



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA E
HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA
2019**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
BACHILLER EN ENFERMERÍA**

Autora:

Sandoval Morales Dalila del Pilar

Asesor:

Msc. Velásquez Caro Juan Miguel.

Línea de Investigación:

Cuidar/Cuidado de enfermería

Pimentel – Perú

2019

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA E
HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA 2019.**

PRESENTADO POR:

DALILA DEL PILAR SANDOVAL MORALES

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán
Para optar el Grado Académico de:

BACHILLER DE ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mg. Perleche Fuentes Gladys del Rosario

PRESIDENTA

Mg. Villafranca Velásquez Rosa Luz
SECRETARIA

Mg. Bravo Balarezo Flor de María
ASESORA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres por ser apoyo brindado que me dan en cada proyecto que realizo, impulsándome a seguir adelante que me propongo con esfuerzo sin lastimar a terceros. Siempre en manos de Dios protegiéndonos y brindándonos salud en cada propósito que realizamos en la vida

A mi asesor de investigación su comprensión, dedicación e impartíendome la información necesaria para culminar satisfactoriamente mi carrera profesional de Licenciada en Enfermería que gracias a ellos por su educación y enseñanzas sigo con empeño de seguir aprendiendo algo nuevo que tenga que ver con mi carrera.

Dalila del Pilar.

AGRADECIMIENTO

A agradezco a DIOS en primer lugar por tener a lado a mi familia que son el núcleo principal de mi vida, que son mi soporte y compañía. A mis padres por su comprensión, paciencia y apoyo incondicional en hacer realidad mi anhelo, de culminar mi carrera profesional de Licenciada en Enfermería.

A mi Asesor, por su asesoramiento, ayuda, apoyo y paciencia brindada y orientarme durante el desarrollo del trabajo de investigación para mi grado de bachiller en enfermería.

Dalila del Pilar.

RESUMEN

El proceso de atención de enfermería (PAE), método científico que contribuye en la práctica de enfermería, que permite proporcionar cuidados de una forma racional, lógica (1). Su objetivo se centra en una estructura que poder cubrir, de forma definida las necesidades del paciente, reduciendo los inconvenientes a corto, mediano, prolongado plazo y la rápida recuperación del paciente.

Este proceso se realizó en un adulto mayor de 68 años de edad; sexo femenino, diagnóstico médico “Fractura de cadera e Hipertensión Arterial no controlada”. Principales causas de fallecimiento, en el mundo, nos referimos en adultos mayores, siendo los más predispuestos. Por lo tanto, identificaremos las necesidades requeridas, seleccionados por los 13 dominios, planteando un plan de cuidados. Se utilizó la valoración física a través d la entrevista al paciente y las taxonomías: NANDA, NIC Y NOC. El porcentaje programado de 100% NOC para el desequilibrio nutricional según NOC se ha logrado el 79%; el porcentaje programado de 100% NOC de déficit de autocuidado(baño) se ha logrado el 80%; el porcentaje programado del 100% NOC de Dolor Agudo se ha logrado el 87%; el porcentaje gestión ineficaz de la salud programado del 100% NOC se ha logrado el 87%; el porcentaje programado del 100% NOC de Deterioro de la eliminación urinaria se ha logrado el 87% y el porcentaje programado del 100% NOC Riesgo de infección se ha logrado el 90%.

Palabras claves: Virginia Henderson, proceso de enfermería adulto mayor., hipertensión arterial, fractura de cadera.

ABSTRACT

The nursing care process (PAE), a systematic method that contributes to the practice of nursing, which provides care in a rational, logical way (1). Its structure can cover the needs of the patient in a defined way, reducing the short, medium, long term inconveniences and the rapid recovery of the patient.

This process was executed in an adult over 68 years of age; female sex, medical diagnosis "Hip fracture and uncontrolled Arterial Hypertension". Primary causes of death, in the world, we refer to older adults, being the most predisposed. Therefore, we will identify the needs demanded, selected by the 13 domains, proposing a plan of care. Using the physical assessment through the patient interview and the taxonomies: NANDA, NIC AND NOC, The programmed percentage of 100% NOC for nutritional imbalance according to NOC has been achieved 79%; the programmed percentage of 100% NOC of self-care deficit (bath) has been achieved 80%; the programmed percentage of 100% NOC of Acute Pain has been achieved 87%; the percentage ineffective management of the programmed health of 100% NOC has been achieved 87%; the programmed percentage of 100% NOC of Deterioration of urinary elimination has been achieved 87% and the programmed percentage of 100% NOC Risk of infection has been achieved 89%.
Keywords: Virginia Henderson, elderly nursing process, arterial hypertension, hip fracture.

Keywords: Virginia Henderson, elderly nursing process, arterial hypertension, hip fracture.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
I. INTRODUCCIÓN	7
1.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	8
1.1.1. Historia de salud de enfermería: valoración individual.	8
1.1.2. Situación problema.....	9
1.2. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SEGÚN NANDA.	11
1.3. ANÁLISIS Y CONFRONTACIÓN CON LA LITERATURA.	12
II. MATERIAL Y METODO	20
2.1. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	20
2.2. Aspectos éticos.....	20
2.3. Planificación: NIC.....	22
III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	28
V. CONCLUSIONES	30
VI. REFERENCIAS.....	32

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería (PAE), método científico que contribuye en la práctica de enfermería, que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática (1). Su objetivo se centra en una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada las necesidades del paciente, disminuyendo las complicaciones a corto, mediano, largo plazo y la pronta rehabilitación del paciente.

Proceso sistemático conjunto de pasos sucesivas y ordenadas: Valoración; Diagnóstico; Planificación; Ejecución; Evaluación.; método, cuya estructura consta con un esquema con fundamento que va detallando y tiene relación entre sí. El estudio de cada paso se hace por separado con carácter metodológico, en práctica (1).

Se piensa que Enfermería es la profesión encargada de la gestión del cuidado del paciente en relación con la promoción, atención, recuperación de su salud y la prevención de enfermedades y lesiones; incluye acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico (2). En cuanto a la enfermera, aumenta su satisfacción y su crecimiento profesional.

Este proceso fue respaldado mediante el “modelo de las necesidades básicas fundamentales” de Virginia Henderson, quien considera al paciente como un individuo que precisa ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo (3). Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería. Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la ejecución de aquellas acciones que contribuyan a su salud, su recuperación o una defunción tranquila, que éste efectuaría sin ayuda si tuviese el ímpetu, el carácter y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible ".

Para la elaboración del proceso de atención de enfermería se me designo el cuidado un adulto mayor de 68 años de edad; sexo femenino, con diagnóstico médico “Fractura de cadera e Hipertensión Arterial no controlada”.

La fractura de cadera es un problema de salud, cuya incidencia acrecienta a partir de los 60 años de edad, pérdida incompleta o total de la secuencia de la parte proximal del fémur,

gracias a elementos que extienden la tensión en el hueso induciendo su rotura y la variación en los tejidos inferiores. Depende de la fuerza del impacto, la fractura puede ser desde microscópica hasta macroscópica. Esto se debe a que la articulación de la cadera no está idónea de tolerar la fuerza que se ejecuta durante la caída, por lo tanto el tratamiento empleado es la cirugía (4).

Por lo tanto, como futuro profesional de enfermería debo aplicar mis conocimientos para obtener buenos resultados, fomentando una buena calidad de vida y cuidado humanizado en la paciente. Utilizando los Dominios de la taxonomía NANDA.

1.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

1.1.1. Historia de salud de enfermería: valoración individual.

Apellidos y Nombres: O. F. A.

Edad: 68 años

Etapas de la vida: Adulto Mayor

Sexo: femenino.

Estado civil: Viuda

Religión: católica

Fecha de ingreso: 26 de abril de 2015

Motivo de ingreso diagnóstico médico:

Paciente Adulta Mayor ingreso a Emergencia por caída en moto taxi, golpeándose el izquierdo de su cuerpo, después de 5 días más o menos hubo impedimento para caminar.

