



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
APLICADO A PACIENTE ADULTA MAYOR CON  
ACV, DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE  
CHICLAYO– 2019.**

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

**Autora:**

**Fernandez Coronado, Rosa Maria**

**Asesora:**

**Mg. Heredia Llatas, Flor Delicia**

**Línea de Investigación:**

**Ciencias de la vida y cuidados de la salud humana**

**Pimentel – Perú  
2020**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A  
PACIENTE ADULTA MAYOR CON ACV, DE UN HOSPITAL  
PÚBLICO DE CHICLAYO– 2019.**

**PRESENTADO POR:**

**FERNANDEZ CORONADO ROSA MARIA**

**A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán**

**Para optar el grado:**

**BACHILLER EN ENFERMERÍA:**

---

Mg. Vargas Cabrera Cindy Elizabeth

**PRESIDENTA**

---

Mg. Calderon Ruiz Myriam

**SECRETARIA**

---

Mg. Flor Delicia Heredia Llatas

**VOCAL**

## **DEDICATORIA**

A Dios en primer lugar, por ayudarme en el logro de mis objetivos, por enseñarme a persistir en todo lo propuesto, y jamás dejar que camine sola. A mi madre Hilda Coronado, porque ella siempre estuvo para mí en todo momento, su apoyo y consejos para hacer de mí una mejor persona.

A mi familia por siempre apoyarme moralmente en toda decisión tomada, ellos jamás me dejaron caer en ningún momento, les dedico este y todos mis logros.

A mis docentes, quienes con su ayuda me permitió llegar hasta aquí, porque sin sus enseñanzas, paciencia y dedicación, nosotros difícilmente hubiese llegado a ser una buena profesional.

*Rosa Fernández Coronado*

## AGRADECIMIENTO

A mi madre, quien estuvo en todo momento acompañándome y brindándome su amor, y las fuerzas necesarias para lograr mis objetivos propuestos.

A mis tíos Beatriz y Walter Chanduvi, que me brindaron el apoyo económico para poder hacer posible la realización de mi carrera profesional.

A mi asesora, mujer de gran sabiduría, quien, con su dedicación y paciencia, logra siempre instruir al objetivo de ser grandes profesionales, a ella le agradezco de manera especial por ayudarme a finalizar mi proceso de investigación.

Al Hospital Regional Docente las Mercedes, por permitirme realizar mi trabajo de investigación, por brindarme toda la información necesaria a lo largo de esta investigación.

*Rosa Fernández Coronado.*

## RESUMEN

El proceso de atención de enfermería es un método racional, sistemático y organizado desde el cual se podrán proporcionar cuidados individualizados a la persona, en todas las etapas del ciclo vital.

El actual Proceso de Atención de Enfermería se realizó en un hospital público de Chiclayo a una adulta mayor de sexo femenino, de 82 años de vida, con diagnóstico médico de accidente cerebro vascular isquémico, y Pérdida del conocimiento. El Modelo teórico que sustenta este proceso es el Cuidado humanizado de Jean Watson.

En la etapa de valoración para la recolección de datos se aplicó: la observación, la entrevista a profundidad, el examen físico y la historia clínica.

En la etapa diagnóstica se identificaron como diagnósticos principales: (00129) Confusión Aguda, (00002) Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades, (00051) Deterioro de la comunicación verbal, (00085) Deterioro de la movilidad física, (00132) Dolor Agudo, (00046) Deterioro de la integridad cutánea (00048) Deterioro de la mucosa oral, (00201) Riesgo de Perfusión tisular cerebral ineficaz, (0015) Riesgo de caídas.

En la fase de planificación los principales resultados NOC propuestos fueron: Nivel del dolor (2102), Expresiones faciales de dolor (210206), orientación cognitiva (0901), estado nutricional (1004), Integridad tisular: piel - membranas y mucosas (1101), Movilidad (0208), Autocuidado: Higiene (0305), control del riesgo: proceso infeccioso (1924), conducta de prevención de caídas (1909); las intervenciones NIC ejecutadas fueron: (1400) Manejo del dolor, Cuidados del paciente encamado (0740), (6490) Prevención de caídas, las cuales se efectuaron en la fase de ejecución logrando mejorar el estado de salud del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Adulta mayor, Proceso de Atención de Enfermería, Accidente cerebrovascular, síncope, Cuidado de Enfermería, Jean Watson.

## **ABSTRACT**

The nursing care process is a rational, systematic and organized method from which individualized care can be provided to the person, at all stages of the life cycle.

The current Nursing Care Process was carried out in a public hospital in Chiclayo for a female adult, 82 years of age, with a medical diagnosis of ischemic stroke, and loss of consciousness. The theoretical model that supports this process is the humanized care of Jean Watson, based on the taxonomy NANDA - NOC - NIC.

In the evaluation stage for data collection, the following was applied: observation, in-depth interview, physical examination and medical history.

In the diagnostic stage, the following were identified as main diagnoses: (00129) Acute Confusion, (00002) Nutritional imbalance lower than necessary, (00051) Impaired verbal communication, (00085) Impaired physical mobility, (00132) Acute Pain , (00046) Impaired skin integrity, (00048) Impaired oral mucosa, (00201) Risk of ineffective cerebral tissue perfusion, (0015) Risk of falls.

In the planning phase the main NOC results proposed were: Pain level (2102), Facial expressions of pain (210206), cognitive orientation (0901), nutritional status (1004), Tissue integrity: skin - membranes and mucous membranes (1101) , Mobility (0208), Self-care: Hygiene (0305), risk control: infectious process (1924), fall prevention behavior (1909); The NIC interventions carried out were: (1400) Pain management, orientation in reality 4820, Improve communication: speech deficit. (4976), (1100) nutrition management, wound care (3660), Bedridden patient care (0740), (6490) Prevention of falls, which were carried out during the execution phase, improving health status of the patient.

**KEY WORDS:** Elderly, Nursing Care Process, Stroke, syncope, Nursing Care, Jean Watson.

## INDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	iii
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	iv
<b>RESUMEN</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	8
<b>1.1. Valoración por dominios alterados</b> .....	11
<b>1.1.1 Examen físico</b> .....	13
<b>1.1.2 Situación problema</b> .....	14
<b>1.2. Formulación del diagnóstico según NANDA</b> .....	16
<b>1.3. Análisis y confrontación de la literatura</b> .....	18
<b>II. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	27
<b>2.1. Recolección de datos</b> .....	27
<b>2.2. Aspectos éticos</b> .....	28
<b>2.3. Planificación del cuidado (NIC)</b> .....	29
<b>III. RESULTADO Y DISCUSIÓN</b> .....	59
<b>IV. CONCLUSIONES</b> .....	65
<b>REFERENCIAS</b> .....	66

## I. INTRODUCCION

El proceso de atención de enfermería es un método racional, sistemático y organizado desde el cual se podrán proporcionar cuidados individualizados a la persona, en todas las etapas del ciclo vital. Es el procedimiento en el cual se realiza el presente método a la experiencia de la enfermería, se trata de un enfoque determinativo para la solución del problema que necesita, conocimiento científico, experiencia, intuición, pensamiento crítico, técnicas y tiene como objetivo mejorar el estilo de vida saludable del paciente para promover, mantener y recuperar su óptima condición de salud. <sup>1</sup>

El objetivo principal es identificar el estado y las necesidades de salud de la persona, tanto reales como de riesgo, para constituir planes en la dirección de las necesidades identificadas y ejecutar intervenciones específicas de enfermería que cubran tales necesidades.

El presente trabajo es un informe del proceso de atención de enfermería aplicado a una adulta mayor de 82 años de edad que ha sufrido un accidente cerebro vascular, y Pérdida de juicio que fue acompañada por una interrupción del momento en relación con el corazón y los movimientos respiratorios que ocurrieron debido al suministro insuficiente de sangre al cerebro, por ello como estudiantes de enfermería en formación estamos bajo la responsabilidad de aplicar todos los conocimientos para un buen resultado, así como también educar a la persona que apoya en el cuidado, generando una buena calidad de vida para el paciente.

Conociendo que la enfermera como profesional de ciencias de la salud actúa de manera integral, de manera científica, tecnológica, ordenada y restaurativa, a través del cuidado de las personas, la familia y la comunidad, cuya atención se brinda en todas las etapas de la vida, desde el embarazo hasta la muerte. <sup>2</sup>

Elegí a Jean Watson como teórica de mi proceso de atención de enfermería, porque la atención humanizada se convirtió en una ideología de la existencia aplicada a la experiencia profesional, que exige un valor personal y profesional, con responsabilidad científica, ideológica y estricta, que busca la protección de la integridad y El mantenimiento de la vida a través de la atención humanizada en los pacientes. Posteriormente, se presenta el estudio de caso en el que comienza evaluando los datos significativos recopilados a través de la

observación y la entrevista con la familia; Se analizan y diagnostican las necesidades prioritarias de las personas mayores, planificando sus actividades, resultados y conclusiones.

### **Historia de Salud de Enfermería. Valoración individual**

#### **DATOS DE FILIACION**

- 1. Nombre** : Teofila Chavez Perez
- 2. Edad** : 82 años
- 3. Etapa de la vida** : Adulto Mayor
- 4. Estado civil** : -
- 5. Número de hijos o historia obstétrica:** -
- 6. Lugar de nacimiento o procedencia:** Pomalca
- 7. Religión** : Católico
- 8. Fecha de ingreso** : 12/06/2018
- 9. Motivo de ingreso** : Familiar refiere que paciente se desmaya, y al despertar se muestra desorientada, y débil.
- 10. Diagnostico medico de ingreso:** D/c ACV izquémico, Síncope
- 11. Tratamiento médico de ingreso:**
  - Reposo
  - Cfv c/8hrs
  - Dieta blanda
  - Nacl 0,9%
  - Ranitidina 50 mg E.V c/8hrs
  - Captopril 25 mg v.o c/24 hrs
  - Omeprazol 40 mg E.V c/24hrs
  - Ceftriazona 1g c/24hrs
  - Clindamicina 600 mg EV c/8hrs

**Antecedentes personales:**

**Reacción Adversa a Medicamentos:** ninguno

**Antecedentes patológicos:** hipertensión

**Antecedentes quirúrgicos:** ninguno

**Antecedentes ginecológicos:** parto vaginal.

**12. Antecedentes familiares:** ninguno

**Tipo de familia** : Nuclear

**Dinámica familiar:** Vinculo fuerte

**13. Vivienda**

**Características de la vivienda:** material noble

**Saneamiento básico:** Agua, Luz y Desagüe.

## **1.1. VALORACIÓN POR DOMINIOS ALTERADOS**

### **Dominio 1: Promoción de la salud**

Mujer de 82 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: 37.4 °C

Peso: 35 kg.; Talla: 1.50cm; IMC: 15%

Piel y mucosas orales: secas Hemoglobina: 10.5 gr/dl

**Dominio 3: Eliminación e Intercambio** N<sup>a</sup> de diuresis: 5 veces al día Deposiciones:

normal

Respiración: 20 x´

**Dominio 4: Actividad y Reposo** Frecuencia Cardiaca: 76x´ Respiración: Normal

Saturación O<sub>2</sub>: 96%; P A: 140/90mmHg

### **Dominio 5: Percepción/ Cognición**

Orientación: desorientado en persona, tiempo y espacio. No presenta ninguna señal de entendimiento, permanece mayor parte del tiempo dormida.

