

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**



PROCESO ENFERMERO SEGÚN EL MODELO DE MARJORY GORDÓN Y LA TAXONOMIA DE NANDA, NOC Y NIC APLICADO A USUARIA CON DIAGNÓSTICO MEDICO DE FRACTURA DE CADERA IZQUIERDA, INGRESADA EN EL SERVICIO DE ORTOPEdia DEL HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL EN EL PERIODO DE ABRIL A OCTUBRE DEL AÑO 2024

INTEGRANTES:

BR. JOSSELIN MARILI ALVARADO ESCOBAR. DUE AE18004

BR. KARLA MARITZA GARCIA MENDOZA. DUE GM17105

PARA OPTAR POR EL TITULO DE: LICENCIATURA EN ENFERMERIA

DOCENTE ASESOR:

LICDA. MAYRA LISSETTE HENRIQUEZ DE CORTEZ.

CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN SALVADOR, EL SALVADOR, OCTUBRE 2024

**AUTORIDADES DE LA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

MSC: JUAN JOSE ROSA QUINTANILLA
RECTOR

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN
VICERRECTOR ACADEMICO

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LIC. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA
SECRETARIO GENERAL

**AUTORIDADES
DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

DR. SAUL DIAZ PEÑA

DECANO

LIC. FRANKLIN ARNULFO MÉNDEZ DURÁN

VICEDECANO

MSP ROBERTO CARLOS HERNÁNDEZ MARROQUÍN

SECRETARIO

LIC. MONICA RAQUEL VENTURA DE RAMOS

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

LIC. JOSE ISMAEL LOPEZ PEREZ

DIRECTOR DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

PROCESO DE GRADUACION APROVADO POR:

MSSR. LICDA. TELMA LORENA DIAZ MENDEZ
COORDINADORA DE PROCESO DE GRADO

LICDA. MAYRA LISSETTE HENRIQUEZ DE CORTEZ.
DOCENTE ASESOR

LICDA. MAYRA LISSETTE HENRIQUEZ DE CORTEZ.
MSSR. LICDA. TELMA LORENA DIAZ MENDEZ
TRIBUNAL CALIFICADOR.

Agradecimientos

Dedicatoria por: Br. Karla Maritza García Mendoza.

A Dios todo poderoso, por darme la sabiduría, las fuerzas y salud necesarias para lograr mi meta, por siempre guiarme por el camino correcto, y estar en los momentos buenos y malos, pero sobre todo por ser quien guio mis pasos en este largo camino.

A mis padres Matilde y Oscar. quienes fueron pieza fundamental en el logro de mis sueños, gracias a sus sacrificios, consejos día y noche a sus oraciones he alcanzado una meta más, porque siempre serán mi mayor inspiración, gracias a ellos he aprendido que todo se logra con sacrificios y a quienes les debo todo y sé que jamás lograre, pagar todo lo que han hecho por mi les dedico mi triunfo que yo sé que sin ustedes se me hubiera hecho muy difícil llegar hasta este momento infinitas gracias ¡LOS AMO!

Licenciada Mayra Lissette Henríquez de Cortez, primeramente, por su paciencia, su tiempo incondicional que nos brindó, por compartir sus conocimientos durante el desarrollo de los módulos de toda la carrera, y por su apoyo incondicional como docente en el aula, en las prácticas clínicas y en el trabajo de grado, gracias por ser guía clave del logro de nuestras metas, gracias por enseñar con mucho amor a cada uno de los alumnos.

A mis amigas Por apoyarme y demostrarme su cariño siempre, a Jessica y Alejandra que siempre creyeron en mi por cada palabra de aliento, por cada llamada no te desanimas tú puedes y estamos orgullosas de ti, gracias de corazón por nunca dejar de creer en mí. A mis amigas y amigos que la carrera me permitió conocer gracias por ser parte de mi historia, por tenerme paciencia y apoyarme siempre y por creer en mi capacidad gracias, Dios los bendiga.

Agradecimientos

Dedicatoria por: Br. Josselin Marili Alvarado Escobar.

Mis agradecimientos primeramente a Dios por darme la oportunidad de estudiar y poder realizar el presente trabajo de grado, por brindarme las fuerzas, salud y sabiduría necesaria ante los momentos difíciles y guiar mi camino en todo momento.

A mi madre y Hermana Coralia y Jennifer, por todo el amor que me han brindado ya que son el motivo por el cual todo esfuerzo vale la pena, por siempre acompañarme, aconsejarme, y sobre todo apoyarme dándome la fuerza necesaria para seguir adelante y no rendirme, gracias por sus sacrificios es por ello que les dedico todos mis éxitos.

A mis amigos por siempre estar apoyarme y demostrarme su cariño, por su apoyo y consejos durante todo este proceso, por cada una de sus palabras de ánimo y por creer en mí.

A mi asesora Licenciada Mayra Lissette Henríquez de Cortez por todo su apoyo, paciencia y tiempo dedicado, por brindarnos sus conocimientos durante todo el desarrollo no solo del presente trabajo sino también de nuestra carrera como docente, gracias por enseñar con cariño y amor a cada uno de sus estudiantes, por tomarse el tiempo de explicar cada una de las cosas que no entendíamos y brindarnos siempre su apoyo.

A nuestra paciente María Juana Escamilla por su disponibilidad y por brindarnos la oportunidad de abordar su caso, gracias por permitirnos valorarla durante y después de su estancia hospitalaria, por recibirnos en su hogar con una sonrisa y con todas las ganas de apoyarnos en nuestra formación profesional.

A mi alma Mater por ser mi casa de estudios durante toda mi carrera y por tener la accesibilidad a una educación de calidad.

INDICE.

| Contenido | Pág. |
|---|------|
| INTRODUCCION. | xi |
| CAPITULO I..... | 14 |
| 1.1. Justificación. | 14 |
| 1.2. Objetivos. | 16 |
| 1.2.1. Objetivo general. | 16 |
| 1.2.2. Objetivos específicos..... | 16 |
| CAPITULO II. | 17 |
| 2.1. Revisión de literatura. | 17 |
| 2.1.1. Teoría de Marjory Gordon..... | 17 |
| 2.1.2. Estudios realizados a pacientes con fractura de cadera haciendo uso de la teoría de Marjory Gordon. | 21 |
| 2.1.3. Síntesis de la información. | 23 |
| 2.1.4. Taxonomía de NANDA, NIC y NOC. | 24 |
| 2.1.5. Teoría de Murray Atkinson..... | 25 |
| 2.2. Patologías..... | 25 |
| 2.2.1. Fractura de cadera. | 25 |
| 2.2.2. Hipertensión Arterial..... | 30 |
| 2.2.3. Diabetes..... | 35 |
| 2.2.4. Insuficiencia Renal..... | 38 |
| 2.3. FASE DE VALORACIÓN. | 42 |
| 2.3.1. Resumen clínico de enfermería. | 42 |
| 2.3.2. Recolección de datos..... | 50 |
| 2.3.3. Organización de datos. | 62 |
| 2.3.4. Organización, análisis e interpretación de datos..... | 70 |
| 2.4. FASE DIAGNOSTICA..... | 82 |
| 2.4.1. Diagnostico enfermero centrado en el problema N° 1. | 82 |
| 2.4.2. Diagnostico enfermero centrado en el problema N° 2. | 84 |
| 2.4.3. Diagnostico enfermero centrado el problema N° 3 | 86 |
| 2.4.4. Diagnostico enfermero de riesgo. N° 4. | 88 |
| 2.4.5. Lista de diagnósticos enfermeros. | 89 |

| | |
|---|-----|
| 2.4.6. Priorización de diagnósticos enfermeros..... | 90 |
| 2.5. FASE DE PLANIFICACIÓN..... | 92 |
| 2.5.1. Plan de cuidados N° 1..... | 92 |
| 2.5.2. Plan de cuidados N° 4..... | 99 |
| 2.6. Consideraciones éticas..... | 101 |
| CAPITULO III..... | 104 |
| 3.1. FASE DE EJECUCION Y EVALUACION..... | 104 |
| 3.1.1. Plan N°1..... | 104 |
| 3.1.2. Plan N° 2..... | 105 |
| 3.1.3. Plan N°3..... | 106 |
| 3.1.4. Plan N° 4..... | 109 |
| 3.1.5. Validación de planes de cuidado..... | 111 |
| 3.1.6. Documentación de los planes de cuidado..... | 111 |
| 3.1.7. Nota de enfermería SOAPIE..... | 112 |
| 3.2. Discusión de resultados..... | 115 |
| 3.2.1. Interpretación de los resultados..... | 115 |
| 3.2.2. Relación de resultados con la teoría..... | 115 |
| 3.2.3. Discusión de resultados..... | 116 |
| 3.2.4. Estudios que apoyan a la investigación..... | 117 |
| 3.3. Conclusiones..... | 119 |
| 3.4. Recomendaciones..... | 121 |
| 3.5. Elementos complementarios..... | 122 |
| 3.5.1. Fuentes de información..... | 122 |
| 3.5.2. Presupuesto..... | 126 |
| 3.5.3. Cronograma..... | 127 |
| Anexos..... | 128 |
| 1. Formulario de Marjory Gordon..... | 128 |
| 2. Formulario de examen físico..... | 134 |
| 3. Fotografías..... | 143 |

Resumen.

Introducción: Las fracturas de cadera en adultos mayores son una de las principales causas de hospitalización, sin embargo, la falta de consensos para el adecuado manejo inicial, tratamiento y su seguimiento durante la hospitalización hace que aumente la morbimortalidad, además de transformarse en un problema socioeconómico creciente. Es por ello que se realiza este estudio de caso mediante la aplicación del proceso enfermero tomando como base la teoría de Marjorie Gordon “once patrones funcionales”. **Objetivos:** Aplicar proceso de atención en enfermería según el modelo de Marjory Gordon y la taxonomía de NANDA NOC Y NIC aplicado a usuaria con diagnóstico médico de fractura de cadera izquierda, ingresada en el servicio de ortopedia del Hospital Nacional San Rafael. **Resultados:** Durante el suministro de los planes de cuidados se obtuvieron las siguientes respuestas por parte de la usuaria: disminución del dolor, no formación de úlceras por encamamiento durante su estancia hospitalaria, mostro interés y compromiso al realizar cada una de las intervenciones. **Discusión:** Mediante el estudio de caso se observó que al realizar de manera correcta la aplicación del proceso enfermero en pacientes con diagnóstico de fractura de cadera; se pudo evidenciar que la usuaria no presentó ninguna complicación agregada a su salud durante su estancia hospitalaria. **Metodología:** cualitativo. **Conclusión:** De acuerdo con nuestro estudio de caso los factores que predominan para la presentación de las fracturas de cadera son las siguientes: sexo femenino, la edad especialmente personas adultas mayores, pacientes con bajo peso o que padezcan de enfermedades crónicas.

Abstract.

Introduction: Hip fractures in older adults are one of the main causes of hospitalization, however, the lack of consensus for adequate initial management, treatment and follow-up during hospitalization increases morbidity and mortality, in addition to becoming a growing socioeconomic problem. That is why this case study is carried out through the application of the nursing process based on Marjorie Gordon's theory "eleven functional patterns".

