UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN ADULTO MAYOR, DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA REGIÓN LAMBAYEQUE-2019

PARA OPTENER EL GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER DE ENFERMERÍA

Autora:

Morales Pasapera,Wendy Stephanny

Asesora:

Mg. Heredia Llatas, Flor Delicia

Línea de Investigación:

Ciencias de la vida y cuidados de la salud humana

Pimentel – Perú

2019

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN ADULTO MAYOR, DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA REGIÓN LAMBAYEQUE-2019

PRESENTADO POR:

MORALES PASAPERA WENDY STEPHANNY

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán

Para optar el grado:

BACHILLER EN ENFERMERÍA:

Mg.Bravo Balarezo Flor de María

PRESIDENTA

Mg.Lizarraga de Maguiña Isabel Graciela

SECRETARIA

Mg.Heredia Llatas Flor Delicia

VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por guiarme, por nunca abandonarme en el camino que escogí para completar mis objetivos.

A mi familia por creer siempre en mí; a mis padres, que son mi pilar fundamental, gracias por sus muestras de apoyo, a ellos dedico mi más grande logro y a mis hermanos.

A mis Maestros que fueron un pilar fundamental en mi formación como profesional, impartir sus conocimientos para mejorar la calidad de esta investigación, por su motivación y apoyo a no desistir esta meta.

AGRADRECIMIENTO

A Dios, por bendecirme con mi familia y las personas maravillosas que he conocido en mi vida y porque permitió hacer realidad este sueño que anhelado de ser Enfermera.

A mis maestros que inculcaron en mi enseñanza y experiencias que me ayudaron a resolver los conflictos presentados en lo largo de la vida universitaria sirviéndome ahora como guía.

Agradecer al Hospital Regional Docente Las Mercedes por conceder la realización de la investigación; así mismo a las enfermeras, paciente y familiares por su tiempo y amabilidad que hicieron posible el logro de esta investigación.

RESUMEN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método racional, de planificación y de presentación individualizada de los cuidados que brinda la enfermera con un cuidado humano en base de conocimientos tanto teórico como práctico. Fundamentado en la taxonomía NANDA-NOC-NIC.Teniendo una serie de etapas que lleva a cabo la enfermera al planificar la asistencia que brinda, y va dirigido a los procesos de valoración, diagnóstico enfermero, planificación de intervenciones, ejecución de las mismas y evaluación correspondiente.

El objetivo es facilitar una mejor atención, conservando y orientando la importancia de la salud en base a fundamentos, problemas del paciente elaborando diagnósticos de enfermería real y de riesgo.

El presente Proceso de Atención de Enfermería está aplicado a una adulta mayor cuyas iniciales G.S.G, se estableció una comunicación, la cual permitió desarrollar los problemas que con mayor frecuencia presenta un paciente con fractura intertrocantérica.

En la etapa diagnóstica se identificaron como diagnósticos principales :(00132) Dolor agudo, (00108) Déficit de autocuidado: Baño, (00148) Temor, (00011) Estreñimiento, (00085) Deterioro de la movilidad física, (00004) Riesgo de infección, (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

En la fase de planificación los principales NOC propuestos fueron: (210201) dolor referido, (030101) Entra y sale del cuarto de baño, (140407) Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo, (140417) Controla la respuesta del miedo, (191204) Caídas de la cama, (050110) Estreñimiento, (020806) Ambulación, (192411) Mantiene un entorno limpio, (110115) Lesiones cutáneas, (191204) Caídas de la cama. Las intervenciones NIC ejecutadas fueron: (1400) manejo del dolor, (2210) administración de analgésicos, (1804) ayuda al autocuidado: aseo, (5440) aumentar los sistemas de apoyo, (5614) enseñanza: dieta prescrita, (0450) manejo del estreñimiento, (0910) inmovilización, (0740) cuidados del paciente encamado, (6540) control de infección, (3540) prevención de úlceras por presión.

Al término de las intervenciones de enfermería mediante el cuidado brindado se logró que el paciente mejore progresivamente evidenciándose su mejoría en el estado de salud.

PALABRAS CLAVES: Proceso de atención de enfermería, cuidado de enfermería, Dorothea Orem.

ABSTRACT

The Nursing Care Process(PAE) is the application of the rational method of planning and individualized presentation of the care provided by the nurse with human care based on both theoretical and practical knowledge. Based on the taxonomy NANDA-NOC-NIC.Having a series of steps that the nurse takes when planning the assistance she provides, and is aimed at the processes of evaluation, diagnosis of nurses, planning of interventions, implementation and evaluation thereof.

The objective is to provide better care, preserving and orienting the importance of your health based on fundamentals, patient problems preparing diagnostics real nursing and risk nursing.

The present Nursing Care Process is applied to an older adult whose initials G.S.G, where a communication was established ,which allowed the development of the problems most frequently presented by a patient with intertrocanteric fracture.

In the diagnostic stage were identified as main diagnoses (00132) Acute pain, (00108) Self care deficit: Bathing, (00148) Fear, (00011) Costipation, (00085) Impairment of physical mobility, (00004) Risk of infection, (00047) Risk of deterioration of skin integrity.

In the planning phase the main proposed Nocs were: (210201) referred pain, (030101) In and out of the bathroom, (140407) Use relaxation techniques to reduce fear, (140417) Control fear response, (191204) Falls from bed, (050110) Constipation, (020806) Ambulation, (192411) Maintains a clean environment, (110115) Skin lesions, (191204) Falls from bed. The CIN interventions performed were: (1400) pain management, (2210) analgesic administration, (1804) self-care assistance: grooming, (5440) increasing support systems, (5614) teaching : prescribed diet, (0450) constipation management , (0910) immobilisation, (0740) bedridden patient care, (6540) infection control, (3540) pressure ulcer prevention.