Antecedentes Patológicos: ITU y HTA

Antecedentes Quirúrgicos: Cesárea.

Diagnóstico médico: Fractura de cadera e Hipertensión Arterial no controlada.

Tratamiento médico:

- Reposo relativo en ángulo de 30°
- Control de Funciones Vitales más Balance Hídrico Estricto
- Dieta blanda hiposódica más hipoglúcidas vt. 800
- NaCl 0.9%_o x 1000CC. 7gotas por minuto.
- Clindamicina 60mg EV. c/8 horas

- Amikacina 500mg c/ 12hrs.
- Hidrocortisona 100mg EV. C/8 horas
- Omeprazol 40mg EV. C/24 horas
- Enalapril 20mg VO.C/12 horas
- Metamizol 1gr. PRN. Dolor.

1.1.2. Situación problema

Adulta mayor con iniciales O.F.A. de 68 años de edad, sexo femenino, procedente de la ciudad Jaén, post operado, se encuentra en su 3° día de hospitalización, en la cama N°15 del servicio de mujeres del Hospital Regional Docentes Las Mercedes.

Se observa: despierta, orientada en tiempo, espacio y persona con facie dolorosa, sudorosa, en posición semi-fowler, adelgazada, inapetente, comunicativa. Con diagnóstico médico de Fractura de cadera e Hipertensión Arterial no controlada.

Al examen físico: piel pálida ++/+++, Cuero cabelludo sucio, grasoso presencia de caspa, cavidad oral presencia de prótesis dental, mucosas orales secas ++/+++, a la auscultación ruidos hidroaéreos normales en ambos campos pulmonares, abdomen plano con ruidos hidroaereos presentes, no dolorosa a la palpación, con micción espontanea, presencia de pañal húmedo, miembro inferior izquierdo enyesado, a la movilización quejumbrosa y llorosa evaluando según escala de EVA 7/10, con vía periférica en miembro superior derecho perfundiendo NaCl 0,9%_o x 1000 CC. 7 gotas por minuto para tratamiento.

Al control de funciones vitales: T°:37.3⁰C, F.C:86x', F.R:17x', P.A:150/70mmHg, SATO2:95%,

Medidas antropométricas: Peso:38kg, Talla:1.45cm, IMC:18,

Al interrogatorio la paciente manifiesta “estoy fastidiada, incómoda, preocupada no sé si quedare bien y podré realizar mis cosas que hacia normalmente a diario”; “me duele un poco la cabeza” “me arde mis partes cuando voy a orinar”, hijo refiere “nosotros somos 3 hermanos de los cuales nos turnamos para cuidarla en el hospital”; “preferimos cambiarle el pañal en vez de colocarle la chata”, “no puede descansar en las noches por el dolor”.

Actualmente recibe el siguiente tratamiento

- Reposo relativo en ángulo de 30°
- Control de Funciones Vitales más Balance Hídrico Estricto
- Dieta blanda hiposódica más hipoglúcidas vt. 800
- NaCl 0.9%_o x 1000CC. 7gotas por minuto.
- Clindamicina 60mg EV. c/8 horas
- Amikacina 500mg c/ 12hrs.
- Omeprazol 40mg EV. C/24 horas
- Enalapril 20mg VO.C/12 horas
- Metamizol 1gr. PRN. Dolor.

Con resultados de análisis:

HEMOGRAMA

Hematocrito.....39%

Hemoglobina.....12.9 g/dl

Glóbulos Blancos.....8, 500 x mm³

Grupo Factor Rh.....O +

EXAMENES AUXILIARES

Glucosa.....85mg/dl

Urea.....22mg/dl

Creatinina.....0,73mg/dl

UROCULTIVO

Leucocitos.....20-30 x Campo

Hematíes.....0-3 x Campo

Células Epiteliales.....0-3 x Campo

Bacterias.....Regular Cantidad

Cultivo Microbiológico..... Positivo

Especie.....Echerichia Coli Blee (+) Regular Colonias 100000

1.2. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SEGÚN NANDA.

Diagnóstico 1:

(00132) Dolor Agudo r/c Agentes lesivos físicos e/p con facie dolorosa, quejumbrosa y llorosa; escala de EVA 7/10.

Diagnóstico 2

(00016) Deterioro de la eliminación urinaria e/p infección del tracto urinario m/p urea: 22 mg/dl; creatinina: 0.73 mg/dl y leucocitos: 20-30 x Campo; presencia de pañal húmedo.

Diagnóstico 3

(00002) Desequilibrio Nutricional: inferior a las necesidades corporales: r/c ingesta diario insuficiente s/a Estado de salud comprometida e/p Peso: 38kg, Talla: 1.45cm, Adelgazada IMC:18, Piel pálida ++/+++. Inapetente.

Diagnóstico 4

(00108) Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro musculoesquelético e/p Cuero cabelludo sucio, grasosa presencia de caspa y sudorosa.

Diagnóstico 5

(00078) Gestión ineficaz para la salud r/c dificultad con el régimen de tratamiento prescrito m/p P.A:150/70mmHg s/a hipertensión no controlada.

Diagnóstico 6

(00004) Riesgo de infección r/c Procedimientos invasivos.

1.3. ANÁLISIS Y CONFRONTACIÓN CON LA LITERATURA.

Este proceso fue amparado mediante el “modelo de las necesidades básicas fundamentales” Virginia Henderson, propuso 14 necesidades humanas básicas que se basa en el cuidado de enfermería, dicha bienestar está establecida por características biológicos, psicológicos, sociales y espirituales del sujeto, interrelacionándose con sí mismo. De este modo, estas necesidades son habituales, esenciales y concretas que se expresan y compensan de modo diferente a cada individuo. Todas están conectadas con la fisiología (respiración, nutrición, expulsión, movimientos, sueños y tranquilidad, vestimenta, oportuna temperatura); la seguridad (aseo corporal y riesgos ambientales); la pertinencia (comunicación y creencias) y la autorrealizarse (trabajar, jugar y educarse) (3).

Las carencias humanas según la clasificación de Virginia Henderson son esenciales en la definición de enfermería, la especificación de funciones independientes de enfermería, así mismo la dependencia en el cuidado de su salud (3). De tal manera que la paciente asignada para brindar cuidados enfermería con la teoría de Virginia Henderson, se halla alterado la necesidad de nutrición, necesidad de higiene y protección de la piel, necesidad de aliviar el dolor, necesidad de aprender a mejorar la salud, necesidad de eliminación, necesidad de evitar peligros, visualizando algunas patologías relacionadas con el sistema esquelético - musculo que implica la lesión de la fractura de cadera y el sistema cardiovascular que implica la enfermedad Hipertensión Arterial(HTA). Confrontando los datos encontrados con la literatura.

El dolor se especifica como una experiencia sensoria y subjetiva relacionada a un deterioro tisular existente, síntoma que se trata con mayor prioridad por sí mismo. Se clasifica en dos categorías: dolor agudo experiencia debidamente, de iniciación inesperada, permanencia temporal en el tiempo y con remisión paralela al origen que provoca. Y el dolor crónico, se extiende más allá de la lesión tisular con la que, inicialmente, existió relación (5).

