

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN
EL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS
2 Y ULCERA POR PRESIÓN EN EL HOSPITAL
REGIONAL LAMBAYEQUE. 2019.**

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

Autora:

Bach. Torres Vasquez, Eliseth Marilli

Asesor:

MSc. Juan Miguel Velásquez Caro

Línea de investigación:

Ciencia de la vida y cuidado de la salud humana.

Pimentel - Perú

2019

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO
MAYOR CON DIABETES MELLITUS 2 Y ULCERA POR
PRESIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL. 2019.**

PRESENTADO POR:

TORRES VASQUEZ ELISETH MARILLI

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán

Para optar el grado académico de:

BACHILLER EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mg. Gladys Del Rosario Perleche Fuentes
Presidenta

Mg. Rosa Luz Villafranca Velásquez
Secretaria

Mg. Silvia Marcela Rivas Parraguez
Vocal

DEDICATORIA

Le dedico ante todo a Dios, por permitirme cumplir con mis ideales. A mis padres Cristóbal y Miguelina, porque ellos siempre están a mi lado brindándome su apoyo y consejos para hacer de mí una mejor persona.

A mi abuelito Roberto, que me cuida desde el cielo, quien fue mi inspiración para realizar este estudio.

A mi querido esposo por su amor, confianza y brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente. Y a ti hijito Dayvi por ser mi motivo e inspiración de mi vida.

Eliseth Torres.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Señor de Sipán, por la oportunidad que nos brinda en el desarrollo y crecimiento profesional.

A mis profesores, porque sencillo no ha sido el proceso, pero gracias por sus conocimientos y dedicación, logrando así importantes objetivos trazados.

A mi jurado, personas de gran sabiduría, quienes se han esforzado por ayudarme a finalizar mi proceso de investigación.

Al Hospital Regional Lambayeque, por permitirme realizar mi trabajo de investigación, el mismo por brindarme todas las atenciones e información brindada a lo largo de esta indagación.

Eliseth Torres.

RESUMEN

El Proceso de Atención de Enfermería es la aplicación del método científico en la práctica diaria, comprende cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. La presente investigación se pone en práctica el proceso de cuidado de enfermería a una adulta mayor de 73 años de vida, sexo femenino, hospitalizada en el Servicio de Medicina, del Hospital Regional Lambayeque. Con diagnóstico médico: úlcera por presión/ HTA (Controlada) y Diabetes Mellitus tipo 2. El modelo teórico que sustenta es el cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, llevando a cabo una valoración completa del adulto mayor y su cuidado. En la fase de valoración se observó cabello sucio y grasoso, ventilando espontáneamente, piel y mucosas orales secas y catéter en miembro superior izquierdo. Así mismo en la entrevista paciente refiere: “me duele mucho mi herida, según escala EVA 6/10”. En la etapa diagnóstica se identificó como principal problema: Deterioro de la integridad cutánea r/c presión sobre las prominencias óseas m/p una flictena abierta de aproximadamente 2cm. en la región sacra, sin esfácelos, exudado escaso, con presencia de un apósito y escala de Norton de 12 pts. Por tanto, se concluyó que, enfermería tiene un papel decisivo en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión y en diabetes mellitus; es fundamental fomentar el autocuidado para conseguir una mejoría en la calidad de vida del paciente y así conseguir la resolución de la misma en el menor tiempo posible, reduciendo costes directos e indirectos, tanto humanos como materiales.

Palabras claves: Jean Watson, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, úlcera por presión, cuidado de enfermería.

ABSTRACT

The Nursing Care Process is the application of the scientific method in daily practice, it comprises five stages: Assessment, Diagnosis, Planning, Execution and Evaluation. The present investigation puts into practice the process of nursing care for an adult over 73 years of age, female, hospitalized in the Medicine Service, of the Lambayeque Regional Hospital. With medical diagnosis: pressure ulcer / AHT (Controlled) and Type 2 Diabetes Mellitus. The theoretical model that sustains is the humanized nursing care according to the theory of Jean Watson, carrying out a complete assessment of the elderly and their care. In the evaluation phase, dirty and oily hair was observed, spontaneously ventilating, dry oral skin and mucous membranes and catheter in the upper left limb. Also in the patient interview, he says: "My wound hurts a lot, according to the EVA 6/10 scale". In the diagnostic stage, the main problem was identified: Skin integrity deterioration r / c pressure on the bony prominences m / p open flictena of approximately 2cm. in the sacral region, without spreading them, scarce exudate and with a dressing. Therefore, it was concluded that nursing plays a decisive role in the prevention and treatment of pressure ulcers and diabetes mellitus; It is essential to promote self-care to achieve an improvement in the patient's quality of life and thus achieve resolution in the shortest possible time, reducing direct and indirect costs, both human and material.

Keywords: Jean Watson, Type 2 diabetes mellitus, Hypertension, Pressure ulcer, nursing care.

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN.....	01
1.1.	Valoración de Enfermería.....	02
1.2.	Valoración por dominios.....	03
1.3.	Formulación del diagnóstico según NANDA.....	07
1.4.	Análisis de confrontación.....	08
II.	MATERIAL Y MÉTODO.....	18
2.1.	Instrumentos utilizados en la recolección de datos	18
2.2.	Aspectos éticos	19
2.3.	Planificación: NIC	20
III.	RESULTADO Y DISCUSIÓN	36
IV.	CONCLUSIONES	42
	REFERENCIAS.....	44

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El proceso del cuidado enfermero tiene como principal objetivo centrarse de forma individualizada en las necesidades del paciente, familia y comunidad (1).

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente². Es sabido que el cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas.

El presente trabajo de investigación se pone en práctica el proceso de cuidado de enfermería aplicado a una adulta mayor de 73 años de vida, sexo femenino, quien se encontró hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Lambayeque. Con diagnóstico médico: úlcera por presión / HTA (Controlada) y Diabetes Mellitus tipo 2; cuyo propósito fue detectar e identificar problemas reales o potenciales del paciente y así evitar posibles complicaciones.

Así mismo, en la etapa diagnóstica se identificaron 5 diagnósticos principales: Dolor agudo (00132), Deterioro de la integridad cutánea (00046), Obesidad (00232), Interrupción de los procesos familiares (00060), Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179), Riesgo de infección (00004).

El estudio se realizó a través de la metodología del proceso de atención de enfermería bajo el enfoque Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson llevando a cabo una valoración completa del adulto mayor y su cuidado, el cuidado humanizado se convierte en una filosofía de vida aplicada en la práctica profesional de enfermería, siendo así una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera - paciente. De tal forma que el profesional de enfermería tiene el compromiso científico, filosófico y moral, hacia la

protección de la dignidad y la conservación de la vida, mediante un cuidado humanizado en los pacientes (3).

A continuación, se presenta el caso en estudio en donde se empieza por valorar los datos significativos recogidos a través de la observación y la entrevista familiar; posteriormente se analiza y diagnostica las necesidades prioritarias principalmente del adulto mayor, planificando las actividades, resultados y conclusiones de las mismas.

1.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Historia de Salud de Enfermería. Valoración individual.

DATOS DE FILIACIÓN

- 1. Nombre** : Lastenia Torres Sánchez
- 2. Edad** : 73 años
- 3. Etapa de la vida** : Adulto Mayor
- 4. Fecha de Nacimiento** : 18 de Junio del 1946
- 5. Sexo** : Femenino.
- 6. Estado Civil** : Casada
- 7. Número de Hijos** : 2
- 10. Lugar de Nacimiento** : Miracosta Chota
- 11. Religión** : Católica
- 12. Motivo de ingreso** : Paciente manifiesta dolor en espalda y postrada en cama hace 3 semanas.
- 13. Diagnóstico** : Úlcera por presión grado II
HTA (Controlada)
Diabetes Mellitus 2
- 14. Antecedente patológico** : HTA, DIABETES
MELLITUS 2
- 15. Antecedentes familiares:** Nuclear

16. Saneamiento básico : Cuenta con agua y desagüe.

1.2. VALORACIÓN POR DOMINIOS

Dominio 1: Promoción de la salud

Mujer de 73 años de edad, adulta mayor.

Aspecto físico: descuidada, cabello sucio y grasoso

Ocupación: ama de casa

Grado de instrucción: primaria completa

Dominio 2: Nutrición

Temperatura: 36.8 °C

Peso: 81.3 kg.; Talla: 1.58cm; IMC: 32,6%

Dieta: hipoglúcida

Piel y mucosas orales: secas

Hemoglobina: 12.54 gr/dl

Dominio 3: Eliminación e Intercambio

N^a de diuresis: 5 veces al día

Deposiciones: normal

Respiración: 20 x´

Dominio 4: Actividad y Reposo

Frecuencia Cardiaca: 98x´

Respiración: Normal

Saturación O₂: 96%; P A: 130/70mmHg

Actividad laboral: inactivo

Horas de sueño: 6 horas

Dominio 5: Percepción/ Cognición

Orientación: orientado en persona, tiempo y espacio. No presenta ninguna alteración o trastorno a nivel neurológico.