At the end of the nursing interventions through the care provided, the patient was able to improve progressively, evidencing his improvement in the state of health.

KEYWORDS: Nursing care process, nursing care, Dorothea Orem

ÍNDICE

Dedicatoria.....iii

Agradecimiento..... iv

Resumen.....v

Abstract.....vi

I. INTRODUCCIÓN..... 8

1.1. Valoración de enfermería……...……..9

1.1.1. Historia de salud de enfermería de la persona cuidada……..9

1.2. Valoración según dominios….....10

1.2.1. Situación problema…….....11

1.2.2. Análisis y confrontación de la literatura..... 12

1.2.3. Formulación del diagnóstico según NANDA.....16

II. MATERIAL Y MÉTODOS..... 17

2.1. Instrumentos utilizados en la recolección de datos.....17

2.2. Aspectos éticos……..…18

2.3. Planificación del cuidado (NIC).....19

III. RESULTADO…….....27

IV. CONCLUSIONES.....31

REFERENCIAS.....32

I. **INTRODUCCIO**N

La población adulta esta cada vez en aumento, según el último informe del INEI se incrementó desde los años cincuenta de 5.7% a 10.4% de la población en el año 2018. [1] En Perú se define adulto mayor a toda persona de edad igual o mayor de 60 años. Considerando la edad la persona la fractura de cadera representa una de las patologías que mayor morbimortalidad genera en esta población, generando múltiples repercusiones en la vida del adulto mayor. La incidencia de fracturas de cadena es mayor en el grupo poblacional de mujeres.

En esta población no solamente existe una afección que limita el estado de salud de la persona, sino que hay diversas enfermedades relacionadas a la edad, como la anemia, hipertensión, diabetes mellitus tipo II; condicionando estas el tratamiento de la patología estudiada que en su conjunto se necesita intervención quirúrgica [2].

Por lo que se desarrolla esta investigación, aplicada a una adulta mayor de 78 años de edad, quien se encontró hospitalizada en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. Donde se evidenció la situación de salud que presentaba, sus problemas y necesidades reales y potenciales. Se establecieron objetivos dirigidos a los problemas identificados y se realizaron intervenciones de enfermería específicas para responder a dicha problemática.

Dichos diagnósticos estuvieron sustentados en la teoría de Dorothea Orem, quien afirma que desde la perspectiva de la enfermería somos capaces de guiar las actividades que son beneficiosas para la salud de las personas que están a nuestro cuidado, desde esta visión educaremos para contribuir a una mejor adherencia al tratamiento para alcanzar el resarcimiento de la patología.[3]

1.1. Valoración de enfermería

1.1.1. Historia de salud de enfermería de la persona cuidada

Nombre: G.S.G

Edad: 78 años

Etapa de vida: adulta mayor

Estado civil: viuda

Lugar de nacimiento: Chiclayo

Religión: católica

Fecha de ingreso: 09/04/19

Motivo de ingreso: Sufre caída de la cama

Diagnóstico médico: fractura intertrocantérica de cadera derecha

Tratamiento médico:

- Reposo relativo
- Dieta completa+ LAV
- CSV c/8h
- Vía clorurada
- Omeprazol 40 mg EV c/24 hrs
- Tramadol 50 mg SC PRN dolor
- Hidroclorotiazida 25g VO c/24h
- Inspirometría de incentivo por 5 -30 min c/5h excepto por las noches.

Antecedentes personales:

Reacción adversa a medicamentos: ninguna

Antecedentes patológicos: prolapso genital

1.2. Valoración por dominios

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 2: Función gastrointestinal

Paciente con presencia dispositivo de ayuda como pañal, por lo que la paciente refiere: no haber hecho deposiciones hace 3 días.

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 2: Actividad/ejercicio

Paciente se encuentra postrada en cama, en posición decúbito dorsal. Paciente no puede movilizarse para realizar actividades diarias y refiere “No puedo sentarme, ni caminar”, “no puedo caminar, ni siquiera para ir al baño”

Clase 5: autocuidado

A la valoración se observa cabello uniforme, cuero cabelludo sin descamaciones, con mal aspecto y autocuidado. En la boca presencia prótesis dental. Sin ningún tipo de lesiones con lengua saburral y un aseo deficiente.

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2: respuestas de afrontamiento

Paciente refiere angustia, “tengo miedo con lo que va a pasar”.

Dominio 11 Seguridad y protección

Clase 1: Infección

A la valoración se encuentra la piel se encuentra normo térmica, sonrosada, con temperatura corporal de 37°C. Se encuentra con medios invasivos como vía endovenosa en MSI.

Clase 2: Lesión física

Paciente encamada por fractura de cadera derecha, presenta integridad cutánea y tisular.

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

Adulta mayor se halla despierta, lúcida, orientada en tiempo y persona; en posición decúbito dorsal. Se realizan cambio de posición cada dos horas. Paciente manifiesta en el turno: “me duele mi pierna refiriendo según EVA la intensidad de su dolor en 8/10

1.2.1. Situación Problema

Paciente adulta mayor con iniciales G.S.G de 78 años, sexo femenino, religión católica, procedencia de Chiclayo, se encuentra en el servicio de cirugía mujeres del Hospital Las Mercedes en su 7 día de hospitalización con diagnóstico médico Fractura de cadera intertrocanterica derecha.

Se encuentra despierta, LOTEP. Posición decúbito dorsal, con presencia de vía endovenosa periférica permeable en miembro superior izquierdo.

Al examen físico se le observa en mal estado de higiene, lengua saburral. Presenta pañal, miembro inferior derecho presenta acortamiento.

Al control de las funciones vitales: T: 37°C FC: 72 latidos por minuto PA: 120/80 mmHg FR: 21 respiraciones por minuto. Peso: 50kg, Talla: 1:57mts, IMC: 20kg/m^2.