Objectives: To apply nursing care process according to Marjory Gordon's model and the NANDA NOC AND NIC taxonomy applied to a user with a medical diagnosis of left hip fracture, admitted to the orthopedic service of the San Rafael National Hospital.

Results: During the provision of care plans, the following responses were obtained from the user: decrease in pain, no formation of bed ulcers during her hospital stay, He showed interest and commitment in carrying out each of the interventions.

Discussion: Through the case study, it was observed that when the nursing process was correctly applied in patients diagnosed with hip fracture; It was evident that the user did not present any added complications to her health during her hospital stay.

Methodology: qualitative. **Conclusion:** According to our case study, the predominant factors for the presentation of hip fractures are the following: female sex, age, especially older adults, underweight patients or those who suffer from chronic diseases.

INTRODUCCION.

La fractura de cadera es un problema de salud significativo en todo el mundo, incluyendo El Salvador, especialmente debido al envejecimiento de la población y a la elevada incidencia de caídas en personas mayores. Las fracturas de cadera (FC) en adultos mayores son una de las principales causas de hospitalización, sin embargo, la falta de consensos para el adecuado manejo inicial, tratamiento y su seguimiento durante la hospitalización hace que aumente la morbimortalidad, además de transformarse en un problema socioeconómico creciente (1).

La fractura proximal de fémur o fractura de cadera (FC) supone uno de los principales problemas de salud en la población adulta mayor, es importante recalcar que dentro de nuestro país El Salvador son pocos los estudios que se han realizado referentes a las fracturas de cadera y su incidencia en las persona adulto mayor, es por ello que se realiza este estudio de caso mediante la aplicación del proceso enfermero tomando como base la teoría de Marjorie Gordon “once patrones funcionales” en la cual esta establece una valoración de enfermería basada en la capacidad de funcionar facilitando la homogeneidad del trabajo enfermero, la recolección de información se realiza en base a la evaluación del estado de salud independientemente de la edad, diagnóstico o necesidad de cuidado, permitiendo estructurar y ordenar la valoración a nivel individual, familiar o comunitario y esta se puede realizar a lo largo del ciclo vital (2).

En el ámbito de salud la aplicación del proceso enfermero es de suma importancia ya que con el objetivo de prestar una atención con calidez y calidad a los usuarios la profesión de enfermería dispone de una herramienta útil para ello como lo es el proceso enfermero (PE) teniendo en cuenta que todas las personas tienen necesidades de cuidados, que el estado de salud es un condicionante para los mismos y que cada ser humano responde de manera particular a esas necesidades (1).

Es por ello que a lo largo del presenta documento se lleva a cabo el desarrollo de Proceso Enfermero (PE) haciendo uso de la teoría de Marjorie Gordon denominada “Once patrones funcionales”, el proceso enfermero ha sido aplicado a usuaria MJEM de 72 años de edad con diagnóstico médico de fractura de cadera izquierda, la cual se define como la ruptura del hueso del muslo (fémur) en su unión con la pelvis, por debajo de la articulación de la cadera.

Según un estudio denominado “fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores de 65 años” revela que existen informes en los que se documenta que hasta 50% de los pacientes con fractura de cadera muere en los primeros seis meses posteriores a la lesión y un gran número de los que sobrevive no recupera su nivel previo de independencia y funcionalidad. En las últimas décadas, el incremento en la esperanza de vida después de los 60 años ha propiciado el crecimiento exponencial en fracturas de cadera, por lo que es imprescindible conocer cuáles son los factores tanto del paciente como de su entorno que influyen en el incremento en la morbimortalidad de los pacientes con fractura de cadera para mejorar la sobrevida y la calidad de vida del adulto mayor. Por lo anterior se refleja la importancia del estudio de caso mediante la aplicación del proceso enfermero ya que podemos abordar la problemática e implementar intervenciones de enfermería que contribuyan en beneficio no solo de la salud sino también en lo mental y social, creando de esta forma estrategias tanto de promoción de la salud como de prevención de complicaciones.

(1)

A continuación, se mencionan los elementos que se abordarán con la realización del presente estudio los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera: primeramente se presenta un resumen en el cual se describe los puntos importante abordados dentro del estudio los cuales son: introducción, objetivos, resultados, discusión y conclusiones se redacta una versión en español y en inglés que contiene el mismo contenido para la diversidad lectora, luego se expone lo que es la introducción la cual describe los antecedentes históricos de la temática a abordar, así como su importancia en el ámbito de salud y se mencionan de forma general todos elementos dentro del trabajo, posteriormente cada uno de los apartados se dividen por capítulos.

El capítulo I el cual contiene la justificación la cual explica brevemente sobre la temática a abordar y refleja además la relevancia, factibilidad, viabilidad, beneficiarios y utilidad para la enfermería que el estudio de caso posee. Posteriormente de este apartado se exponen los objetivos los cuales definen el problema y su redacción busca que sean medibles y alcanzables.

El capítulo II el cual contiene la revisión de la literatura para realizar el abordaje de la teoría seleccionada así como las patologías o necesidades que surgen del estudio de caso, también dentro de este capítulo se presenta la fase de valoración del proceso enfermero en la cual se efectúa la recolección y recopilación de datos según los formatos de la teoría de Marjory Gordon se realiza un análisis y posteriormente se organizan los datos, además se realiza la fase diagnóstica con la construcción y validación de diagnósticos en enfermería los cuales describen las características definitorias, factores relacionados y el diagnóstico se redacta haciendo uso del método PES, realizada la fase de diagnóstica se procede a realizar la fase de planificación en la cual se establecen prioridades se hace uso de la taxonomía NOC, se identifican indicadores los cuales se puntuarán mediante la escala de Likert seleccionada para posteriormente plantear intervenciones y actividades de enfermería según la taxonomía NIC.

El capítulo III el cual contiene la fase de ejecución la cual se valida con el docente asesor y con personal de enfermería responsable el momento de ejecutar los planes de cuidados, realizado este apartado continuamos con la fase de evaluación la cual identifica y evalúa la eficacia de las intervenciones de enfermería, las reacciones de la usuaria así como de la participación familiar, los resultados y se le brinda el seguimiento correspondiente, posteriormente se realiza la discusión de resultados en base a las evidencias y los hallazgos encontrados, por último se presentan las conclusiones las cuales hacen énfasis a los objetivos y a los resultados obtenidos, se plantean recomendaciones, se realizan referencias de todos los artículos utilizados en el estudio de caso mediante normas Vancouver se presentan los anexos elaborados para este estudio de caso.

CAPITULO I.

1.1. Justificación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que para el año 2050 un total de 6 millones de fractura de cadera ocurrirán en el mundo entero por año, teniendo como consecuencia mayor demanda hospitalaria. La fractura de cadera sigue en aumento debido a que la población de adultos mayores ha ido creciendo en las últimas décadas (3).

La incidencia de fracturas de cadera en los ancianos aumenta de manera constante y exponencial en los países industrializados. La prevalencia mundial de la enfermedad se estima en 1,6 millones (3), con una mayor incidencia asociada a los grupos de mayor edad, constituyendo con un gran impacto en la salud de la población, tanto por los costos económicos y asistenciales.

En este contexto se ha realizado un estudio de caso con la paciente M. J. E. M, con diagnóstico médico de fractura de cadera izquierda, aplicando el proceso de atención en enfermería bajo el modelo de Maryory Gordon y la taxonomía de NANDA, NIC y NOC, con la principal relevancia de obtener resultados en beneficio a la salud de la usuaria, para que durante su estancia hospitalaria no se le agregue otra complicación a su salud, por un encamamiento prolongado, estar atentas a sus cambios emocionales; ya que OMS se define el concepto de salud como: la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Ante este escenario, la importancia de este estudio se centra que al momento de su estancia hospitalaria durante la espera del pase a cirugía no presente ninguna complicación en su salud, de igual manera al momento del alta no regrese a su hogar con más afecciones en su salud.

Los resultados derivados de este estudio llevan consigo una relevancia social profunda y sumamente beneficiosa, lo cual se espera un impacto positivo tanto en el ámbito académico y en la salud de la usuaria. La usuaria M.J.E.M ingresada en el servicio de ortopedia del Hospital Nacional San Rafael será la beneficiaria directa al experimentar una reducción de complicaciones a su salud, tanto física como psicológica, La trascendencia de este estudio

radica en su potencial para prevenir complicaciones en pacientes con fractura de cadera izquierda con un encaminamiento prolongado durante su estancia hospitalaria, lo que a su vez contribuirá a la optimización de recursos y la calidad de atención en el ámbito hospitalario.

Con respecto a la viabilidad de la investigación, se contempla el uso de recursos tecnológicos con los que se dispone de manera personal los cuales son: computadoras con internet y el acceso a plataformas para búsqueda de información de los referentes teóricos. Por lo tanto, para la ejecución del estudio se cuenta con los recursos humanos necesarios; el estudio no se considera con costos muy elevados ya que el hospital se encuentra en una área de fácil accesibilidad para el desarrollo del estudio así como para acceso a la vivienda de la usuaria asimismo se cuenta con la autorización y coordinación con jefa de área de ortopedia para realizar la recolección de datos de la usuaria en el servicio de ortopedia, por lo cual se asume como factible a dar respuesta a los objetivos planteados en estudio de caso durante el tiempo programado para este.

1.2. Objetivos.

1.2.1. Objetivo general.

Aplicar proceso de atención en enfermería según el modelo de Marjory Gordon y la taxonomía de NANDA NOC Y NIC aplicado a usuaria con diagnóstico médico de fractura de cadera izquierda, ingresada en el servicio de ortopedia del Hospital Nacional San Rafael en el periodo de abril a octubre del año 2024.

1.2.2. Objetivos específicos.

- ✓ Realizar la valoración del usuario utilizando los 11 patrones del modelo Marjory Gordon a través de la guía de examen físico y aplicación técnicas semiológicas para obtener datos subjetivos y objetivos de la usuaria.
- ✓ Elaborar diagnósticos enfermeros focalizados en el problema, riesgo y/o de promoción de la salud, utilizando la taxonomía NANDA para identificar problemas que afectan a la paciente como un ser biopsicosocial a través del análisis e interpretación de las respuestas humanas.
- ✓ Formular planes de cuidado que den respuesta a los diagnósticos enfermeros priorizados por medio de la taxonomía de NIC Y NOC con base al juicio clínico identificado en la usuaria en la fase de diagnóstica.
- ✓ Describir la respuesta de la usuaria con base a las intervenciones realizadas en la ejecución del cuidado, para establecer resultados medibles y observables que permitan evaluar el grado de satisfacción, modificación o finalización del plan de cuidado priorizado.

CAPITULO II.

2.1. Revisión de literatura.

2.1.1. Teoría de Marjory Gordon.

Marjory Gordon (1931-2015) fue una docente y teórica de origen estadounidense. La doctora Gordon obtuvo su licenciatura y máster en el Hunter Collage de la universidad de la ciudad de Nueva York, y su doctorado en el Boston Collage fue profesora emérita de enfermería en el Boston Collage, donde paso 23 años en la facultad de la escuela de enfermería de Cornell.