Dominio 6: Autopercepción

Aceptación al tratamiento: Si

Participación en el cuidado: Si

Dominio 7: Rol Relaciones

Tiene 2 hijas; Vive con su esposo, una hija y nietos

Reacción de la familia a la enfermedad/hospitalización: hijas y esposo preocupados por la situación

Dominio 8: sexualidad

Manifiesta tener mucho cariño por su esposo y lo extraña.

Dominio 9: afrontamiento/tolerancia al estrés

Estado de tensión/ansiedad: temporal

Factor desencadenante del estrés: preocupada por su situación

Dominio 10: principios vitales

Manifiesta que cree en Dios.

Costumbres religiosas y/o familiares: asistía todos los domingos a la iglesia de su localidad.

Dominio 11: Seguridad y Protección

Piel: se evidencia una flictena abierta de aproximadamente 2cm. en la región sacra, sin esfácelos, exudado escaso, con presencia de un apósito y escala de Norton de 12 pts.

Presencia de catéter en miembro superior izquierdo.

Dominio 12: confort

Adulta mayor se encuentra despierta y quejumbrosa al movimiento, en posición decúbito lateral. Refiere: “me duele mucho mi herida, según escala EVA 6/10”.

SITUACIÓN PROBLEMA.

Adulto mayor con iniciales L.T.S de 73 años de edad, sexo femenino, procedente de Miracosta Chota, hospitalizada hace 21 días, en el Servicio Medicina Interna en la cama N° 313 B; del Hospital Regional Lambayeque. Con diagnóstico médico: úlcera por presión / HTA (controlada) /Diabetes Mellitus tipo 2; en compañía de un familiar.

Se encuentra despierta, consciente en tiempo, espacio y persona, con facie de preocupación y quejumbrosa al movimiento; en posición decúbito lateral.

Al examen físico se observa cabello sucio y grasoso, ventilando espontáneamente, piel y mucosas orales secas, catéter en miembro superior izquierdo. Se evidencia una flictena abierta de aproximadamente 2cm. en la región sacra, sin esfácelos, exudado escaso, con presencia de un apósito y escala de Norton de 12 pts.

Al control de funciones vitales: PA: 130/70mmHg; FC: 98x'; FR: 20x'; T⁰: 36.8⁰C; SO₂: 96%

Medidas antropométricas: Peso: 81.3kg, Talla: 1.58cm, IMC: 32,6%

A la entrevista Paciente refiere: “me duele mucho mi herida, según escala EVA 6/10”. “Extraño a mi esposo y nietos, ojala pronto salga del hospital”

La hija refiere: “me siento preocupada por la salud de mi madre”.

A la valoración de Cruz roja: 4 puntos

Actualmente está recibiendo tratamiento médico:

- Reposo
- Dieta hipoglucida
- Insulina R7 UI 3 veces al día ½ hora antes de D, A, C. SC
- Dextrosa 5% (H) + 2 + (K) 1 + Visyneral 1 amp. a 15 gts

- Clindamicina x 600mg Ev c/8hrs
- Tramadol 50mg PRN. SC
- Omeprazol 20mg V.O c/24

Al recolectar datos en la Historia Clínica se observa exámenes de laboratorio:

Hemograma completo:

- Hemoglobina: 12.54 gr/dl
- Hematocrito: 38.00%

Glucosa: 215 mg/dl

Examen de orina:

- Leucocitos: 8.500 mm³

1.3. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SEGÚN NANDA

- **Diagnóstico 1:**

Dolor agudo (00132) r/c lesiones por agentes físicos **m/p** quejumbrosa al movimiento; refiere “me duele mucho mi herida, según escala EVA 6/10”.

- **Diagnóstico 2:**

Deterioro de la integridad cutánea (00046) r/c presión sobre las prominencias óseas **e/p** una flictena abierta de aproximadamente 2cm. en la región sacra, sin esfácelos, exudado escaso, con presencia de un apósito y escala de Norton de 12 pts.

- **Diagnóstico 3:**

Obesidad (00232) r/c sedentarismo > 2 h/día **e/p** Peso: 81.3kg; Talla: 1.58cm; IMC: 32.6%

- **Diagnóstico 4:**

Interrupción de los procesos familiares (00060) r/c crisis situacional **m/p** extraño a mi esposo y nietos, ojala pronto salga del hospital.

- **Diagnóstico 5:**

Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) r/c conocimientos insuficiente sobre el manejo de diabetes.

- **Diagnóstico 6:**

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

1.4. ANÁLISIS DE CONFRONTACIÓN

El presente Proceso de Atención de Enfermería titulado “Adulto mayor con Diabetes mellitus 2 y úlcera por presión en el Hospital Regional Lambayeque. 2019”; estuvo basado en la teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson, sustenta la necesidad de integrar sus preceptos teóricos en las diferentes esferas del quehacer enfermero, gestión, asistencia, formación, docencia e investigación. El cuidado transpersonal es una forma singular que aborda el enfermero es una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana, lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica (4).

El dolor es considerado como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial, puede clasificarse como agudo o crónico; el dolor agudo es la consecuencia inmediata de la activación de los sistemas nociceptivos, tiene función de protección biológica (alarma a nivel del tejido lesionado), los síntomas psicológicos son escasos y limitados a una ansiedad leve. Mientras que el dolor crónico, no posee una función protectora, y más que un síntoma se considera como una enfermedad (5).

El dolor fisiológico se inicia en las fibras sensoriales nociceptoras especializadas de los tejidos periféricos, activadas sólo por estímulos nocivos. La afluencia sensorial generada por los nociceptores, activa las neuronas de la médula espinal que se proyectan al córtex por vía talámica provocando dolor. La señal del nociceptor también activa e incrementa el reflejo de retirada y la respuesta emocional, autonómica y neurohumoral⁵. Así mismo el dolor se produce por un proceso llamado transducción: es el proceso por el cual el estímulo nocivo periférico se transforma en un estímulo eléctrico, esto se lleva a cabo en los receptores sensoriales, llamados nociceptores, son las terminaciones periféricas de las fibras aferentes sensoriales primarias (6).

Además, la procedencia del dolor se distingue en sus manifestaciones clínicas según su fisiopatología: dolor Nociceptivo está causado por la activación los nociceptores A- δ y C en respuesta a un estímulo nocivo sobre los tejidos corporales, que puede ser secundario a una lesión, enfermedad, inflamación, infección ó cirugía; el funcionamiento del sistema nervioso es correcto, es una respuesta fisiológica a una agresión. Y dolor Neuropático es una descripción clínica (y no un diagnóstico), se produce como resultado de un daño en las fibras nerviosas, emanando el impulso de dolor de las propias estructuras neuronales en lugar de las terminaciones nerviosas estimuladas. Los neurotransmisores del dolor activan la neurona de segundo orden vía los receptores correspondientes, esta neurona cruza la medula espinal al lado contralateral, y viaja por el haz espinotalámico hasta alcanzar el tálamo; en el tálamo se activa la neurona de tercer orden, y viaja a la corteza somatosensorial, la cual percibe el dolor (6).

La utilización de escalas tiene el objetivo de evaluar, reevaluar y permitir comparaciones en el dolor, teniendo su aplicación fundamental en la valoración de la respuesta al tratamiento, más que en la consideración «diagnóstica» del dolor. Por lo tanto, los instrumentos diseñados para medir el dolor son subjetivos, los hay que miden una única dimensión y los hay multidimensionales. En este caso se ha utilizado EVA: es el método subjetivo más empleado por tener una mayor sensibilidad de medición, requiere mayor capacidad de comprensión y colaboración por parte del paciente. Consiste en una línea recta o curva, horizontal o vertical, de 10 cm de longitud. En los extremos se señala el nivel de dolor mínimo y máximo, el paciente debe marcar con una línea el lugar donde cree que corresponde la intensidad de su dolor (7).

Hay que remarcar que incluso breves periodos de estimulación dolorosa pueden producir cambios neuronales, que contribuirán en el desarrollo de estados de dolor crónico, por lo tanto, cada vez más se está prestando más atención en la prevención y el tratamiento agresivo de dolor agudo para reducir las complicaciones, incluyendo la progresión del dolor agudo a dolor crónico, un ejemplo muy demostrativo es el manejo de dolor postoperatorio (8).

Se concluye con el diagnóstico de enfermería: dolor agudo (00132) r/c lesiones por agentes físicos m/p quejumbrosa al movimiento; refiere “me duele mucho mi herida, según escala EVA 6/10”.

La piel consta de tres capas bien diferenciadas: epidermis, es la más superficial, delgada y muy celular; otra es la dermis, es mucho más gruesa, está constituida por tejido conjuntivo que es atravesado por numerosos vasos y nervios y en esta se localizan los anejos cutáneos; y la hipodermis, es la capa más profunda, está constituida por un tejido adiposo que también se conoce como tejido subcutáneo graso. La piel es un órgano que presenta una amplia variedad de funciones, incluyendo la protectora, la termorreguladora, la sensitiva, la secretora, la inmunológica, la producción de vitamina D y la excretora (9).

Cuando la piel se altera se produce las úlceras por presión, que es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros⁹. Es un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.