Según su fisiopatología el dolor se origina con presencia de un estímulo nocivo, es reacción provocada de alarma en la persona generando dolor se activan terminaciones nerviosas llamadas nociceptores actúan como receptores de la información Nociceptivo y va a transmitir al sistema nervioso central, a través de fibras nerviosas de tipo fibra A delta y fibras C .Esta aglomeración sensoria generada por nociceptores, va activadas las

neuronas de la médula espinal que luego se dirigen a la corteza por vía talámica induciendo dolor e incrementando el reflejo de retirada y reacción emocional, autonómica y neurohumoral (6). En respuesta a un estímulo nocivo sobre los tejidos corporales, que puede ser secundario a una lesión, dolencia, hinchazón, infección o cirugía

La reacción del organismo al dolor es una fase complicada y no un acto determinado, con peculiaridades tanto fisiológicas como psicosociales. Primeramente, expresa el sistema nervioso simpático con una reacción defensiva con un aumento del pulso y la presión arterial (5). El sujeto puede conservar la respiración corta y superficial y puede hacer algunos movimientos, reflejos, involuntarios un estímulo doloroso (5). Las causas que aquejan a la persona ante la respuesta del dolor son el trastorno del sueño y la capacidad de poder realizar sus actividades diarias.

La utilización de escalas tiene el objetivo de evaluar el dolor, es fundamental la valoración en respuesta al tratamiento. En este caso se ha utilizado EVA es una técnica subjetiva más utilizado de mejor sensibilidad de medición, demanda comprensión y participación del paciente. Consta de línea recta o curva, horizontal o curva, de 10 cm, que indica el nivel de dolor mínimo y máximo, el individuo debe subrayar con una línea el lugar que cree que pertenece la magnitud del dolor (6).

La paciente O.F.A se encontraba quejumbrosa y llorosa evaluando según escala de EVA 7/10, dando entender que su dolor es intenso, donde el profesional de enfermería toma decisiones necesarias para el sosiego del dolor que son oportunas para el individuo basándose en los registros de la valoración y el tratamiento farmacológico prescrita por el médico.

Por lo tanto, el personal de salud debe cumplir a con su paciente realizando una valoración exhaustiva y correcta del dolor la cual es fundamental para que el tratamiento sea específico porque una evaluación inexacta de dolor conduce a un tratamiento inadecuado por eso el uso de la evaluación determina la intensidad del dolor el nivel: 0 – 10 valorando el dolor en leve, moderado, intenso y muy intenso.

El motivo de este dolor intenso; es debido a la fractura de cadera que presenta es un problema de salud, cuya incidencia acrecienta a partir de los 60 años de edad, el 71 % se da en mujeres por disminución de los niveles de estrógenos y progesterona que produce la menopausia. Una fractura de cadera es incompleta o total de la secuencia de la parte

proximal del fémur, gracias a elementos que extienden la tensión en el hueso induciendo su rotura y la variación en los tejidos inferiores. Depende de la fuerza del impacto, la fractura puede ser desde microscópica hasta macroscópica. Esto se debe a que la articulación de la cadera no está idónea de tolerar la fuerza que se ejecuta durante la caída, por lo tanto el tratamiento empleado es la cirugía. Las fracturas en general se dan por las caídas casos más frecuentes en esta edad debido al estado de salud que se encuentra el paciente ya sea con complicaciones como la visión, la debilidad. (4). Existen tipos de fractura de cadera, que son fractura de fémur: fractura de la cabeza femoral; fractura de cuello femoral (Estas fracturas causan necrosis); fractura intertrocantérica; fractura subtrocantérica. El síntoma de fractura que puede presentar es el dolor y la dificultad de la articulación del miembro afectado

Tenemos que tener en cuenta periodos breves de sensación dolorosa que consiguen ocasionar cambios neuronales, que favorecerán el proceso del dolor crónico, por eso debemos prestar más cuidado en la prevención y el tratamiento de dolor para disminuir las dificultades, de la graduación del dolor agudo a dolor crónico, postoperatorio. Se concluye con el diagnóstico de enfermería: (00132) Dolor Agudo r/c Agentes lesivos físicos e/p con facie de dolor, quejumbrosa y llorosa; escala de EVA 7/10.

La eliminación urinaria es una función primordial que, mayor parte de las veces, se da por asumida. Cuando el sistema urinario no funciona adecuadamente, los órganos se ven afectados. Los pacientes con este tipo de alteración a menudo sufren en el plano emocional, ya que la imagen corporal cambia. Es transcendental conocer las causas de los problemas de eliminación urinaria, para que puedan encontrarse soluciones aceptables y proporcionar comprensión y sensibilidad a las necesidades de todos los pacientes (5). El sistema urinario conjunto de órganos que produce y excreta orina del organismo. Los riñones filtran todo componente del torrente sanguíneo; estos restos forman parte de la orina que transita por los hacia la vejiga de forma continua.

Posteriormente de recolectar en la vejiga la orina transita por un canal llamado uretra hacia el exterior del cuerpo. La escapatoria de la orina se origina por la distensión inconsciente de un esfínter que se ubica entre la vejiga y la uretra.

En las personas la orina normal es un líquido cristalino o amarillo. Se excreta alrededor de 1,4 litros de orina al día. La orina normal contiene un 96% de agua y un 4% de sólidos

en solución. La mitad de los sólidos son urea, el elemento más significativo de desintegración del metabolismo de las proteínas.

La orina se constituye en los glomérulos y túbulos renales, y es transportada a la pelvis renal por los túbulos recaudadores que desempeñan como simples filtros a través de ellos pasan el agua, las sales y los productos de desecho de la sangre, hacia los espacios de la cápsula de Bowman y desde allí hacia los túbulos renales. La gran parte del agua y de las sales son reabsorbidas desde los túbulos, y el resto es expulsada con la orina. Los túbulos renales también excretan otras sales y productos de desecho que transitan desde la sangre a la orina (6).

El trascurso de la micción se estimula cuando se acumula orina suficiente en la vejiga para estimular sus receptores de estiramiento (5). La eliminación de orina que expresa una evacuación dolorosa que puede añadir a una infección del tracto urinario (ITU) los pacientes lo describen como una sensación de quemazón después de miccionar, en este caso la paciente adulta mayor O.F.A presenta infección del tracto urinario ITU.

Las infecciones urinarias son infecciones bacterianas más habituales en la población anciana. Su prevalencia acrecienta con la edad, puesto que el envejecimiento origina una variación de los mecanismos defensivos frente a la infección. Es una infección que incluye la vejiga y la uretra. Siendo las mujeres las más susceptibles por tener una uretra más corta y por la proximidad del ano al meato uretral. La orina residual (retenida) en la vejiga se vuelve más alcalina y es un sitio ideal para el crecimiento del microorganismo. La falta de higiene perineal es otra de las causas de ITU en mujeres. El lavado de manos inadecuado, no limpiarse de adelante hacia atrás después de orinar o defecar predisponen a la infección (7). La invasión del aparato urinario sano específica a un grupo de microorganismos, que son idóneos de sobrepasar y disminuir los mecanismos de defensa del huésped. Los microorganismos que se aíslan alterando según las condiciones del paciente (7).

Los factores se relacionan con un aumento en el aislamiento de microorganismos multirresistentes. La gran mayoría de las ITU en el anciano no institucionalizado está causada por una bacteriana. Sin embargo, en presencia de anomalías estructurales y sobre todo en pacientes sondados, no es raro que se aislé más de una especie bacteriana en el urocultivo. La etiología de la ITU en los ancianos incluye una mayor diversidad de microorganismos y de Gram positivos obtenida en ancianos sin factores de riesgo

determinados sin antecedentes previos de tratamientos antibióticos. Escherichia coli se aísla en más del 70% de los casos, seguida de especies de Klebsiella, Proteus mirabilis y Enterococcus.

Se concluye con el diagnóstico de enfermería: (00016) Deterioro de la eliminación urinaria r/c infección del tracto urinario m/p urea: 22 mg/dl; creatinina: 0.73 mg/dl y leucocitos: 20-30 x Campo; presencia de pañal húmedo.

La nutrición es mecanismo básico de salud e indispensable para el evolución y desarrollo para conservar y reparar los tejidos, el metabolismo y la función de los órganos. El cuerpo humano necesita un suministro adecuado de nutrientes para el funcionamiento óptimo de las células (7).