En 1982 creo un modelo de valoración conocido con el nombre de patrones funcionales de salud para enseñar a los alumnos de la escuela de enfermería de Boston como debían de realizar la valoración de los pacientes, consiste en una lista de actividades y comportamientos, más o menos comunes a todas las personas que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. Se define los patrones funcionales como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, a la calidad de vida y al logro de su potencial humano. (4).

El modelo de los 11 patrones funcionales permite estructurar y ordenar dicha valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona en situaciones de salud o enfermedad y facilita claramente el diagnóstico enfermero. En este sentido, Marjory Gordon señaló que el personal de enfermería requiere centrar su atención en la valoración, dado que es el cimiento del cual depende el éxito fracaso del cuidado enfermero.

Los patrones de salud ya sea un individuo como una familia o una comunidad, surgen de la evolución entre el paciente y el entorno. Cada patrón es una expresión de integración psicosocial. Ningún patrón puede comprenderse sin el conocimiento de los restantes. Los patrones funcionales están influidos por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales (4).

Cada patrón particular debe evaluarse en el contexto de los demás patrones y su contribución al óptimo funcionamiento de la persona. Los patrones se dividen en dos categorías principales, los funcionales o eficaces y los disfuncionales o potencialmente disfuncionales:

Patrones funcionales o eficaces: describen situaciones que no responden a las normas o a la salud esperada de una persona. Están relacionados con problemas de salud que limitan la autonomía del individuo, la familia y/o la comunidad, y que pueden estar alterados o en riesgo de alteración. Incluyen la comunicación, la autopercepción, el conocimiento y toma de decisiones, el papel y relaciones, la sexualidad, el autocuidado, la nutrición, la eliminación, el sueño y descanso, la actividad y ejercicio y los procesos vitales.

Patrones disfuncionales o potencialmente disfuncionales: describen situaciones que no responden a las normas o a la salud esperada de una persona. Están relacionados con problemas de salud que limitan la autonomía del individuo a la familia y/o la comunidad y que pueden estar alterados o en riesgo de alteración.

Marjory Gordon afirma que “los patrones disfuncionales o potencialmente disfuncionales, es decir alterados o en riesgo de alteración, describen situaciones que no responden a las normas o a la salud esperadas de una persona”.

Marjory Gordon fue la primera presidenta de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), asociación de referencia a nivel mundial para la elaboración y difusión de los diagnósticos de Enfermería. Según Gordon cuando hablamos de diagnósticos de Enfermería, nos estamos refiriendo a “problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su formación y especificidad están capacitadas y autorizadas a tratar”.

La Dra. Marjory Gordon tuvo la siguiente base teóricas para desarrollar la valoración en enfermería: el modelo de Hildegard Peplau, enfermería psicodinámica (1970-2004), adaptación en la que se destaca que cuando una persona se mantiene en una zona de adaptación, la respuesta es positiva y que cuando esta le es incómoda, es negativa. Dentro de este sistema se considera la parte fisiológica, el autoconcepto función e interdependencia, Y por último también se apoyó en Martha Rogers (1980-1980) quién ve al ser humano unitario.

Hay que hacer notar que las bases de esos modelos son los conceptos se relacionan entorno de la persona vistos como una unidad biopsicosocial y cultural.

Según el trabajo de tesis denominado: “proceso de atención de enfermería aplicado a un adulto mayor basado en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon” señala sobre el término de valoración Gordon a punta: "el término valoración significa evaluación. En enfermería en términos se utiliza para describir la evolución inicial y continuada del estado de salud de la persona, familia o comunidad" (5).

Para la doctora Gordon, la valoración de las personas tiene que ser integral puesto que no puede pasarse por alto su entorno más próximo y su familia ya que se trata del medio en el que se desarrollan sus funciones. De la misma forma, los comportamientos de ese medio, que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y que son similares a los de las personas con las que vive, contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

Gordón desarrolló un sistema de valoración por patrones funcionales, clasificó 11, que deben complementarse con una valoración física. La utilización de los patrones funcionales permite una valoración total dando así la posibilidad de dar un cuidado integral. Además, dichos patrones permiten la recogida ordenada de datos para centrarnos en áreas funcionales concretas. Los 11 patrones funcionales son los siguientes:

1. Percepción de salud: describe la percepción del paciente de su patrón de salud y bienestar y como lo maneja.
2. Patrón nutricional-metabólico: describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas y los indicadores de la puerta local de nutrientes.
3. Patrón de eliminación: describe los patrones de la función excretora (intestino, vejiga, y piel). Contiene la percepción del paciente de la regularidad, modo de excreción, cantidad o calidad de eliminación.
4. Patrón de actividad-ejercicio: describe el patrón de actividad, ejercicio, ocio y recreación. Incluye las actividades de la vida diaria que requieren gasto energético.

5. Patrón de reposo-sueño: Describe el patrón de sueño reposo o relajación, comprende los periodos de sueño y descanso/relajación durante las 24 horas del día.
6. Patrón cognitivo-perceptual: describe el patrón sensitivo, perceptual y cognitivo. Incluye la educación de los modos sensoriales (5 sentidos).
7. Patrón de autopercepción-autoconcepto: describe el patrón de autoconcepto y la percepción del estado de ánimo, incluye las actividades del individuo hacia sí mismo, la percepción de sus habilidades, imagen y Concepción.
8. Patrón de rol-relación: describe el patrón de compromiso del rol y relaciones, incluye la percepción del individuo de los principales roles y responsabilidades en su situación vital actual.
9. Patrón sexualidad-reproducción: describe el patrón de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y el patrón reproductivo.
10. Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés: describe el patrón de afrontamiento general y la efectividad de este en términos de tolerancia al estrés, incluye la reserva del individuo capacidad de resistir los ataques de auto integridad, y el modo de manejar el estrés
11. Patrón de valores-creencias: describa el patrón de valores, metas o creencias que guía las elecciones o decisiones. Incluye lo que se percibe como importante en la vida, la calidad de vida y la percepción de cualquier conflicto de los valores.

La doctora Marjory Gordon ha contribuido de manera importante en el proceso enfermero, puesto que la valoración por patrones busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos patrones funcionales que están alterados o en peligro de alteración. Esto permite a los profesionales de enfermería contar con un instrumento de valoración integral, es decir, que tome en cuenta todos los aspectos de la vida del paciente.

Cabe señalar que el juicio sobre si un patrón es funcional o disfuncional se obtiene comparando los datos de la valoración junto con los datos de referencia del individuo y las normas culturales sociales u otras. Cada patrón particular debe avalarse en el contexto de los demás patrones y su contribución al óptimo funcionamiento de la persona. Atenciones.

2.1.2. Estudios realizados a pacientes con fractura de cadera haciendo uso de la teoría de Marjory Gordon.

Según el artículo científico denominado “plan de cuidados estándar de enfermería en artroplastia de cadera” los problemas derivados de una intervención de artroplastia de cadera afectan a prácticamente todos los patrones funcionales del paciente según la teoría de (Marjory Gordon), de ahí la importancia de que el personal sanitario implicado en el tratamiento y recuperación del paciente desarrolle su trabajo según un plan claramente definido, estándar y evaluable. (4).

La implementación de los diagnósticos de enfermería implica una mejor planificación de los cuidados y una mejora en la comunicación entre diferentes miembros del personal, y de éstos con el paciente.

Un plan de cuidados estandarizado también mejora la organización clínica al conjuntar la teoría y la práctica enfermera resultando una enfermería basada en la evidencia. En el presente plan de cuidados, hemos tratado de responder a las preguntas de quién, cuándo y dónde se debe de aplicar una determinada actividad para clarificar la responsabilidad exacta de cada miembro del equipo de la unidad de hospitalización y, por lo tanto, para aunar criterios en la atención integral al paciente, considerado éste como un ser bio-psico-social ya que, además de atender sus necesidades más puramente fisiológicas, se ha puesto especial énfasis en sus necesidades psicológicas (ansiedad, conocimientos deficientes, etc.).

En el departamento de calidad del CHUAB (complejo Hospitalario Universitario de Albacete) se realiza una media de 175 intervenciones de artroplastia total de cadera primarias al año que cumplen con los criterios de GRD 818 (sustitución de cadera excepto por complicaciones) y GRD 817 (sustitución de cadera por complicaciones) El rango de edad puede ser muy variable, incluyéndose desde la tercera década de la vida hasta la séptima u octava década, e incluyendo tanto hombres como mujeres (4).

Para la elaboración del presente plan de cuidados estándar, hemos realizado la lectura crítica de bibliografía buscada en las bases de datos Medline, Cuidenplus y la Cochrane Plus en castellano, así como usando búsqueda libre en motores de búsqueda en Internet. También hemos consultado directamente las páginas web de asociaciones científicas relacionadas con

la traumatología y/o metodología enfermera. Los descriptores usados en la búsqueda son: Plan de cuidados, artroplastia de cadera, metodología enfermera.

El Proceso de atención de enfermería enlistado en este artículo científico ha sido confeccionado según la codificación de la taxonomía NANDA-NOC-NIC, con una valoración de la paciente basada en los Patrones funcionales de Marjory Gordon.

Algunos de los planes de cuidados propuestos según cada patrón son los siguientes:

Plan de cuidados estándar de artroplastia de cadera:

- Dominio nº 2: nutrición: Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c intervención quirúrgica y/o pérdidas excesivas a través de vías anormales (drenajes), con resultados NOC: el equilibrio hídrico, e intervenciones NIC: manejo de la hipovolemia.
- Dominio nº 3: eliminación / intercambio: Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente, problemas durante la defecación, falta de tiempo, posición inadecuada para defecar, falta de intimidad. con resultados NOC: eliminación intestinal, e intervenciones NIC: manejo del estreñimiento.
- Dominio nº 4: actividad / reposo: Déficit del autocuidado: alimentación r/c debilidad o cansancio m/p dificultad en preparar los alimentos para su ingestión, con resultados NOC: estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos, e intervenciones NIC: alimentación
- Dominio nº 5: percepción / cognición: Conocimientos deficientes r/c limitación cognoscitiva m/p verbalización del problema y petición de información, con resultados NOC: conocimiento proceso de la enfermedad, e intervenciones NIC: enseñanza procedimiento/tratamiento
- Dominio nº 7: rol / relaciones: Riesgo de cansancio del rol cuidador, r/c la vulnerabilidad de la dificultad del rol del cuidador con resultados NOC: Relación entre el cuidador y el paciente, e intervenciones NIC: Asesoramiento
- Dominio nº 9: afrontamiento / tolerancia al estrés: Afrontamiento familiar comprometido r/c desorganización familiar y cambio de roles temporales m/p que la persona de referencia describe o confirma una comprensión o conocimiento inadecuado que interfiere con las conductas efectivas de ayuda y soporte o bien por expresiones de desbordamiento y

preocupación familiar, con resultados NOC: superación de problemas de la familia, e intervenciones NIC: apoyo emocional.