Simultáneamente todos los pacientes deber ser evaluados mediante escalas de valoración de riesgo con el objetivo de iniciar cuanto antes las medidas de prevención; este riesgo debe ser revalorado a intervalos periódicos y cuando se produce algún cambio en el nivel de actividad o movilidad. La escala de Braden y la escala de Norton son los instrumentos más utilizados para identificar a los pacientes de edad avanzada con riesgo de desarrollar úlcera por presión (10).

La localización y número de lesiones: son los trocánteres, el sacro, glúteos y talones son las localizaciones más frecuentes. Por otro lado un enfoque importante es el Estadio I: es eritema cutáneo que no palidece; en paciente de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local. En el Estadio II: es una úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial; pérdida de piel de espesor parcial que involucra la epidermis, dermis o ambas. Así mismo en el Estadio III: es la pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente. Y por último en el Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con

destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén. En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con caverna o trayectos sinuosos (11).

Las UPP se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado; la presión capilar máxima se cifra en torno a los 20 mm Hg, y la presión tisular media entre los 16-33 mm Hg. Es decir las presiones superiores ejercidas sobre un área concreta durante un tiempo prolongado desencadenan un proceso isquémico que, si no se revierte a tiempo, origina la muerte celular y su necrosis. Entre los principales factores que contribuyen al desarrollo de esta enfermedad es: Presión, la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel; debido a la gravedad, provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los tejidos y necrosis si continúa. Otro factor la fricción, es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre; la humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel. Y por último de pinzamiento vascular, combina los efectos de presión y fricción; por ejemplo, la posición de Fowler que provoca presión y fricción en sacro (12).

Además del mecanismo de isquemia presión, existen múltiples factores que contribuyen en el proceso, disminuyendo la tolerancia tisular y creando las condiciones para que se genere la úlcera, estos factores pueden ser extrínsecos: maceración, incontinencia, transpiración, exudado de la herida producen un exceso de humedad de la piel; fricción: el roce con otra superficie daña la epidermis y causa abrasiones superficiales; fuerzas cortantes o cizallamiento. Y los factores intrínsecos son: edad, nutrición, movilidad, hipoxia tisular, mala higiene, anemia, entre otros (13).

Los riesgos que pueden asociarse a las úlceras son, locales, es decir originadas por la progresión de la necrosis llegando a afectar a las articulaciones y originar fístulas y hemorragias graves. Otra es la infección se deberá sospechar en toda úlcera grado III y IV y en las superficiales con enrojecimiento de la piel en la zona que rodea la úlcera o la supuración de la herida, junto con el dolor. En la sistémica, debemos destacar la anemia, sepsis, amiloidosis secundaria, endocarditis, tétanos, carcinoma de células escamosas, fístulas, complicaciones del tratamiento. Otra de las

complicaciones son las secundarias que puede condicionar son de origen económico, como la mayor estancia hospitalaria y el aumento del costo asistencial; y otras de tipo clínico, como el retardo en la recuperación y rehabilitación, las infecciones nosocomiales y la iatrogenia (14).

Se concluye con el diagnóstico de enfermería: (00046) deterioro de la integridad cutánea r/c presión sobre la prominencias óseas e/p una flictena abierta de aproximadamente 2cm. en la región sacra, sin esfácelos, exudado escaso, con presencia de un apósito y escala de Norton de 12 pts.

La obesidad es una enfermedad por desequilibrio calórico que deriva de una ingesta excesiva de calorías por encima del gasto energético, conllevando un exceso de peso corporal. Clásicamente se ha definido la obesidad como el exceso de tejido adiposo de magnitud suficiente para afectar a la salud (15).

El adipocito es la principal célula del tejido adiposo y está especializada en almacenar el exceso de energía en forma de triglicéridos en sus cuerpos lipídicos (siendo la única célula que no puede sufrir lipotoxicidad), y liberarlos en situaciones de necesidad energética. Además, desde su descubrimiento como célula endocrina sabemos que el adipocito desempeña un rol activo tanto en el equilibrio energético como en numerosos procesos fisiológicos y metabólicos. Con todo, leptina y adiponectina siguen siendo las adipoquinas más estudiadas actualmente, intentando avanzar en una comprensión más profunda de su desempeño a nivel general y en la obesidad. La obesidad ha sido asociada con una perturbación en el perfil secretador, tanto del tejido adiposo como del adipocito, observando así, una alteración en el ratio leptina/adiponectina. Por tanto, en un contexto de lipo-inflamación se observa un aumento de los niveles séricos de leptina acompañados de una disminución de adiponectina que no se corresponde con los niveles de tejido graso (16).

Por lo general, la obesidad es producto de una combinación de causas y factores que contribuyen a ella, entre ellos: genéticos, estilos de vida de la familia, inactividad e inmovilización, dieta poco saludable, tratamientos farmacológicos, edad, embarazo, insomnio, factores socioeconómicos y entre otros. Afectando gravemente la salud de la persona tanto físicamente como psicológicamente (16).

La obesidad tiene efectos adversos graves en la salud, con aumento de la mortalidad como es la resistencia a la insulina y diabetes mellitus tipo 2; del mismo modo aparece un hiperinsulinismo y una resistencia a la insulina que aumentan con el incremento de peso, el 80% de los casos de DM2 se atribuyen a la obesidad. Mientras que la resistencia a la insulina está relacionada con la grasa intraabdominal. Aunque en los obesos la resistencia a la insulina es muy frecuente, la mayoría de los obesos no padece diabetes, ya que se necesitan otros factores adicionales (17).

Otro factor importante es la Dislipemia y dislipoproteinemia: elevación preprandial de los triglicéridos y de los ácidos grasos, disminución de las HDL y elevación de las LDL, llevando a un aumento del riesgo de infarto cardiaco y con acontecimientos cerebrovasculares. Y complicaciones cardiovasculares: incluye hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardiaca congestiva y enfermedad tromboembólica (17).

Así mismo, la obesidad se asocia también a la hipertensión arterial, con un aumento de la resistencia vascular periférica y del gasto cardíaco por aumento del tono simpático vascular, una mayor sensibilidad a la sal y retención de ésta mediada por insulina. Concentraciones elevadas de insulina estimulan la síntesis de endotelina con actividad vasoconstrictora. Además el tejido adiposo secreta sustancias vasoconstrictoras como la angiotensina II (18).

Se concluye con el diagnóstico de enfermería: Obesidad (00232) r/c sedentarismo > 2 h/día e/p Peso: 81.3kg; Talla: 1.58cm; IMC: 32.6%.

La familia constituye el principal contexto del desarrollo humano, es decir, es el ámbito en el que tienen lugar los principales procesos de socialización y desarrollo de niñas y niños. En este sentido, es bien conocida la influencia e importancia que tiene lo que ocurre dentro de la familia de cara a comprender el desarrollo de los niños(as). No obstante, la familia no es sólo un escenario de desarrollo para los más jóvenes, sino también para los adultos que en ella conviven. La familia constituye un contexto esencial tanto para la construcción del desarrollo individual de todos y cada uno de sus miembros, como para servir de punto de encuentro intergeneracional, donde mediante las interacciones que se establecen entre los

progenitores y sus hijas e hijos, los adultos ponen en marcha un proyecto vital de educación y socialización de los miembros más jóvenes del sistema (19).

Cada familia experimenta una serie de acontecimientos que contribuyen de manera esencial a configurar la trayectoria que va a definir su evolución, la mayoría de estos acontecimientos tienen que ver con cambios impactantes que suelen afectar a la configuración familiar. Por tanto, La enfermedad de uno de los miembros provoca cambios en el ritmo normal de la vida familiar, como una serie de respuestas adaptativas por parte de todos sus miembros, que les permitió seguir funcionando.

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, entre otros.

En caso de enfermedad aguda - grave se puede observar que el grado de desajuste es muy grande, dada la necesidad de cambios homeostáticos en breves lapsos, generalmente de corta duración, ya sea por la rehabilitación del enfermo o por su muerte, en cuyo caso la familia se enfrentará al duelo que, en muchos casos será merecedor de apoyo terapéutico especializado En la actualidad, el proceso salud - enfermedad se ve como un todo, donde la psiquis actúa como instancia reguladora del comportamiento, constituye un eslabón del mecanismo interno de producción de las enfermedades (20).

La eclosión de la enfermedad en la familia genera una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la cual se le añaden valores, costumbres, y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla. En función de este proceso se generan una serie de respuestas adaptativas que pueden ser funcionales o disfuncionales, que pudieran llevar a mayor estrés en la familia y a una crisis todavía más severa (21).

Factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia, además del procesamiento de la enfermedad por la familia y del tipo de respuesta que ésta

genere, existen otros factores que intervienen en el impacto familiar de la enfermedad, como son: etapas de ciclo vital, flexibilidad o rigidez de los roles familiares, cultura familiar, nivel socioeconómico, comunicación familiar²¹. Así mismo, ocasionado síntomas familiares durante este proceso de la enfermedad como: aislamiento y abandono, conflicto de roles y límites, conflictos de pareja, problemas económicos, síndrome del cuidados, negación y cólera, entre otros.