A la entrevista paciente refiere: “me duele mi pierna” refiriendo según EVA la intensidad de su dolor en 8/10 “no he hecho deposiciones hace 3 días”, “no puedo sentarme ni caminar”, “no puedo caminar ni siquiera para ir al baño” “tengo miedo con lo que va a pasar”.

Diagnóstico médico:

- Fractura intertrocantérica de cadera derecha

Actualmente está recibiendo el siguiente tratamiento:

- Reposo relativo
- Dieta completa+ LAV
- CSV c/8h
- Vía clorurada
- Omeprazol 40 mg EV c/24 hrs
- Tramadol 50 mg SC PRN dolor
- Hidroclorotiazida 25g VO c/24h
- Inspirometría de incentivo por 5 -30 min c/5h excepto por las noches.

1.1.2. Análisis y confrontación de la literatura

A través de la NANDA Internacional (Asociación norteamericana de diagnóstico de enfermería) las enfermeras conceptualizan y obran mediante su juicio clínico plasmado en un diagnóstico enfermero referente a la situación de salud por la que atraviesa la persona.[4]

El presente trabajo de investigación fue ejecutado en el Hospital Las Mercedes- Chiclayo, aplicado a un adulto mayor de iniciales G.S.G de 78 años, este proceso está sustentado bajo la teoría de Dorothea Orem "Teoría Déficit de autocuidado" que enmarca el rol de la enfermera como acompañante en el proceso de enfermedad del paciente, llegando a contribuir en la realización de las actividades que no pueda llegar a realizar por si sola.[3]

Según Prado L. La teoría del autocuidado de Dorothea Orem tiene en cuenta que la enfermera suple y ayuda a realizar actividades que la persona no puede cumplir en un momento determinado de su vida.

Permitiendo que el personal enfermero sociabilice y comprenda las deficiencias que tiene el paciente, y así ayude en las actividades en las cuales necesite asistencia. Del mismo modo opina que enfermería es un arte ya que se tiene la capacidad de actuar por la persona incapacitada hasta que logre su autocuidado, debiendo respetar su dignidad, intimidad y confidencialidad; para que haya una relación armoniosa permitiendo así la participación de enfermería en su cuidado [3]

La fractura es una interrupción en la unión del tejido óseo. El sitio específico de esta es la cadera.Dicha patología se caracteriza epidemiológicamente porque se presenta generalmente en edad avanzada, incrementando la incidencia con la edad. Es más frecuente en mujeres representando un 70-80% de la población. Se tiene a la osteoporosis como un factor principal, responsable de la presencia de esta patología.[5]

El cuadro clínico que presenta la persona con ruptura de hueso de la cadera es: dolor, sensibilidad, edema, incapacidad para soportar el peso, acortamiento del miembro afectado, rotación externa.[5]

Presenta la siguiente clasificación por la localización de la lesión: extracapsulares son en la región trocantérica (entre la base del cuello y el trocánter menor del fémur) y subtrocantérica. Las intracapsulares son fracturas del cuello del fémur.[5]

A su vez se identificó el (00011) Estreñimiento r/c actividad física insuficiente m/p paciente refiere "no hago deposiciones hace 3 días"

El estreñimiento es el tránsito difícil o infrecuente de las heces. El estreñimiento se presenta con nauseas, fatiga, dolor abdominal, ingesta insuficiente de fibra. En la paciente G.S.G se presenta con una disminución de las deposiciones.[6]

La actividad física estimula el peristaltismo, mientras que la inmovilización lo deprime[7]. Por lo tanto, la paciente tiene fractura de cadera lo cual le impide la realización de actividad física por lo que no puede movilizarse y esto ocasiona la inmovilización de los músculos abdominales que actúan en la defecación, por lo que se produce el estreñimiento en la paciente. También al presentarse estreñimiento la persona puede desencadenar: disminución del apetito, dolor anal, fecaloma, impactación de las heces, hemorroides, fisura anal.[8]

(00085) Deterioro de la movilidad física r/c deterioro musculo esquelético m/p paciente refiere: "no puedo sentarme ni caminar"

Movilidad es la competencia de moverse independientemente de manera sencilla, con ritmo y con un objetivo fijo en su ambiente.[9] La paciente G.S.G presenta deterioro de la movilidad física moderada porque tiene una fractura de cadera derecha presentando debilidad muscular y un trastorno directo al sistema músculo-esquelético.
La ruptura de hueso hace que la paciente no pueda realizar las actividades rutinarias, haciendo que la paciente permanezca en cama Es importante poner atención a este problema ya que puede desencadenar obesidad, pérdida de masa muscular ulceras por presión, hematomas, contusiones.[10]

(00108) Déficit de autocuidado: Baño r/c deterioro musculo esquelético m/p paciente refiere: "No puedo caminar, ni siquiera para ir al baño"

Autocuidado es la práctica que las personas empiezan y realizan para conservar su salud y bienestar. El déficit de autocuidado es cuando los individuos tienen limitaciones a causa de una patología y no asumen su cuidado independiente.[11] Baño es una manera del cual se hace la limpieza de todo el cuerpo o de una parte de él, es mediante el cual se podrá valorar la integridad de la piel[12].

En la paciente G.S.G se presenta el déficit de autocuidado en la manera que no puede asearse sola (debido a la fractura), necesita de ayuda para poder realizar su higiene personal, pero no completamente. Esto quiere decir que necesita de un sistema parcialmente compensatorio según Orem.[4]

Se debe tener en cuenta esta actividad ya que puede desencadenar problemas infecciosos, mal aspecto físico y problemas de salud mental[13].