Los nutrientes son sustancias orgánicas e inorgánicas que se hallan en los alimentos y que requiere el organismo para mantenerse en actividad. La deglución correcta de alimentos consta de un equilibrio de nutrientes: agua, carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales (7). El contenido nutricional de un alimento es una consideración significativa a la hora de planear la dieta del sujeto; los factores que causan a la ingestión dependen de la edad, el estilo de vida, los medicamentos y tratamientos, el estado de salud y los factores psicológicos.

Según la Organización mundial de la salud la antropometría se mide peso y talla y con ello el IMC (índice de masa corporal) es el indicador más recomendable clasificando la etapa de vida. La población más vulnerable son los ancianos ya que el requerimiento nutricional que necesita es de bajas calorías porque su metabolismo basal es inferior y necesitan más de carbohidratos para adquirir fibra y masa. Así mismo los factores psicosociales aportan a los problemas nutricionales ya sea porque se aíslan por pérdida de su cónyuge (4).

Según MINSA (ministerio de salud – Perú) el estado nutricional se evalúa por etapas de vida, por el cual está respaldado por la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor, clasificó al Índice de Masa Corporal (IMC) (9).

ESTADO NUTRICIONAL	INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)
Adelgazado	≤ de 23
Normal	23.1 a 27.9
Sobrepeso	28 a 31.9
Obeso	32 o más

Se concluye con el diagnóstico de enfermería: (00002) Desequilibrio Nutricional: inferior a las necesidades corporales: r/c ingesta diario insuficiente s/a Estado de salud

comprometida e/p Peso: 38kg, Talla: 1.45cm, Adelgazada IMC:18, Piel pálida ++/+++.
Inapetente.

La higiene personal es significativa para el bienestar, la seguridad de la persona. El cuidado sanitario contiene acciones de aseo que ayudan a conservar un aspecto limpio del organismo del humano. Asimismo, las actividades de higiene personal, como darse una ducha o un baño, lavarse los dientes con cepillo, lavarse y asearse el pelo, cuidarse las uñas, proporcionar comodidad y confort al paciente y promoviendo una autoimagen positiva, ayudan a proteger la piel sana y prevenir infecciones y enfermedades (7).

Sin embargo, las personas sanas son competentes de satisfacer sus propias necesidades higiénicas, las personas enfermas o con dificultades físicas pueden requerir algún tipo de apoyo con su higiene personal tanto en su entorno sanitario como en el entorno familiar, la enfermera debe determinar la capacidad del paciente para llevar a cabo su autocuidado y proporcionarle cuidados según sus necesidades.

La piel cumple las funciones de protección, secreción, excreción, regulación de la temperatura corporal y sensibilidad, esta cuenta con 2 capas principales: epidermis y dermis y debajo de la piel se encuentra el tejido subcutáneo (llamado hipodermis), que comparte algunas de las funciones protectoras de la piel (6).

Existen cambios en el estado físico de la piel mediante alteraciones en el color, el grosor, la textura, la turgencia, la temperatura y la hidratación. Mientras la piel permanezca intacta y sana, su función fisiológica seguirá siendo óptima. Los hábitos higiénicos influyen en el estado de la piel y pueden tener tantos efectos positivos como negativos sobre ella. Por ejemplo, los baños demasiado frecuentes y el uso de agua muy caliente suelen generar una piel seca y escamosa, así como la pérdida del sebo protector.

El baño retira el sebo almacenado, el sudor, las células cutáneas muertas. Sin embargo, el baño recurrente puede impedir con el efecto lubricante pretendido del sebo, lo que causa sequedad en la piel, en especial en los ancianos, que producen escasez de sebo, aparte de limpiar la piel, el baño activa la circulación de la sangre y un baño templado dilata las arteriolas superficiales, llevando más sangre y nutrientes a la piel (4). El frotado vigoroso con golpes suaves y largos facilitan el flujo venoso a no ser que se evidencie algún trastorno subyacente (p. ej., un coágulo sanguíneo) que lo reprima (4).

El baño brinda una oportunidad a la profesional de enfermería que pueda valorar al paciente y vigilar el estado de la piel y trastornos físicos como el edema o erupciones (6).

O.F.A es una paciente adulta mayor de 68 años de edad, con un estado de higiene inadecuado por la falta de motivación, debilidad o dolor, alterando la función protectora de la piel. Para hidratar la piel el momento ideal es seguidamente del baño. Asimismo, también se observó a la paciente diaforética en la cual se le debe brindar cuidado diaforético. Se concluye así con el diagnóstico :(00108) Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro musculoesquelético m/p Cuero cabelludo sucio, grasosa presencia de caspa y sudorosa.

En este diagnóstico trata de que el paciente aprenda incluyendo conocimiento o información, abarcando una actitud nueva o cambio de una actitud antigua favoreciendo el manejo de su propia salud. Esta necesidad pretende detectar las habilidades y conocimientos de la persona sobre su salud. Los factores que pueden facilitar u obstaculizar el aprendizaje del paciente es la edad, motivación, su participación activa y el entorno familiar.

El profesional de enfermería como educador cumple una función importante en transmitir la información adecuada al paciente y a sus familiares promocionando los estilos saludables de cada una de las enfermedades que presenta cada paciente, respetando siempre las creencias y costumbres de cada paciente (6).

La adulta mayor O.F.A presenta una presión arterial de 150/70mmHg; identificando una hipertensión arterial no controlada. La hipertensión arterial es la primordial causa de la enfermedad isquémica cardiaca y del accidente cerebrovascular. Teniendo en cuenta que hipertensión arterial es controlable mas no se cura. Por lo tanto, según la clasificación de la presión arterial tenemos:

Grados de presión arterial

Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Hipotensión	menor de 80	o	menor de 60
Normal	80-120	y	60-80
Prehipertensión	120-139	o	80-89
Hipertensión grado 1 (HTA 1)	140-159	o	90-99
Hipertensión grado 2 (HTA 2)	160 o superior	o	100 o superior
Crisis hipertensiva (emergencia médica)	superior a 180	o	superior a 110

Fuente: American Heart Association

La hipertensión arterial La hipertensión arterial se produce por la fuerza que ejecuta la sangre en las paredes de las arterias como resultado del bombeo que origina el corazón. Teniendo en cuenta los valores de la presión sistólica y diastólica que se miden en el

sujeto. Se demuestra especialmente en la población con edad avanzada y afecta órganos vitales como: riñón, sistema nervioso central y corazón (9).

La contribución de enfermería en el tratamiento es establece cambios en el estilo de vida del individuo para disminuir los factores de riesgo; llevando a cabo la ejecución de actividad física, la incorporación de nuevas dietas nutricionales, manteniendo el peso ideal y reduciendo los malos hábitos que deterioran su salud. (10)

Se concluye con el diagnóstico: (00078) Gestión ineficaz para la salud r/c dificultad con el régimen de tratamiento prescrito m/p P.A:150/70mmHg s/a hipertensión no controlada.

Este último diagnóstico nos refiere a la canalización intravenosa es un método de acceso directo a la circulación venosa, ya sea periférica o central, el uso de catéter i.v para administración de fármacos y soluciones pueden ocasionar complicaciones, como hematomas o tromboflebitis (7).

Para ello la enfermera tiene que disponer de conocimientos y habilidades necesarias que le permitan identificar el riesgo, que influye en el mantenimiento de la seguridad física como las emociones asociados al peligro, la capacidad para resolverlas.

En este caso la paciente adulta mayor presenta en el miembro superior derecho vía periférica es un procedimiento invasivo hay que mantener la técnica aséptica adecuada, condición libre de géneros infecciones y cualquier forma de vida. Se concluye con el diagnóstico de enfermería: (00004) Riesgo de infección r/c Procedimientos invasivos s/a Aumento de la exposición de agentes patógenos, vía periférica.