**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**

Circunstancia de tensión/ansiedad: estacional

Agente desencadenante del estrés: reocupación por el contexto actual

**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: seca y escamosa en miembros superiores e inferiores

Presencia de catéter en miembro superior izquierdo.

**Dominio 12: confort**

Adulta mayor se encuentra despierta, quejumbrosa y desorientada por momentos, según escala EVA 5/10”.

### 1.1.1 Examen físico

Paciente adulta mayor de 82 años de edad, Hospitalizada en el servicio de Observación Mujeres de un hospital público de Chiclayo.

#### Examen Físico General.

- Estado de conciencia: Paciente adulta mayor se muestra desorientada en tiempo, espacio y persona, no reconoce a los familiares, la mayor parte del tiempo no responde al llamado, poco colaboradora.
- Decúbito, se encuentra en posición decúbito supino.
- Peso y Talla: pesa 35kg, y mide 1.50 cm , IMC: 15.5
- Facie, decaída, somnolienta, se muestra quejumbrosa, adelgazada.
- Cabello con caspa, uñas, largas y sucias
- rostro y piel de coloración pálida
- ventila espontáneamente, se encuentra con sonda nasogástrica para alimentación y tratamiento.

#### 2. Examen Físico Regional:

- Cabeza: Cráneo sin alteraciones. cara: con presencia de costras en comisura lateral izquierda, y labio superior, lengua saburral, halitosis, ausencia de piezas dentarias.
- Cuello: de acuerdo con el biotipo, suave, ligeramente doloroso por la acción de flexión, puede extenderse, lateralizarse y rotarse fácilmente. Sin visibilidad ni palpación tiroidea.
- Tórax: Normal con respecto a su aspecto y color de piel.
- Mamas: Sin dolor, no evidencia de hinchamientos, o protuberancias.
- Abdomen: globuloso, depresible, evidenciando normalmente los movimientos del diafragma al acto de respiración. No doloroso a la palpación. Presencia de ruidos hidroaereos.
- Extremidades Superiores e inferiores: con bajo tono muscular y sin fuerzas en MI, poca capacidad para deambular por la escasa fuerza motora.

### **1.1.2 Conclusión de la valoración de enfermería: Situación problema**

Adulta mayor T.CH.P. de 82 años de edad, sexo femenino, procedente de Pomalca, se encuentra en su segundo día de hospitalización, en la cama #5, en observación mujeres del servicio de Emergencias, de un Hospital público de Chiclayo. Con diagnóstico médico: D/c ACV isquémico, Síncope.

Se le observa somnolienta, quejumbrosa, con rostro pálido, decaído, adelgazada, en posición de cubito supino, ventilando espontáneamente, con presencia de catéter endovenoso en MSI, perfundiendo NaCl 0,9 a 30 gotas por minuto y sonda nasogástrica conectada a jeringa de 25 ml para alimentación y tratamiento- escala de Glasgow 10.

Al examen físico se observa: cabellos sucios, mucosa oral seca, ausencia de todas las piezas dentarias, presencia de costras en labio superior y comisura lateral izquierda, lengua saburral, uñas largas y sucias en ambas manos, bajo tono muscular y sin fuerzas en MI, presencia de costras a consecuencia de upp de grado I en zona sacra, no responde al llamado, se muestra inconsciente la mayor parte del tiempo. Al control defunciones vitales:  
P/A: 140/90 mmHg      T°: 37,4 °C      FC: 76 x'      FR: 20 X'      Peso: 35 kg  
Talla 1.50 cm.      SatO: 96%      IMC: 15.5

Al interrogatorio: enfermera refiere: “la paciente llegó despierta, pero no reconocía a su familiares, ahora ya no responde al llamado y sigue desorientada”, “la señora llegó quejumbrosa, con dolor en una escala de EVA 5 y sin fuerzas”

#### **DIAGNÓSTICO MEDICO:**

d/c ACV Isquémico, Síncope.

### **TRATAMIENTO:**

- Reposo
- Cfv c/8hrs
- Dieta blanda
- Nacl 0,9%
- Ranitidina 50 mg E.V c/8hrs
- Captopril 25 mg
- Omeprazol 40 mg E.V c/24hrs
- Ceftriazona 1g c/24hrs
- Clindamicina 600 mg EV c/8hrs

### **HEMOGRAMA**

- Hemoglobina: 10.5 mg/dl

## 1.2 Formulación del diagnóstico según

### NANDA Problemas Reales

- (00129) Confusión Aguda **R/C** Deterioro de la cognición **S/A** ACV isquémico **M/P** Desorientada, No responde al llamado, No reconoce a familiares.
- (00002) Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades **R/C** Factor Biológicos **S/A** Malos hábitos alimenticios **M/P** Adelgazada, Bajo tono muscular, IMC: 15.
- (00051) Deterioro de la comunicación verbal r/c Debilitamiento del sistema musculo esquelético, Disminución de la circulación cerebral, Diferencias relacionadas con la edad s/a Edad : 82, D/c ACV isquémico m/p Desorientada, No comunicativa, No responde al llamado.
- (00085) Deterioro de la movilidad física **R/C** Dolor, Disminución de la masa corporal **S/A** Edad, Agente lesivo biológico **M/P** Bajo tono muscular, Sin fuerzas en miembros inferiores.
- (00132) Dolor Agudo **R/C** agente lesivo: físico **S/A** Bajo tono muscular y sin fuerzas, Postración **M/P** facie de dolor, Quejumbroso, EVA 5, Rostro pálido.
- (00046) Deterioro de la integridad cutánea **R/C** Extremos de edad, Hidratación **S/A** Agente lesivo biológico **M/P** Presencia de costras en labio superior, en Miembro superiores piel reseca y escamosa
- (00048) Deterioro de la mucosa oral **R/C** Disminución de la salivación, Mal nutrición **S/A** Deshidratación **M/P** Ausencia de piezas dentarias, Lengua saburral, Mucosa oral seca.

- (00108) Déficit de autocuidado: baño **R/C** Dolor, Debilidad, Deterioro musculo esquelético **S/A** Agente lesivo biológico, Debilidad **M/P** Cabello, seco y desalineado, uñas largas y sucias en ambas manos.

### **Problemas de Riesgo**

- (00201) Riesgo de Perfusión tisular cerebral ineficaz **r/c** Hipertensión arterial, Embolismo.
- (0015) Riesgo de caídas r/c edad avanzada, deterioro de la movilidad física
- (00004) Riesgo de infección **r/c** procedimientos invasivos.

### 1.3 ANÁLISIS DE CONFRONTACIÓN

El presente Proceso de Atención de Enfermería titulado “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente adulta mayor con acv isquémico, de un hospital público de Chiclayo – 2019.”; estuvo centrado en la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson, es la teoría que apoya la importancia de corregir o perfeccionar su teoría en diferentes situaciones de enfermería, administración, asistencia, capacitación, enseñanza e investigación. La atención transpersonal es una representación única, ya que el punto de vista de las enfermeras es una disciplina específica de la atención humana que depende del compromiso honesto de las enfermeras, salvaguardar y aumentar la dignidad humana, lo que permitirá la difusión de la atención humanizada proporcionada por profesionales de enfermería en la práctica (4).

Un derrame cerebral ocurre cuando se interrumpe el paso de fluidos sanguíneos al cerebro. Si este órgano no recibe estos fluidos que proporciona oxigenación y nutrientes necesarios, las partículas internas no podrán sobrevivir y morirán. Cada año en el Reino Unido, alrededor de 110,000 personas sufren un derrame cerebral. Forma parte de los orígenes más comunes de muerte en el Reino Unido y de igual modo la causa fundamental de discapacidad grave. (4).

Actualmente, el conflicto más importante en neurología es la enfermedad cerebrovascular (ECV), la enfermedad neurológica aguda más común y una de las principales causas de muerte, discapacidad y discapacidad en adultos. Los accidentes cerebrovasculares se dividen en accidentes isquémicos y hemorrágicos. Los isquémicos son los que frecuentemente ocurren debido a aterotrombosis de células de longitud variable; Así mismo cabe la posibilidad de que sean embólicos o hemodinámicos cuando se ve afectada la perfusión cerebral. La hemorragia (ECV) son a causa casi siempre a hemorragia subaracnoidea espontánea, vasos malformados o hemorragia intracerebral espontánea. (5).

En algunas personas mayores que no fallecen, les ocasiona una discapacidad física y ocupacional considerable, del 50 al 70% de los que sobreviven terminan con complicaciones, lo que afecta los aspectos psicológicos, económicos y sociales, lo que

obligó al uso de varios recursos diferentes. con el objetivo de mitigar la pérdida de muchas vidas anualmente, así como reducir el grado de discapacidad que están predispuestos estas personas (5).

Se sabe que accidente cerebrovascular significa trastornos en los que hay un área cerebral afectada temporal o permanentemente, por isquemia o hemorragia y / o cuando uno de los vasos sanguíneos del cerebro se ve afectado por una transformación patológica (5).

La edad es un agente peligroso, por lo que los adultos mayores sufren más. También hay una mayor incidencia de otros factores de riesgo, como la presión arterial alta y una arritmia cardíaca llamada fibrilación auricular, que está fuertemente relacionada con el accidente cerebrovascular (5).