(00148) Temor r/c separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante m/p paciente refiere "tengo miedo con lo que va a pasar"

Temor es una modificación en el estado de ánimo que lleva a una persona a escapar de situaciones que considera peligrosas.[14] Esta manifestado con angustia, palabras angustiosas, dolor torácico, sensación de dificultad respiratoria.[15]

El mecanismo que desata el miedo se encuentra en la persona en el sistema límbico, que es el encargado de regular las emociones.[16]

Sabiendo que la hospitalización es el ingreso en un hospital de una persona enferma o herida para su diagnóstico y tratamiento siendo esta ocasionada por una caída y que afecta al estado emocional de la paciente porque no sabe cuál será su tratamiento.

Se debe tener atención para prevenir problemas depresivos, inseguridad, baja autoestima, ansiedad y pánico.[17]

(*00132) Dolor agudo r/c agente lesivo físico m/p paciente refiere "me duele mi pierna "según EVA 8/10*

El dolor se define como cualquier cosa que la persona diga que es dolor, y existe siempre que la persona dice que existe. Se trata de una experiencia desagradable, influenciada por factores genéticos,

psicosociales, culturales.[18]La paciente G.S.G presenta dolor agudo porque es un dolor independiente en su intensidad, tiene un inicio brusco o lento.

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

Las infecciones están producidas por gérmenes patógenos que entran al organismo y que ocasionan daño.[19]

Un procedimiento invasivo es aquel en el que se utiliza técnicas médicas que penetran el cuerpo, con onjetivo terapéutico.[20] Pudiendo estas producir a la paciente infecciones debida a la entrada de gérmenes a la piel por vía endovenosa en miembro superior derecho.

Se debe tener cuidado y poner atención ya que podría generar problemas como fiebre, inflamación de la zona de inserción o una herida infectada.[21]

(00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física

La piel es el órgano corporal más grande, desempeña funciones importantes como la protección frente a cuerpos extraños, así como, frente a lesiones físicos.[22]

La inmovilidad se caracteriza por un debilitamiento muscular progresivo lo que genera un problema para la deambulación. Se debe tener cuidado ya que su falta de atención produce ulceras por presión, deterioro de la imagen corporal, menos tiempo para la vida personal del cuidador[23].

1.1.3. Formulación del diagnóstico según NANDA

Problemas reales

- (00132) Dolor agudo r/c agente lesivo físico m/p paciente refiere “me duele mi pierna “según EVA 8/10

- (00108) Déficit de autocuidado: Baño r/c deterioro músculo esquelético m/p paciente refiere “no puedo caminar ni siquiera para ir al baño”
- (00148) Temor r/c separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante m/p paciente refiere “tengo miedo con lo que va a pasar”
- (00011) Estreñimiento r/c actividad física insuficiente m/p paciente refiere “no hago deposiciones hace 3 días”
- (00085) Deterioro de la movilidad física r/c deterioro músculo-esquelético m/p paciente refiere, “no puedo sentarme ni caminar”

Problemas de riesgo

- (00004)Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos
- (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física

II. MATERIAL Y METODOS

2.1. Instrumentos utilizados en la recolección de datos

La investigación es de tipo descriptivo observacional, teniendo por unidad de análisis a una persona adulta mayor de 78 años, hospitalizada en el servicio de cirugía mujeres del Hospital Las Mercedes, elegido por conveniencia por el problema de salud que presenta.

Para la recolección de datos se tomo en cuenta el formato de valoración por dominios de salud, elaborado y adecuado al paciente en estudio, estuvo constituido por trece dominios que instaura NANDA (Diagnósticos de Enfermería de NANDA International).

Se aplicaron las técnicas como la observación, examen físico, entrevista y revisión de la historia Clínica. Usando desde el primer contacto con la persona la observación. Por medio de esta se obtuvo de información objetiva tanto del paciente (expresiones, comportamiento y el estado emocional en que se encuentra), también el entorno (la seguridad del

ambiente) y los familiares que acuden o están pendientes de manera permanente sobre el cuidado de la paciente.

El examen físico se realizó de forma cefalocaudal aplicando los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación.

La inspección: se realiza de manera visual y completa. La cual permite estipular o determinar características físicas normales o anormales tales como color de piel, integridad, tono muscular y el estado de higiene de la persona.

En segundo método se utilizó el sentido del tacto. Por medio del cual se determinó las características que son: signos vitales, pulsaciones. Así mismo se palpó la extremidad afectada para que la persona manifieste si existe dolor.

Así mismo se empleó la entrevista, por medio del cual se obtuvo de información subjetiva. La cual permitió un mayor sustento a situación estudiada. Donde la persona entrevistada manifestó ““me duele mi pierna” refiriendo según EVA la intensidad de su dolor en 8/10 “no he hecho deposiciones hace 3 días” “sufro de presión alta”, “no puedo sentarme ni caminar”, “no puedo caminar ni siquiera para ir al baño” “tengo miedo con lo que va a pasar”.

Por otro lado, se exploró la historia clínica del paciente, un documento legal, que permitió verificar la situación actual, es decir el estado de salud del paciente en estudio, se corroboro los datos de sus antecedentes personales y familiares, de ante mano permitió investigar el proceso de evolución, tratamiento.