II. MATERIAL Y METODO

2.1. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente estudio de enfermería para su recolección de datos se tuvo en cuenta la aplicación del formato de valoración por dominios de salud elaborada por la que establece la Taxonomía II de la NANDA (Diagnósticos de Enfermería de NANDA International), la cual consta de 13 dominios sistematizados para medir las necesidades según sean necesarios y que esto tenga concordancia con déficit que padece la persona. Ahora adaptado para el adulto mayor en este proceso de enfermería, los mismos que sirvieron como base para los resultados (NOC) e intervenciones (NIC).

El método aplicado para la recolección de datos fue a través de la entrevista y la valoración funcional enfermera. La entrevista es un dialogo en el que la persona (entrevistador), hace una serie de preguntas con el fin de conocer mejor sus ideas, sus sentimientos, su forma de actuar dirigida al paciente hospitalizado. La valoración es un proceso sistemático, continuo y de interpretación sobre el estado de salud actual de la persona, que podrá obtener la información de manera directa o indirecta.

Para poder llevar a cabo el presente trabajo de investigación, se solicitó autorización del paciente hospitalizado en el Hospital Docente “Las Mercedes”, en donde el interno de enfermería, realiza la valoración correspondiente donde se detectarán las complicaciones de salud que se traducirán posteriormente en los Diagnósticos Enfermeros. Esta valoración funcional consiste en recoger datos que pueden ser de fuentes primarias, donde incluye la historia clínica del paciente también fue parte para la elaboración del PAE.

Así mismo para realizar la valoración funcional enfermero necesitamos realizar la exploración física donde se utilizará técnicas de exploración que son: Inspección; palpación; percusión y la auscultación (11).

2.2. Aspectos éticos

El estudio asumió como criterios de valor ético los consignados en el informe Belmont (12), teniendo en cuenta que su población de estudio son seres humanos, considerando como principios:

Beneficencia: Principio que guio la investigación de tal manera que siempre se tuvo presente las decisiones de los adultos mayores y se evitó en todo momento hacerles daño, buscando su bienestar en todo momento, pues al reconocer el nivel de satisfacción que percibe el adulto mayor sobre la atención que le brinda el profesional de enfermería, se podrá sensibilizar al personal sobre las características en las cuales presenta deficiencias, así mismo los gestores podrán tomar decisiones sobre las acciones a seguir para mejorar las actitudes y aptitudes de la enfermera que acceda mejorar la atención y por ende el paciente se sienta altamente satisfecho.

Justicia: La investigadora buscó en todo momento brindar un tratado con igualdad y equidad a cada adulto mayor, siendo tratados durante la aplicación del instrumento sin distinción alguna.

Respeto a la dignidad humana: Para dar cumplimiento a este principio la investigadora en todo momento respeto la autonomía de los adultos mayores, protegiendo además a aquellos presentaban autonomía disminuida, explicando por qué y para que, del estudio, despejando y aclarando algunos aspectos que los participantes tuvieran duda, especificando que pueden abandonar el estudio en cualquier momento si así lo decidieran sin que ello implique algún problema posterior para ellos. Plasmando todo en el consentimiento informado, el cual fue firmado por los participantes en señal de conformidad.

2.3. Planificación: NIC

Dolor Agudo (00132) r/c Agentes lesivos físicos e/p con facie dolorosa, quejumbrosa y llorosa; escala de EVA 7/10.																											
Objetivo	Criterio De Resultado NOC	Intervenciones/Actividades NIC	Fundamento Científico																								
La persona manifestara la disminución de gestos de dolor con cuidados de enfermería	<p>NOC: Nivel del Dolor (2102) DOMINIO: Salud percibido 5, Clase: Sintomatológica 5. Intensidad del dolor referidas o manifestadas. ESCALA DE MEDICIÓN: Grave HASTA Ninguna. VALOR ACTUAL: 2 PUNTUACIÓN DIANA: 4</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Expresión facial de dolor(210206)</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Irritabilidad(210223)</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Duración de sucesos de dolor (210204)</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	INDICADORES	G	S	M	L	N	Expresión facial de dolor(210206)		X				Irritabilidad(210223)		X				Duración de sucesos de dolor (210204)		X				<p>NIC: MANEJO DE DOLOR (1400).Alivio o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. acciones: 1. Realizar y registrar una valoración exhaustiva del dolor, descripción, localización, duración del dolor del paciente. 2. Pedir al paciente que catalogue su dolor usando una escala de 0-10. 3. Garantizar que el paciente acepte los cuidados de los analgésicos correspondientes. 4. valorar y registrar la respuesta de los medicamentos administrados y técnica de disminución de dolor. 5. identificar los factores ambientales que pueden contribuir en la respuesta del paciente a las fastidio (T° de la habitación, iluminación y ruidos.)</p>	<p>1. La valoración es una técnica empleada en la recolección de datos objetivos y subjetivos que determinan la intensidad del dolor, permitiendo determinar las acciones de enfermería. (5) 2. El dolor es una experiencia personal y el profesional de enfermería debe confiar en descripciones y su nivel de dolor que dice el cliente para poder tratarlo eficazmente. (16) 3. Los analgésicos disminuyen el lumbral del dolor, provocando el alivio o la disminución del dolor. (5) 4. El registro escrito de eficacia de las medidas asistenciales permite tener bases por intervenciones siguientes, la identificación oportuna de las reacciones adversas necesarias para aprender medidas de corrección y modificar el plan asistencial. (16). 5. Proporcionar un ambiente equilibrado sin ruidos para que el paciente no eleve su dolor.(7)</p>
INDICADORES	G	S	M	L	N																						
Expresión facial de dolor(210206)		X																									
Irritabilidad(210223)		X																									
Duración de sucesos de dolor (210204)		X																									

Deterioro de la eliminación urinaria (00016) r/c infección del tracto urinario m/p urea: 22 mg/dl; creatinina: 0.73 mg/dl y leucocitos: 20-30 x Campo; presencia de pañal húmedo.

Objetivo	Criterio De Resultado NOC	Intervenciones/Actividades NIC	Fundamento Científico																								
<p>La persona mejorará el proceso eliminación urinaria con los cuidados de enfermería</p>	<p>NOC: Eliminación urinaria (0503) DOMINIO: Salud fisiológica (II) Clase: Eliminación(F).Recogida y eliminación de la orina ESCALA DE MEDICIÓN: gravemente comprendido hasta no comprendido. VALOR ACTUAL: 2 PUNTUACIÓN DIANA: 5</p> <table border="1" data-bbox="443 715 999 995"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Olor de orina (050302)</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Micción frecuente (050331)</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Color de la orina (050304)</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	INDICADORES	G	S	M	L	N	Olor de orina (050302)		X				Micción frecuente (050331)		X				Color de la orina (050304)		X				<p>NIC: Manejo de la eliminación urinaria (0590).vigilancia de un esquema de eliminación urinaria óptima. acciones: 1.- Observar la expulsión urinaria, abarcando la frecuencia, olor volumen y color. 2. Describir al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario. 3.Educar al paciente/ familia la características de la orina.</p>	<p>La monitorización de estos parámetros ayuda a determinar si la función de las vías urinarias adecuadas (5)</p> <p>Explicar la detalladamente la enfermedad con palabras precisas que no den pie aun mal entendido, para la familia y el paciente. (5)</p> <p>Es fundamental la educación al paciente y familia en sus autocuidados, ayuda a evitar complicaciones secundarias a su salud. (7)</p>
INDICADORES	G	S	M	L	N																						
Olor de orina (050302)		X																									
Micción frecuente (050331)		X																									
Color de la orina (050304)		X																									

Desequilibrio Nutricional: inferior a las necesidades corporales: (00002) r/c ingesta diario insuficiente s/a Estado de salud comprometida e/p Peso: 38kg, Talla: 1.45cm, Adelgazada IMC:18, Piel pálida ++/+++. Inapetente.