Un accidente cerebrovascular sucede cuando se reduce el abastecimiento de fluidos sanguíneos a un fragmento del cerebro, lo que es un impedimento para que el tejido cerebral se oxigene y se alimente. En cuestión de minutos, las neuronas cerebrales comienzan a morir.

Un accidente cerebrovascular forma parte de una de las emergencias más comunes. El tratamiento rápido es esencial. El trabajo rápido puede minimizar el daño al cerebro y la posibilidad de complicaciones. La mejor parte es que los derrames cerebrales pueden tratarse y prevenirse, actualmente muere una gran cantidad de personas, menos estadounidenses debido a ellos en igualdad con el pasado (6).

Se concluye con el diagnóstico de enfermería: (00129) Confusión Aguda **R/C** Accidente cerebro-vascular **S/A** d/c ACV isquémico **M/P** Desorientada, No responde al llamado, No reconoce a familiares.

El dolor es considerado como una es un momento sensorial y donde infiere la emoción no agradable que se conforma con una contusión tisular existente o potencial; se puede dividir en aguda o crónica; El dolor agudo es el resultado inmediato de cuando algunos sistemas sensitivos se activan y, tiene una función de defensa biológica (5).

Así mismo el dolor se produce por un proceso llamado transducción: es el curso por

el cual el estímulo nocivo adyacente se convierte en un estímulo eléctrico, realizado en partes sensoras, llamados nociceptores (6).

El uso de escalas tiene como fin valorar, reevaluar y poder comparar el sentimiento doloroso y su aplicación principal es la evaluación de la contestación al procedimiento, y no considerando solo el diagnóstico médico del dolor. Y es por eso que los instrumentos utilizados para calcular el dolor son subjetivos, hay aquellos que miden una sola dimensión y también hay multidimensionales. En este caso se ha utilizado EVA: Es el procedimiento intrínseco más utilizado, ya que tiene una mayor sensibilidad al cálculo y necesita una mayor capacidad para comprender y ayudar al paciente. Consta en un trazo recto vertical u horizontal, de 10 cm de largo. En los extremos, se destaca la categoría de dolor pequeño e inmenso; el paciente debe señalar con un trazo el lugar en la línea en donde se encuentre la intensidad de su dolor(7).

Debe enfatizarse que incluso los períodos cortos de dolor tienden a causar cambios neuronales, lo que ayudará a mejorar los estados de dolor crónico, por lo que ahora el nuevo enfoque es prestar más atención a la prevención y el tratamiento del dolor agudo para reducir las complicaciones. y, al igual que el progreso del dolor agudo en dolor crónico, un ejemplo muy obvio es el dolor causado por la vejez (8).

Se concluye con el diagnóstico de enfermería: (00132) Dolor Agudo **R/C** agente lesivo: físico **S/A** Bajo tono muscular y sin fuerzas, Postración **M/P** facie de dolor, Quejumbroso, EVA 5, Rostro pálido.

La piel consta de tres capas bien diferenciadas: epidermis, es la de arriba, frágil y muy celular; otra es la dermis, es visiblemente más gruesa, está formada por tejido conectivo que está en formación con numerosos vasos y nervios y, en esto, los archivos adjuntos de la piel; y la hipodermis, que está en la parte inferior, la mas profunda, está formada por tejido graso que también se conoce como tejido adiposo subcutáneo. La piel es una porción que tiene una gran diversidad de funciones, que incluyen protección, termorregulación, producción sensorial, secretora, inmunológica, la elaboración de vitamina D y de excreción. (9).

Cuando se altera este órgano, comienzan a producir upp, que son heridas de principio isquémico, ubicadas en la dermis y epidermis, con pérdida de sustancia cutánea causada por un largo período de presión o fricción entre dos planos duros<sup>9</sup>.

Simultáneamente Los pacientes en su totalidad deben ser evaluados con escalas de evaluación de riesgos para poder tomar medidas preventivas pronto; Este riesgo debe reevaluarse por períodos de tiempo y, inclusive en alguna modificación en el nivel de movimiento o actividad. La escala de Braden y la escala de Norton son los instrumentos que más se utilizan para identificar pacientes mayores con riesgo de desarrollar úlceras por presión. (10).

La localización y número de partes mas afectadas: son los trocánteres, la región sacra, glúteos y talones. Por otro lado un enfoque importante es el Etapa I: donde se forma el eritema de la piel, que no se pone pálido; Si el paciente tiene piel oscura, se observa si hay edema, endurecimiento, palidez o si la piel ha cambiado de temperatura. En el estadio II: aparece la úlcera superficial con apariencia de fricción, ampollas o abertura superficial; adelgazamiento parcial de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Así mismo en el Estadio III: es la disminución general del volumen de la piel que implica hematomas o desintegración del tejido subcutáneo, que tiende a ser extendido hacia abajo, pero no a través de la fascia inferior. Y por último en el Etapa IV: disminución total de la densidad de la piel con deterioro extenso, desintegración tisular o hematomas en la estructura muscular, ósea o de soporte. En esta etapa, como en III, se producen lesiones tendinosas o, con el tiempo, nuestros órganos comienzan a deteriorarse, perdiendo su vitalidad (12).

Además del elemento de isquemia por presión, hay varios factores que ayudan en el curso, reduciendo la tolerancia del tejido y creando las circunstancias para que se genere la úlcera; Estos factores pueden ser extrínsecos: la inmersión, la incontinencia, el sudor, la serosidad de la lesión producen mucha humedad en la piel; frotar: la fricción con otra superficie daña la epidermis y ocasiona abrasiones superficiales; fuerzas de corte 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 que se originó del

progreso de la gangrena, afectando la articulación y causando fístulas y hemorragias severas. Otra es la sospecha de contaminación en todas las úlceras de nivel III y IV y en las superficiales con sonrojo cutáneo en el área alrededor de la úlcera o en la secreción de la herida, junto con el dolor.

Otra de las complicaciones son las secundarias, que pueden estipularse, por principio monetario, como la estadía prolongada en el hospital y el aumento del costo de la atención; y otros de naturaleza clínica, como recuperación y rehabilitación tardías, infecciones nosocomiales e iatrogenias (14).

Se concluye con el diagnóstico de enfermería: • (00046) Deterioro de la integridad cutánea R/C Extremos de edad, Hidratación S/A Agente lesivo biológico M/P Presencia de costras en labio superior, en Miembro superiores piel reseca y escamosa

La desnutrición crónica es un curso en el cual se agotan las últimas partículas reservadas por los alimentos que el organismo ha acumulado con la ingesta de alimentos se agotan debido a una deficiencia de proteína calórica. Lo que retrasa el desarrollo de fetos, bebés, niños y ancianos. (15).

La malnutrición no solo interviene en los países sub desarrollados, esta forma parte de la totalidad de países. Cerca de 1900 millones de personas adultas se encuentran con sobrepeso, en tanto que 462 tienen bajo peso. Se estima que 41 millones de niños tienen malnutrición ya sea para delgadez u obesidad, 159 millones se encuentran con algún grado de retraso en el crecimiento y 50 millones están con desnutrición (15).

Una gran cantidad de grupos familiares carecen de los recursos para obtener los alimentos nutritivos adecuados, como frutas y verduras, carne o leche, y por lo tanto no tienen acceso a ellos, pero los alimentos que pueden obtener por el precio son los pocos saludables, como los alimentos ricos en grasas, azúcares y sal, lo que inclina a las personas al rápido aumento del sobrepeso entre niños y adultos, tanto en países pobres como ricos (15).

Lo que origina la desnutrición se pueden percibir de manera simple, como una baja ingesta de alimentos o una dieta baja en nutrientes. Lo que es cierto es que la

desnutrición casi siempre es causada por diferentes problemas, ya sean psicológicos, físicos, biológicos o una combinación de ellos. por ejemplo: (16).

Las personas mayores casi siempre tienen problemas de salud, como demencia o problemas dentales, que pueden causar disminución del apetito o problemas de alimentación. Además, hay algo más que puede intervenir, como enfermedades crónicas, consumo de algunos medicamentos, impedimento para comer o absorción de nutrientes, hospitalización, disminución del sabor o pérdida del olfato o problemas en el abdomen, internos como gástricos o externos como inflamación o hinchazón.

Dietas restringidas. El medico indicar un tipo de dieta, las personas adultas mayores se centran tanto en consumir lo que les indican, que dejan de lado algunos otros alimentos, lo que ocasiona en la mayoría de casos, una inadecuada alimentación.

Ingresos bajos. El dinero o la economía muchas veces es parte fundamental de la desnutrición en las personas de toda edad, en especial en los adultos mayores, que son personas que ya no trabajan para poder mantener una economía deseable, lo que influye en la compra de alimentos adecuados, o medicamentos prescritos.

Menos contacto social. Cuando las personas llegan a la etapa de vida de adulto mayor, empiezan a aislarse de la gente, o a tener pensamientos con baja autoestima, de igual manera los familiares contribuyendo a esos pensamientos, no pasan la mayoría de tiempo con sus padres o abuelos, dejando que este mismo, vea por su alimentación, o con el simple hecho de consumir sus comidas como desayuno y almuerzo solo, hacen que el interés se pierda (16).

Acceso limitado a los alimentos. La mayoría de adultos mayores ya no pueden caminar con normalidad, o realizar las comprar con frecuencia, por lo que el acceso a los alimentos se les dificulta por su avanzada edad. (17).

Se concluye con el diagnóstico de enfermería: (00002) Desequilibrio  
nutricional ingesta inferior a las necesidades R/C Factor Biológicos S/A Malos  
hábitos alimenticios M/P Adelgazada, Bajo tono muscular, IMC: 15.

Cada grupo familiar pasa por una sucesión de eventos que ayudan fundamentalmente a dar forma al camino que define su evolución. Todos estos eventos tienen que ver con cambios fundamentales que a veces afectan la distribución 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. (19).

Los cambios que ocurren en los grupos familiares en correspondencia con la enfermedad no siguen un ejemplo unificado, sino que son proporcionados por sus mismas características familiares, como el actual momento por el que cursa, el nivel de firmeza de la familia, su situación económica, la función que cubre el sufrimiento de ese grupo explícito, la historia familiar, entre otros.