2.2. Aspectos Éticos

Para la presente investigación se aplicó los siguientes principios éticos:

El respeto **a las personas**, se refiere a proteger los derechos de los individuos en el momento que por sí mismo no puedan hacerlo. Cuando

estén conscientes y defiendan sus derechos se tiene que obedecer sus percepciones. [24]

Beneficencia, trata sobre el manejo de acciones de bien hacia un individuo, que sean favorables y no causen daño. [24]

2.3. Planificación del cuidado(NIC)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES / ACTVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
(00132) Dolor agudo r/c agente lesivo físico m/p paciente refiere "me duele mi pierna "según EVA 8/10	Paciente disminuirá su dolor al término de las intervenciones de enfermería.	**(2102) Nivel del dolor** **Escala de medición** 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido **Indicadores:** **(210201) Dolor referido** (2-5) **(2101) Dolor: efectos nocivos** **Escala de medición** 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido **Indicadores**: **(210113) Movilidad física alterada** (1-3)	***(1400) MANEJO DEL DOLOR*** -Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor ***(2210) Administración de analgésicos*** -Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, específicamente con el dolor severo. Tramadol (50 mg)	El dolor es normal después de una fractura. Es subjetivo y se evalúa mejor en una escala numérica del 0 al 10 mediante la ubicación que son importantes para identificar la causa y molesticas. Debe evaluarse periódicamente para medir la eficacia de la terapia analgésica.[25] Para identificar el conocimiento que tiene el paciente sobre el dolor y que medidas toma (creencias) para calmarlo. El nivel de comprensión del paciente es importante porque mejora los resultados .[26] La administración de Tramadol actúa sobre células nerviosas

				aliviando el dolor.[27]
			Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas(relajación, musicoterapia, distracción, masaje)	-El masaje es una medida de confort que facilita la relajación y disminuye la tensión muscular.[28] -Las distracciones apartan la atención de la persona del dolor, hace que el paciente ignore el dolor por completo.[28] -La musicoterapia sirve para relajar y distraer al paciente de su dolor.[29]
			Posición Antálgica	Es la postura que la persona adquiere con el fin de aliviar o evitar dolor, aumenta la comodidad y disminuye el estrés del sistema musculoesquelético[30]

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES / ACTVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
(00108) Déficit de autocuidado: Baño r/c deterioro músculo esquelético m/p paciente refiere "no puedo caminar ni siquiera para ir al baño"	Paciente mejorará su actividad de autocuidado durante su estancia hospitalaria	(03001) Autocuidado: Baño **Escala de medición** 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido **Indicadores** **(030101) Entra y sale del cuarto de baño** (1-3)	**(1804) Ayuda al autocuidado: aseo** Considerar la edad del paciente fomentar las actividades de autocuidado Controlar la integridad cutánea del paciente **(1801) Ayuda con los autocuidados : baño / higiene** Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada	Teniendo en cuenta que el autocuidado es gasto de energía, en la persona adulta hay menos fuerza muscular.[31] Al momento del baño se debe observar si el paciente tiene algún tipo de lesión en la piel ,para detectar problemas y brindar intervenciones tempranas.[32] Se brinda el apoyo necesario al paciente motivándolo para que logre su cuidado hasta su recuperación.[32] Cuanta capacidad tiene la persona y si presenta limitaciones para realizar el autocuidado.[33]

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES / ACTVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
(00148) Temor r/c separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante m/p paciente refiere “tengo miedo con lo que va a pasar”	Paciente disminuirá el temor al término de las intervenciones de enfermería	**1404 Autocontrol del miedo** **Escala de medición** 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado **Indicadores** **(140407) Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo** : (3-1) **(140417) Controla la respuesta del miedo** (3 -1)	***(5440)Aumentar los sistemas de apoyo*** Observar la situación familiar actual ***(5230) Aumentar el afrontamiento*** Alentar la manifestación de sentimientos ,percepciones y miedos	El trato de la familia hacia con una persona que está sujeta a su cuidado, influirá en que la persona estará motivada a seguir adelante.[37] Son las conductas a través de las cuales nos manifiestan la situación en la que se encuentra su estado de ánimo.[38]

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES / ACTVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
(00011) Estreñimiento r/c actividad física insuficiente m/p paciente refiere “no hago deposiciones hace 3 días”	Paciente mejorará la frecuencia de eliminación al término de las intervenciones de enfermería	**(05001) Eliminación intestinal** **Escala de medición** 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido **Indicadores** **(050110) Estreñimiento** (2 - 5)	***(5614) Enseñanza : dieta prescrita*** -Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita -Explicar el propósito de la dieta ***(0450) Manejo del estreñimiento*** Vigilar la aparición de signos y síntomas del estreñimiento Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra, si procede ***(0410) Cuidados de la incontinencia intestinal:*** Controlar la dieta y las necesidades de líquidos	Saber cuánto conocimiento tiene el paciente sobre la dieta que recibe ,con el objetivo de que comprenda que es lo que se quiere lograr en un periodo de tiempo.[39] La aparición de signos clínicos nos da una respuesta más exacta ante el problema.[40] Es importante instruir al paciente en la dieta rica en fibra para mejorar su ritmo defecatorio.[41] Volumen necesario, ya que la fibra actúa mejor cuando absorbe agua.[42]

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES / ACTVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
(00085) Deterioro de la movilidad física r/c deterioro músculo-esquelético m/p paciente refiere “no puedo sentarme ni caminar ”	El paciente mejorará el movimiento de extremidades inferiores durante su estancia hospitalaria	: (**0208)Movilidad** **Escala de medición** 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido **Indicadores** **(020806) Ambulación** (1 -3)	***(0910) Inmovilización*** Mover la extremidad lesionada lo menos posible (0940) Cuidados de tracción/inmovilización Vigilar la circulación, movimientos y sensibilidad de la extremidad afectada ***(1800) Ayuda al autocuidado*** Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados ***(0740) Cuidados del paciente encamado*** Cambiarlos de posición, según lo indique el estado de la piel	Esto ayudará a mantener reposo, cuyo cuerpo debe mantenerse alineado por miedo a una complicación.[34] Es importante vigilar la circulación y movimientos en la extremidad afectada porque cuando la sangre no llega al tejido, el tejido muere.[35] Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado. Por ello es necesario el apoyo de enfermería hasta que la persona asuma su cuidado.[36] Es importante para disminuir el riesgo de lesiones en la piel y promover la integridad de la misma. Aliviando la presión y la incomodidad.[32]