- Dominio nº10: principios vitales: Conflicto de decisiones r/c percepción de amenaza a valores personales m/p vacilación entre expresiones alternativas, con resultados NOC: toma de decisiones e intervenciones NIC: apoyo en toma de decisiones.
- Dominio nº 11: seguridad / protección: Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c cirugía ortopédica, con resultados NOC: perfusión tisular periférica, e intervenciones NIC: gestión de sensibilidad periférica.

2.1.3. Síntesis de la información.

Según el artículo científico “Plan de cuidados de fractura de cadera”, la fractura de cadera es la lesión discapacitante más común y la causa de muerte accidental más frecuente en los ancianos. Por lo tanto, se está convirtiendo en un problema importante a tener en cuenta debido al envejecimiento de la población. Se presenta el desarrollo de un plan de cuidados de enfermería de una mujer de 80 años con una fractura pertrocantérea de fémur izquierdo, al ser ésta la edad, el sexo y el tipo más común dentro de las fracturas de cadera (5).

La valoración de enfermería constituye la primera fase dentro del establecimiento de un plan de cuidados, sin cuya existencia sería imposible su desarrollo y de la que van a depender las decisiones adoptadas en el resto de las fases. En ella se lleva a cabo la recogida, organización, validación y registro de los datos.

Para realizarla se siguen los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, ya que permiten una valoración enfermera integral, sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos relevantes del paciente (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta. Dicha valoración enfoca su atención sobre 11 patrones y tiene como objetivo determinar el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de alteración de ellos para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación y que ayude a eliminar o disminuir la disfuncionalidad (5).

Algunos diagnósticos que se utilizaron para la implementación de los planes de cuidados en este estudio de investigación fueron:

- Deterioro de la movilidad en la cama, con resultados NOC: Consecuencias de la movilidad fisiológicas, e intervenciones NIC: Cambio de posición
- Riesgo de sangrado, con resultado NOC: Control del riesgo e intervenciones NIC: Vigilancia
- Déficit autocuidado: baño, con resultados NOC: Autocuidados: baño, e intervenciones NIC: Autocuidados: higiene.
- Baja autoestima situacional: con resultados NOC: Adaptación a la discapacidad física, e intervenciones NIC: Autoestima

2.1.4. Taxonomía de NANDA, NIC y NOC.

Cabe resaltar que para la primera fase del proceso enfermero, de dicho caso se utilizó la teoría de Marjory Gordon para la recolección de datos: posterior para la elaboración de los planes de cuidado se utiliza las taxonomías NANDA, NIC y NOC que facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados y permite manejar un lenguaje estandarizado.

La taxonomía NANDA proporciona una clasificación de diagnósticos que sirve de guía, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería.

La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición.

La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado (28).

2.1.5. Teoría de Murray Atkinson.

La Planeación de las intervenciones de enfermería. Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería (29).

2.2. Patologías

2.2.1. Fractura de cadera.

2.2.1.1. Definición.

Una fractura de cadera se basa principalmente en una pérdida de continuidad de un tejido ya sea este óseo y/o cartilaginoso. El origen del cual se produce dicha patología tiene 3 formas con las cuales se pueden presentar: mediante la producción de un trauma de intensidad grave que afecta al tejido, una fractura de origen patológico el mismo que genera un trauma de intensidad disminuida en un tejido enfermo y una fractura por mecanismo de fatiga la cual se produce por un exceso de movimiento a nivel de un tejido sano o enfermo. Epidemiológicamente la fractura de cadera afecta en un rango mayor al sexo femenino en un porcentaje del 18% que el sexo masculino que posee un porcentaje de 6% a nivel mundial. (6),

Al hablar de una fractura de cadera es importante considerar que una fractura consiste en la pérdida de continuidad de un tejido sea este óseo y/o cartilaginoso, en el cual dicha continuidad puede verse afectada por un traumatismo de gran intensidad, una patología que genera trauma de menor intensidad hacia un tejido enfermo o una fractura producida por una exigencia mecánica continua en el tejido sano o enfermo.

2.2.1.2. Anatomía y Fisiología.

La cadera de esta formada por la articulación entre la cabeza del fémur y el acetábulo que conforma el hueso de la pelvis. El acetábulo tiene una dirección lateral, inferior y anterior, en su límite contiene un borde denominado “borde acetabular” el mismo que contiene 3 cortes, los mismos que son puntos de unión del hueso ilion, pubis e isquion. El corte a nivel isquiopubico se encuentra en la zona inferior, siendo ancha y profunda, en ella ocurre la inserción de fascículos de la cintilla subpubica, por donde se origina el musculo obturador externo. La cabeza del fémur se encuentra conectada a través de un eje en su cuello, el mismo que esta entre el trocánter mayor y menor. Aquí se forma un ángulo entre el cuello femoral y la cara del eje femoral de aproximadamente 120 a 140 grados. Existe una estructura denominada calcar femoral, estructura que se extiende desde el cuello del fémur hasta el eje femoral proximal posteromedial. Esta parte cumple con la función de proporcionar soporte estructural y a la vez permite distribuir la tensión de la cabeza del fémur hasta el fémur proximal. Dentro del cuello femoral encontramos trabéculas de compresión y tracción que forman el triángulo de Ward, zona de la cual existe menor resistencia a sus funciones debido a que con el paso de la edad las trabéculas se van perdiendo, siendo esta zona un lugar donde frecuentemente se presentan fracturas de la zona trocantérica. (6).

Las trabéculas para generar compresión se entrecruzan y forman los fascículos obteniendo tres tipos: Fascículo arciforme el cual forma un arco desde el trocánter mayor a la cabeza del fémur, el fascículo cefálico que va desde la cabeza femoral hacia arriba formando el núcleo duro de Delbert y el fascículo trocantéreo desde el trocánter mayor al menor.

Los músculos que se encuentran a nivel de la cadera son de 2 tipos: Los músculos superficiales también conocidos como voluminosos y los músculos profundos o llamados también músculos pequeños. Los músculos superficiales cumplen con la función de abducción y extensión de la cadera a nivel coxofemoral quienes forman parte de este grupo son el glúteo menor, medio y mayor y el musculo tensor de la fascia lata. En tanto que los músculos profundos cumplen con la función de rotar la cadera a nivel coxofemoral. Los músculos que lo conforman son: musculo obturador interno, músculos piriformes, gémimo

superior, gémimo inferior, cuadrado femoral, rotadores laterales profundos y los pelvis trocantéricos.

Irrigación: las arterias de las cuales se irriga la cadera surgen a partir de la arteria iliaca común, la misma que luego se bifurca y forman la arteria iliaca interna y externa, la arteria iliaca externa se divide anteriormente y posterior formando ramas arteriales como las arterias glúteas de la cual surgen ramas superiores e inferiores y la arteria obturadora que genera una rama para la cabeza del fémur, la misma que se encuentra en el ligamento de la cabeza del fémur. La arteria iliaca externa que durante su trayecto debajo del ligamento inguinal forma la arteria femoral, esta genera la arteria femoral profunda la misma que irriga la articulación de la cadera con sus ramas circunfleja femoral lateral y media. La arteria glútea inferior junto a la arteria femoral profunda genera una anastomosis denominado anastomosis cruciforme o crucial, es importante considerar que la cabeza femoral es intraarticular en tanto que la zona trocantérica es extraarticular, esto debido a que las arterias en su mayoría discurren a nivel del cuello femoral y si se presenta una fractura a nivel de esta zona existe el riesgo de presentar una necrosis a nivel de su cabeza por una isquemia ya sea por ruptura de vasos sanguíneos o por la producción de hematomas que impiden el correcto flujo sanguíneo.

2.2.1.3. Epidemiología.

A nivel mundial se considera una afectación de fractura de cadera en un porcentaje del 18% en el sexo femenino, en tanto que el masculino tiene un porcentaje del 6 %. El porcentaje en sí tuvo una disminución a partir del 2012 esto debido a la relación que tiene con el diagnóstico de osteoporosis y a su tratamiento. Sin embargo, a partir de este año al 2015 tuvo una elevación y se considera que para el año 2050 el número global de la patología aumentara a 4,5 millones de habitantes. Es importante considerar que la fractura de cadera tiene en si una carga económica social y personal. Ello debido a que este tipo de lesiones afronta un gasto anual a nivel mundial de aproximadamente 15 millones de dólares, en el que se incluye alrededor de 10000 dólares en la hospitalización inicial de un paciente más el gasto en coste sanitario y social (6).

2.2.1.4. Tipos De Fractura De Cadera

- Fractura a nivel de la cabeza del fémur: La cabeza del fémur consiste en una zona dura y resistente la misma que requiere de un trauma grave para producir una fractura.
- Fractura del cuello femoral: Este tipo de fractura guarda relación con pacientes de mayor edad, con patologías relacionadas o que presentan fuertes caídas. El riesgo existente en este tipo de fractura infraescapular es la gravedad del desplazamiento que se puede presentar, el daño a sus vasos y posterior a ello la falta de irrigación a nivel de la cabeza del fémur ya que esta es una zona de poca irrigación y de fácil necrosis.
- Fractura a nivel intertrocantereo: La clasificación depende de la cantidad de fragmentos producidos y la resistencia de carga.
- Fracturas subtrocántericas: Considerada dicha fractura cuando se presenta entre la línea límite del trocánter inferior y 5cm distal de ella. Se considera una de las fracturas más frecuentes, su tipo depende de la línea de fractura sea transcervical o medio cervical (6).

2.2.1.5. Factores de Riesgo o Causas.

Una de las principales causas por las que se produce la fractura de cadera son los de origen traumático, sin embargo, el grupo más afectado es de las personas mayores a los 80 años de edad ya que son más propensos a las caídas y a la disminución de sus reflejos al reaccionar a una caída, teniendo un enfoque en el sexo femenino y existiendo una relación de afectación de 2 a 1 con el sexo masculino (6).

Existen afectaciones medicas causantes de la fractura de cadera como lo es la osteoporosis la misma que al perder su densidad mineral ósea causa deterioro del tejido óseo, la hipoactividad tiroidea, la disminución de absorción de vitamina D por parte de trastornos intestinales y patologías que afectan al equilibrio del paciente como el Parkinson, eventos cerebrovasculares, hipoglicemia, etc.

El uso de fármacos como los glucocorticoides son causantes de fracturas esto debido a que un efecto adverso es la producción de osteoporosis en un porcentaje del 50% en pacientes con tratamiento que han superado los 6 meses de su uso. Un estilo de vida mal llevado y el déficit de aporte nutricional en el organismo son otras de las causas de fracturas.

2.2.1.5. Manifestaciones Clínicas y Diagnostico

Cuando un individuo sufre una fractura de cadera la principal sintomatología que presenta es el dolor a nivel de la cadera, ingle y muslo, pero también podemos encontrar una extremidad acortada y rotada hacia afuera.