Cuando se trata de enfermedades agudas y graves, se percibe que el nivel de desequilibrio es enorme, por lo que es necesario realizar cambios en pequeños momentos, por lo general que duren poco, ya sea debido a la recuperación o la muerte del paciente. En este caso, la familia pasará por el duelo que, en varios casos, merecerá un apoyo profesional de terapia especializado. En la actualidad, El curso salud-enfermedad se observa de manera integral, donde la psicología funciona como un regulador del comportamiento, formando un enlace en el dispositivo intrínseco de la producción de la enfermedad (20).

El nacimiento de la incomodidad en el grupo familiar genera una sucesión de movimientos en la forma de vivir y actuar por parte de sus miembros, lo que lleva a un proceso de búsqueda relacionado con la enfermedad, cuyos valores, costumbres y definiciones son tan importantes como la enfermedad misma. significa como las necesidades del grupo familiar para enfrentarlo. En base a este curso, se crea una sucesión de contestaciones que se adaptan y se pueden distribuir en funcionales y no funcionales, lo que puede generar un estrés crecido en la familia y una crisis aún más grave (21).

Factores condicionantes del impacto de la enfermedad en el grupo familiar, además del procesamiento de la enfermedad por parte de la familia y el ejemplo de la

respuesta que genera, existen diversos componentes que interfieren en el tema de salud familiar de la enfermedad, tales como: etapas del ciclo de vida, variabilidad o inflexibilidad de los roles familiares. cultura familiar, nivel socioeconómico, comunicación familiar<sup>21</sup>.

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, ojalá pronto salga del hospital.

Los microorganismos que se encuentran con mayor frecuencia en infecciones relacionadas con dispositivos intravasculares son aquellos cuya naturaleza es la piel; La distribución de los agentes patógenos cambia según el tipo de persona, la enfermedad subyacente, el tipo de catéter, el servicio en el que se encuentran y el tipo de servicio al catéter. El uso de dispositivos intravasculares cutáneos para suministrar líquidos, sangre o medicamentos, de igual manera para monitorizar al paciente, y se convirtió para la medicina en una faceta fundamental en los pacientes. (28).

Algunos pacientes con presencia de catéter periférico, pueden presentar signos como: aumento de la temperatura con escalofríos, aumento de la respiración, taquicardia. Este síntoma tiene que estar presente hasta que del paciente se haya retirado el catéter durante varios días. Así mismo, la retirada de este dispositivo puede ocasionar presencia de complicaciones locales (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 inspeccionar el comportamiento en el entorno tradicional del paciente cuyas características son un significado preciso del contexto de observación, sistematización, rectitud y rigidez en el procedimiento de registro del comportamiento<sup>30</sup>. Se tomó como unidad de análisis a una adulta mayor de 82 años de edad, que se encuentra en un hospital público de Chiclayo; 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 compuesto por los 13 dominios que establece la Taxonomía II de la NANDA 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 las encuestas realizadas a todos los pacientes para examinar los cambios o señales causados por la dolencia, guiados por los sentidos y los pequeños instrumentos o dispositivos que llevan consigo, por ejemplo: termómetro, estetoscopio, entre los más utilizados. De igual modo, utilizando los cuatro fundamentales métodos de evaluación; 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 necesario en el progreso de las prácticas de atención de la salud humana en el humanismo y tienen varias funciones que lo hacen parte de un instrumento primario para una buena mejora de la práctica médica.; siendo así una información exacta y verídica.

## **2.2. ASPECTOS ÉTICOS**

Los principios descritos en el informe de Belmont se aplicaron a este trabajo de investigación; La investigación y la experiencia pueden llevarse a cabo colectivamente cuando se realizan investigaciones para evaluar la certeza y el vigor de un tratamiento. Esto no debe confundirse con la revisión que un cumplimiento o una tarea pueden tener o no; La regla universal es que, en la acción llevada a cabo donde existe un dispositivo de investigación, esta tarea debe ser revisada para la protección de los pacientes.

Como punto fundamental, existe el principio de beneficencia, que se basa en la frecuencia de las personas de una manera ética, que incluye no solo respetar las decisiones, sino también dirigir su comodidad. Por lo tanto, se formularon dos reglas fundamentales como una expresión de beneficencia en el diccionario: sin daño; y maximizar los beneficios y reducir el posible daño 31. El presente principio se tuvo en cuenta al investigar a los ancianos, evitando dañarlos u ofenderlos con los problemas planteados, mientras se respetaron todas las opiniones que expresaron, el el objetivo era lograr que participaran para identificar la calidad de vida en los ancianos; Así 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 brindará un trato respetuoso.; Este principio explica que hay inequidad cuando a las personas se les niegan sus derechos; En la presente investigación, se respetaron los derechos de las personas mayores en relación con la información proporcionada, por lo que prevaleció la confidencialidad de los datos. (31).

## **2.3. PLANIFICACIÓN: NIC**

NOMBRE DEL PACIENTE: T.CH.P

EDAD: 82 años.

<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA</b>	(00132) Dolor Agudo <b>R/C</b> agente lesivo: físico <b>S/A</b> Bajo tono muscular y sin fuerzas <b>M/P</b> facie de dolor, Quejumbroso, EVA 5, Rostro pálido.	
<b>OBJETIVO</b>	El paciente expresará disminución de dolor, post tratamiento analgésico e intervenciones de enfermería durante su estancia hospitalaria.	
<b>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</b>	<b>INTERVENCIONES/ACTIVIDADES (NIC)</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>
<p><b>Nivel del dolor (2102)</b>  <b>Dominio:</b> Salud percibida  <b>Clase:</b> Sintomatología</p> <p>Escala de medición según diana: Grave ha Moderado.</p>	<p><b>(1400) Manejo del dolor</b></p> <p><b>ACTIVIDADES</b></p> <p>Realizar la valoración completa del dolor en donde se incluya el lugar, características, aparición, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.</p>	<p>La valoración es una técnica empleada en la recolección de datos objetivos y subjetivos que ayudan en la preparación de un diagnóstico y planificación de acciones de enfermería a un paciente con dolor. Si se realiza una buena valoración del dolor se podrá realizar intervenciones, evitando así el sufrimiento del paciente; disminuyendo la tasa de complicaciones respiratorias, facilita la movilización y fisioterapia. (Kozier 2013)</p>

Indicadores	G (1)	S (2)	M (3)	L (4)	N (5)	
	<b>Dolor referido (200201)</b>	1	2	3	4	5
	<b>Expresiones faciales de dolor (210206)</b>	1	2	3	4	5

  

<p>Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes</p>	<p>Los analgésicos son más eficaces si se administran de forma temprana en el ciclo del dolor, ya que así permite evaluar la efectividad de la analgesia. El Metamizol es un fármaco perteneciente a la familia de las pirazolonas tiene efectos analgésicos, antipiréticos y espasmolíticos. En el paciente se administra Metamizol condicional al dolor; actúa sobre el SNC , con menor actividad que la morfina; la administración de estos fármacos están indicados en la fase inicial e intermedia del tratamiento en pacientes quemados. (Médico Quirúrgico Brunner y Suddarth 2013)</p>
<p>Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.</p>	<p>Brindar una adecuada información al paciente disminuirá el temor, fatiga o irritabilidad que pueda presentar el paciente. El dolor intenso se presenta con mayor frecuencia en la limpieza de la herida, los cambios de apósito, el desbridamiento y la fisioterapia por tal motivo se explicara al paciente que ello es parte de su tratamiento ( Médico Quirúrgico Brunner y Suddarth 2013)</p>

	<p>Proporcionar apoyo emocional y tranquilidad al paciente.</p>	<p>El apoyo emocional es indispensable para reducir el temor y la ansiedad derivados de la lesión por quemaduras; estos incrementar la percepción del dolor, la cual tenemos la común. (Médico Quirúrgico Brunner y Suddarth 2013)</p>
	<p>Enseñar al paciente técnicas de relajación, imaginación guiada y distracción; ayudarle a ponerle en práctica.</p>	<p>La relajación es el descenso paulatino de la acción muscular y la tranquilidad psíquica que genera un estado de bienestar de salud, proporcionan intervenciones variadas para reducir la sensación del dolor</p>

NOMBRE DEL PACIENTE: T.CH.P

EDAD: 82 años.

<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA</b>	(00129) Confusión Aguda <b>R/C</b> Accidente cerebro-vascular <b>S/A</b> d/c ACV isquémico <b>M/P</b> Desorientada, No responde al llamado, No reconoce a familiares.	
<b>OBJETIVO</b>	Paciente recuperará el conocimiento y lucidez progresivamente, posterior a cuidados de enfermería y tratamiento médico.	
<b>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</b>	<b>INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>
<b>ORIENTACIÓN COGNITIVA (0901)</b> <b>Dominio:</b> Salud fisiológica (II) <b>Clase:</b> Neurocognitiva (J) <b>Escala:</b> Gravemente comprometido hasta No comprometido	<b>ORIENTACIÓN EN LA REALIDAD 4820</b>	
	Usa o hacer gestos, u objetos para mejorar el entendimiento de las comunicaciones verbales	A través de los signos en la cara, se puede expresar una gran multiplicidad de sentimiento, pensamientos, humor, que refuerzan y ponen énfasis en el contenido del mensaje que se puede transmitir. <sup>4</sup>

