Rio Grande do Norte (60,0 %), con una media de 47,46 ($\pm 16,15$) años. La mayor parte de los participantes (79,0 %) vivía con un compañero, declaró poseer renta familiar de dos salarios mínimos (1,0 - 3,0), y 73,8 % afirmó ser practicante de alguna religión (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los pacientes en postoperatorio según características socio-demográficas y clínicas. Natal, 2013

Variables	N	%	IC (95 %)			
Sexo						
Masculino	48	60	48,4 - 70,8			
Femenino	32	40	29,2 - 51,6			
Estado civil						
Con compañero	56	70	58,7 - 79,7			
Sin compañero	24	30	20,3 - 41,3			
Procedencia						
Natal	31	38,8	28,1 - 50,3			
Interior de RN	48	60	48,4 - 70,8			
Otro estado	1	1,3	0,0 - 6,8			
Religión						
Practicante	59	73,8	62,7 - 83,0			
No practicante	21	26,3	17,0 - 37,3			
Tipo de cirugía						
Abdominal	56	70	58,7 - 79,7			
Cabeza/cuello	10	12,5	6,2 - 21,8			
Torácica	8	10	4,4 - 18,8			
Ortopédica	5	6,3	2,1 - 14,0			
Vascular	1	1,3	0,0 - 6,8			
Presencia de infección	36	45	33,8 - 56,5			
	Media	DP	Mediana	P25	P75	K-S (Valor p)
Edad (años)	47,46	16,15	48	32	62	0,586
Escolaridad (años)	6,75	4,87	7	2	10	0,326
Renta Familiar (salarios)	2,31	1,83	2	1	3	0,00
Dolor (escala numérica)	2,23	3,35	0	0	4	0,00

IC- Intervalo de confianza; P25 – Percentil 25; P75 – Percentil 75; K-S – Test de Kolmogorov-Smirnov.

Los tipos de cirugía se clasificaron según el sitio quirúrgico, destacándose las cirugías abdominales, predominantes en el muestreo (70 %). Se destaca, además, respecto a los datos clínicos que 45 % de los pacientes presentaba un cuadro de infección.

Con referencia al dato clínico de intensidad del dolor, la mediana de la escala numérica de dolor fue de cero (0,0 - 4,0) en el momento de la recogida de datos. Sobre esto, es importante aclarar que para las variables dolor y renta familiar se empleó el valor de la mediana por tratarse de una distribución asimétrica. Las demás variables presentaron distribución simétrica ($p>0,05$).

Se identificaron ocho diagnósticos de enfermería de Dominio Seguridad/protección. De estos, tres presentaron frecuencia mayor al 50 %, a saber: Riesgo de caídas (86,3 %), Dentición menoscabada (71,3 %) y Riesgo de infección (55 %) ([tabla 2](#)).

Tabla 2. Diagnósticos de enfermería del dominio Seguridad/protección identificados en los pacientes en postoperatorio. Natal, 2013

Diagnósticos de enfermería	N	%	IC (95 %)
Riesgo de caídas	69	86,3	76,7 - 92,9
Dentición Menoscabada	57	71,3	60,0- 80,8
Riesgo de infección	44	55	43,5 - 66,2
Riesgo de respuesta alérgica	8	10	4,4 - 18,8
Riesgo de trauma vascular	7	8,8	3,6 - 17,2
Riesgo de desangramiento	5	6,3	2,1 - 14,0
Recuperación quirúrgica retardada	3	3,8	0,8 - 10,6
Riesgo de aspiración	2	2,5	0,3 - 8,7

IC- Intervalo de confianza.

Para fines de presentación de los resultados, se consideraron para esta investigación las características definitorias, los factores de riesgo y factores relacionados con frecuencia por encima del percentil 75 (tabla 3).

Tabla 3. Factores de riesgo, factores relacionados y características definitorias identificados en los pacientes. Natal, 2013

Factores de Riesgo /Relacionados	N	%	IC (95 %)
Condiciones postoperatorias	67	83,8	73,8 - 91,1
Ausencia de material antideslizante en la ducha	66	82,5	72,4 - 90,1
Ambiente con muebles y objetos en exceso	61	76,3	65,4 - 85,1
Higiene Oral Ineficaz	47	58,8	47,2 - 69,6
Procedimientos invasivos	44	55	43,5 - 66,2
Defensas primarias inadecuadas (piel abierta)	44	55	43,5 - 66,2
Narcóticos/opiáceos	44	55	43,5 - 66,2
Agentes anti-hipertensión	35	43,8	32,7 - 55,3
Anemia	27	33,8	23,6 - 45,2
Características Definitorias			
Falta de algunos dientes	44	55	43,5 - 66,2
Caries en la raíz Del diente	26	32,5	22,4 - 43,9
Desvío de los dientes	26	32,5	22,4 - 43,9
Dientes Deteriorados	24	30	20,3 - 41,3

IC- Intervalo de confianza.