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES / ACTVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
(00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos	Paciente estará libre de infección en el punto de inserción de la vía endovenosa en el transcurso de su hospitalización	(1924) control de riesgo: proceso infección. **Escala de medición** 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado **Indicadores** **(192402) reconoce las consecuencias personales asociadas de la infección** (1- 5) **(192411) Mantiene un entorno limpio** (1-5)	**6540 control de infección** Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías. Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos.	Realizar una adecuada higiene para evitar contagiarse con los microorganismos.[43] La higiene en toda labor asistencial es primordial para reducir transmisión cruzada de agentes infecciosos como también IAAS.[44] Así se evita la transferencia del microorganismos.[44] La utilización de guantes para evitar la transmisión cruzada de microorganismos ,no reemplazando el lavado de manos.[45] Una incisión roja,edematizada y con secreciones es signo de infección.[46]

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES / ACTVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
(0004) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física	Paciente estará libre de deterioro de la integridad la piel durante su estancia hospitalaria	**(1101)Integridad tisular :piel y membranas mucosas** **Escala de medición** 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido **Indicadores** **(110115) Lesiones cutáneas** (1-4) **(110119)Descamación cutánea** (1-4)	***(3540)Prevención de úlceras por presión*** Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden) ***(3590) Vigilancia de la piel*** Vigilar el color y la temperatura de la piel ***(0740) cuidados del paciente encamado*** Mantener la ropa de cama limpia ,seca y libre de arrugas (***6550) Protección contra infecciones*** Inspeccionar la existencia de enrojecimiento , calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas	Es necesario inspeccionar la piel todos los días y en muchas ocasiones, en cada turno que se atiende al paciente para de forma temprana detectar la presencia de una lesión de la piel .[47] Escala de Braden es importante para la predicción del riesgo de úlceras por presión para evitar esta complicación en los pacientes y disminuir su estancia hospitalaria.[48] Vigilar si hay cambio de coloración o si la T° aumenta puede relacionarse con infección. Ya que esta es una respuesta de adaptación que disminuye la reproducción de microbios[49] Es importante porque las sábanas que frotan la piel crean fricción y estas pueden producir rupturas permitiendo que microorganismos ingresen.[32] Valorar la piel que esté intacta, que tenga una apariencia normal descarta algún tipo de infección.[32]

III. RESULTADO

Se tuvo como objetivo principal, brindar cuidados de enfermería a un adulto mayor con diagnóstico de fractura intertrocantérica, mediante una interacción directa con el paciente. La etapa de vida por la que cursa es vulnerable y mayormente dependiente a la familia o a la persona cuidadora.

Cabe mencionar que los cuidados ofrecidos fueron indispensables para identificar y satisfacer necesidades básicas de la persona en estudio, también se brindó orientación y consejería al cuidador.

Se estableció una relación entre enfermera-paciente y también con su entorno familiar. Mediante el cual se interactuó de manera fluida, con escucha activa para que la persona exprese sus emociones y las necesidades que presentaba. Se fortaleció el vínculo familiar con el paciente y se concientizó a la familia para que se involucre en los cuidados del individuo y así garantizar su recuperación

Al identificar necesidades alteradas en el paciente, se obtuvieron 7 diagnósticos de enfermería.

En relación al primer diagnóstico, cuyo objetivo fue: Paciente disminuirá su dolor al término de las intervenciones de enfermería por medio de los cuidados de enfermería.

De acuerdo a Lemone y Burk en su libro Enfermería medico quirúrgica manifiesta que en el cuadro clínico de fractura de cadera se encuentra como síntoma principal el dolor en la zona afectado evidenciando también un acortamiento de la extremidad, inflamación entre otras.[3]

La paciente en estudio presentaba dolor en miembro inferior clasificándola según la escala de valoración del dolor 8/10.Las intervenciones prioritarias fueron: realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, duración, frecuencia, intensidad.

Administrar los analgésicos a la hora adecuada por indicación médica en este caso fue Tramadol.

Las intervenciones estuvieron orientadas a disminuir el dolor del paciente, logrando un 90% del NOC programado. Por medio de la valoración sobre la localización del dolor y la administración del analgésico para disminuir la dolencia del paciente en la parte afectada se logró un adecuado manejo de este diagnóstico enfermero.

En cuanto al segundo diagnóstico, cuyo objetivo es: Paciente mejorará su actividad de autocuidado durante su estancia hospitalaria.

Según Orem manifiesta que la persona es capaz de realizar su cuidado personal de manera eficaz, pero cuando existe un problema de salud este se ve afectado, el cual necesita de ayuda para realizarlo. [4]

A ello se aplicaron los cuidados de enfermería de manera eficaz empleando intervenciones que incentiven a la persona a no abandonar su cuidado, proporcionándole siempre la ayuda necesaria para que se pueda hacer efectiva .Determinando así el tipo de ayuda que necesita y que los familiares también sean involucrados en ella.

Este diagnóstico fue alcanzado ya que la paciente al término de las intervenciones de enfermería realiza su cuidado personal durante la estancia hospitalaria, logrando un 90% del objetivo programada.

En cuanto al tercer diagnóstico, cuyo objetivo es: Paciente disminuirá el temor al término de las intervenciones de enfermería

La paciente se encontró temerosa, originado por el proceso de hospitalización que sufrió bruscamente por la fractura de cadera. No sabía que iba a pasar con ella, se sentía distinta en el ambiente donde estaba. Es por ello que se aplicaron los cuidados de enfermería mediante las siguientes intervenciones: se observó la situación actual de la familia ya que en muchos casos en esta etapa de vida se sienten

abandonadas o un peso para la familia. Mediante las intervenciones pertinentes y el cuidado humanizado de enfermería lograron en un 100% garantizar el confort y bienestar general.