<table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Indicadores</b></th> <th><b>G (1)</b></th> <th><b>S (2)</b></th> <th><b>M (3)</b></th> <th><b>L (4)</b></th> <th><b>N (5)</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Se autoidentifica (090101)</b></td> <td><b>1</b></td> <td><b>2</b></td> <td><b>3</b></td> <td><b>4</b></td> <td><b>5</b></td> </tr> <tr> <td><b>Identifica a los seres queridos (090102)</b></td> <td><b>1</b></td> <td><b>2</b></td> <td><b>3</b></td> <td><b>4</b></td> <td><b>5</b></td> </tr> <tr> <td><b>Identifica el lugar donde está (090103)</b></td> <td><b>1</b></td> <td><b>2</b></td> <td><b>3</b></td> <td><b>4</b></td> <td><b>5</b></td> </tr> </tbody> </table>						<b>Indicadores</b>	<b>G (1)</b>	<b>S (2)</b>	<b>M (3)</b>	<b>L (4)</b>	<b>N (5)</b>	<b>Se autoidentifica (090101)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Identifica a los seres queridos (090102)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Identifica el lugar donde está (090103)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<p>Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo.</p>	<p>Se le informa al paciente, para tener la seguridad que este no sentirá temor por alguno de ellos, o por alguna de las acciones que estos tomarán.</p>
<b>Indicadores</b>	<b>G (1)</b>	<b>S (2)</b>	<b>M (3)</b>	<b>L (4)</b>	<b>N (5)</b>																										
<b>Se autoidentifica (090101)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>																										
<b>Identifica a los seres queridos (090102)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>																										
<b>Identifica el lugar donde está (090103)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>																										
						<p>Proporcionar objetos que simbolizan la identidad de sexo (p.j gorra, monedero)</p>	<p>Estos tipos de objetos, ayudan a la identidad personal, a la vez, alude a la percepción subjetiva que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto a sentirse hombre, mujer</p>																								
						<p>Ofrecer psicoeducación a la familia y los seres queridos respecto a fomentar la orientación de la realidad</p>	<p>Los familiares que cuidan al anciano influyen en forma significativa sobre el retraso y, tal vez, incluso sobre el rechazo a la institucionalización de pacientes ancianos con enfermedad crónica.</p>																								


<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA</b>	(00051) Deterioro de la comunicación verbal r/c Debilitamiento del sistema musculo esquelético, Disminución de la circulación cerebral, Diferencias relacionadas con la edad s/a Edad: 82, D/c ACV isquémico m/p Desorientada, No comunicativa, No responde al llamado.	
<b>OBJETIVO</b>	Paciente demostrará mayor capacidad para expresarse, durante su estancia hospitalaria, con ayuda de intervenciones de enfermería.	
<b>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</b>	<b>INTERVENCIONES/ACTIVIDADES (NIC)</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>
<b>Dominio:</b> Salud fisiológica (II)	<b>Mejorar la comunicación: déficit del habla. (4976)</b>	

<p><b>Clase:</b> Neurocognitiva (J)</p> <p><b>Escala:</b> Gravemente comprometido hasta No comprometido</p>						Realización de terapias para mejorar el lenguaje y el habla	Estas actividades desarrollan habilidades de diferentes maneras, El profesional puede usar, dibujos, periódicos, o terapia de juego. De igual manera puede utilizar ejercicios de lenguaje para practicar las destrezas.																								
						Incluir a la familia en la terapia de lenguaje que se realice al paciente	El miembro de la familia que cuida al paciente tiene un trabajo duro y muy significativo, ya que debe estar al tanto de los cambios en las condiciones médicas del paciente. Los miembros de la familia responsables pueden ayudar a planificar el tratamiento, tomar decisiones y llevarlo a cabo en las diferentes etapas del mismo..																								
						Instruir al paciente y a la familia sobre el uso de dispositivos de ayuda del habla.	Los dispositivos de ayuda son todo instrumento mecánico o electrónico, diseñado para que la persona pueda comunicarse mejor, ya sea aumentando o bien supliendo su habla oral.  (soro- camats 1998)																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>D.G (1)</th> <th>D.S (2)</th> <th>D. M (3)</th> <th>D. L (4)</th> <th>S.D. N (5)</th> <td colspan="2"></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Utiliza el lenguaje hablado: vocal</td> <td></td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td>5</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Utiliza la conversación con claridad</td> <td></td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td>5</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>								Indicadores	D.G (1)	D.S (2)	D. M (3)	D. L (4)	S.D. N (5)			Utiliza el lenguaje hablado: vocal		2			5			Utiliza la conversación con claridad		2			5		
Indicadores	D.G (1)	D.S (2)	D. M (3)	D. L (4)	S.D. N (5)																										
Utiliza el lenguaje hablado: vocal		2			5																										
Utiliza la conversación con claridad		2			5																										

<b>PARA QUIENES NO PUEDEN HABLAR</b>	
Tranquilizar afirmando que el habla volverá, en caso contrario, explicar las opciones disponibles (p.j habla esofágica, lenguaje de señas).	La calma es esencial en todas las relaciones humanas, ya que promueve un círculo agradable en el que todas las personas involucradas se sienten cómodas, seguras y, a su vez, permiten que todos desarrollen plenamente su potencial y ayuden positivamente a su bienestar. <sup>6</sup>
Leer los labios en busca de indicios.	El receptor observará los labios y las expresiones faciales del paciente anciano para descifrar y decodificar el mensaje que se transmite a través del canal oral.
No alterar habla, tono o tipo de mensaje; hablar como se hace con los adultos mayores.	Los adultos mayores pueden pasar por dificultades de salud, por lo que hablar y comprender se convierte en un problema. Asegúrese de considerar la salud de la persona antes de comenzar la comunicación con los ancianos.  Brunner médico quirúrgico.

<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA</b>						(00002) Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades <b>R/C</b> Factor Biológicos <b>S/A</b> Malos hábitos alimenticios <b>M/P</b> Adelgazada, Bajo tono muscular, IMC: 15.	
<b>OBJETIVO</b>						Paciente recuperara su estado nutricional con los cuidados de enfermería durante su estancia hospitalaria	
<b>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</b>						<b>INTERVENCIONES/ACTIVIDADES (NIC)</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>
<b>ESTADO NUTRICIONAL (1004)</b> <b>DOMINIO:</b> Salud fisiológica <b>CLASE:</b> Digestión y nutrición						<b>(1100) MANEJO DE LA NUTRICION ACTIVIDADES</b>	
						Determinar el estado nutricional y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.	El estado nutricional refleja en cada momento si la selección de nutrientes es adecuada a las necesidades del organismo, por eso la evaluación
<b>INDICADO RES</b>	<b>D.G. R.N.</b>	<b>D.S.R. N.</b>	<b>D.M.R. N.</b>	<b>D.L. R.N.</b>	<b>S.D.R. N</b>		

(100401) INGESTA DE NUTRIENTE S	1	2	3	4	5		del estado de nutrición debe formar parte de los exámenes de salud. (Medico Quirurgico Brunner y Suddarth, 2013)	
(100405) RELACION PESO/TALL A	1	2	3	4	5	Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria	Las calorías son unidades de energía necesarias para impulsar la actividad diaria. La cantidad de calorías que una persona necesita a diario depende de muchos factores incluyendo el tamaño, edad y niveles de actividades. (Kozier, 2013)	
<b>ESCALA DE MEDICION SEGÚN LA DIANA:</b> Desviacion grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal.							Ajustar la dieta, hipocalorica e hiperproteica	La dieta baja en calorías es la dieta que explica su concentración en la limitación calórica diaria, o la disminución en la ingesta de alimentos y la dieta alta en proteínas, consiste principalmente en consumir alimentos ricos en proteínas, reduciendo la ingesta de azúcares y grasas.(Medico Quirurgico Brunner y Suddarth, 2013)
							Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad	La información sobre la dieta en un paciente quemado es de gran importancia durante su tratamiento debido a la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo favoreciendo su recuperación (Kozier, 2013)

	Ayudar al paciente acceder a programas nutricionales.	Los programas nutricionales son servicios que tienen la función de promover y mejorar el estado de salud en los pacientes a través de una buena alimentación, en la cual aquí también interviene la nutricionista que tiene la capacidad para intervenir en la alimentación de una persona o grupo de personas teniendo en cuenta las necesidades fisiológicas o patológicas, intolerancias, preferencias personales, religiosas, socioeconómicas, y culturales. (Kozier, 2013)
--	---	---

<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</b>	(00046) Deterioro de la integridad cutánea <b>R/C</b> Extremos de edad, Hidratación <b>S/A</b> Agente lesivo biológico <b>M/P</b> Presencia de costras en labio superior, en Miembro superiores piel reseca y escamosa.	
<b>OBJETIVO</b>	El paciente expresara mejora progresiva de la piel, post intervenciones de enfermería durante su estancia hospitalaria.	
<b>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</b>	<b>INTERVENCIONES/ACTIVIDADES (NIC)</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>
Integridad tisular: piel - membranas y mucosas (1101) Dominio: Salud fisiológica Clase: Integridad tisular Escala: gravemente comprometido hasta no comprometido Indicadores:	CUIDADO DE LAS HERIDAS (3660)  Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.	Las heridas tratadas o suturadas generalmente se evalúan para establecer una mejoría en la cicatrización. La evaluación de la herida implica observar su apariencia, tamaño, dolor. (kozier 2013)

Indicadores	G	S	M	L	N
(1101113) Integridad de la piel	1	2	3	4	5
(110108) Textura	1	2		4	5

  

Aplicar un ungüento adecuado	El ungüento cumple la función de aminorar la inflamación, prurito, irritación, o endurecimiento de la piel, o alguna de sus afecciones. (kozier 2013)
Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.	Cualquier cambio debe ser registrado, para poder ver la evolución del paciente o si existe algún retraso o alteración en ella.  (kozier 2013)

<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</b>	(00085) Deterioro de la movilidad física <b>R/C</b> Dolor, Disminución de la masa corporal <b>S/A</b> Edad, Agente lesivo biológico <b>M/P</b> Bajo tono muscular, Sin fuerzas en miembros inferiores.																												
<b>OBJETIVO</b>	La persona recuperara la movilidad física progresivamente posterior al tratamiento y cuidados recibidos durante su estancia hospitalaria.																												
<b>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</b>	<b>INTERVENCIONES/ACTIVIDADES (NIC)</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>																											
Movilidad (0208) Dominio: Salud funcional Clase: movilidad Escala: Gravemente comprometido hasta no comprometido Indicadores:	Cuidados del paciente encamado-0740 Actividades:																												
	Colocar al paciente sobre una cama o un colchón terapéutico adecuado	Un colchón terapéutico o anti escaras permite disminuir la presión en las zonas de mayor apoyo evitando así las úlceras por presión. (Kozier 9º edición-2013)																											
<table border="1" data-bbox="241 850 831 1356"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Movimiento muscular-020803</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Realización del traslado-020805</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Ambulación-020806</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	GC	SC	MC	LC	NC	Movimiento muscular-020803	1	2	3	4	5	Realización del traslado-020805	1	2	3	4	5	Ambulación-020806	1	2	3	4	5	Colocar en la cama una base de apoyo para los pies.	La base de apoyo como por ejemplo las almohadas evita que haya una mayor presión y roce de la piel. La elevación de los miembros inferiores reduce la presión venosa, normaliza la función de la pared vascular y mejora el metabolismo en los tejidos. (Enfermería médico quirúrgico, Brunner y Suddarth 12º edición- 2013)			
Indicadores	GC	SC	MC	LC	NC																								
Movimiento muscular-020803	1	2	3	4	5																								
Realización del traslado-020805	1	2	3	4	5																								
Ambulación-020806	1	2	3	4	5																								