DISCUSIÓN

Los diagnósticos de enfermería identificados en este estudio están en consonancia con los obtenidos en estudios semejantes realizados con pacientes en el postoperatorio en poblaciones específicas en relación al tipo de procedimiento quirúrgico.¹³⁻¹⁸

El diagnóstico Riesgo de caídas se destacó en este estudio por ser el de más prevalencia. El acaecimiento de caídas está influido por factores intrínsecos, relativos al individuo y derivados de alteraciones fisiológicas, enfermedad o efectos provocados por el empleo de algunos medicamentos, así como factores extrínsecos, referentes a los ambientes inadecuados, como la cantidad excesiva o mala colocación de muebles, superficies irregulares y ausencia de dispositivos de seguridad como antideslizantes.^{13,14}

Según lo observado, se percibió que los factores de riesgo Condiciones postoperatorias, Ausencia de material antideslizante en la ducha, Ambiente con

muebles y objetos en exceso, Empleo de Narcóticos/ opiáceos, Agentes anti-hipertensión, Anemia y Movilidad física deficiente fueron los más expresivos.

En relación a la significativa presencia encontrada del Factor de riesgo condición postoperatoria y el DE Riesgo de caídas, un estudio de cohorte reveló que las caídas de los clientes en postoperatorio tuvieron como factor causal la debilidad, pérdida del equilibrio e incluso el síncope. Además, otra característica señalada en el estudio fue la presencia de anemia como factor que predispone a la caída, lo que corrobora lo descubierto en esta investigación.¹⁵

Los puntos fundamentales para la prevención de caídas apuntados por otros estudios corroboran los factores de riesgo ambientales que fueron prevalentes en este estudio. Entre las medidas de prevención señaladas, se destaca, la presencia de la barandilla, lechos apropiados, buena iluminación y suelos antideslizantes.¹³

Un estudio de caso-control reveló la asociación entre el uso de analgésicos narcóticos y el riesgo de caídas en pacientes con osteoartritis. Otra clase medicamentosa que se destacó fue la de los anti-hipertensión. En una investigación cuyo objeto fue verificar el empleo de medicamentos como factor de riesgo para fractura por caída en anciano, se identificó que los agentes hipotensores pueden provocar hipotensión postural, somnolencia, mareos y necesidad de orinar con mayor frecuencia, los cuales pueden precipitar el acaecimiento de caídas.^{16,17}

El empleo de medicamentos debe supervisarse por los enfermeros para identificar efectos adversos que puedan fomentar el acaecimiento de caídas, siendo éstas una de las principales causas responsables por el agravamiento de las condiciones de salud, resultando en la prolongación del tiempo de internamiento.¹³

La Dentición Deteriorada fue el segundo diagnóstico de enfermería de más prevalencia, y estuvo correlacionado directamente con el factor Higiene oral ineficaz. Las inferencias encontradas como manifestación de este diagnóstico, las características definitorias, fueron: Ausencia de algunos dientes, Caries en la raíz del diente, Desvío de los dientes y Dientes Deteriorados.

Este diagnóstico en particular puede no tener relación directa con el acto quirúrgico en sí, pero interfiere directamente en el restablecimiento de la salud, así como predispone al individuo a la infección por la posibilidad de diseminación de la infección oral. Otro punto fundamental que endosa la recomendación de intervenciones específicas para la resolución de la dentición menoscabada, principalmente en lo referente a la profilaxis preoperatoria, es el comprometimiento de la masticación que afecta al estado nutricional de estos pacientes.^{9,13}

Un estudio de evaluación del control de infección oral en pacientes internados destaca la cavidad oral como la primera puerta de entrada para microorganismos patógenos que provocan infecciones sistémicas, entre ellas la neumonía. La investigación señaló que los establecimientos sanitarios que realizaban inspección en la cavidad oral de los pacientes antes de las operaciones quirúrgicas, en su mayor parte, apenas buscaban verificar la existencia de prótesis o heridas.¹⁸

El DE Riesgo de infección presentó una relevancia particular en esta investigación, caracterizando un riesgo peculiar de la condición del postoperatorio. Merece relevancia la observación de que la otra parte de la muestra, presentaba un cuadro de infección ya instalado y diagnosticado o en tratamiento.

Se verifica de esta forma que la totalidad de los participantes en el estudio presentaba algún problema relacionado con la infección, sea la infección propiamente instalada o el Riesgo de infección. En este ámbito, los factores de riesgo predominantes fueron: Procedimientos invasivos y Defensas primarias inadecuadas (piel abierta).

Diversos estudios con pacientes en PO localizaron el DE Riesgo de infección en 100 % de sus respectivos muestreos. Este diagnóstico se identifica a menudo en personas sometidas a cirugía y su prevalencia implica una fuerte conexión con los procedimientos invasivos inherentes a la terapéutica quirúrgica, como el acceso venoso, cateterismo vesical, drenajes, además de las defensas primarias inadecuadas (piel abierta) debido a la propia cirugía, al provocar el rompimiento de la continuidad de la piel y de su función protectora, que expone los tejidos corporales a patógenos.^{4,9,10,13,19,20}

En conclusión, los datos levantados se revelaron representativos de las necesidades afectadas y de los riesgos a los que los pacientes en periodo postoperatorio están propensos, así como la realidad de la asistencia prestada en las unidades de internación.