En cuanto al cuarto diagnóstico, cuyo objetivo es: Paciente mejorará la frecuencia de eliminación al término de las intervenciones de enfermería a ello se le aplicarán los cuidados de enfermería de manera eficaz, empleando intervenciones como explicar sobre el propósito de la dieta, instruir al paciente acerca de la dieta rica en fibra y la vigilancia de signos y síntomas de estreñimiento. La cual por la misma condición de que el paciente está en cama no realiza movilidad física lo que ocasiona un estancamiento de materia fecal.
Al término de las actividades se logró la eliminación adecuada, mediante el cual se pudo solucionar con el actuar de enfermería y la capacidad de aprendizaje del paciente. Logrando que se cumpla con el 90% del objetivo programado.

En cuanto al quinto diagnóstico, cuyo objetivo es: El paciente mejorará el movimiento de extremidades inferiores durante su estancia hospitalaria. Teniendo en cuenta que la persona debe mover poco la extremidad afectada, se proporciona ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir sus autocuidados. También necesita el cambio de posición para evitar las ulceras por presión.

Al término de las intervenciones el paciente logró movilizar las extremidades inferiores de los cuales se evidenció una recuperación a comparación con la manera de ingreso de la paciente, logrando un 90% del objetivo programado.

En cuanto al sexto diagnóstico, cuyo objetivo es: Paciente estará libre de infección en la inserción de la vía endovenosa en el transcurso de su hospitalización. A través del cual se realizaron actividades e intervenciones para evitar que el paciente presente una infección:

Lavarse la manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente, limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado, garantizar una manipulación aséptica de todas las vías, instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos. Es por ello que al término de las intervenciones de enfermería el paciente estuvo libre de infección y se evitó que el paciente presente este problema logrando con el 100% del objetivo programado.

En cuanto al séptimo diagnóstico, cuyo objetivo es: Paciente no presentará deterioro de la piel. En la cual se trabajaron diversas actividades e intervenciones encaminadas a la prevención de infecciones como: registrar el estado de la piel, vigilar el color y la temperatura de la piel, mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas, inspeccionar drenaje en la piel y las membranas mucosas. La realización de estas actividades permitió que el paciente esté libre de deterioro de la integridad cutánea y se logró en un 100% el objetivo programado.

IV. CONCLUSIONES

El adulto mayor es una persona frágil por lo tanto está sujeta a una serie de riesgos que pueden afectar su salud. La edad avanzada es un factor que condiciona la presencia de fracturas de cadera en su gran mayoría. Los signos y síntomas de esta patología incluyen dolor agudo, pérdida de la función, acortamiento del miembro y edema localizado no todos están presentes. Por ello es importante que la paciente y la familia conozcan parte de la enfermedad para que aprendan a llevarla de una manera correcta y tengan los cuidados pertinentes, evitando complicaciones.

El dolor es un signo clínico presente en esta patología, el cual aumenta de intensidad hasta que se inmovilice la parte afectada, conllevando al paciente a manifestar dolor moderado.

Un adulto mayor con fractura de cadera es incapaz de asumir su cuidado, por lo tanto el autocuidado está en manos del entorno familiar, en el cual la familia debe de asumir el rol hasta que el paciente asuma dicha actividad.

La infección por procedimientos invasivos es un riesgo que tiene la persona por una ruptura de la piel para fines terapéuticos, se debe de manejar técnicas asépticas para evitar todo tipo de infecciones cruzadas.

El deterioro de la integridad cutánea es un problema que se presenta mayormente en pacientes encamados, causada esta por una fractura de cadera generándose un mayor riesgo a sufrir úlceras por presión.

REFERENCIAS

1. Instituto nacional de estadística e informática. Situación de la población adulta mayor.2018.Perú.Citado en agosto 2019.Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf

2. Ramirez R.Fractura de cadera en el adulto mayor:la epidemia ignorada en el Perú.2016 Citado 29 de setiembre 2019.Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000100004

3. Prado, L. et al.La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem. Cuba 2014 [Citado 25 de agosto 2019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004

4. Salusplay.Definición de Nanda [Citado 25 de setiembre 2019[. Disponible en: https://www.salusplay.com/blog/diccionario/que-es-nanda/

5. Lemone P , Burk K. Enfermería médico quirúrgico.14ª edición – Editorial Pearson Prentice Hall.Madrid-España.2019

6. Norton J. Trastornos gastrointestinales. Estreñimiento en adultos.2018 Citado 25 de setiembre 2019. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-gastrointestinales/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-digestivos/estre%C3%B1imiento-en-adultos

7. Gottau G. Beneficios del ejercicio sobre el aparato digestivo. Citado 29 de setiembre 2019.Disponible en: https://www.vitonica.com/wellness/los-beneficios-del-ejercicio-sobre-el-aparato-digestivo

8. Fundación Mapfre. Hemorroides, fisura anal y su repercusión. Citado 25 de setiembre 2019.Disponible en: https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/programas/seguridad-vial/movilidad-segura-salud/temas-conduccion-segura/trastornos-digestivos-metabolismo/hemorroide-fisura-anal.jsp

9. Lección web. Importancia de la movilidad física. Citado 20 de agosto 2019.Disponible en: http://nuryspachecoleccionweb.weebly.com/importancia-de-la-movilidad-fiacutesica.html?trackid=sp-006

10. Sanitas. Complicaciones de enfermos que pasan mucho tiempo en cama. Citado 21 de de agosto 2019. https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/control-patologias-cronicas/complicaciones-enfermos-cama.html

11. Prado L.La teoría Déficit de autocuidado. Citado 15 de junio 2019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004