	<p>Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente.</p>	<p>El dispositivo más usado es El arco de la cama que se utiliza sobre el paciente para aminorar el peso de la ropa, previene el contacto de las sábanas con las partes que pueden encontrarse heridas o con áreas sensibles, por las quemaduras. (Kozier 9° edición-2013)</p>
	<p>Vigilar el estado de la piel.</p>	<p>Realizar una valoración diaria de la piel, es necesario la vigilancia constante y la observación de la herida (p.ej. cambios en la herida, presencia de secreción purulenta, o incremento de profundidad de la herida) para detectar la infección. (Enfermería médico quirúrgico, Brunner y Suddarth 12°edición- 2013).</p>
	<p>Realizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y/o activos.</p>	<p>Los ejercicios fisioterapéuticos previenen la atrofia muscular y conservan la movilidad, el paciente incrementara de forma gradual los movimientos físicos. Los ejercicios son necesarios para mejorar la</p>

		circulación y fortalecer los músculos. (Enfermería médico quirúrgico, Brunner y Suddarth 12ª edición- 2013)
--	--	---

<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</b>	(00108) Déficit de autocuidado: baño <b>R/C</b> Dolor, Debilidad, Deterioro musculo esquelético <b>S/A</b> Agente lesivo biológico, Debilidad <b>M/P</b> Cabello, seco y desalineado, uñas largas y sucias en ambas manos.	
<b>OBJETIVO</b>	El paciente mejorará progresivamente su autocuidado (baño) durante su estancia hospitalaria con ayuda de personal de enfermería o cuidador.	
<b>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</b>	<b>INTERVENCIONES/ACTIVIDADES (NIC)</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTIFICO</b>
<p><b>Autocuidado: Higiene (0305)</b></p> <p><b>Dominio:</b> Salud funcional</p> <p><b>Clase:</b> Autocuidado</p> <p>Escala de medición según diana: Gravemente comprometido a No comprometido</p> <p><b>Indicadores:</b></p>	<p><b>(1801) Ayuda con los autocuidados: baño/higiene.</b></p> <p><b>ACTIVIDADES</b></p>	
	<p>Determinar la cantidad y tipo de ayuda que necesita</p>	<p>Es importante para los profesionales de enfermería conocer exactamente cuanta asistencia necesita un paciente para el cuidado de su higiene y en la medida de que este sea totalmente satisfecha cumplirá con los cuidados planteados en el tratamiento y su pronta recuperación (Kozier, 2013)</p>
	<p>Controlar la integridad cutánea del paciente</p>	<p>El valor del estado de la piel , permite que la enfermera obtenga datos concretos y pueda aplicar cuidados de acuerdo a la</p>

<b>indicadores</b>	<b>G.C</b>	<b>S.C.</b>	<b>M.C</b>	<b>L.C</b>	<b>N.C</b>
	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>	<b>(5)</b>
Se limpia los oídos (030504.)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Se lava el pelo (030508)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Mantiene la higiene corporal (030517)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

  

	necesidad de la persona y permite identificar el riesgo de que se desarrolle lesiones graves (Medico Quirurgico Brunner y Suddarth)
Mantener rituales de higiene.	Los hábitos de higiene nos permiten estar o encontrarnos saludables y mantener una mejor calidad de vida, mejora la imagen de las personas y establece una mejor comunicación con los demás, contribuyendo al autoestima. (Kozier 2013)
<b>(1670) Cuidados del cabello y del cuero cabelludo</b>	
<b>ACTIVIDADES</b>	
Controlar el estado del pelo y del cuero cabelludo, incluida las anomalías	El cuidado del cabello del paciente es importante para su aspecto personal y su sensación de bienestar, es necesario lavarlo y peinarlo con parte de su aseo diario (Potter 2003)

	<p>Lavar y acondicionar el pelo, masajeando con champú y el acondicionador en el cuero cabelludo y el pelo</p>	<p>La aplicación de shampoo saponifica las grasas, estimula la circulación del cabello del cuero cabelludo y mejora la nutrición del epitelio ayudando así en su mejora de su higiene personal.(Kozier 2013)</p>
	<p>Aplicar una pequeña cantidad de aceite en las zonas de cuero cabelludo seco o descamativa</p>	<p>El aceite se usa en el baño, proporciona una película oleosa sobre la piel que ablanda y evita las grietas. (Kozier 2013)</p>

<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</b>	(00048) Deterioro de la mucosa oral <b>R/C</b> Disminución de la salivación, Mal nutrición <b>S/A</b> Deshidratación <b>M/P</b> Ausencia de piezas dentarias, Lengua saburral, Mucosa oral seca.	
<b>OBJETIVO</b>	El paciente mejorará progresivamente su salud bucal posterior a cuidados de enfermería y consulta con el especialista durante su estancia hospitalaria.	
<b>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</b>	<b>INTERVENCIONES/ACTIVIDADES (NIC)</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTIFICO</b>
<b>Salud oral (1100)</b>  <b>Dominio:</b> Salud fisiológica  <b>Clase:</b> integridad tisular  Escala de medición según diana: Grave a Ninguno	<b>(1730) Restablecimiento de la salud bucal</b>  <b>ACTIVIDADES</b>  Monitorizar el estado de la boca del paciente, incluidas las características de las anomalías	La motorizaciones bucales ayudara a mejorar la comodidad de vida y disfrutar de una mejor digestión, así mismo el aseo de la cavidad bucal permite la eliminación de material orgánico y produce una remoción significativa de la placa bacteriana (Médico quirúrgico Brunner y Suddarth)

<b>indicadores</b>	<b>G (1)</b>	<b>S (2)</b>	<b>M (3)</b>	<b>L (4)</b>	<b>N (5)</b>
<b>Ausencia de dientes (110026)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Caries dental (110023)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

  

Indicar al paciente que utilice un cepillo de cerdas suaves o una esponja bucal desechable	El cepillado de los dientes evita la caries dental, además estimula la circulación de las encías y mantiene su dureza y el esmalte de los dientes usar un cepillo con cerdas suaves, evita lesionar la mucosa oral, previniendo las hemorragias e inflamaciones (Médico Quirúrgico Brunner y Suddarth)
Explicar la importancia de una ingesta nutricional adecuada	La educación en la alimentación permite brindar una dieta rica en nutrientes, calcio y proteínas, alimentos ricos que permiten fortalecer los dientes y una mejor masticación de los alimentos (Médico Quirúrgico Brunner y Suddarth)
Animar al paciente a aumentar la ingesta de agua	El consumo de agua ayuda en la cavidad bucal: aumento de sustancias para controlar las bacterias en la boca, ya que se encuentran en la saliva; Evitar la gingivitis (inflamación de las encías), la caries dental y otras

		enfermedades bucales. (Médico Quirúrgico Brunner y Suddarth)
	Educar al paciente o al grupo familiar sobre la frecuencia y calidad de la atención adecuada de la salud bucal.	La visita del odontólogo permitirá prevenir la propagación de infecciones, tener un diagnóstico específico del estado bucal y así iniciar con el tratamiento adecuado (Médico Quirúrgico Brunner y Suddarth)

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA</b>	(00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.					
<b>OBJETIVO</b>	Paciente se mantendrá libre de signos de infección durante estancia hospitalaria.					
<b>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</b>	<b>INTERVENCIONES/ACTIVIDADES (NIC)</b>			<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>		
<p>CONTROL DEL RIESGO: PROCESO INFECCIOSO (1924).</p> <p>DOMINIO: CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD.</p> <p>CLASE: CONTROL DEL RIESGO Y SEGURIDAD.</p> <p>ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE DEMOSTRADO.</p>	<b>(6540) Control de infecciones.</b>					
	<b>ACTIVIDADES</b>					
	<p>Poner en práctica precauciones universales (higiene de manos, uso de guantes y mascarillas, etc.).</p>			<p>Las precauciones universales son un conjunto de normas de conducta para proteger al personal de salud y al paciente de posibles infecciones, y evitar el contacto con fluidos corporales probablemente infectados. (Médico Quirúrgico Brunner y Suddarth 2013)</p>		
<p>Enseñe al paciente y a su grupo familiar acerca de los signos y síntomas de la infección y cuándo deben comunicarse al cuidador.</p>			<p>Enseñar acerca de los signos y síntomas que indiquen la presencia de un proceso infeccioso, enrojecimiento, dolor espontaneo, calor palpable en la zona y fiebre. (Kozier &amp; Erb. 9na Edición. 2013)</p>			
<b>Indicadores</b>	<b>ND (1)</b>	<b>RD (2)</b>	<b>AD (3)</b>	<b>FD (4)</b>	<b>SD (5)</b>	
<b>Reconoce el riesgo personal de infección</b>	1	2	3	4	5	

<b>(192401)</b>						Ordenar a las visitas que se laven las manos antes y después de tener contacto con el paciente.	Por higiene y por salud las visitas de los pacientes deben de lavarse las manos antes y después de tener contacto con el paciente, el lavado de manos disminuye el riesgo de proliferación de microorganismos por infecciones cruzadas. (Enfermería médico-quirúrgica: Swearingen L.)
<b>Identifica el riesgo de infección.</b>  <b>(192404)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	Mantener un ambiente aséptico óptimo mientras se realizan procedimientos al paciente.	Un ambiente aséptico es aquel lugar que está libre de agentes potencialmente contaminantes que pueden causar infección en personas con heridas o lesiones graves. La mejor forma de mantener un ambiente aséptico es con una rigurosa aplicación de hábitos de higiene que garanticen un ambiente libre de gérmenes e infecciones intra-hospitalarias. (Enfermería médico-quirúrgica: Swearingen L.)