Se concluye con el diagnóstico de enfermería: interrupción de los procesos familiares (00060) r/c crisis situacional m/p extraño a mi esposo y nietos, ojala pronto salga del hospital.

El riesgo de nivel de glucemia inestable es un diagnóstico de enfermería (DE) de la NANDA International, Inc. (NANDA-I), definido como la “vulnerabilidad a la variación de los niveles de glucosa/ azúcar en la sangre en relación a la variación normal, que puede comprometer la salud” (22).

En la última edición de la clasificación de diagnósticos de la NANDA-I, se describen 16 factores de riesgo: alteración en el estado mental; actividad física diaria promedio es menor que la recomendada por sexo y edad; atraso en el desarrollo cognitivo; aumento de peso excesivo; salud física comprometida; conocimiento insuficiente sobre el manejo de la diabetes; manejo inefectivo de la medicación; manejo insuficiente de la diabetes; estrés excesivo; no aceptación del diagnóstico; no adhesión al plan terapéutico de la diabetes; embarazo; ingesta insuficiente de alimentos; control inadecuado de la glucemia; pérdida de peso excesiva; y, período rápido de crecimiento, que son utilizados para identificar el referido diagnóstico en pacientes de diferentes perfiles clínicos o condiciones de salud enfermedad (22).

La diabetes mellitus pertenece a un grupo de enfermedades metabólicas y es consecuencia de la deficiencia en el efecto de la insulina, causada por una alteración en la función endocrina del páncreas o por la alteración en los tejidos efectores, que pierden su sensibilidad a la insulina. Los islotes pancreáticos están constituidos por cuatro tipos celulares: células β , α , δ y PP o F, siendo las células β las que sintetizan y liberan insulina. La liberación de insulina es un proceso indispensable en la homeostasis del cuerpo como respuesta al aporte energético del consumo de alimentos. Su liberación es inducida principalmente en respuesta al incremento de glucemia, pero al mismo tiempo es regulada por diversas sustancias (nutrimentos,

hormonas gastrointestinales, hormonas pancreáticas, neurotransmisores del sistema nervioso autónomo, entre otras). La glucosa, los aminoácidos, los ácidos grasos y los cuerpos cetónicos favorecen la secreción de insulina, al igual que la activación del receptor β 2-adrenérgico y la estimulación del nervio vago (23).

Por lo tanto, la diabetes mellitus de tipo 2 es un desorden metabólico que resulta de la incapacidad del páncreas para producir suficiente insulina, o bien los músculos y las células de los tejidos se vuelven resistentes a la insulina y son incapaces de usar apropiadamente la misma. Sin la producción o la utilización adecuada de la insulina, el cuerpo no puede llevar la glucosa dentro de las células, es una enfermedad crónica y se desconoce su cura, sin embargo, ésta puede controlarse adecuadamente con dieta, ejercicio y medicamentos o insulina. Sin embargo, parecería existir un factor genético que causa la aparición de esta diabetes en varios miembros de la misma familia. Aunque una persona puede heredar la tendencia a desarrollar la diabetes de tipo 2, por lo general debe existir otro factor, como la obesidad, para que la enfermedad se desarrolle (24).

Como resultado se produce una serie de signos y síntomas más frecuentes en la DM2., teniendo en cuenta que cada persona puede experimentarlos de una forma diferente como: infecciones frecuentes que no se curan fácilmente, niveles altos de azúcar en la sangre y orina al examinarlos, poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso inexplicable, visión borrosa, náusea y vómito, cansancio y debilidad extremos, irritabilidad y cambios en el estado de ánimo, hormigueo o pérdida de sensibilidad en las manos o en los pies. También es frecuente que en algunos casos la levedad de estos síntomas se asocie al envejecimiento o problemas propios de la edad y que, como consecuencia, la existencia de la diabetes mellitus pase desapercibida y continúe su evolución progresiva. Es muy importante, por tanto, que los adultos mayores de 60 años, especialmente si tienen antecedentes familiares, se sometan a una analítica anual en la que se incluya la medición de la glucosa en sangre; ello permitirá la instauración del tratamiento más adecuado en cada caso, con el objetivo de controlar la presencia de azúcares en la sangre (25).

Las complicaciones microvasculares diabéticas son unas de las principales causas de la ceguera, insuficiencia renal terminal y varias patologías neurológicas; consiste en la afectación de los pequeños vasos, como las arteriolas, capilares y vénulas. Es

decir engrosamiento de la membrana basal capilar, la hiperplasia de las células endoteliales, la trombosis y la degeneración de los pericitos son característicos de la microangiopatía diabética. Además, existe un componente genético, ya que no todos los pacientes diabéticos presentan la misma susceptibilidad para desarrollar complicaciones, si bien las complicaciones a largo plazo de la diabetes se pueden desarrollar de forma gradual, en última instancia pueden conducir a la pérdida de capacidades o, incluso, a la muerte. Estas son algunas de las complicaciones potenciales de la diabetes: Retinopatía (es la principal manifestación del compromiso ocular en los pacientes diabéticos) y Nefropatía diabética (se producen cambios en la membrana glomerular que llevan a la disminución de su carga negativa y el aumento de los diámetros de los poros) (26).

De igual modo, las complicaciones macrovascular es una causa importante de morbilidad y mortalidad entre los individuos con diabetes mellitus tipo 2. La aterosclerosis prematura de la diabetes presenta numerosos factores que contribuyen, como la hiperinsulinemia, HDL bajo, la oxidación de las lipoproteínas. Y entre las complejidades están: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica (pie diabético), entre otros (27).

Se concluye con el diagnóstico de enfermería: Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) r/c conocimientos insuficiente sobre el manejo de diabetes.

Los microorganismos que con más frecuencia están implicados en las infecciones asociadas a dispositivos intravasculares son aquellos cuyo hábitat natural es la piel; la distribución de los patógenos varía según el tipo de paciente, de la enfermedad de base, del tipo de catéter, de la unidad donde está ingresado el paciente y del tipo de cuidados del catéter. La utilización de dispositivos intravasculares cutáneos para la administración de fluidos, productos sanguíneos o fármacos, así como para la monitorización hemodinámica, se ha convertido en un componente esencial de la medicina moderna en los pacientes hospitalizados (28).

Los mecanismos principales por los que se puede desarrollar una infección del catéter intravascular son: la contaminación del catéter en el momento de inserción, debido a la falta de técnicas asépticas; la migración de los microorganismos a través de la piel a lo largo de la superficie exterior del catéter, la contaminación de la

conexión del catéter por fuentes extrínsecas o endógenas que pasan a través del lumen del catéter, la infusión de líquidos contaminados, y la difusión por vía hematológica desde otro foco de infección distante del catéter (28).

Algunos pacientes con presencia de catéter periférico, pueden presentar signos como: fiebre elevada con escalofríos, taquipnea, taquicardia y leucocitosis. Este cuadro clínico es persistente mientras el paciente continúe siendo portador del catéter durante varios días. Así mismo, la retirada de este dispositivo puede ocasionar la existencia de complicaciones locales, como la tromboflebitis séptica, o metastásicas, como la endocarditis infecciosa o la endoftalmitis (29).

Se concluye con el diagnóstico de enfermería: riesgo de infección (00004) r/c procedimiento invasivo.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La investigación tiene como enfoque cuantitativa, de tipo descriptivo observacional, porque consistió en registrar el comportamiento en el entorno habitual del sujeto cuyas características son definición precisa de las condiciones de observación, sistematización, objetividad y rigor en el procedimiento de registro del comportamiento³⁰. Se tomó como unidad de análisis a un adulto mayor de 73 años de edad, hospitalizado en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Lambayeque; elegida de forma casual, asociado a la complejidad de la situación de la salud del adulto mayor.

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta el Proceso de Atención de Enfermería a partir de la aplicación del formato de valoración por dominios de salud elaborada por la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán (Anexo 2) compuesto por los 13 dominios que establece la Taxonomía II de la NANDA (Diagnósticos de Enfermería de NANDA International) adaptado para el adulto mayor, los mismos que sirvieron de base para los resultados (NOC) e intervenciones (NIC).

Así mismo, se realiza el examen físico céfalo-caudal, definiéndose como la exploración que se practica a toda persona a fin de reconocer las alteraciones o signos producidos por la enfermedad, valiéndose de los sentidos y de pequeños aparatos o instrumentos llevados consigo mismo, tales como: termómetro clínico, estetoscopio, y esfigmomanómetro entre los más utilizados. De igual modo, utilizando los cuatro principales métodos de exploración; que son inspección, palpación, percusión y auscultación.

Al mismo tiempo, se realizó una entrevista semi estructurada a profundidad; corroborando con la historia clínica, ya que es un documento obligatorio y necesario en el desarrollo de las prácticas de atención sanitarias de personas humanas y tiene diversas funciones que la constituyen en una herramienta fundamental de un buen desarrollo de la práctica médica; siendo así una información exacta y verídica.