En caso de que la fractura se acompañe de hemorragia producida por la ruptura de vasos sanguíneos, el paciente puede presentar palidez, mareo y hematoma violáceo en la zona afectada. Una guía para el diagnóstico de fractura de cadera es la historia clínica, obteniendo información sobre los hechos del paciente, las actividades que hace o se encontraba realizando, las patologías que presenta y los hábitos que tiene para su diario vivir, posterior a ello se realiza el examen físico en el cual las manifestaciones clínicas nos ayudan para la sospecha de la patología.

Como examen complementario para el diagnóstico se realiza radiografía de proyección anteroposterior de pelvis, anteroposterior de cadera y fémur y lateral de cadera y fémur. Sin embargo, existen casos en las que las radiografías no indican claramente la fractura por lo que se recomienda realizar una resonancia magnética (6).

2.2.1.6. Tratamiento.

La mayoría de las pacientes que sufren una fractura de cadera requiere tratamiento quirúrgico. Las indicaciones para no realizarla son únicamente si el individuo se encuentra en un estado crítico e inestable o no deambulan.

El tratamiento quirúrgico consiste en realizar primeramente una reducción y posterior a ello optar si se realiza una osteosíntesis o una colocación de prótesis, en una fractura de cuello hay que considerar las primeras horas, ya que su retraso aumenta el 50% de riesgo de muerte, también la edad del paciente influye en la decisión del tratamiento ya que, si el paciente es menor a los 70 años, tiene osteoporosis leve y una vida estable se opta por conservar la cabeza del fémur y realizar osteosíntesis, a diferencia de si es mayor a los 75 años hay que retirar la cabeza y colocar una prótesis sea esta parcial o total.

Si la fractura está en el trocánter se realiza osteosíntesis con el fin de conservar la cabeza del fémur, esto se realiza mediante la colocación de tornillo-placa o de un clavo endomedular, y si la fractura es subtrocanterica se realiza osteosíntesis mediante un enclavado endomedular.

2.2.1.6. Complicaciones.

Una de las principales complicaciones debido a que se mantiene en fijación la fractura es la formación de coágulos la misma que al ser una fractura grande puede producir coágulos de tamaño moderado que pueden migrar hacia la región pulmonar y producir un tromboembolismo pulmonar. La formación de úlceras de presión se considera como una complicación postoperatoria de fractura de cadera debido a que al mantener a una persona estática esta mantiene su presión sobre el objeto de lo cual se encuentra la piel tiene la capacidad de soportar presiones altas, pero únicamente por periodos cortos de tiempo y si se mantiene más de lo necesario se produce un aplastamiento a nivel tisular impidiendo un correcto flujo sanguíneo, generando hipoxia y posteriormente muerte tisular. Posterior a intervenciones en una fractura de cadera existe daño en el organismo y riesgos a patologías como es el caso de neumonías, una de las principales causas de fiebre postoperatoria o también la producción de la misma en relación a una ventilación mecánica que el paciente lo requiere.

La muerte de un paciente posterior al tratamiento de fractura de cadera puede presentarse durante la intervención quirúrgica, o a los días o meses posteriores. Entre las principales causas de muerte se encuentra el Tromboembolismo pulmonar, una bronconeumonía e infarto agudo de miocardio (6).

2.2.2 Hipertensión Arterial.

2.2.2.1. Definición.

La hipertensión arterial (HTA) es reconocida como la principal causa de mortalidad prevenible a nivel mundial. La HTA afecta a más de 1000 millones de personas en el mundo, mayormente a aquellos de países de mediano y bajos ingresos.

La HTA es una enfermedad no transmisible de etiología múltiple, caracterizada por la elevación de la presión arterial que constituye un factor de riesgo para el desarrollo de

enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica y enfermedad renal crónica. También se define a la tensión arterial como la elevación sostenida de la presión arterial, sistólica y/o diastólica, con valores iguales o mayores de 140/90 mmHg medida correctamente en dos o más ocasiones (7).

2.2.2.2. Fisiopatología

La organización funcional de la circulación de la sangre necesita del constante mantenimiento de la PA (presión arterial) para asegurar la perfusión hística adecuada, esto es un flujo sanguíneo que responda a los requerimientos permanentes de los parénquimas vitales, como corazón y cerebro, y de otros órganos como los riñones.

En condiciones normales y de reposo esto se satisface con una PA media (PAM) de 90-100 mm Hg., y su constancia depende de un complejo mecanismo de regulación. Asimismo, es importante recordar que: la conducción del flujo sanguíneo a los tejidos se realiza a través de un sistema de tubos distensibles, de calibre variado, de diferente composición de pared, que determina tensiones parietales distintas a lo largo del sistema vascular; presenta componentes musculares con funciones de esfínter a nivel de meta arteriolas y arteriolas, que permiten una regulación local del flujo sanguíneo, lo que resulta sustancial para los ajustes según demanda particular; la regulación local está gobernada por factores metabólicos, hormonales y nerviosos. Como el flujo sanguíneo es continuo y pulsátil (no intermitente ni discontinuo), se puede resumir que la PA resulta de: la cantidad de sangre que ingresa al sistema arterial por unidad de tiempo (Volumen Minuto Cardíaco: VMC), la capacidad del sistema, la viscosidad del fluido, y la resistencia que opone la luz arteriolas a su salida hacia el sector capilar y venoso (Resistencia Periférica: RP). Considerando que tanto la viscosidad sanguínea como la capacidad del sistema arterial, dada su constancia, no participan activamente en la regulación de la PA, puede decirse que todos los mecanismos de regulación de la PA operan a través de VMC y RP.

Estas dos variables, no son las determinantes de la PA (presión arterial) sino que son los mecanismos de los que se vale el sistema regulador para ajustar las cifras tensionales. Si bien existen distintas hipótesis para intentar explicar los mecanismos participantes en la autorregulación de la PA, en general todas desembocan en última instancia en la modificación

del radio de las arteriolas, independientemente del control hormonal o nervioso, por eso el nombre de autorregulación.

Los mecanismos que intervienen en la autorregulación serían:

- Factores metabólicos: como la concentración arterial de O₂, CO₂ y pH arterial.
- Calibre de los vasos sanguíneos.
- Metabolitos vasoactivos.
- Presión tisular.

Los mecanismos nerviosos están mediados por el sistema nervioso autónomo y otras sustancias no adrenérgicas del tipo de la histamina, o el factor de relajación endotelial, que modifica el calibre del vaso por relajación del músculo liso a través de un mecanismo aún no muy bien dilucidado.

Los receptores alfa 1, cuyo mediador químico es la norepinefrina, son los responsables de la vasoconstricción en arteriolas. Los receptores beta 1, cuyo mediador químico es tanto la epinefrina como la norepinefrina, son los responsables del aumento de la frecuencia cardíaca y de la contractilidad miocárdica.

Los receptores beta 2, cuyo mediador químico es la epinefrina, son los responsables de la vasodilatación arteriolar. Los mecanismos hormonales que participan en la regulación de la PA incluyen el de renina-angiotensina-aldosterona (r-a-a), a través de la acción vasoactiva potente de la angiotensina y de la reabsorción de agua y sodio mediada por la aldosterona. Las prostaglandinas (PG) de la médula renal, desempeñan un importante rol como antihipertensivas. LA PGA₂ y PGE₂, a través de la vasodilatación cortical, provocan nutrieis y diuresis junto con vasodilatación periférica para estabilizar la PA. Finalmente, sin estar totalmente separado de los conceptos anteriores, algunos autores hablan de mecanismos hemodinámicos vinculados a la homeostasis del sodio. Estos se evidencian a través del hecho que el balance hidro salino es producto del rendimiento renal en cuanto a la excreción de agua y sal. Esto es: la disminución marcada de la PA provoca oliguria, y el ascenso importante de la PA incrementa la excreción de agua y sal con respecto al ingreso neto (7).

2.2.2.3. Factores de Riesgo.

Edad: La hipertensión suele ser más común en personas mayores de 60 años. Con la edad, la presión arterial puede incrementar de forma paulatina, ya que las arterias se vuelven más rígidas y estrechas debido a la formación de placa.

Etnia: Algunos grupos étnicos son más propensos a sufrir hipertensión.

Altura y peso: La obesidad o sobrepeso representan un factor de riesgo clave.

Consumo de alcohol y tabaco: El consumo de grandes cantidades de alcohol de forma regular puede incrementar la presión arterial de una persona, al igual que el tabaco.

Sexo: El riesgo vitalicio es el mismo para hombres y mujeres, pero los hombres son más propensos a sufrirla a una edad más temprana. La frecuencia suele ser superior en las mujeres mayores.

Enfermedades de salud existentes: Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la enfermedad renal crónica y los niveles de colesterol elevados pueden derivar en hipertensión, sobre todo cuando la gente envejece (7).

2.2.2.4. Diagnóstico.

Las personas con resultado anormal en su presión arterial en la consulta médica, se deberá tomar al menos dos mediciones separadas de un intervalo de 5 a 10 minutos siguiendo la técnica correcta y se tomará en cuenta el promedio de las últimas dos mediciones, dejando constancia en el expediente clínico. Para la confirmación de HTA estadio I se citará al paciente en un lapso no menor de 2 semanas. A excepción HTA en estadio II en adelante o cuando hay evidencia clara de daño a órgano blanco.

Se diagnóstica HTA cuando:

- La presión arterial sistólica (PAS) es ≥ 140 mmHg
- La presión arterial diastólica (PAD) es ≥ 90 mmHg

Clasificación de la hipertensión arterial (HTA)

Se puede clasificar según diferentes parámetros:

Tabla 7. Según los valores de presión arterial (PA)

| PA Sistólica | PA Diastólica | Consenso LA 2008 |
|--------------|---------------|-----------------------|
| < 120 | < 80 | Óptima |
| 120 a 130 | 80 a 84 | Normal |
| 131 a 139 | 85 a 89 | Normal Alta |
| 140 a 159 | 90 a 100 | HTA Grado I |
| 160 a 179 | 101 a 109 | HTA Grado II |
| ≥ 180 | ≥ 110 | HTA Grado III |
| ≥ 140 | < 90 | HTA Sistólica aislada |

2.2.2.5 Clasificación de la HTA.

HTA primaria: 90% de los casos

- Es de origen genético y Contribuyen múltiples factores como obesidad, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, entre otros.

HTA secundaria: 10% de los casos

- Se debe generalmente a malformaciones arteriales renales o de la arteria aorta; problemas hormonales, entre otros.
- Más frecuente en niños y jóvenes.
- Inicio antes de los 20 años de edad o después de los 50 años.
- Nivel de PA mayor a 180/110 mm Hg.
- Presencia de daño orgánico: retinopatía grado II, ERC, Cardiomegalia o hipertrofia del ventrículo izquierda (HVI), entre otros.

2.2.2.6. Signos y Síntomas.

- Dolor de cabeza intenso
- Ansiedad severa
- Dificultad para respirar
- Hemorragia nasal
- Sensación de pulsaciones en el cuello o la cabeza.