Objetivo	Criterio De Resultado NOC	Intervenciones/Actividades NIC	Fundamento Científico																								
<p>La persona recuperará su peso con los cuidados de enfermería.</p>	<p>NOC: ESTADO NUTRICIONAL (1004) DOMINIO: Salud fisiológica (2), Clase: digestión y nutrición (k). Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos satisfacen las necesidades metabólicas. ESCALA DE MEDICIÓN: Desviación grave hasta Sin desviación del riesgo normal. VALOR ACTUAL: 3 PUNTUACIÓN DIANA: 5</p> <table border="1" data-bbox="477 639 1034 986"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingesta de alimentos (1001401)</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Relación peso y talla(100405)</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hidratación (10041)</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	INDICADORES	G	S	M	L	N	Ingesta de alimentos (1001401)			X			Relación peso y talla(100405)			X			Hidratación (10041)			X			<p>NIC: MANEJO DE LA NUTRICIÓN (1100) Proporciona y fomenta una ingesta equilibrada de nutrientes. acciones: 1. Definir el estado nutricional del paciente y su amplitud para satisfacer las necesidades nutricionales. 2. Enseñar al paciente sobre las necesidades nutricionales y pirámides de alimentación (aumento de calcio, proteínas, líquidos y calorías) 3. Monitorizar la tendencia de pérdida o aumento de peso. 4. Proporcionar el apoyo con especialista (nutricionista).</p>	<p>1. El mantenimiento del organismo ideal demanda del equilibrio entre el gasto energético y la ingestión de nutrientes (5). 2. Una buena alimentación puede aminorar o hasta prevenir muchas de las enfermedades comunes de la edad, como la baja de peso o el sobrepeso, enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis y ente otras más. (13) 3. La antropometría (peso, talla) por ser un procedimiento de fácil aplicación, no invasiva que nos permite evaluar el estado nutricional y mejora del paciente.(5) 4. Es importante que los pacientes hablen con el nutricionista para aumentar la cantidad de calcio, fibra y proteínas. Además, es importante tener un control y evitar futuras complicaciones. (13)</p>
INDICADORES	G	S	M	L	N																						
Ingesta de alimentos (1001401)			X																								
Relación peso y talla(100405)			X																								
Hidratación (10041)			X																								

Déficit de autocuidado: baño (00108) r/c deterioro musculoesquelético e/p Cuero cabelludo sucio, grasosa presencia de caspa y sudorosa.

Objetivo	Criterio De Resultado NOC	Intervenciones/Actividades NIC	Fundamento Científico																		
<p>La persona recuperará su higiene con los cuidados de enfermería.</p>	<p>NOC: AUTOCUIDADO HIGIENE (0305) DOMINIO: Salud funcional (1), Clase: Autocuidado (D) necesidades personales para conservar la higiene corporal con o sin dispositivo de ayuda. ESCALA DE MEDICIÓN: Gravemente comprometido hasta No comprometido. VALOR ACTUAL: 3 PUNTUACIÓN DIANA: 5</p> <table border="1" data-bbox="474 667 1034 928"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Se lava el pelo (030509)</td> <td></td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mantiene la higiene corporal (03057)</td> <td></td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADORES	G	S	M	L	N	Se lava el pelo (030509)		2	3	4	5	Mantiene la higiene corporal (03057)		2	3	4	5	<p>NIC: AYUDA CON EL AUTOCUIDADOS BAÑO/HIGIENE (1801) Ayuda a la persona a efectuar su higiene personal.</p> <p>acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar apoyo al paciente hasta que sea totalmente capaz de asumir el autocuidado. 2. Colocar los accesorios necesarios para el baño del paciente. 3. controlar la integridad cutánea. 4 el lavado del cabello. 5. brindar comodidad y confort al paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El tener en cuenta la edad y el estado de salud del paciente nos va a permitir decidir de qué actividades a realizar según su prioridad. Por qué no es igual un paciente postrado en cama que necesita del personal de enfermería que un paciente que se puede movilizar por sí mismo su autocuidado personal (14) 2. Tener a la mano materiales de higiene personal nos permitirán un adecuado manejo de las acciones de limpieza en cada uno de las partes anatómicas de una persona de la cabeza a los pies. (5) 4. La piel es el órgano más extenso que protege el cuerpo humano que debemos mantenerla integra sin lesiones, debe estar hidratada y suave después de cada baño. (5)} 4. El lavado de cabello brinda al paciente prevenir infecciones de pediculosis favoreciendo su bienestar y su autoestima.(13) 5. Un ambiente agradable y limpio proporciona a la persona seguridad y bienestar (5)
INDICADORES	G	S	M	L	N																
Se lava el pelo (030509)		2	3	4	5																
Mantiene la higiene corporal (03057)		2	3	4	5																

Gestión ineficaz para la salud (00078) r/c dificultad con el régimen de tratamiento prescrito m/p P.A:150/70mmHg s/a hipertensión no controlada.

Objetivo	Criterio De Resultado NOC	Intervenciones/Actividades NIC	Fundamento Científico																								
<p>La paciente debe tener disposición para participar voluntariamente para mejorar su salud</p>	<p>NOC: Conocimiento: conducta sanitaria (1805) DOMINIO: conocimiento y conducta de salud(IV) Clase: conocimiento sobre la salud 5 Grado de conocimiento transmitido sobre el fomento y la protección de la salud. ESCALA DE MEDICIÓN: ningún conocimiento hasta conocimiento extenso. VALOR ACTUAL: 2 PUNTUACIÓN DIANA: 5</p> <table border="1" data-bbox="465 679 1090 1114"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>Ningún</th> <th>Exceso</th> <th>M</th> <th>S</th> <th>E</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Practicas nutricionales saludables (180501)</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Servicios de promoción de la salud (180518)</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Servicios de protección de la salud (180519)</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	INDICADORES	Ningún	Exceso	M	S	E	Practicas nutricionales saludables (180501)		x				Servicios de promoción de la salud (180518)		x				Servicios de protección de la salud (180519)		x				<p>NIC: Educación para la salud (5510) Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades. Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias. 2. Apoyar a las personas, familias para clarificar las creencias o valores sanitarios. 3. Centrarse en los beneficios de salud positivos inmediatos a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de beneficios a largo plazo o efectos negativos derivados de incumplimientos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El profesional de enfermería debe identificar los factores de riesgo externo e internos ayudando a que el paciente vea el problema y tenga la necesidad de resolverlo para la recuperación de su salud (5). 2. Es importante considerar las creencias, valores y prácticas de salud que utiliza el paciente en cualquier plan de cuidado que ejecutamos como enfermeras. Así mismo debemos informarle adecuadamente de los factores rígidos a estas creencias.(5). 3. la información sanitaria y los cambios de estilos de vida requiere de la participación del individuo y a la familia, para reforzar el cumplimiento de las actividades. (5).
INDICADORES	Ningún	Exceso	M	S	E																						
Practicas nutricionales saludables (180501)		x																									
Servicios de promoción de la salud (180518)		x																									
Servicios de protección de la salud (180519)		x																									

(00004) Riesgo de infección r/c Procedimientos invasivos s/a Aumento de la exposición de agentes patógenos, vía periférica.