2.2. ASPECTOS ÉTICOS

Para esta investigación se aplicaron los principios planteados en el informe Belmont; la investigación y la práctica pueden ser llevadas a cabo conjuntamente cuando la investigación va encaminada a la valoración de la seguridad y eficacia de un tratamiento. Esto no debería confundirse con la necesidad de revisión que una actividad pueda o no tener; la regla general es que en cualquier actividad donde haya un elemento de investigación, esta actividad debería someterse a revisión para la protección de los sujetos humanos.

En primer lugar, está el principio de la Beneficencia, que consiste en tratar a las personas de una manera ética que implica no solo respetar a sus decisiones, sino también procurar su bienestar. En este sentido se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: no hacer daño; y acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles³¹. Este principio tuvo en consideración al momento de encuestar a los adultos mayores evitando causarles daño u ofenderlas con las preguntas que se plantearon, además se respetó en todo momento cada opinión que expresaban, la finalidad fue lograr que participen para

identificar la calidad de vida en el adulto mayor; así fue como se garantizó la práctica de este principio.

Las personas que participen en la investigación, no serán sometidas a situaciones, en las que resulten perjudicados o causen algún daño irreparable; durante toda la participación se mantendrá la confidencialidad, las cuales solo serán utilizadas para el propósito de la investigación.

Principio de Confidencialidad, la presente investigación, recaudara información, de manera discreto, sin verse afectada el participante ante el público, durante todo el proceso de investigación. Asimismo se brindara un trato respetuoso.; se describe en este principio que ocurre injusticia cuando se le niega a una persona algún derecho, en este estudio se respetó los derechos de los adultos mayores en cuanto a la información brindada por tanto prevaleció la confidencialidad de los datos (31).

2.3. PLANIFICACIÓN: NIC

DIAGNÓSTICO: Dolor agudo (00132) r/c lesiones por agentes físicos m/p quejumbrosa al movimiento; refiere “me duele mucho mi herida, según escala EVA 6/10”.

OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>La persona disminuyó el dolor progresivamente posterior a cuidados de enfermería.</p>	<p>NOC: Control del dolor (1605)</p> <p>Dominio: conocimiento y conducta de salud IV</p> <p>Clase: conducta de salud (Q)</p> <p>Definición: acciones personales para controlar el dolor.</p> <p>DIANA DE INICIO: 2</p> <p>DIANA DE RESULTADO: 5</p> <p>(160502)reconoce el comienzo del dolor: 2</p> <p>(160511) refiere dolor controlado: 2</p>	<p>NIC: Manejo del dolor (1400)</p> <p>Definición: alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable por el paciente</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor (localización, características, duración, frecuencia, intensidad).</p>	<p>Tiene como propósito de ayudar al personal de salud a tomar decisiones adecuadas para desarrollar el plan de tratamiento del dolor.</p>

	<p>(192405) Identificar signos y síntomas de infección: 3</p>	<p>Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</p> <p>Ayudar al paciente para que asuma una posición antálgica.</p> <p>Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas.</p>	<p>El asegurarnos permitirá controlar el dolor del paciente y mejorar la calidad de vida, ya que el dolor puede afectar el estado físico y mental y si no se controla puede llegar a afectar de manera indirecta a otros órganos del cuerpo causando enfermedades.</p> <p>Posición que adopta el paciente espontáneamente para atenuar el dolor de una parte. Brindando comodidad, evitando contracturas, mejorando la respiración y disminuyendo los riesgos de daños tisulares.</p> <p>Al educar al paciente y familia sobre las técnicas de relajación permite que puedan recuperar la autonomía en el cuidado. El uso de técnicas no farmacológicas puede ayudar a calmar el dolor o a tener un</p>
--	---	---	---

		<p>Administrar metamizol 1g EV y ketoprofeno 100mg amp c/12h.</p>	<p>mayor grado de control sobre su dolor. Esto podría mejorar la calidad de su vida, entre ellos tenemos el masaje terapéutico, fisioterapia, aromaterapia, risoterapia, respiración profunda, la música, la meditación.</p> <p>El metamizol es una pirazolona con efectos analgésicos, antipiréticos y espasmolíticos. El ketoprofeno Inhibe la ciclooxigenasa, que cataliza la formación de precursores de prostaglandina a partir del ác. Araquidónico.</p>
--	--	--	--

DIAGNÓSTICO: Deterioro de la integridad cutánea (00046) r/c presión sobre la prominencias óseas **e/p** una flictena abierta de aproximadamente 2cm. en la región sacra, sin esfácelos, exudado escaso, con presencia de un apósito y escala de Norton de 12 pts.

OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>Paciente recuperó la integridad cutánea progresivamente durante su estancia hospitalaria con la ayuda de los cuidados de enfermería.</p>	<p>NOC: Integridad tisular: piel membranas mucosas (1101)</p> <p>Dominio: salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: integridad tisular (L)</p> <p>Definición: indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.</p> <p>Escala de medición: gravemente comprometido hasta no comprometido</p> <p>PUNTUACION ACTUAL: 3</p> <p>PUNTUACION DIANA: 5</p>	<p>NIC: cuidado de las heridas (3660)</p> <p>Definición: prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje color, tamaño y olor.</p> <p>Administrar cuidados de la ulcera cutánea si es necesario.</p>	<p>Observar la herida para ver si hay signos de infecciones que pueden ser complicaciones graves en el paciente estar pendiente de la evolución de la herida para sí poder actuar si hubiera infección.</p> <p>Se debe administrar cuidados de enfermería en las lesiones porque así evitamos que la herida se infecte; mantener la herida limpia para prevenir cualquier tipo de infección.</p>

	<p>(110113) Integridad de la piel: 3</p> <p>(110115) Lesiones cutáneas: 2</p> <p>(192405) Identificar signos y síntomas de infección: 3</p>	<p>Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.</p> <p>Cambiar de posición al paciente como mínimo cada dos horas según corresponda.</p> <p>Enseñar al paciente o las familiares los procedimientos del cuidado de la herida.</p>	<p>Se cambiará el apósito según sea necesario porque evitaremos el mal olor y que las secreciones salgan fuera de los apósitos y esto pueda incomodar al paciente.</p> <p>Demos cambiar al paciente de posición esto ayudara a que no se produzcan úlceras de presión por permanecer en la misma posición mucho tiempo.</p> <p>Que el paciente y los familiares estén informados del cuidado de herida ayuda a que la herida se mantenga limpia y así lograremos que no haya una infección más adelante.</p>
--	---	--	--

DIAGNÓSTICO: (00232) Obesidad r/c sedentarismo > 2 h/día e/p Peso: 81.3kg; Talla: 1.58cm; IMC: 32.6%.

OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>Paciente disminuyó su peso paulatinamente durante su estancia hospitalaria con la ayuda de los cuidados de enfermería.</p>	<p>NOC: Estado nutricional (1004)</p> <p>Dominio: salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Digestión y Nutrición (K)</p> <p>Definición: grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas.</p> <p>PUNTUACION ACTUAL: 1</p> <p>PUNTUACION DIANA: 3</p> <p>(100402) Ingesta de alimentos: 3</p> <p>(100405) Relación peso/talla: 1</p>	<p>NIC: Manejo de la nutrición (1100)</p> <p>Definición: Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>Registrar el peso diario del paciente.</p>	<p>El seguimiento del crecimiento permite identificar, de forma oportuna, situaciones de riesgo como si se encuentra en su talla y peso para su edad o si tiene riesgo de caer en desnutrición u obesidad, de esta manera el personal de salud puede identificar alteraciones en el crecimiento, detectar de manera oportuna presencia de</p>

		<p>Observar todos los días color de piel y conjuntivas e hidratación de la piel.</p> <p>Dar consejería de cómo llevar una buena nutrición, rica en macronutrientes y micronutrientes.</p>	<p>enfermedades facilitando su diagnóstico y rápida intervención.</p> <p>El color de la piel y de las conjuntivas, indican un rango subjetivo de cómo se encuentra nuestra Hb y el grado de palidez o ausencia de este que existe en el individuo.</p> <p>Como enfermeras a través de la consejería podemos intervenir en la promoción de la salud y la prevención de daños. La consejería nos ayuda a clarificar las ideas del otro, para que pueda tomar decisiones más acertadas informadamente. Las vitaminas y minerales son micronutrientes que se encargan de regular la absorción de carbohidratos, grasas y proteínas, para su correcto desarrollo y funcionamiento</p>
--	--	---	--

		Coordinar y certificar que el profesional de nutrición cumpla con brindar al paciente la dieta indicada.	<p>corporal, y se obtienen únicamente con una dieta equilibrada.</p> <p>El ejercicio es una parte importante de un estilo de vida saludable. El ejercicio previene problemas de salud, aumenta la fuerza, aumenta la energía y puede ayudar a reducir el estrés. También puede ayudar a mantener un peso corporal saludable y reducir el apetito.</p>
--	--	---	---

DIAGNÓSTICO: Interrupción de los procesos familiares (00060) r/c crisis situacional m/p extraño a mi esposo y nietos, ojala pronto salga del hospital.

OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>La persona logró la adaptación al establecimiento de salud durante su estadía hospitalaria.</p>	<p>NOC: Funcionamiento de la familia (2602)</p> <p>Dominio: Salud familiar (VI) Clase: Bienestar familiar (X) Definición: Capacidad de una familia para satisfacer las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo.</p> <p>DIANA DE INICIO: 2 DIANA DE RESULTADO: 4</p> <p>(260208) Se adapta las crisis</p>	<p>NIC: Apoyo a la familia (7140)</p> <p>Definición: Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.</p>	<p>La vida de los seres humanos se manifiesta a través de relaciones entre semejantes, estas se desarrollan en el seno de grupos e instituciones. El hombre como ser social está sujeto a relaciones interpersonales que se promueven entre personas que se conocen o no y que de la expresión de afecto, alegría y sinceridad dependerá el grado de confianza que la persona</p>

	<p>inesperadas: 3 (260216) Los miembros pasan tiempo juntos: 2</p>	<p>Facilitar la comunicación de inquietudes/sentimientos entre el paciente y la familia o entre los miembros de la misma.</p> <p>Fomentar el apoyo familiar</p>	<p>deposite a la otra y como es que esta puede contribuir a su recuperación.</p> <p>Solo escuchando a la persona y sabiendo que es lo que le afecta, recién se puede brindar un buen cuidado, el cual se describe como la relación que se da entre enfermera-paciente con el fin de promover su salud, prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar las enfermedades que puedan padecer.</p> <p>La familia es el gran apoyo emocional de la persona de la tercera edad, porque le proporciona seguridad, arraigo y apoyo. Sentirse amados será positivo para ellos.</p>
--	---	---	---

		Animar al paciente a identificar sus virtudes.	Se trata de la aceptación que debemos afianzar en el paciente enfermo. Asumir o aceptar las propias ideas o sentimientos es una necesidad emocional básica. Al mismo tiempo, poder darles expresión y compartirlos, resulta imprescindible para disfrutar de una adecuada salud mental. Sentirse bien consigo mismo no sólo es la base de un carácter y comportamientos equilibrados, sino también una de las claves de la felicidad y la superación personal.
--	--	---	--

DIAGNÓSTICO: Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) r/c conocimientos insuficiente sobre el manejo de diabetes.

OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>Paciente mantendrá el nivel de glucosa dentro de los límites normales en el hospital con ayuda de los cuidados enfermeros.</p>	<p>NOC: Nivel de glucemia (2300)</p> <p>Dominio: Salud Fisiológica (II)</p> <p>Clase: Respuesta Terapéutica (a)</p> <p>Definición: Medida en la que se mantiene los niveles de glucosa en plasma y en orina dentro del rango normal.</p> <p>PUNTUACION ACTUAL: 1</p> <p>PUNTUACION DIANA: 5</p> <p>Concentración sanguínea de la glucosa: 1</p>	<p>NIC: Manejo de la hiperglucemia</p> <p>Definición: Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>Administrar Insulina (Insulina R: 7 UI 3 veces al día ½ hora antes del, D, A. C).</p>	<p>La insulina es una hormona producida por el páncreas, que contribuye a regular los niveles de glucosa en sangre. Esta hormona es vital para el transporte y almacenamiento de la glucosa en las células, ayuda a utilizar la glucosa como fuente de energía para el organismo, se le administro (Insulina R: 7 UI 3 veces al día ½ hora antes del, D, A. C) para conseguir que</p>

		<p>Orientar a la familia sobre la importancia del apoyo al paciente en los cambios de hábitos alimenticios.</p> <p>Educar al paciente y familia sobre los factores de riesgo y consecuencias de la diabetes.</p>	<p>la glucemia alcance al objetivo < 130 mg/dl que es el valor normal.</p> <p>La alimentación es uno de los procesos más importantes y no solos porque a través de ella nos nutrimos, sino porque también intervienen múltiples procesos sociales en donde la familia juega un rol muy importante en fomentar hábitos que determinarán nuestra salud.</p> <p>La finalidad de la educación del paciente está fundamentada en la promoción y prevención de enfermedades en primera instancia y en que este pueda tomar conciencia de las posibles consecuencias que la enfermedad puede traer a su vida.</p>
--	--	--	---

DIAGNÓSTICO: Riesgo de infección (00004) r/c procedimiento invasivo.

OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>Reducir el riesgo de transmisión de microorganismos y garantizar al paciente los cuidados esenciales, durante su estadía hospitalaria.</p>	<p>NOC: Control del riesgo: proceso infeccioso (1924)</p> <p>Dominio: Conocimiento y Conducta de Salud (IV)</p> <p>Clase: Control del riesgo y seguridad (T)</p> <p>Definición: Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir la amenaza de adquirir una infección.</p> <p>DIANA DE INICIO: 3</p> <p>DIANA DE RESULTADO: 5</p> <p>(192402) Reconocer las consecuencias asociadas a la infección: 2</p>	<p>NIC: Protección contra las infecciones (6550)</p> <p>Definición: prevención y detección precoces de la infección paciente de riesgo.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>Poner en práctica las precauciones universales.</p>	<p>Precauciones universales: Conjunto de técnicas y procedimientos destinados a proteger al personal que conforma el equipo de salud de la posible infección con ciertos agentes, principalmente Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Virus de la Hepatitis B, Virus de la Hepatitis C, entre otros, durante las actividades de atención a pacientes o</p>

	<p>(192405) Identificar signos y síntomas de infección: 3</p>	<p>Lavarse las manos antes y después de cada actividad del cuidado del paciente.</p> <p>Notificar la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones.</p>	<p>durante el trabajo con sus fluidos o tejidos corporales.</p> <p>La higiene de las manos es un método importante de controlar y evitar la transmisión de microorganismos.</p> <p>Evitar la flexión de las extremidades, en el caso en que la vía haya sido insertada no mojar la vía a la hora de asearse, y avisar al personal de enfermería para que cambie los apósitos y fijaciones. Evitar movimientos bruscos que favorezcan la retirada accidental de la vía.</p>
--	---	---	--

III. RESULTADO Y DISCUSIÓN

El presente proceso de enfermería tuvo por objetivo principal establecer y disminuir el dolor físico de la persona. Está basado en la teórica Jean Watson, sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería (3).

El primer diagnóstico fue el dolor agudo (00132) r/c lesiones por agentes físicos m/p quejumbrosa al movimiento; refiere “me duele mucho mi herida, según escala EVA 6/10”; cuyo objetivo es: que la persona disminuyó el dolor progresivamente posterior a cuidados de enfermería. Así mismo, se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería: una valoración exhaustiva del dolor (localización, características, duración, frecuencia, intensidad), se administró metamizol 1g EV y ketoprofeno 100mg amp c/12h, se aseguró de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes y se enseñó el uso de técnicas no farmacológicas para aliviar el dolor.

En la investigación realizada al profesional de enfermería del Hospital General “Isidro Ayora Loja”, estableció que el 78% del personal toma en cuenta el diagnóstico para valorar el dolor como lo indica Ortiz y Pérez (2016), este es importante para tener una perspectiva general del paciente que facilite el tratamiento correcta. Por otra parte se identifica que el nivel de confianza generado para establecer la respuesta al dolor es de un 65%, lo que permite al 63% de enfermeras consultar sobre el inicio, tiempo e intensidad del dolor presentado, sin embargo, esto se contrapone a lo señalado por Grinspun (2013) en su estudio con respecto a que esta información contribuye a detectar cambios conductuales que indican la existencia del dolor pero de forma inexacta, ante lo cual es importante relacionarla con otro tipo de evidencias como la valoración de los cambios producidos en los signos vitales producto del dolor que se realiza en un 53% y que permite elaborar el respectivo diagnóstico de enfermería en un 42% (6).

Por consiguiente, el 78% de enfermeras utilizan la escala numérica de intensidad del dolor debido a que mediante esta como señalan Varanda, Cardoso y Hortensa (2010), es

más oportuno efectuar la mensuración apropiada del dolor al permitir pronosticar si los posibles riesgos que tendrán que afrontarse al aplicar el tratamiento serán mayores a los efectos ocasionados por el dolor y optar el más adecuado de entre todos los que existen, contribuyendo por otra parte a analizar la naturaleza, el origen y la correlación clínica del dolor en correspondencia al estado emocional y motivacional del paciente hospitalizado (8).

El segundo diagnóstico fue el deterioro de la integridad cutánea (00046) r/c presión sobre la prominencia ósea e/p una flictena abierta de aproximadamente 2cm. en la región sacra, sin esfácelos, exudado escaso, con presencia de un apósito y escala de Norton de 12 pts.; tuvo como objetivo la recuperación de la integridad cutánea progresivamente durante su estancia hospitalaria con la ayuda de los cuidados de enfermería. Así mismo, se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería: se monitorizo las características de la herida, incluyendo drenaje color, tamaño y olor; se cambió el apósito según la cantidad de exudado y drenaje y finalmente se cambió de posición al paciente como mínimo cada dos horas.