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA</b>	(0015) Riesgo de caídas r/c edad avanzada, deterioro de la movilidad física.	
<b>OBJETIVO</b>	Paciente se mantendrá libre de caídas usando camas con barandas, con vigilancia por parte del familiar y del personal de salud durante su hospitalización.	
<b>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</b>	<b>INTERVENCIONES/ACTIVIDADES (NIC)</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>
<p>CONDUCTA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS (1909)  DOMINIO: CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD (IV).  CLASE: CONTROL DE RIESGO Y SEGURIDAD (T)  ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE DEMOSTRADO.</p>	<p><b>(6490) Prevención de caídas</b>   <b>ACTIVIDADES</b>   Versificar, y vigilar déficit cognoscitivo o de invalidez del paciente que puedan aumentar el riesgo de caídas en un ambiente específico.</p>	<p>Es importante para medir el grado de dificultad que presenta el paciente</p>

Indicadores	ND (1)	RD (2)	AD (3)	FD (4)	SD (5)	Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.	Esta acción facilita al paciente cuando esté solo y no sufra caídas.
<b>Utiliza barandillas si es necesario (190915)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>		
						Enseñar al grupo familiar sobre los factores de riesgo a caídas, y como prevenirlos.	Tomar medidas preventivas ayudará al paciente a una mayor seguridad. Kozier (2013)
						Usar la técnica apropiada para movilizar al paciente de la silla de ruedas, cama, etc.	Utilización de una buena mecánica corporal por parte del personal de enfermería (uso eficiente, coordinado y seguro del cuerpo para mover objetos pesados o realizar actividades de la vida diaria) Kozier (2013)

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA</b>	(00201) Riesgo de Perfusión tisular cerebral ineficaz r/c Hipertensión arterial, Embolismo.	
<b>OBJETIVO</b>	Paciente se mantendrá libre de un alteración, ya sea del acv isquémico, o alguna consecuencia, acv hemorrágico, durante el tiempo del descarte solicitado, tras intervenciones de enfermería.	
<b>CRITERIO DE RESULTADO (NOC)</b>	<b>INTERVENCIONES/ACTIVIDADES (NIC)</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>
<p align="center"><b>Estado neurológico</b></p> <p>Capacidad del sistema nervioso central y periférico para recibir procesar y responder a los estímulos externos e internos</p> <p><b>Indicadores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-comunicación apropiada para la situación.</li> <li>-Reactividad pupilar</li> <li>-orientación cognitiva</li> </ul>	<p align="center"><b>Monitorización neurológica</b></p> <p>Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.</p>	<p>Un tumor cerebral o un edema cerebral pueden cambiar el tamaño de las pupilas, incluso de manera desigual en cada una. Esto sucede, por ejemplo, en casos de accidente cerebrovascular o hemorragia.</p>

Indicadores	GC (1)	SC( 2)	MC (3)	LC (4)	NC (5)
<b>comunicación apropiada</b>	<b>1</b>	2	3	4	5
<b>Reactividad pupilar</b>	<b>1</b>	2	3	4	5
<b>Orientación cognitiva</b>	<b>1</b>	2	3	4	5

  

Vigilar la Escala de Coma de Glasgow	Proporciona el conocimiento justo para evaluar el estado de conciencia del paciente La escala de coma de Glasgow es una evaluación del nivel de conciencia.(14)
Estar al pendiente de la vigilancia de las funciones vitales	Los signos vitales son útiles para detectar o monitorizar problemas de salud.
Explore el tono muscular, el movimiento motor, el ritmo y la propiocepción	Explorar, ya que el tono se adapta a cada circunstancia determinada, gracias a la acción de los músculos agonistas y antagonistas, donde es importante monitorizar, explorar e intervenir en los movimientos.

	Comprobar respuesta a estímulos: verbal, táctil y dañinos	Un estímulo se refiere a un cambio capaz de causar una respuesta del cuerpo. El mecanismo permite sistematizar y regular todas las funciones del cuerpo y es el que, en el entorno externo, como el interno, el ser humano recibe información y prepara respuestas.
--	--	---

### 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 afirma que, dado el peligro de la no humanización en la atención al paciente, debido a la importante fase administrativa de todos los sistemas de salud en el mundo, rescatar el humanismo, la fase espiritual, y el aspecto transpersonal es esencial, en el trabajo ya se, administrativa, educación y sanitaria. investigación por profesionales de enfermería (3).

El primer diagnóstico fue el (00129) Confusión Aguda R/C Accidente cerebrovascular S/A d/c ACV isquémico M/P Desorientada, No responde al llamado, No reconoce a familiares”; cuyo objetivo es: Paciente recuperará el conocimiento y lucidez progresivamente posterior a cuidados de enfermería y tratamiento médico. Así mismo, se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería: Comunicar al paciente sobre personas, familia, lugares y tiempo, ofrecer objetos que simbolicen la afinidad del sexo (por ejemplo, sombrero, bolso), proporcionar psicoeducación a la familia y a los seres queridos con respecto a la promoción de la orientación a la realidad, se aseguró de que la adulta mayor reciba la correcta atención y se enseñó el uso de técnicas para memoria, beneficiando su recuperación.

En la investigación realizada por el profesional de enfermería, Domínguez Johana, 2017, Con referencia a la investigación realizada en los EE. UU., Los autores estudiaron casos en personas de la región metropolitana de Cincinnati y descubrieron que la edad promedio a la que la mayoría de las personas sufrió un derrame cerebral se redujo de 71 años, en 1993 y 1994, 69 en 2005. Los investigadores dicen que los acontecimientos en personas menores de 55 años han pasado del 13% en 1993 al 19% en 2005. Según los expertos en el tema, Argentina está cerca del promedio mundial en términos de número de personas afectadas y edad. producción media; En relación al documento de la Fundación Argentina de Cardiología de 2008, en donde hubo más accidente cerebrovascular fueron en adultos mayores de 80 y 85 años, los casos aumentaron y la edad de la ocurrencia disminuyó, siendo en los años siguientes menores de 65 años, los números en el país aumentó 12% en 2008, contando alrededor de 120 mil ataques por año. “La predisposición es que, actualmente, los casos aumentan y cada vez son más tempranos. Del mismo modo, ha habido pacientes con este diagnóstico durante 30 años, un signo inusual durante 20 años. Según la información de la OMS, de los 57 millones de muertes mundiales en 2008, 36 millones o 63% fueron

causadas por enfermedades no transmisibles (enfermedades cardíacas, derrames cerebrales, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes), de las cuales 48% (17 millones de muertes ) se atribuyen a enfermedades cardiovasculares.(14)

Por otro lado, Vizaguirre Roxana en el 2016 afirma de igual manera que Las razones de esta propensión a aumentar los casos son el aumento de los factores predisponentes, como trastorno de la glucosa alta, aumento de peso mórbido y colesterol elevado, entre otros. Algunos de los supuestos factores involucrados en estos eventos pueden desarrollarse con cambios en el estilo de vida, como la dieta y el ejercicio. El factor de riesgo fundamental para el accidente cerebrovascular es la presión arterial alta, ya que 8 de cada 10 personas que la padecen, tienen a la vez hipertensión. El controlar los factores predisponentes y adoptar conductas saludables, son esenciales para mitigar el accidente cerebrovascular. La predisposición al aumento observado es preocupante e importante para la salud pública, porque los ecv en los adolescentes provocan un aumento en el número de pacientes afectados. Esta deficiencia, por ejemplo, significa que en aproximado el 25% de las personas que sobreviven a uno de estos eventos de accidente cerebrovascular sufre alguna complicación, o falta de trastornos motores, deglución, de visión y / o de memoria.(21)

El segundo diagnóstico fue el dolor (00132) Dolor Agudo R/C agente lesivo: físico S/A Bajo tono muscular y sin fuerzas, Postración M/P facie de dolor, Quejumbroso, EVA 5, Rostro pálido.; 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 evaluación completa del dolor, se administró metamizol 1g EV y ketoprofeno 100mg amp c/12h, se aseguró de que la paciente reciba la atención humana y terapéutica, incluyendo administración de analgésicos correctos y se educó a la familia sobre técnicas 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 tercer diagnóstico fue el (00046) Deterioro de la integridad cutánea R/C Extremos de edad, Hidratación S/A Agente lesivo biológico M/P Presencia de costras en labio superior, en Miembro superiores piel reseca y escamosa, presenciando pequeñas úlceras tratadas y casi eliminadas en región sacra; 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 monitorizó las características de la zona afectada, inclusive el color, tamaño y olor; se cambió el apósito según la cantidad de exudado y finalmente se cambió de posición al paciente como mínimo cada dos horas.

Estudio realizado sobre cuidados preventivos de La UPP afirma que el nivel de conocimiento del cuidador primario sobre la prevención de PU en pacientes con estadías prolongadas en cama antes de la intervención fue: nivel promedio de 47.3%; después de la aplicación del programa educativo, alcanzó un alto nivel; Es decir, 100%. Estos resultados están relacionados con estudios realizados en la Agencia para la Investigación en Salud y Calidad (AHRQ) - EE. UU. Donde dice que la UPP y la infección hospitalaria fueron los indicadores que tuvieron la tasa más alta de evitación (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 úlcera 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 extremadamente importante educar a los miembros de la familia porque los cambios frecuentes en la posición, ya que estimulan la circulación de la piel que cubre las prominencias óseas, cambian la posición del paciente de vez en cuando con un máximo de dos horas y de acuerdo con sus necesidades. Todas estas prácticas de prevención deben ser un conocimiento importante para los cuidadores, ya que las úlceras por presión pueden evitarse si se atiende la atención básica.

El cuarto diagnóstico fue (00002) Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades **R/C** Factor Biológicos **S/A** Malos hábitos alimenticios **M/P** Adelgazada, Bajo tono muscular, IMC: 15; cuyo objetivo fue Paciente recuperara su estado nutricional con los cuidados de enfermería durante su estancia hospitalaria. 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), La desnutrición crónica es un curso por el cual los alimentos y la energía reservados para el consumo de comidas se agotan debido a una deficiencia de proteína calórica. afectando así el progreso de Una gran cantidad de grupos familiares carecen de los recursos para obtener los alimentos nutritivos adecuados, como frutas y verduras, carne o leche, y por lo tanto no tienen acceso a ellos, pero los alimentos que pueden obtener por el precio son los pocos saludables, como los alimentos ricos. en grasas, azúcares y sal, lo que inclina a las personas al rápido aumento del sobrepeso entre niños y adultos, tanto en países pobres como ricos (15).