Objetivos	Criterios de resultados NOC	Intervenciones/Actividades NIC	Fundamento científico																														
<p>Paciente Permaneció libre de infecciones, lesiones cutáneas durante su estancia hospitalaria posterior a cuidados de enfermería.</p>	<p>NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)</p> <p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Integridad tisular (L)</p> <p>Definición: Integridad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas. (12)</p> <p>Escala de medición: Sustancialmente comprometido hasta No comprometido.</p> <p>Valor actual: 2</p> <p>Puntuación diana: 5</p> <table border="1" data-bbox="353 898 934 1212"> <thead> <tr> <th data-bbox="353 898 533 1002">Indicadores</th> <th data-bbox="533 898 616 1002">G/C</th> <th data-bbox="616 898 689 1002">S/C</th> <th data-bbox="689 898 772 1002">M/C</th> <th data-bbox="772 898 855 1002">L/C</th> <th data-bbox="855 898 934 1002">N/C</th> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="533 1002 616 1070">1</td> <td data-bbox="616 1002 689 1070">2</td> <td data-bbox="689 1002 772 1070">3</td> <td data-bbox="772 1002 855 1070">4</td> <td data-bbox="855 1002 934 1070">5</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="353 1070 533 1139">110102 Sensibilidad</td> <td></td> <td data-bbox="616 1070 689 1139">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 1139 533 1208">110121 Eritema</td> <td></td> <td data-bbox="616 1139 689 1208">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="353 1208 533 1276">110124 Induración</td> <td></td> <td data-bbox="616 1208 689 1276">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	G/C	S/C	M/C	L/C	N/C		1	2	3	4	5	110102 Sensibilidad		X				110121 Eritema		X				110124 Induración		X				<p>NIC: Control de Infecciones (6540). Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos. (13)</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar lavado de manos, aplicando los momentos correctos. 2. limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado. 3. Usar guantes en cada procedimiento. 4. Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El lavado de manos disminuye el riesgo de proliferación de microorganismos por infecciones cruzadas. (Potter P. (2002).13 2. La piel medio donde alberga microorganismos por lo que es necesario mantenerla limpia para así evitar el ingreso de microorganismos hacia el interior de la piel, la clorhexidina al 2% es una sustancia antiséptica de acción bactericida y fungicida. (5). 3. Al realizar procedimientos invasivos, es necesario mantener técnicas asépticas asegurando un procedimiento libre de microorganismos (5) 4. Es indispensable que la habitación del enfermo tenga unas condiciones higiénicas que lo hagan más cómodo y segura. (5)
Indicadores	G/C	S/C	M/C	L/C	N/C																												
	1	2	3	4	5																												
110102 Sensibilidad		X																															
110121 Eritema		X																															
110124 Induración		X																															

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente proceso de enfermería tuvo por objetivo principal satisfacer o cubrir las necesidades básicas disminuidas por la edad y el diagnóstico que tiene la paciente principalmente calmar el dolor, basado en la teoría Virginia Henderson considerada como una filosofía la función del enfermero.

Este diagnóstico fue el dolor agudo (00132) r/c Agentes lesivos físicos e/p con facie de dolor, quejumbrosa y llorosa; escala de EVA 7/10; objetivo es: que la persona disminuya el dolor progresivamente con cuidados de enfermería. Así mismo, se realizaron las siguientes acciones de enfermería: se realizó una evaluación exhaustiva del dolor (localización, características, duración, frecuencia, intensidad), se administró metamizol 1g EV se aseguró de que el paciente acepte los cuidados analgésicos correspondientes.

En la investigación realizada al Profesional de enfermería Valoración Del Dolor En El Paciente Geriátrico. Autor: D^a Alba Alonso Peiroten Director: Prof. Dr. Julio Oteiza Olaso Grado En Enfermería Trabajo Fin De Grado / 2014 Upna define el dolor como dificultad habitual en la población anciana. Es la mayor causa de visita al sistema sanitario la prevalencia estimada aproximadamente en un 60% de los ancianos de la comunidad y hasta un 80% de residencia perciben dolor de forma sustancial (17).

Este diagnóstico fue el Deterioro de la eliminación urinaria (00016) r/c infección del tracto urinario m/p urea: 22 mg/dl; creatinina: 0.73 mg/dl y leucocitos: 20-30 x Campo; presencia de pañal húmedo su objetivo es: paciente recuperó la eliminación urinaria a través del cuidado de enfermería. Así mismo, se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería: se controla la eliminación urinaria, teniendo en cuenta la frecuencia, olor volumen y color según corresponda; se le informa al paciente las causas de infección del tracto urinario; según corresponda.

Barrios Ormeño Elva Janette; ICA – PERÚ 2017 realizo el estudio Factores De Riesgo Y Tipo De Incontinencia Urinaria En Adultas Mayores Atendidas En El Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica, Diciembre 2015; este estudio la mayoría de las adultas mayores son valoradas correctamente para poder optar con un tratamiento específico determinando

la infección urinaria con 68 %; Respecto a la presencia de infección urinaria a repetición según Gómez R; precisa que en el mundo encontramos 150 millones de infecciones urinarias por año, siendo en España el 10 % de las consultas de médico general y el 40 % de las consultas al urólogo, con mayor predisposición mujeres embarazadas y personas de la tercera edad (18).

Este diagnóstico fue (00002) Desequilibrio Nutricional: inferior a las necesidades corporales: r/c ingesta diario insuficiente s/a Estado de salud comprometida m/p Peso: 38kg, Talla: 1.45cm, Adelgazada IMC:18, Piel pálida ++/+++. Inapetente; cuyo objetivo es que el paciente recuperará su peso a mediano plazo posterior a cuidados de enfermería. Así mismo, se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería: Establecer el estado nutricional para satisfacer las necesidades nutricionales instruyendo al paciente sobre las directrices dietéticas y pirámides de alimentación con los cuidados de enfermería.

Tarqui-Mamani, Carolina et al. Realizaron el estudio; Estado nutricional incorporado a rasgos sociodemográficas en el adulto mayor de la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, identificando que el promedio global del IMC fue $26,2 \pm 4,7$ y fue mayor en las mujeres (26,7) que en los varones (25,6) Del total de adultos mayores, 26,8% tuvieron delgadez; 21,7% y el 40,8% peso. Según estado nutricional a nivel departamental, la prevalencia de delgadez fue mayor en Huánuco (57,2%), Ayacucho (52,8%), Huancavelica (52,2%), Puno (51,6%) y Cusco (46, 6%).La prevalencia de desnutrición en los adultos mayores debe a varios problemas de salud, ya que su sistema inmunitario es frágil, induce el riesgo de contraer infecciones. También existen otras causas como el abandono familiar y el aumento de las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes (19).

Este diagnóstico fue: (00108) Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro musculoesquelético m/p Cuero cabelludo sucio, grasosa presencia de caspa; sudosa; cuyo objetivo es que la paciente se sienta en confort y comodidad a través de una correcta higiene y posterior a cuidados de enfermería. Así mismo, se realizaron las siguientes acciones de enfermería: Fomentar las acciones de autocuidado; Proporcionar ayuda si es que lo requiera; utilizar accesorios necesarios en el baño del paciente observando la integridad cutánea.

Miramira Bustincio; Lizeth R. Realizo un estudio: “Percepción del Adulto Mayor sobre los cuidados de enfermería en los servicios de medicina en una Institución de Salud-

MINSA 2014”, tuvo como objetivo determinar la percepción del adulto mayor sobre los cuidados de enfermería. El nivel de la percepción del paciente hospitalizado está relacionado a la enfermera para priorizar los cuidados necesarios que requiere el paciente para satisfacer sus necesidades; de alimentación, comodidad, higiene, escucha activa. (20)

Este diagnóstico fue: (00078) Gestión ineficaz para la salud r/c dificultad para manejar un régimen de tratamiento complejo m/p P.A:150/70mmHg; “me duele un poco la cabeza”; su objetivo: la paciente debe tener disposición para participar voluntariamente para mejorar su salud. Así mismo, se realizaron las siguientes acciones de enfermería:

El profesional de enfermería debe identificar los factores de riesgo externo e internos ayudando a que el paciente vea el problema y tenga la necesidad de resolverlo para la recuperación de su salud. La información sanitaria y los cambios de estilos de vida requiere de la participación del individuo y a la familia, para reforzar el cumplimiento de las actividades

Toro S, Carrillo S, Fanning M, Larrain G, realizaron un estudio Diagnóstico Enfermero en los Adultos Mayores atendidos en el Programa Adulto Mayor de un Centro de Salud, Chiclayo 2014. El 43 % de adultos mayores presenta como Diagnóstico de Promoción de la Salud, disposición para mejorar la gestión de la salud, lo que permite que el adulto mayor opte por realizar actividades personales para controlar la enfermedad, su tratamiento debido a que la gran mayoría padece de Diabetes e Hipertensión (21).