Estudio realizado sobre cuidados preventivos de UPP muestran que el nivel de conocimientos del cuidador primario sobre la prevención de UPP en pacientes con permanencia prolongada en cama antes de la intervención era: nivel medio 47.3%; después de la aplicación del programa educativo alcanzó un nivel alto; es decir, el 100%. Estos resultados tienen relación con los estudios realizados en Agency for Healthcare and Research of Quality (AHRQ) – USA. Donde refiere que las UPP y la infección nosocomial fueron los indicadores que tenían mayor tasa de evitabilidad (50% y 40% respectivamente), eso quiere decir se pueden prevenir las UPP (11).

Por otro lado, Aparicio afirma que existe una relación entre el cuidado de la piel y el desarrollo de ulcera por presión, concluyendo que la nutrición es una factor muy importante para la integridad de la piel, dependiendo del cuidado enfermero que se otorgue a la persona en cama (14).

Por lo tanto, es de vital importancia la educación a los familiares la razón de los cambios frecuentes de posición, porque estimulan la circulación de la piel que cubre las prominencias óseas, cambiar de posición al usuario cada cierto tiempo con un máximo de dos horas, y según sus necesidades. Todas estas prácticas de prevención deben ser de

conocimiento principal para las personas cuidadoras, ya que las úlceras por presión se pueden prevenir si se cumple con el cuidado básico.

El tercer diagnóstico fue obesidad (00232) r/c sedentarismo > 2 h/día e/p Peso: 81.3kg; Talla: 1.58cm; IMC: 32.6%; cuyo objetivo fue la disminución del peso paulatinamente con la ayuda de los cuidados de enfermería. Así mismo, se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería: se registró el peso diario del paciente, se observó todos los días color de piel y conjuntivas e hidratación de la piel, se dio consejería de cómo llevar una buena nutrición, rica en macronutrientes y micronutrientes; y por último se coordinó y certifico que el profesional de nutrición cumpla con brindar al paciente la dieta indicada.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1980 la obesidad se ha duplicado en todo el mundo, llegando en el año 2014 a más de 1 900 millones de adultos mayores de 18 años con sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones con obesidad, lo que implica una prevalencia en adultos mayores de 18 años de 39% de sobrepeso y 13% de obesidad. Con respecto a la población infantil, existen más de 41 millones de niños menores de 5 años con sobrepeso u obesidad a nivel mundial, lo que ha significado un incremento de cerca de 11 millones en los últimos 15 años (16).

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), en la región de las Américas el 58 % de los habitantes vive con sobrepeso y obesidad (360 millones de personas), siendo Chile (63%), México (64 %) y Bahamas (69%) los que presentan las tasas más elevadas. Cabe destacar que el aumento de la obesidad en América Latina y el Caribe impacta de manera desproporcionada a las mujeres: en más de 20 países, la tasa de obesidad femenina es 10 puntos porcentuales mayores que la de los hombres (17).

El cuarto diagnóstico fue: Interrupción de los procesos familiares (00120) r/c crisis situacional m/p extraño a mi esposo y nietos, ojala pronto salga del hospital; cuyo objetivo es lograr la adaptación al establecimiento de salud durante su estadía hospitalaria. Así mismo, se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería: se valoró la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente, se facilitó la comunicación de inquietudes/sentimientos entre el paciente y la familia o entre los miembros de la misma; y se fomentó el apoyo familiar.

Según, Beltrán quien afirma que apoyo significa en enfermería dar ánimo, ayudar a los pacientes y estar pendientes de ellos; en su investigación: "El significado del cuidado de enfermería en la perspectiva del paciente adulto hospitalizado" define el cuidado de enfermería como ánimo, buen trato, amor y atención. De otro lado, Mejía en su estudio: "Percepción del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad" describe que el cuidado se da con el buen trato y este a su vez se fortalece con la oportunidad que tienen los pacientes de expresar sus sentimientos tanto de ánimo y esperanza así como de desánimo y desesperanza (19).

El reconocimiento que hacen los familiares de los pacientes hospitalizados como ayuda evidencia que, además de la compensación física, por parte del profesional de enfermería deben recibir compañía, ánimo, esperanza, consuelo y seguridad del personal de enfermería en los momentos de soledad, tristeza, incertidumbre, angustia, dolor, es decir, que deben recibir un cuidado humanizado. Un estudio de resultados similares fue el realizado por Gary, en el que se apreció la necesidad de atender a los familiares de los pacientes ingresados al hospital en tiempos de crisis, incluyendo la ayuda en la toma de decisiones como la retirada del soporte vital (20).

El quinto diagnóstico fue: Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) r/c conocimientos insuficiente sobre el manejo de diabetes; cuyo objetivo, que paciente mantenga el nivel de glucosa dentro de los límites normales en el hospital con ayuda de los cuidados enfermeros. Así mismo, se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería: se administró insulina (insulina R: 7 UI 3 veces al día ½ hora antes del, D, A. C), se orientó a la familia sobre la importancia del apoyo al paciente en los cambios de hábitos alimenticios; y se educó al paciente y familia sobre los factores de riesgo y consecuencias de la diabetes mellitus tipo 2.

La diabetes mellitus es un trastorno multifactorial por la existencia de múltiples factores implicados en su patogénesis, se trata de una patología compleja que tiene como consecuencia muchas enfermedades. Al ser sistémica afecta múltiples órganos y/o sistemas; se caracteriza por una serie de alteraciones metabólicas de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas asociadas a insuficiencia de la secreción de insulina o resistencia a esta. Clínicamente la diabetes se caracteriza por un estado de hiperglucemia en ayuno; las complicaciones más frecuentes que se presentan con la enfermedad son las retinopatías, nefropatía, neuropatía e hipertensión arterial (23).

Según Pebes Mendoza Alejandrina Bertha; 2010, Ica- Perú, se consideró una muestra de 60 pacientes y su estudio reveló con respecto a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 encontrándose que el 22% estuvo satisfecho, 78% insatisfecho con su calidad de vida, 63% tuvieron control de su enfermedad, 22% lo hicieron algunas veces, 15% de ellos nunca, 47% de pacientes nunca tuvieron control preventivo de la enfermedad, 38,67% lo hicieron a veces y 14,33% lo hizo siempre. Concluyendo que el control preventivo de la diabetes mellitus tipo 2 está relacionada con la calidad de vida de los pacientes, es decir si existe mejor control y tratamiento de la enfermedad, el autocuidado con cumplimiento del cuidado de la vista, los pies, cuidado dietético y ejercicios mejorará la calidad de vida de los pacientes que cursan esta enfermedad (24).

Como resultado y prácticas de los pacientes con diabetes contribuye en el ejercicio de la profesión de enfermería para que a través de dicha evaluación se otorgue enseñanza y consejos eficaces para los cuidados que son indispensables y fundamentales para mejorar la calidad de vida, sobre todo cuando ya se ha indagado en lo que el paciente conoce sobre la diabetes mellitus, tratamiento, habilidad en el autocuidado sobre la alimentación, ejercicios, higiene, cuidado de los pies y uñas, para evitar las complicaciones de la enfermedad. Asimismo proporcionar apoyo emocional para que el paciente esté motivado al recibir educación, enseñanza y orientación (25).

Según Salazar Estrada José G., Gutiérrez Strauss Ana María, Aranda Beltrán, Carolina, González Baltazar Raquel, Pando Moreno Manuel; el 2012, su estudio reveló que La calidad de vida se ve afectada en pacientes con diabetes, especialmente en el dominio de energía y movilidad y en funcionamiento sexual, lo que indica la necesidad de un programa de intervención de actividades física-recreativas y en asesoría educativa-psicológica (26).

En vista del creciente porcentaje de enfermedades crónicas incluyendo la diabetes mellitus tipo 2 también es importante la creciente consideración en los factores psicológicos en el proceso salud enfermedad, anteriormente se pensaba en el tratamiento médico de la enfermedad dirigida fundamentalmente al alivio de los síntomas y si era posible a la prolongación de la vida y el bienestar humano (27).

También es importante de cómo se siente ese ser humano enfrentando una enfermedad crónica y cómo repercute en su calidad, sus deseos de salir adelante y convivir con la diabetes mellitus; por ello no solo es importante la curación de la enfermedad, sino el

logro de una vida más funcional y satisfactoria para las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2, ya que uno de sus principales cambios y quizá el que causa mayor deterioro en el aspecto emocional puesto que la persona se obliga forzosamente a un proceso de adaptación rápida que pasa por diferentes etapas que promueven diferentes emociones comúnmente negativas como el miedo, la ira y la ansiedad, aumenta los niveles de stress conocido como una etapa de duelo que es una respuesta a la pérdida de la salud.

El sexto diagnóstico fue: riesgo de infección (00004) r/c procedimiento invasivo; cuyo objetivo fue reducir el riesgo de transmisión de microorganismos y garantizar al paciente los cuidados esenciales, durante su estadía hospitalaria. Así mismo, se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería: Poner en práctica las precauciones universales, Lavarse las manos antes y después de cada actividad del cuidado del paciente, Notificar la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la infección nosocomial (IN) es la que se presenta en un paciente cuando es internado en un hospital u otro establecimiento de atención de salud, la cual no se había manifestado ni estaba en período de incubación al ingreso. Comprende las infecciones contraídas en el centro hospitalario, las que aparecen inmediatamente después del alta hospitalaria y las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento; esta definición ampliada, caracteriza lo que se conoce además, como infección asociada a cuidados sanitarios (43).