12. Enfermería práctica. Aseo general del paciente encamado. Citado 14 de junio 2019.Disponible en: https://enfermeriapractica.com/procedimientos/aseo-general-del-paciente-encamado

13. Sanitas. La importancia de cuidar tu piel. Citado 20 de agosto 2019. Disponible en: https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/prevencion-salud/san004951wr.html

14. Real academia española. Definición de temor http://lema.rae.es/drae2001/srv/search?id=3i5yUK6JeDXX2JFV2T7Q

15. Greist J. Crisis de angustia y trastorno de angustia. Citado 20 de agosto de 2019.Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/crisis-de-angustia-y-trastorno-de-angustia

16. El miedo. Citado 15 de agosto 2019. Disponible en: https://www.imbanaco.com/el-miedo-la-emocion-que-se-convierte-en-un-sentimiento/

17. Trastorno de la ansiedad. Citado 15 de agosto 2019.Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/social-anxiety-disorder/symptoms-causes/syc-20353561

18. Dolor, definición, clasificación. Citado 1vasivo5 de setiembre 2019.Disponible en: http://www.comsegovia.com/paliativos/pdf/curso2014/sesion2/1%20DOLOR.DEFINI.DIAGINTERDISCIPLINAR.SESION2.pdf

19. Guía médica.Infección,causas, síntomas.2019 Citado 20 de octubre 2019.Disponible en: https://guiamedicafamiliar.com/infeccion/

20. MedlinePlus.Ditionary online. Junio 2019. Invasivo. Citado 25 de setiembre 2019.Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002384.htm

21. Infecciones de piel y heridas. Citado 26 de setiembre 2019.Disponible en: https://labtestsonline.es/conditions/infecciones-de-piel-y-heridas

22. MedlinePlus.Enciclopedia médica.Capas de la piel. Citado 28 de setiembre 2019.Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/8912.htm

23. Geriatría. Inmovilidad. Citado 26 de octubre 2019.Disponible en: http://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/medicina-interna/geriatria/284-1-07-1-013

24. Observatori de_Bioética I Dret. Informe Belmont. Barcelona. [Citado 10 Mayo 2019]Disponible en: http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf.

25. Moncada, A. Toma de decisiones clínicas en atención primaria. [Citado 18 de Mayo 2019]Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000400011

26. Guía de buenas prácticas clínicas. Valoración y manejo del dolor. 2013. [Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Pain_16_01_2015_-_3rd_Edition.pdf

27. Farma Store.Tramadol.[Citado 28 de Mayo 2019] Disponible en: https://farmastore.com.ve/inicio/244-tramadol-mk-50-mg-10-capsulas.html

28. Triaje Enfermería ciudad real. Medidas no farmacológicas para controlar el dolor en cuidados paliativos.[Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: https://www.enfermeriadeciudadreal.com/articulo_imprimir.asp?idarticulo=700&accion=

29. Dolor.com.La musicoterapia en el tratamiento del dolor.2016[Citado 27 de Mayo 2019] Disponible en: https://www.dolor.com/musicoterapia.html

30. Diccionario Médico. Clínica Universidad de Navarra. Posición Antálgica.[Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/posicion-antalgica

31. La importancia del autocuidado,también en personas con dependencia.[Citado 29 de Mayo 2019] Disponible en: http://educacionpapps.blogspot.com/2013/05/la-importancia-del-autocuidado-tambien_24.html

32. Gonzales R. Estrategias de enfermería para prevenir lesiones de piel en personas con riesgo de padecerlas. [Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/954/294

33. Sillas E. Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería.[Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf

34. Lesiones de pelvis, cadera y fémur. 2019[Citado 2 de Mayo 2019] Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/lesiones-pelvis-cadera-femur/
35. MedlinePlus.Osteonecrosis.[Citado 30 de Mayo 2019] Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007260.htm
36. Teorías de Dorotea Orem[Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: https://laestenosisaortica.wordpress.com/teorias-de-dorotea-orem-autocuidado/
37. Zomeño G. Incorporación del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios.[Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/47031/1/tesis_ginesa_zome%C3%B1o_ros.pdf
38. García J. La educación emocional, su importancia en el proceso de aprendizaje.[Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/440/44023984007.pdf
39. Vidal A. Información de medicamentos al paciente y mejora del cumplimiento del tratamiento.[Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/erroresmedicacion/023.pdf
40. Cuídateplus.Estreñimiento.2015[Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/estrenimiento.html
41. Importancia de la inclusión de fibra en nuestra dieta.[Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: https://www.hola.com/cocina/nutricion/2011053152824/dietas-fibra-importancia/
42. Nutrición y comida saludable.[Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/fiber/art-20043983
43. Medidas para contrarrestar los gérmenes.[Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/prevention/Paginas/Germ-Prevention-Strategies.aspx
44. Diomedi ,A. Chacón ,E. Antisépticos y desinfectantes: apuntando al uso racional[Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v34n2/art10.pdf
45. Toribio R. Higiene de manos en los centros sanitarios.[Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/Extremadura/hm_centrossanitarios_doc_directivos.pdf

46. OMS. Prevención y control de las infecciones. [Citado 2 de Junio 2019] Disponible en: https://www.who.int/antimicrobial-resistance/global-action-plan/infection-prevention-control/es/
47. Gonzales R. Hernández Y. Estrategias de enfermería para prevenir lesiones de piel en personas con riesgo de padecerlas. Bogotá D.C,Colombia.[Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/954/294
48. Blumel J. Tirado K.Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión. [Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000500009
49. Valenzuela A. El porqué de la fiebre[Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: http://www.rtve.es/noticias/20110506/tenemos-fiebre/430630.shtml
50. Balbás V. Gómez A. Proceso de Atención de enfermería en las caídas del paciente geriátrico.[Citado 25 de Mayo 2019] Disponible en: http://www2.enfermeriacantabria.com/web_cursosenfermeria/docs/MODULO_2.pdf