Finalmente, el último diagnóstico fue: (00004) Riesgo de infección r/c Procedimientos invasivos s/a Aumento de la exposición de agentes patógenos, vía periférica; cuyo objetivo es: que paciente Permanezca libre de infecciones, lesiones cutáneas durante su estancia hospitalaria posterior a cuidados de enfermería. Así mismo, se realizaron las siguientes acciones de enfermería: Realizar lavado de manos, aplicando los momentos correctos; limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado para la administración de fármacos y soluciones pueden provocar complicaciones por no emplear la asepsia, como hematomas.

V. CONCLUSIONES

Se logró aliviar el dolor en la cadera en un 79% a través del tratamiento farmacológico prescrito en colaboración paciente, enfermera, médico y personal de salud que lo asiste durante su hospitalización. El tratamiento administrado es para el alivio del dolor que

presenta la paciente, cuyo analgésico se le administra por catéter venoso como valorando su eficacia del medicamento sin dejar de lado los efectos adversos que puede presentar el paciente. De tal manera se evalúa también la escala del dolor a través del tratamiento.

Se logró contrarrestar la infección del tracto urinario en un 87% a través de los cuidados de enfermería en el cuidado integral del paciente y apoyo familiar. Los cuidados son la prevención de complicaciones, beneficiando su calidad de vida. Estos autocuidados son de manera continua y actualizada por parte de profesionales de enfermería, base para la motivación y autoestima del paciente. También con el tratamiento prescrita por el profesional de salud ya que en los exámenes de laboratorio presentaba leucocitos 20 x 30 campo; Urea: 22mg/dl; Creatinina: 0,73mg/dl.

Se logró una adecuada nutrición en un 79%.al presentar la paciente un IMC=18 que se encontraba en un nivel de adelgazamiento; la función de enfermería es proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes determinando una buena alimentación con nutrientes que puedan prevenir muchas de las enfermedades comunes de la edad, como la baja de peso o el sobrepeso, enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis y ente otras más; los adultos mayores necesitan menos calorías puesto que su índice metabólico es más bajo y su actividad física es menor.

Se logró una buena higiene personal en un 80% a través del baño dejando la piel integra y evitando la sequedad y la descamación de la piel la alternativa más empleada es la aplicación de crema en la piel después del baño mediante masajes de forma circulares a la vez relajará al paciente y sentirá confort.

(00078) Gestión ineficaz para la salud r/c dificultad con el régimen de tratamiento prescrito m/p P.A:150/70mmHg s/a hipertensión no controlada, se puede observar que se ha logrado el 87% Teniendo en cuenta que los adultos mayores, tomar conciencia del cuidado de su propia salud y desarrollar sus actividades para tener una vida saludable. También influye el apoyo del familiar y social para fortalecer el autocuidado de la salud.

(00004) Riesgo de infección r/c Procedimientos invasivos s/a Aumento de la exposición de agentes patógenos, vía periférica; se puede observar el resultado NOC esperado y NOC logrado se obtuvo del NOC programado del 100% se ha logrado el 100%.

VI. REFERENCIAS

- 1.- Elso Gálvez, R; Solís Carpintero, L. El Proceso De Atención De Enfermería En Urgencias Extrahospitalarias[Online]. [cited 2019 Julio 15. Available from:
http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8c06b7e5-ca29-40c6-ab63-f84959a87362/c618e862-974d-4faf-8093-66eae984e3da/TRABAJO_CONGRESO_GRAFICA_AJUSTADA.pdf
- 2.- Estefo Agüero Silvana, Paravic Klijn Tatiana. ENFERMERÍA EN EL ROL DE GESTORA DE LOS CUIDADOS. Cienc. enferm. [Internet]. 2010 Dic [citado 2019 Sep. 16] ; 16(3): 33-39. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005
- 3.- Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en Enfermería. Séptima ed. Barcelona: Elsevier España, S.L; 2011.
<https://es.slideshare.net/nobaid/sist-msculo-esquelticovaloracin>
- 4.- Juste M, Cáceres E, Colomina MJ. Morbimortalidad asociada a la fractura de cadera del paciente anciano. Análisis en nuestro medio. Departamento de Cirugía Universidad Autónoma de Barcelona. España. 2012
5. - Berman A, Snyder S. Fundamentos de Enfermería. Novena ed. Romo M, editor. Madrid: Pearson Educación, S.A.; 2013.
6. -. Ferrandiz M. Fisiopatología del dolor. [Citado el 28 de agosto del 2018]. Disponible en: <http://scartd.org/arxius/fisiodolor06.pdf>
- 7.- A. Potter P, Griffin Perry A. Fundamentos de Enfermería. octava ed. Madrid: Harcourt, S.A.; 2002.
- 8.- Planned Parenthood Federation of America Inc. © 2019
<https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/salud-y-bienestar/infeccion-del-tracto-urinario>
9. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Primera ed. Lima: Sinco Editores S.A.C.; 2006.
- 10.- www.scielo.org.mx/pdf/eu/v9n3/v9n3a4.pdf

11.- Fundación Para El Desarrollo De Enfermería (FUDEN)- metodología enfermería; valoración de enfermería

http://www.ome.es/media/docs/G1-Doc.%20Valoración_enfermera.pdf

12.- Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Informe Belmont: Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos. National Institutes of Health. U.S.A. 18 de Abril 1979. último acceso 18 de oct del 2018 Disponible:

<http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10. INTL Informe Belmont.pdf>

13.- Gabriel Olveira Fuster; Manual de nutrición clínica y dietética, 2da Edición –

14.- manual de docente enfermería comunitaria 1 era edición.

15.- Gutiérrez, María del Carmen Adaptación y cuidado en el ser humano; Una visión de enfermería; Edición: 1 DR ©: 2007

16.- Hopper William, Paula D: Enfermería médico quirúrgico; 3 ed. México McGraw-Hill 2009

17.- Alba Alonso Peirotén DIRECTOR: Prof. Dr. Julio Oteiza Olaso VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE GERIÁTRICO. AUTOR: DGRADO EN ENFERMERÍA TRABAJO FIN DE GRADO / 2014 UPNA

<http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11523/AlbaAlonsoPeiroten.pdf?sequence=1>

18.- Barrios Ormeño Elva Janette; ICA – PERÚ 2017 realizo el estudio Factores De Riesgo Y Tipo De Incontinencia Urinaria En Adultas Mayores Atendidas En El Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica, Diciembre 2015;

<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1125/T-TPLEElva%20Janette%20Barrios%20Orme%20C3%20B1o.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19.- TARQUI-MAMANI, Carolina et al. Estado nutricional asociado a características sociodemográficas en el adulto mayor peruano. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, [S.l.], sep. 2014. ISSN 1726-4642. Disponible en:

<<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/82/1921>>. Fecha de acceso:
11 oct. 2019 doi:<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2014.313.82>.

20.- Miramira Bustincio; Lizeth R. realizo un estudio: “Percepción del Adulto Mayor sobre los cuidados de enfermería en los servicios de medicina en una Institución de Salud-MINSA 2014”,

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4336/Miramira_bl.pdf?sequence=1

21.- Toro S, Carrillo S, Fanning M, Larrain G, Diagnóstico Enfermero en los Adultos Mayores atendidos en el Programa Adulto Mayor de un Centro de Salud, Chiclayo 2014 Rev. Salud & Vida Sipanense. Vol. 1/Nº2. ISSN 2313-0369/2014