En su estudio, Álvarez demostró que la frecuencia de esta entidad fue de 7,7 % y encontraron factores de riesgo, tales como: línea venosa central, catéter periférico, sondaje vesical, nasogástrico e intubación endotraqueal. Asimismo, González,4 hallaron que 8,5 % de los enfermos adquirieron infección nosocomial y, el uso de sondaje vesical, abordaje venoso profundo, así como traqueostomía constituyeron las condiciones predisponentes más importantes (44). Por lo tanto, se concluye que los catéteres vasculares son procedimientos estandarizados y frecuentemente empleados en las plantas de hospitalización, facilitando el tratamiento farmacológico y el soporte nutricional parenteral, sin embargo su uso no está carente de riesgo, alguno de ellos graves como las IRC, por lo que se debe racionalizar su uso y conocer la situación y características de cada centro para poder tomar medidas que disminuyan su incidencia.

IV. CONCLUSIONES

- Se logró aliviar el dolor en la región sacra en un 70%, a través de medidas farmacológicas con la colaboración del paciente, enfermera, médico y otros miembros del personal de salud, y con frecuencia de la familia. En este caso, el médico prescribió medicamentos específicos para el tratamiento del dolor y se administró analgésico por catéter venoso; de manera alternativa. Sin embargo, corresponde importante mantener el estado de analgesia, valorar su eficacia e informar si la medida es eficaz o produce efectos adversos.
- El deterioro de la integridad cutánea, ocasionando las ulcera por presión grado II, se logró disminuir un 75%. Los resultados aquí presentados proporcionan evidencia de que las úlceras por presión representan un problema de salud real en los servicios de cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva, medicina interna y unidad de cuidados intensivos del hospital de segundo nivel de atención donde se llevó a cabo el presente estudio.
- La obesidad forma parte del síndrome metabólico siendo un factor de riesgo para varias enfermedades como cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, así como algunas formas de cáncer, sobre todo los hormono-dependientes, ya que hay un buen almacenamiento graso para sintetizar estrógenos. Se utilizó un plan de cuidados estandarizados, se observó el cumplimiento de los objetivos propuestos para el cuidado y permitió garantizar una correcta calidad asistencial. Así mismo se buscó alternativas de mejora para controlar el exceso de peso del paciente.
- En la interrupción de los procesos familiares se logró la integración familiar en un 85%; sabiendo que el apoyo social en general y el familiar en particular son aspectos importantes para fortalecer el autocuidado ya sea porque protegen o amortiguan el estrés o por su efecto directo en la salud independiente del estrés. El automanejo mejora cuando los familiares están dispuestos a cambiar sus conductas en apoyo al paciente, cuando tienen un plan similar de alimentación y hábitos saludables.

- El riesgo de nivel de glucemia inestable se logró controlar un 70%, educando a la persona en los cambios de estilo de vida, basados en una dieta saludable con una moderada reducción de peso y dentro de un programa bien estructurado, lo cual constituyen las medidas más exitosas. El desafío es mantener estos cambios en el largo plazo, para lograr el bienestar de la persona.
- Importante revisar en los catéteres el punto de inserción y actuar precozmente frente a cualquier sospecha de flebitis, infección o disfunción. También, fomentar el registro informatizado de los catéteres periféricos, incluyendo las siguientes variables: fecha y lugar de inserción, revisión diaria, motivo de su utilización, fecha de retirada y causa. La implementación actual en la mayoría de hospitales de registros informatizados de la labor de enfermería, es una oportunidad única para poder llevar a cabo programas de vigilancia intensiva del uso y de las complicaciones de los CVP en base a días de riesgo, cosa que de otra manera es imposible de llevar a cabo por lo laborioso que resulta.

REFERENCIAS

1. Gálvez R. y Solís L. El proceso de atención de enfermería. 5º edición. España; 2010. [Citado: 2015 Marzo 16]. Disponible en: http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/98140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8c06b7e5-ca29-40c6-ab63f84959a87362/c618e862-974d-4faf-809366eae984e3da/TRABAJO_CONGRESO_GRAFICA_AJUSTADA.pdf
2. Juárez P. La importancia del cuidado de enfermería. 4º edición. [Citado: 2018 Diciembre 9]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
3. Guerrero R y Meneses M. Cuidado humanizado de Enfermería según la teoría de Jean Watson. Lima: Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao; 2015.
4. Espinoza L, Huerta K, Pantoja J, Velásquez W, Cubas D. y Ramos A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente. Hospital EsSalud Huacho. Perú. Rev Ciencia y Desarrollo, 2011. app. 13:1-9.
5. Ferrandiz M. Fisiopatología del dolor. [Citado: 2018 Octubre 02]. Disponible en: <http://scartd.org/arxius/fisiodolor06.pdf>
6. González O, González E. y Toro R. Fisiopatología del dolor. Rev Ven Anest 2005. app, 1(3):26-33.
7. García P. Dolor abdominal. Editor: Rozman. Tratado de medicina interna. 13º edición. Barcelona: Doyma; 1995. app. 136-45
8. Master del dolor. Bases de la Fisiología y fisiopatología del dolor. [Citado: 2015 Octubre 20]. Disponible en: <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%202.pdf>
9. Katz S, Gilchrest B, Paller A, Leffell y Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. Tomo I. 7ª edición. Ed. Médica Panamericana; 2009. app. 57-72.
10. Protocolo y pautas de actuación: Directrices para el tratamiento de las úlceras por presión. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). [Citado: 2015 mayo 31]. Disponible en: <http://www.epuap.org/>
11. García J, Martín A, Herrero B, Pomer M, Masoliver F y Lizán T. Úlceras por presión. Fistera guías clínicas, 2004. app 4 (7).
12. Dueñas J. Cuidados de enfermería de las úlceras por presión. Colombia, 2016. Disponible en: http://www.tera.es/personal/duenas/home_.htm. Última revisión enero 2001.
13. Elorriaga B. y Royo D. Guías de cuidados enfermeros. Úlceras por presión. Madrid: Insalud; 1996.
14. Salgado A, Guillén Ll. y Ruipérez I. Manual de Geriatria. 3º edición. Barcelona: Masson; 2002.
15. Rincón A. Fisiopatología de la obesidad. España. 2016. [Citado 2018 Octubre 4]. Disponible en: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/ANA%20ISABEL%20RINC ON%20RICOTE.pdf>

16. Sánchez A. Fisiopatología de la obesidad: perspectiva actual. 2017. [Citado: 2017 Octubre 4]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/319297686Fisiopatologiadelaoesidad> Perspectiva actual
17. Bierman E. Obesidad. Tratado de medicina interna. 15° edición. La Habana: Pueblo y Educación; 1984. pp. 9-20.
18. Kumar A. y Robbins A. Patología Humana. 9° edición. Barcelona: Elsevier. 2013.
19. Antón A. Mujeres y Familia en Marx. Universidad Autónoma de Madrid. 2013. [Citado: 2014 enero 23]. Disponible en http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/aanton/publicacion/otrasinvestigaciones/mujerenmarx.htm
20. Russek S. Autoestima, salud y enfermedad. [Citado: 2018 Diciembre 9]. Disponible en: <http://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/autoestima-enfermedad.html#familiar>
21. Kornblit A. Somática Familiar en: Enfermedad orgánica y familia. 2° edición. Editorial: Gedisa. España. 1996.
22. Herdman T. y Kamitsuru S. NANDA International nursing diagnoses: definitions & classification, 2016- 2019. Oxford: Willey-Blackwell.
23. Cervantes R. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células pancreáticas. 2013. [Citado: 2018 Octubre 4]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2013/er133a.pdf>
24. Martínez J. Pie Diabético. Atención Integral. Editorial: McGraw Hill. 2003. [Citado: 2007 Julio 4]
25. Ríos C, Sánchez J, Barrios S. y Guerrero S. Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus. Madrid. 2004. pp. 42(2): 109-116
26. Simo R. y Hernández C. Avanzado en el tratamiento de la retinopatía diabética. Diabetes Cuidado. 2009.
27. Pérez C. y Franch, J. Guía De La Diabetes Mellitus Tipo 2. 5° Edición. 2011.
28. Carrillo L. y Juárez A. Guías para el tratamiento de las infecciones relacionadas con catéteres intravasculares de corta permanencia en adultos: conferencia de consenso SEIMC-SEMICYUC. Enferm Infecc Microbiol Clin, 2004. pp. 22:92-101.
29. Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública. Estudio EPINE: resultados 1990-2011. [Citado: 2014 diciembre 9]. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/Diapos%20resultados%20EPINE%201990-2011.pdf>
30. Torres B. Metodología de la investigación. 2° edición. México: Editorial Pearson-Educación; 2006.
31. Hernández S. y Fernández L. Metodología de la investigación. 5° edición. México: McGraw-Hill; 2010.