2.2.2.7. Medicamentos.

Existen cuatro clases principales de medicamentos antihipertensivos:

- a) Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA),

- b) Antagonistas del receptor de la angiotensina (ARA),
- c) Antagonistas del calcio (AC)
- d) Diuréticos tiazídicos

2.2.3. Diabetes.

2.2.3.1. Definición.

La Organización mundial para la salud (OMS) define diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (8).

2.2.3.2. Fisiopatología.

La diabetes mellitus es una deficiencia absoluta o relativa de insulina y, consecuentemente, de sus efectos metabólicos. En la diabetes tipo 2, el hallazgo más constante es el de hiperinsulinismo y disminución periférica en los receptores de insulina.

La insulina interviene aprovechando los recursos energéticos que a través de los alimentos ingresan en nuestro organismo, es una hormona fundamentalmente anabolizante. Cuando ingresa glucosa en nuestro organismo la insulina actúa facilitando que penetre en el interior de las células a fin de que sea metabolizada, y facilita su transformación en glucógeno y grasas para que la glucosa no sea utilizada de inmediato y se almacene de esa forma en nuestro organismo (glucogénesis) (8).

2.2.3.3. Diagnóstico.

1. Glucosa en ayunas mayor de 126 mg/dl, confirmada en una segunda prueba.
2. Glucosa dos horas postprandiales mayor de 200 mg/dl o a cualquier hora del día con síntomas de hiperglucemia.

3. Glucosa mayor de 200 mg/dl con test de tolerancia a las dos horas de ingesta de 75 gramos de dextrosa, si presenta glucosa mayor de 140 y menor de 200 se considera intolerante a carbohidratos.

4. Niveles de hemoglobina glucosilada A1c mayor de 6.5%.

Categoría de riesgo aumentado para diabetes o prediabetes:

1. Glucosa 100 a 125 mg/dl glucosa en ayuna alterada

2. Glucosa mayor de 140 y menor de 199 mg/dl posterior a test de 75 gramos de glucosa

3. Hemoglobina glucosilada 5.7- 6.4%.

2.2.3.4. Síntomas de la Diabetes Mellitus.

Las tres “P”:

Poliuria (volumen urinario incrementado): Mientras aumenta el nivel de glucemia, la sangre saturada de glucosa circula a través de los riñones. Una vez que se alcanza el umbral renal, generalmente a una concentración de 160 a 180 mg/dl, la glucosa ingresa a la orina como resultado de la osmosis, causando glucosuria. Con esta, la excreción de agua aumenta como consecuencia del efecto osmótico, originando la poliuria.

Polidipsia (sed intensa) La gran cantidad de agua eliminada a través de los riñones es lo que ocasiona la sed intensa o polidipsia.

Polifagia (apetito exagerado) La glucosa no puede atravesar la membrana celular, hacia el espacio intracelular para ser metabolizado.

Otros signos y síntomas que se presentan son: visión borrosa, lesiones o heridas que no se curan, o que tardan en sanar, disfunción eréctil, piel seca, las uñas pierden fuerza y pueden empezar a caerse o desprenderse.

2.2.3.5. Complicaciones.

Crónicas: Neuropatía diabética, cambios macro vasculares, cambios microvasculares entre ellas están: nefropatía, retinopatía, neuropatía, ceguera, cambios gástricos, IVU, pie diabético, daño renal y enfermedades cardiacas.

2.2.3.6. Diagnostico.

El IFG (índice de filtrado glomerular) es equivalente al IGT (intolerante a la glucosa), que se define como concentración plasmática de glucosa de 7.8 a 11.1 mmol/L (140 a 200 mg/ 100 ml) 2 horas después de recibir una carga oral de glucosa de 75 g. los individuos con IFG o IGT están en riesgo sustancial de desarrollar DM (diabetes mellitus) de tipo 2 (40% de riesgo durante los siguientes cinco años) y enfermedades cardiovasculares. Los criterios revisados de diagnóstico de la DM resultan que la FGP es el método más fiable y cómodo de diagnóstico de DM es sujetos asintomáticos. Una concentración de glucosa plasmática > 11.1 mmol/ L (200 mg/ 100 ml) tomada al azar y acompañada de los síntomas clásicos de DM. La prueba de sobre carga oral de glucosa, aunque sigue siendo un método valido de diagnóstico de DM, no se recomienda como parte de la atención sistemática.

El paciente debe cumplir con alguno de estos 3 criterios para ser diagnosticado con diabetes:

- Glucosa plasmática: La presencia de glucosa en concentración superior a 200 mg/dL (11.1 mmol/L) en plasma venoso en ayunas es compatible con el diagnóstico de diabetes mellitus si se ha presentado al menos en dos ocasiones sin otra causa que lo justifique. Los valores inferiores a 115 mg/dL (6.4 mmol/L) descartan el diagnóstico. Conviene destacar que el nivel sanguíneo de glucosa es inferior en sangre venosa que en sangre arterial y capilar (sangre obtenida por punción de la yema del dedo), de modo que el nivel de glucosa viene determinado por el punto de extracción de la sangre.
- Curva de sobrecarga oral de glucosa: Es la principal prueba diagnóstica al someter al organismo a una cantidad estándar de glucosa que debe administrar en un tiempo de dos horas. Se efectúa con 75 g de glucosa oral o con 1.75 g/Kg de peso hasta 75 g, en el caso de niños. Se acompaña con 400 ml de agua y se ingiere en 5-10 minutos. Según los grupos de expertos, se debe extraer una muestra basal y otra a las 2 horas. Normalmente la curva, si hay

buena absorción, debe superar en algún punto los 200 mg/dL, y normalizarse a los 120 minutos, con valores inferiores a 140 mg/dL. Se considera estado de intolerancia a glucosa, situación que es reversible con el tratamiento adecuado, si en el punto de los 120 minutos, la concentración plasmática de glucosa está entre 140 y 200 mg/dL. Por encima de este límite, el resultado es compatible con un estado de diabetes mellitus (8).

2.2.3.7. Manejo Terapéutico de la Diabetes

Dieta: a guía de la pirámide alimenticia (USDA 1992) es una herramienta útil:

55– 60% Carbohidratos, 30% Proteínas, Menos del 30% Grasas y 10 a 15 de fibra

Ejercicio: Ayuda a perder peso, disminuye los triglicéridos y colesterol, aumenta el tono muscular, mejora la circulación y contribuye a una sensación de bienestar general, promueve el ingreso de la insulina a las células con el fin de metabolizar los carbohidratos.

Enseñanza al paciente y familia:

Estilos de vida, como control de la enfermedad, ajustes de ejercicio, lineamientos para el cuidado de los pies, manejo intensivo de la insulina, consideraciones dietarias para comer fuera de casa.

2.2.4. Insuficiencia Renal.

Los riñones son un par de órganos localizados en la parte inferior de la espalda. Cada riñón se encuentra en un lado de la espina dorsal. Filtran la sangre y eliminan las toxinas del cuerpo. Los riñones envían toxinas a la vejiga y, más tarde, el cuerpo las expulsa con la orina (9).

La insuficiencia renal aparece cuando los riñones pierden la capacidad para filtrar desechos de la sangre de forma eficiente. Muchos factores pueden interferir con la salud del riñón y la función que desempeña, como, por ejemplo:

La exposición tóxica a los contaminantes ambientales o a ciertos medicamentos; algunas enfermedades graves o crónicas; deshidratación grave, o un traumatismo renal.

El cuerpo se sobrecarga con toxinas si los riñones no hacen bien su trabajo. Esto puede derivar en una insuficiencia renal e incluso poner en peligro la vida del paciente si no se trata la enfermedad.

2.2.4.1. Signos y Síntomas.

Pueden aparecer muchos síntomas durante la insuficiencia renal. Normalmente, alguien que padece esta enfermedad sufrirá algunos síntomas, aunque, a veces, no se presentan. Los posibles síntomas incluyen:

- Cantidad reducida de orina
- Inflamación en las piernas, tobillos, y los pies debido a la retención de líquidos causados por la insuficiencia de los riñones para eliminar las aguas residuales
- Dificultad para respirar sin ninguna explicación
- Somnolencia o fatiga excesivas
- Náuseas persistentes
- Confusión
- Dolor o presión en el pecho
- Convulsiones, o coma.

2.2.4.2. Medios Diagnósticos.

Análisis de orina

El médico podría realizar una muestra de orina para analizar cualquier anomalía, como las proteínas o el azúcar anómalos que se expulsan con la orina. También podría practicar un análisis de sedimento urinario para medir la cantidad de glóbulos rojos y blancos, buscar niveles elevados de bacterias o un gran número de cilindros celulares.

Mediciones del volumen de orina

La medición de la producción de orina es una de las pruebas más simples que existen para ayudar a diagnosticar la insuficiencia renal. Por ejemplo, la baja producción de orina podría sugerir que la enfermedad se debe a un bloqueo urinario, lo que puede haberse causado debido a múltiples enfermedades o daños (9).

Muestras de sangre

El médico podría recetar análisis de sangre para medir las sustancias que se filtran en los riñones, como el nitrógeno ureico en sangre (NUS) y la creatinina (Cr). Un incremento rápido en estos niveles podría indicar insuficiencia renal aguda.

Pruebas de imagen

Los análisis como las ecografías, las imágenes por resonancias magnéticas y las tomografías computarizadas proporcionan imágenes de los riñones, junto al tracto urinario. Esto permite que el médico pueda encontrar las anomalías en los riñones.

Muestra del tejido renal

Las muestras de tejido se examinan en busca de depósitos anómalos, formación de cicatrices u organismos defectuosos. El médico usará una biopsia renal para recoger muestras de tejido. Una biopsia es un procedimiento muy simple que se suele utilizar mientras el paciente está despierto. La muestra se recoge con una aguja de biopsia que se inserta a través de la piel y en dirección al riñón. El equipo de resonancia o ecografía se utiliza para localizar los riñones y guiar al médico durante la punción.

2.2.4.3. Tratamiento.

Existen muchos tipos de tratamientos para la insuficiencia renal. El tipo de tratamiento que necesita el paciente depende de la causa de la enfermedad. El médico puede ayudarle a determinar la mejor opción de tratamiento, entre las que se encuentran:

Diálisis

La diálisis filtra y purifica la sangre mediante una máquina, la cual realiza la función de los riñones. Es posible que conecten al paciente a una gran máquina o a un catéter con una bolsa de drenaje portable, dependiendo del tipo de diálisis. Es posible que necesite seguir una dieta baja en potasio y sal durante la diálisis. La diálisis no cura la insuficiencia renal, pero extenderá la vida del paciente si sigue el plan de tratamientos de forma regular (9).

Trasplante de riñón: Otra opción de tratamiento es el trasplante de riñón. Normalmente, hay una larga lista de espera para recibir un donante de riñón que sea compatible con el cuerpo del paciente, aunque, si ya tiene el donante en vida, el proceso se agilizará.