Lo que origina la desnutrición se pueden percibir de manera simple, como una baja ingesta de alimentos o una dieta baja en nutrientes. Lo que es cierto es que la desnutrición casi siempre es causada por diferentes problemas, ya sean psicológicos, físicos, biológicos o una combinación de ellos. por ejemplo: (16).

Las personas mayores casi siempre tienen problemas de salud, como demencia o problemas dentales, que pueden causar disminución del apetito o problemas de

alimentación. Además, hay algo más que puede intervenir, como enfermedades crónicas, consumo de algunos medicamentos, impedimento para comer o absorción de nutrientes, hospitalización, disminución del sabor o pérdida del olfato o problemas en el abdomen, internos como gástricos o externos como inflamación o hinchazón.

Dietas restringidas. El médico indicar un tipo de dieta, las personas adultas mayores se centran tanto en consumir lo que les indican, que dejan de lado algunos otros alimentos, lo que ocasiona en la mayoría de casos, una inadecuada alimentación.

Ingresos bajos. El dinero o la economía muchas veces es parte fundamental de la desnutrición en las personas de toda edad, en especial en los adultos mayores, que son personas que ya no trabajan para poder mantener una economía deseable, lo que influye en la compra de alimentos adecuados, o medicamentos prescritos.

Menos contacto social. Cuando las personas llegan a la etapa de vida de adulto mayor, empiezan a aislarse de la gente, o a tener pensamientos con baja autoestima, de igual manera los familiares contribuyendo a esos pensamientos, no pasan la mayoría de tiempo con sus padres o abuelos, dejando que este mismo, vea por su alimentación, o con el simple hecho de consumir sus comidas como desayuno y almuerzo solo, hacen que el interés se pierda (16).

Acceso limitado a los alimentos. La mayoría de adultos mayores ya no pueden caminar con normalidad, o realizar las compras con frecuencia, por lo que el acceso a los alimentos se les dificulta por su avanzada edad. (17)

El quinto 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 contaminación hospitalaria (IN) es lo que aparece en una persona hospitalizada en un de salud, que no se había presentado o estaba en un período de incubación al ingresar al establecimiento. Incluye afecciones que se contrajeron en el hospital, aquellas que surgieron rápidamente luego

del alta hospitalaria e infecciones por parte del personal que labora en dicha institución; Este significado extendida especifica lo que se conoce de igual manera como infecciones relacionadas con la intervención de salud. (43).

En su investigación, Álvarez afirmó que la frecuencia de esta empresa era del 7,7% y encontró factores de riesgo, tales como: catéter venoso central, catéter periférico, catéter vesical, sonda nasogástrica e intubación endotraqueal. Asimismo, González 4 encontró que el 8,5% de los pacientes estaban infectados con infección nosocomial, y el uso de una sonda vesical, una sonda venosa profunda y una traqueotomía constituían el contexto predisponente más importante (44). Por lo tanto, se concluye que los catéteres vasculares son procedimientos estandarizados y se utilizan con frecuencia en los servicios de hospitalización, lo que facilita la medicación y el aporte de líquidos parenterales, mas eso no quiere decir que al utilizarlo están libres de riesgos, algunos de ellos graves, como el uso debe racionalizarse y la situación y las características de cada establecimiento deben conocerse para que se tomen medidas para reducir su incidencia.

#### IV. CONCLUSIONES

- Se logró aliviar el dolor en un 70%, a través de medidas terapéuticas, y tratamientos médicos 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 fue quien realizó la prescripción de medicamentos, para el tratamiento que recibiría la paciente y se administró analgésico por catéter venoso; de manera alternativa. Sin embargo, corresponde importante preservar el estado de analgesia, estimar su vigor y comunicar si la medida es efectiva o tiene efectos adversos.
  
- El deterioro de la integridad cutánea, ocasionando la resequedad y piel escamosa, acompañado de pequeñas lesiones como consecuencia de las ulcera por presión grado I, se logró disminuir un 75%. Los resultados actuales garantizan que las upp forman parte de un notable inconveniente sanitario en ancianos del hospital de segundo nivel donde se realizó el presente estudio.
  
- La desnutrición en adultos mayores forma parte del síndrome metabólico siendo un factor de riesgo para varias enfermedades, así como algunas formas de cáncer, sobre todo los hormono-dependientes, ya que hay poco o escaso almacenamiento graso para sintetizar estrógenos. Se utilizó un plan de intervención estandarizados, se verificó la realización del cumplimiento de los objetivos y permitió asegurar un correcto funcionamiento de salud. Así mismo se buscó unificar ideas estables para controlar la reducción de peso del paciente.
  
- Importante Revise el sitio de inserción del catéter y proceda rápidamente con cualquier pregunta sobre flebitis, contaminación o disfunción. Además, mantenga un registro actualizado de los catéteres periféricos, teniendo en cuenta la siguiente información: fecha y lugar de inserción, revisión diaria, motivo de uso, fecha de extracción y causa. La implementación de los registros de enfermería actuales en todos los hospitales es una oportunidad única para llevar a cabo programas de cuidados intensivos para el uso y las complicaciones de los CVP en función de los días de riesgo, ya que de lo contrario es difícil hacerlo debido a cómo laborioso es.

## REFERENCIAS

1. Gálvez R. y Solis L. El proceso de atención de enfermería. 5° edición. España; 2010. [cited 2 February 2020]. 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](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. 4° edición. [cited 2 February 2020] 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. De la Rosa A. Accidentes cerebro vascular en adultos mayores [Internet]. Afam.org.ar. 2017 [cited 2 February 2020]. Available from:  
[http://www.afam.org.ar/textos/10\\_05\\_2017/las\\_enfermedades\\_cronicas\\_no\\_transmisibles.pdf](http://www.afam.org.ar/textos/10_05_2017/las_enfermedades_cronicas_no_transmisibles.pdf)
5. Ferrandiz M. Fisiopatología del dolor. [Citado: 2018 Octubre 02]. Disponible en: <http://scartd.org/arxius/fisiodolor06.pdf>
6. González R, Miranda G, Águila Y, González D, Pérez M. La enfermedad cerebrovascular en el adulto mayor [Internet]. Revcmpinar.sld.cu. 2018 [cited 2 February 2020]. Available from:  
[http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2316/html\\_146](http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2316/html_146)
7. García P. Dolor abdominal. Editor: Rozman. Tratado de medicina interna. 13° edición. Barcelona: Doyma; 1995. app. 136-45
8. Llanes Torres HM, Alonso Pavón Y, Amaro Hernández AH. Comportamiento de la mortalidad por enfermedad cerebro vascular en el municipio madrugá. Rev de Cienc Méd Hab [Internet]. 2016 [cited 2 February 2020]; 16(1): [aprox. 6p.]. Disponible en:  
<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/450/html>
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). [cited 2 February

- 2020] Disponible en: <http://www.epuap.org/>
8. García J, Martín A, Herrero B, Pomer M, Masoliver F y Lizán T. Úlceras por presión. *Fisterra guías clínicas*, 2004. app 4 (7).
  9. Dueñas J. Cuidados de enfermería de las úlceras por presión. Colombia, 2016. Disponible en: [http://www.tera.es/personal/duenas/home\\_.htm](http://www.tera.es/personal/duenas/home_.htm). Última revisión enero 2001.
  10. Elorriaga B. y Royo D. Guías de cuidados enfermeros. Úlceras por presión. Madrid: Insalud; 1996.
  11. Salgado A, Guillén Ll. y Ruipérez I. Manual de Geriatria. 3º edición. Barcelona: Masson; 2002.
  12. Rincón A. Fisiopatología de la obesidad. España. 2016[cited 2 February 2020] Disponible en:  
<http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/ANA%20ISABEL%20RINC%20ON%20RICOTE.pdf>
  13. Sánchez A. Fisiopatología de la obesidad: perspectiva actual. 2017[cited 2 February 2020] Disponible en:  
<https://www.researchgate.net/publication/319297686FisiopatologiadelaoesidadPerspectivaactual>
  14. Bierman E. Obesidad. Tratado de medicina interna. 15º edición. La Habana: Pueblo y Educación; 1984. app. 9-20.
  15. OMS, 2018. Desnutrición [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [cited 2 February 2020]. Available from: <https://www.who.int/features/qa/malnutrition/es/>
  16. Kumar A. y Robbins A. Patología Humana. 9º edición. Barcelona: Elsevier. 2013.
  17. Antón A. Mujeres y Familia en Marx. Universidad Autónoma de Madrid. 2013. [cited 2 February 2020] Disponible en  
[http://www.uam.es/personal\\_pdi/economicas/aanton/publicacion/otrasinvestigaciones/mujerenmarx.htm](http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/aanton/publicacion/otrasinvestigaciones/mujerenmarx.htm)
  18. Russek S. Autoestima, salud y enfermedad. [cited 2 February 2020] Disponible en:  
<http://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/autoestima-enfermedad.html#familiar>
  19. Kornblit A. Somática Familiar en: Enfermedad orgánica y familia. 2º edición. Editorial: Gedisa. España. 1996.
  20. Herdman T. y Kamitsuru S. NANDA International nursing diagnoses: definitions & classification, 2016- 2019. Oxford: Willey-Blackwell.

21. Cervantes R. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células pancreáticas. 2013. [cited 2 February 2020] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2013/er133a.pdf>
22. Martínez J. . Atención Integral. Editorial: McGraw Hill. 2003. [cited 2 February 2020]
23. Ríos C, Sánchez J, Barrios S. y Guerrero S. Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus. Madrid. 2004. pp. 42(2): 109-116
24. Simo R. y Hernández C. Avanzado en el tratamiento de la retinopatía diabética. Diabetes Cuidado. 2009.
25. Pérez C. y Franch, J. Guía De La Diabetes Mellitus Tipo 2. 5° Edición. 2011.
26. 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. app. 22:92-101.
27. Sociedad Espanola de Medicina Preventiva y Salud Pública. Estudio EPINE: resultados 1990-2011. [cited 2 February 2020] Disponible en: <http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/Diapos%20resultados%20EPINE%201990-2011.pdf>
28. Torres B. Metodología de la investigación. 2° edición. México: Editorial Pearson-Educación; 2006.
29. Hernández S. y Fernández L. Metodología de la investigación. 5° edición. México: McGraw-Hill; 2010.