La identificación de los diagnósticos de enfermería del dominio seguridad y protección en este periodo podrá auxiliar a los enfermeros para la elaboración de intervenciones fundamentadas y adecuadas a las necesidades individuales de cada paciente, favoreciendo la implementación de acciones rápidas y eficaces para la resolución de los problemas identificados.

Se reconocen las limitaciones de este estudio inicialmente por las peculiaridades de su delineamiento. Por tratarse de una investigación transversal, se entiende que no es posible establecer relaciones de causalidad. Para ello, se sugieren estudios longitudinales que puedan verificar asociación causal entre las variables aquí señaladas y, sobre todo, que tengan la posibilidad de caracterizar a la población respecto al riesgo de desarrollo de los diagnósticos de enfermería de riesgo. Además se sugieren otras investigaciones en escenarios diversos, sobre todo con el objetivo de comparación con los resultados encontrados en este estudio.

Ante los hallazgos sobre los diagnósticos de enfermería del Dominio Seguridad/protección, se recomienda la construcción y validación de instrumentos capaces de evaluar con precisión el estado de salud del paciente en base a las taxonomías relacionadas al Proceso de Enfermería. Se estaca, además, la necesidad de fomentar todavía más la evaluación del estado de salud de los pacientes en periodo postoperatorio, con el intuito mayor de orientar de manera más fidedigna las acciones de enfermería para la gestión de estos problemas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 12 ed. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
2. Rossi LA, Torrati FG, Carvalho EC, Manfrim A, Silva DF. Diagnósticos de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2000;34(2):154-64.
3. Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria n.º 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Diário Oficial da União 02 abr 2013 [cited 2013 Fev 27]; Seção1. Available from: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
4. Pivoto FL, Lunardi Filho WD, Santos SSC, Almeida MA, Silveira RS. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(5):665-70.
5. Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Esc Anna Nery* 2010;14(3):611-6.
6. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de Enfermagem: da teoria à prática. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2009;13(1):188-93.
7. Nóbrega MML, Garcia TR, Furtado LG, Albuquerque CC, Lima CLH. Nursing terminologies: the nanda taxonomy to the international classification for nursing practice. *Rev. enferm. UFPE.* 2008;2(4):454-61.
8. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012- 2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.
9. Bitencourt GR, Santana RF, Cavalcanti ACD, Cassiano KM. Comparação de diagnósticos de enfermagem em adultos e idosos hospitalizados no pós-operatório. *Rev. eletrônica enferm.* 2011;13(4):604-11.
10. Galdeano LE, Rossi LA, Santos CB, Dantas RAS. Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2006;40(1):26-33.
11. Resolução 196/96. Decreto nº93.333 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. BRASIL. Conselho nacional de saúde. Bioética. 1996;4(Suppl 2):15-25.
12. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 1st ed. Louis: Mosby; 1994.
13. Guedes HM, Nakatani AYK, Santana RF, Bachion MM. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema

hospitalar. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [cited 2013 Fev 26];11(2):249-56.
Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a03.htm>.

14. Albuquerque NLS, Sisnando MJA, Sampaio Filho SPC, Morais HCC, Lopes MVO, Araújo TL. Fatores de risco para quedas em pacientes hospitalizados com cardiopatia isquêmica. Rev Rene. 2013;14(1):158-68.
15. Church S, Robinson TN, Angles EM, Tran ZV, Wallace JI. Postoperative falls in the acute hospital setting: characteristics, risk factors, and outcomes in males. Am J Surg. 2011;201(2):197–202.
16. Rolita L, Spegman A, Tang X, Cronstein BN. Greater Number of Narcotic Analgesic Prescriptions for Osteoarthritis Is Associated with Falls and Fractures in Elderly Adults. J Am Geriatr Soc. 2013;61(3):335-40.
17. Hamra A, Ribeiro MB, Miguel OF. Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. Acta ortop. bras. 2007;15(3):143-5.
18. Kahn S, Garcia CH, Galan Júnior J, Namen FM, Machado WAS, Silva Júnior JA, et al. Avaliação da existência de controle de infecção oral nos pacientes internados em hospitais do estado do Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva. 2008;13(6):1825-31.
19. Rocha LA, Maia TF, Silva LF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Rev. bras. enferm. 2006;59(3):321-6.
20. Carvalho DV, Salviano MEM, Carneiro RA, Santos FMM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2007;11(4):682-7.

Recibido: 13 de marzo de 2014.

Aprobado: 28 de agosto de 2014.

Raissa Gomes da Costa. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil.
E-mail: raissagomesdacosta@hotmail.com