2.3. FASE DE VALORACIÓN.

2.3.1. Resumen clínico de enfermería.

| RESUMEN CLINICO DE ENFERMERIA | |
|---|--|
| I. DATOS GENERALES: | |
| 1. Nombre del Usuario/a: María Juana Escamilla Vda. De Membreño. | |
| 2. Edad: 72 años | 3. Sexo: Masculino Femenino ✓ |
| 4. Grado de escolaridad: No asistió a la escuela | 5. Ocupación: Ama de casa |
| 6. Dirección: Colonia las moras, avenida los reyes pasaje ángel casa # 10, Colon la libertad. | |
| 7. Teléfono de contacto: 69781662 (hijo) | |
| II. HISTORIA DE LA PRESENTE ENFERMEDAD | |
| <p>Diagnostico Medico:</p> <p>P1. Fractura de cadera izquierda.</p> <p>P2. IRC (Insuficiencia renal) grado 4 control en HNR (Hospital Nacional Rosales)</p> <p>P3. Diabetes Mellitus desde 2004.</p> <p>P4. HTA (Hipertensión arterial).</p> | |
| 2. Número de expediente: 23470-21 | 3. Fecha de ingreso: 21/04/2024 |
| 4. Días de estancia hospitalaria: 8 días | 5. Servicio/ unidad de hospitalización: Ortopedia mujeres. |
| 6. Resumen de la historia clínica: | |
| <p>20 de abril de 2024:</p> <p>Paciente femenina que llega al servicio de emergencia en ambulancia, en carro camilla, consciente y orientada que ha sido evaluada en consultorio de ortopedia se realiza evaluación física por órganos y sistemas, cabeza, cuello, tórax, pulmones, corazón, abdomen y neurológico se encuentran normales, a la evaluación del sistema musculoesquelético se realizan mediciones MID con 81 centímetros MII 75 centímetros, En miembro inferior izquierdo función movilidad reducida. No puede flexionar ni realizar extensión, no abducción, no aducción, no pronación, no supinación, no rotación, no hay amplitud de movimiento. No rubor, no equimosis, con leve edema por lo que se indica radiografía de cadera con urgencia la cual da como resultado (lectura: a la evaluación</p> | |

radiológica, se observa una radiografía en la cual se observa una fractura intertrocantérica de fémur izquierdo).

Usuaría al momento activa alerta afebril con buen manejo del dolor, tolerando vía oral adecuadamente no otra sintomatología, al examen físico presenta acortamiento del miembro inferior izquierdo, más rotación externa por fractura de cadera izquierda

Plan: manejo del dolor, presentar a nefrología del Hospital Nacional Zacamil con exámenes completos, pendiente magnesio sérico y filtrado glomerular, presentarse 22 de abril 2024, 8:00 AM en hemodiálisis con reporte de exámenes control actualizados.

NOTA IMPORTANTE: 23/04/24

Paciente con cita para evaluación preoperatoria con nefrología en Hospital Nacional Zacamil, con transporte solicitado a las 6:30 AM, se comunica vía telefónica con transporte quien refiere que a esta hora no se cuenta con ambulancia disponible para el traslado, se comunica vía telefónica con hospital nacional Zacamil/ nefrología Dr. Sánchez y refieren se puede asistir ese día desde las 8 AM 11 AM.

Pendiente solicitar ambulancia para traslado

Signos vitales y medidas antropométricas:

Temperatura: 36.0 °C IMC: 26.71 FR: 16 X¹ T/A: 130/80 mmhg

Peso: 65 kilogramos Talla: 1.56 cm Hemoglucotest: 142 mg/dl

FC: 80 latidos por minuto

Saturación de oxígeno: 97%

Apariencia general: Crónicamente enferma

| RIESGO QUIRURGICO | |
|--|--|
| Riesgo anestésico ASA | enfermedad sistémica grave con la amenaza de la vida |
| Clasificación de riesgo cardiaco GOLDMAN: | Clase IV-alto |
| Puntaje total evaluación GOLDMAN: | 19 |
| Clasificación de riesgo cardiaco DESTSKY | Clase II-medio |
| Puntaje total de evaluación DESTSKY | 10 |
| Clasificación de riesgo cardíaco en base a predictores quirúrgicos | intermedio |
| Clasificación de riesgo pulmonar | intermedio |

7. Historia de Enfermería:

Paciente consciente, alerta y orientada en tiempo lugar y persona, del sexo femenina de 72 años, con signos vitales: T°: 36.0 °C, FR: 16 X¹, T/A: 130/80 mmhg, FC: 80X', quien al momento se encuentra en su unidad en posición supina, con respaldo a 35 grados, con diagnóstico médico de fractura de cadera izquierda más diabetes mellitus más hipertensión arterial, paciente al momento se observa con buen tono de piel, con facies de dolor afebril, mucosas orales hidratadas, tolerando vía oral, no náuseas no vómitos, con buen patrón respiratorio, en miembro superior izquierdo con acceso venoso periférico número 22 más sello de heparina, sin signos de flebitis, abdomen levemente distendido, depresible a la palpación, se observa miembro inferior izquierdo con rotación externa y acortamiento se realizan mediciones en MID con 81 centímetros MII 75 centímetros, no se observa rubor, no equimosis, con leve edema a nivel de muslo, micción espontánea y evacuaciones normales, paciente que no deambula, al momento sin compañía de familiar.

8. Medios de diagnóstico:

- Rayos X de cadera izquierda (lectura: a la evaluación radiológica, se observa una fractura intertrocanterea de fémur izquierdo).

9. Tratamiento:

- Tramadol E.V 50 mg c/8 hrs por dolor fuerte.
- Acetaminofén V.O 500 mg C/6 hrs.
- Enoxaparina V. I. 20 mg C/12 hrs.
- Calcio V.O c/día.
- Metformina V.O 1 tab c/día.
- Enalapril V.O 20 mg c/12 hrs
- Signos vitales por turno.
- HGT previo comidas.
- Dieta para diabético 1800 kcal
- Cuidados de enfermería.
- I/nefrología.
- Evaluación preoperatoria por cardio
- Evaluación preoperatoria por neumología.
- Evaluación por medicina interna.
- Evaluación preoperatoria por endocrinología.

EXAMENES:
HEMOGRAMA COMPLETO

Fecha de toma de muestras 22 de abril 2024.

| Línea roja | resultado | unidades | rango de referencia | control normal |
|----------------|-----------|----------|---------------------|----------------|
| RDW-SD | 43.3 | fl | 37-54 | |
| eritrocitos | 3.67 | X10-6 | 3.84-5.5 | |
| hemoglobina | 10.4 | g/dl | 12 -15 | |
| hematocrito | 26.6 | % | 37-40 | |
| MCV | 80.7 | fl | 75.4-90.78 | |
| MCH | 28.3 | pg | 26.8-33.2 | |
| MCHC | 35.1 | g/dl | 32.7-34.7 | |
| Eritroblastos% | 0.0 | % | 0-0.1 | |
| Eritroblastos# | 000 | % | - | |

| Línea blanca | resultado | unidades | rango de referencia | control normal |
|-------------------------|-----------|----------|---------------------|----------------|
| leucocitos | 7.92 | X10 | 4-10 | |
| neutrófilos | 70.4 | % | 3-15 | |
| linfocitos | 20.3 | % | 20-40 | |
| monocitos | 8.0 | % | 0.21-12.3 | |
| eosinófilos | 0.9 | % | 0.3-5.5 | |
| basófilos | 0.4 | % | 0-1.4 | |
| granulocitos inmaduros% | 0.4 | % | - | |
| Neutrófilos # | 5.58 | X10 | 0.1-0.5 | |

LÍNEA PLAQUETARIA

Fecha de toma de muestras 22 de abril 2024.

| | | | | |
|------------------------|------|-----|----------|--|
| Plaquetas | 286 | X10 | 150-450 | |
| Vol. plaquetario medio | 12.3 | fL | 7.4-10.4 | |

TP (TIEMPO DE PROTOMBINA)

Fecha de toma de muestras 22 de abril 2024.

| Prueba | Resultado | unidades | rango | control diario |
|-------------------|-----------|----------|----------|----------------|
| TP | 11.0 | seg | 9.5-13.5 | |
| INR | 1.04 | | - | |
| ISI | 1.04 | | - | |
| Control normal TP | 11 | seg | - | |

ACIDO URICO.

Fecha de toma de muestras 22 de abril 2024.

| Resultado | unidades | rangos normales | observación |
|-----------|----------|-----------------|-------------|
| 7.69 | Mg/dl | 2.6-7.2 | |

ALBUMINA.

Fecha de toma de muestras 22 de abril 2024.

| Resultado | unidades | rangos normales | observación |
|-----------|----------|-----------------|-------------|
| 3.60 | g/dL | 3.4-5.3 | |

CLORO.

Fecha de toma de muestras 22 de abril 2024.

| Resultado | unidades | rangos normales | observación |
|-----------|----------|-----------------|-------------|
| 102.7 | mEq/L | 101-111 | |

| CREATININA. Fecha de toma de muestras 22 de abril 2024. | | | |
|--|----------|-----------------|-------------|
| Resultado | unidades | rangos normales | observación |
| 3.09 | mg/dL | 0.6-1.3 | |

| SODIO Fecha de toma de muestras 22 de abril 2024. | | | |
|--|----------|-----------------|-------------|
| Resultado | unidades | rangos normales | observación |
| 136.8 | mEq/L | 135-145 | |

| POTASIO. Fecha de toma de muestras 22 de abril 2024. | | | |
|---|----------|-----------------|-------------|
| Resultado | unidades | rangos normales | observación |
| 4.4 | mEq/L | 3.5-5.5 | |

| NITROGENO UREICO. Fecha de toma de muestras 22 de abril 2024. | | | |
|--|----------|-----------------|-------------|
| Resultado | unidades | rangos normales | observación |
| 43.5 | mg/dL | 7-21 | |

| CALCIO EN SANGRE. Fecha de toma de muestras 22 de abril 2024. | | | |
|--|----------|-----------------|-------------|
| Resultado | unidades | rangos normales | observación |
| 8.4 | mg/dL | 8.4-10.2 | |

EXÁMENES DE GABINETE

Fecha de toma de muestras 22 de abril 2024.

| EXAMEN | RESULTADO DEL EXAMEN | FECHA DE REALIZACION | OBSERVACION |
|----------------------------|--|----------------------|---|
| electrocardiograma | normal | 22/04/2024 | Sinusal, eje normal, FC: 84 LPM, PR. 0.12 QRS: 0.04 QT: 0.28, No alteraciones del ST, buena progresión del impulso eléctrico |
| Rx de cadera | anormal | 22/04/24 | lectura: a la evaluación radiológica, se observa una fractura intertrocantérea de fémur izquierdo. |
| Rx de tórax | normal | 21/04/2024 | Proyección AP, con leve Redistribución de flujo vascular, no infiltrados, no consolidaciones, no efusión pleural, silueta cardiaca magnificada: grado 2 |
| Otros exámenes de gabinete | HEMOGLOBINA 10.9 g/dl, HEMATOCRITO 31.3%, LEUCOCITOS 15.22 X10 ³ , NEUTROFILOS 86.9%, LINFOCITOS 7.1%, PLAQUETAS 347 X10 ³ , TP 11.7, seg INR 1.10, ISI 1,04, CR 3.05, TFG: 14.61 ML/MIN, GLUCOSA: 142, NA134.9, K: 4.2. CL: 102.6 | | |

DOPPLER ARTERIAL DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

Se identifica la presencia de placas calcificadas de ateroma desde la arteria femoral común las cuales aumentan progresivamente hasta las arterias de la pierna. Se observa alteración del flujo espectral con ondas bifásicas desde arteria poplítea y marcada disminución de la velocidad de flujo desde arteria femoral común siendo más evidente a nivel de la arteria pedía.

La velocidad pico sistólico de la arteria femoral común es de 67.7 cms/seg.

La velocidad pico sistólica de la arteria femoral superficial en el tercio proximal y distal es de 68.3 y 40.6 cms/seg.

La arteria poplítea presenta velocidad pico sistólica de 30.1 cms/#seg las porciones evaluadas de la arteria tibial posterior, la arteria tibial anterior, peronea y arteria pedía presentan velocidades pico sistólicas de 59.3, 41.5, 23.6 y 10.8 csm/seg respectivamente

Conclusión:

- **insuficiencia arterial crónica severa por enfermedad ateromatosa con disminución crítica de flujo de arteria pedía.**

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA RADIOLOGÍA E IMÁGENES

REGIÓN DE ESTUDIO: Angio TAC aorto-iliaco

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Fx **Cadera izquierda, Insuficiencia arterial bilateral. A la evaluación radiológica, se observa una fractura intertrocantérea de fémur izquierdo.**

2.3.2. Recolección de datos.

2.3.2.1. Valoración de los once patrones de Marjory Gordón.

Se realiza anamnesis y evaluó físico el día 24 de abril de 2024 por la estudiante Br. Karla García, a la usuaria María Guana Escamilla Vda. De Membreño de sexo femenino de 72 años de edad, con diagnóstico médico de **Fractura de cadera izquierda, más IRC grado 4 control en HNR, más Diabetes mellitus, más hipertensión arterial** controladas con medicamentos. Quien actualmente reside en Colonia las moras, avenida los reyes pasaje ángel casa # 10, Colon la libertad., con número de expediente 23470-21, ingresada actualmente en el servicio de ortopedia del Hospital Nacional San Rafael.

1. Patrón Percepción/ control de salud.

La usuaria evalúa su salud como regular, refiere que últimamente falta frecuentemente a sus responsabilidades por fractura de cadera, refiere ser hipertensa desde los 20 años, la cual controla con enalapril 20 mg, una tableta cada 12 horas, refiere padecer desde el 2004 de **Diabetes Mellitus** la cual se encuentra tratando con metformina 1000 mg más glimepirida 2 mg una tableta cada día, menciona además padecer de insuficiencia renal por la cual se encuentra en evaluación y en control en el Hospital Nacional Rosales, refiere que no ha tenido cirugías en los últimos 5 años, pero si un traumatismo en el cual se fracturó la cadera el día 21 de abril del año 2024, también refiere que desde los 17 años empezó a fumar 5 cigarrillos diarios y tomar alcohol hasta que cumplió 50 años y dejó de hacerlo porque le detectaron **insuficiencia renal**, no consume drogas, no ingiere bebidas con cafeína, no es alérgica a ninguna sustancia, ha sufrido accidente de tipo casero, hace cuatro días, comenta que se cayó de una silla mecedora, ha tenido ingreso hospitalario por caída, no ha recibido transfusiones de productos sanguíneos, refiere que le resulta fácil seguir las recomendaciones que el medio o enfermera le brindan, su estado de vacunación al momento se encuentra completo, refiere que sus padres ya fallecieron, la paciente se observa con buena higiene en su cabello no se observa seborrea, ni paracitos, con piel hidratada, uñas cortas y limpias, se observa la presencia halitosis y la pérdida de 5 piezas dentarias. se pregunta sobre la descripción de su vivienda a lo cual refiere que las paredes son de ladrillo, techo de lámina y piso de cerámica.

2. Patrón nutricional-metabólico

Tiene indicada dieta para diabético 1800 kcal, se apoya a usuaria en su alimentación y se explica en que consiste su dieta y la importancia para su salud debido a las diferentes patologías que presenta la paciente menciona que se alimenta de “pollo, carnes 2 veces por semana, de frutas y verduras todos los días, me gustan las manzanas, los plátanos, la sandía, los ejotes y las zanahorias”, menciona que le gustan, cereales como “tortilla y pan francés todos los días”, lácteos como leche y queso fresco los consume 3 veces a la semana, huevos consume todos los días y pastas una vez a la semana. Usuaría refiere tomar 2 litros de agua al día, su apetito al momento se encuentra disminuido y refiere que no le dan ganas de comer ya que le causa tristeza el estar ingresada dentro del hospital, si consume la dieta que le proporcionan en el hospital, pero se evidencia que solo en un 50%, no presenta problemas con la masticación ni con la deglución y digestión de alimentos, al momento tampoco presenta náuseas, no posee prótesis dentaria, refiere que “siente que su peso es normal”, al evalúo su peso es de 65 kilogramos, talla: 156 centímetros, IMC de 26.71 lo que indica sobrepeso. Piel y mucosas se observa hidratadas, también se observa la presencia de halitosis, y la pérdida de 5 piezas dentarias (molares). Cabello se observa limpio sin presencia de caspa, ni pediculosis, uñas limpias se observan cortas sin presencia de suciedad.

3. Patrón eliminación.

Se palpa abdomen blando y depresible, se ausculta peristaltismo a 4 por minuto, al consultarle a la paciente sobre su eliminación intestinal menciona que hace 2 días no a defecado pero el día que se realizó la entrevista pudo hacerlo al preguntarle sobre como era su evacuación refiere que iba al baño 1 vez al día y las características de las heces eran duras de color café, tiene control de su esfínter, al momento no le han proporcionado laxantes, no posee ostomías. la eliminación urinaria oscila entre 6 veces al día, la orina es de color amarillo claro, la paciente menciona no sentir molestias, no mantiene sonda ni drenajes.

4. Patrón actividad- ejercicio.

A la evaluación cardiovascular paciente con frecuencia cardiaca 80 por minuto, ritmo regular, intensidad fuerte, foco aórtico, foco pulmonar, foco tricúspide ruidos cardiacos presentes normales con buena intensidad, fuerza y frecuencia. **Tensión arteria:130/80 mmHg**, no se auscultan ruidos pulmonares anormales, con frecuencia respiratoria de 17x', frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, al momento no necesita de oxigenoterapia con buen patrón respiratorio, **usuaria refiere no tener fuerzas ni la energía suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria debido a su condición de salud**, refiere que su hijo es quien la cuida, en relación con su grado de independencia puede alimentarse por su cuenta **sin embargo al realizarse su baño, acicalamiento, vestirse, movilidad en la cama inmovilidad en general si necesita la ayuda de otra persona para poder realizar estas actividades.** no realiza actividad física, su actividad laboral en su casa era moderada, consistía en ser ama de casa, realizaba muy pocas actividades de recreación refiere que en su hogar realizaba sesiones de oración, **“usuaria refiere dolor aumentado al realizar movimiento y a la palpación” se aplica escala numerica en donde usuaria refiere un 8 en la intensidad del dolor a nivel de su cadera, se observa leve edema a nivel de muslo, no rubor, no calor, no equimosis, no posee estabilidad en la marcha, tiene alteración en el equilibrio y utilizaba dispositivos para movilizarse. Se realiza medición de miembros inferiores en el cual MID 80 cm MII 75 cm observando que hay un acortamiento del miembro afectado a demás presenta movilidad reducida. No puede flexionar ni realizar extensión, no abducción, no aducción, no pronación, no supinación, no rotación, no hay amplitud de movimiento.** Paciente al momento en espera de cirugía, pendiente que medico indique tracción cutánea.

5. Patrón Sueño y reposo.

La usuaria menciona que generalmente se encuentra cansada y no preparada para las actividades del día siguiente debido a que siempre tiene dolor, los ruidos dentro del hospital interrumpen su descanso, las actividades que realiza el personal de enfermería por las noches como cumplimiento de medicamentos, cambio de posición y de pampers provocando que no le permiten descansar, menciona que duerme alrededor de 7 horas, tiene problemas para

conciliar el sueño durante la noche se despierta en repetidas ocasiones, no utiliza ayudas para el sueño, si realiza periodos de descanso durante el día de aproximadamente 2 horas diarias, se observa que bosteza con frecuencia, se observa somnolienta y refiere que el medio ambiente en el que se encuentra no es el adecuado para lograr el descanso y conciliar el sueño debido al dolor, el ruido y la luz. Usuaría refiere que en su hogar se dormía a las 9 y se levantaba a las 6 de la mañana, durante.

6. Patrón Cognitivo- Perceptivo.

Usuaría refiere que, si tiene dificultad para escuchar se le realiza prueba de reloj no lo escucha, roce de cabello no lo escucha, la técnica del cuchicheo los escucha a una distancia de 20 centímetros, el chasquido de los dedos a una distancia de 25 centímetros se observa con poca higiene. De igual manera se le dificulta ver correctamente, refiere que de su ojo derecho no mira bien, no utiliza lentes, no recuerda cuándo fue la última vez que fue a una revisión visual no se observa presencia de cataratas se realiza prueba con cartilla de Snellen se tapa ojo derecho y visualiza con ojo izquierdo hasta la 5 fila de letras, luego se procede a tapar ojo izquierdo y visualiza con ojo derecho y visualiza hasta la fila 3 de tetras, se realiza campimetría dando como resultado campo temporal O.I. 30 y O.D 10. campo superior O.I. 35 y O.D 10., campo inferior O.I. 30 y O.D 10., usuaria identifica las siluetas de los objetos hasta un metro de distancia, en ojo derecho se observa cornea con poca transparencia, a una distancia de 2 metros no logra identificar a personas ni objetos, en la cavidad oral se observa mala higiene, presenta halitosis, con pérdida de piezas dentales de primer y segundo premolar, incisivo central se observa quebrado no presenta alteraciones en el gusto, se realiza prueba de sabores la paciente identifica todos los sabores salados, ácido, amargo, dulce. en el olfato, se le pide a la paciente que identifique olores es capaz de identificar olores agradables y desagradables, al tacto no presenta dolor. Al preguntarle sobre si le es difícil centrar la memoria la usuaria refiere que sí que se le olvidan algunas cosas, refiere dolor como malestar físico a la movilización por la fractura de cadera y que solo disminuye cuando le cumple el medicamento para el dolor (tramadol 50 mg C/8 horas), usuaria refiere dolor aumentado se aplica escala verbal numérica en donde usuaria refiere un 8 en la intensidad

del dolor a nivel de su cadera, sí presenta facies de dolor, se encuentra consciente, y orientada en tiempo, lugar y persona.

7. Patrón Autopercepción.

Al consultarle sobre cómo se siente consigo misma la usuaria menciona que al momento se siente alegre, tranquila, y bien consigo misma, usuaria refiere sentirse bien con su imagen corporal, menciona que se siente un poco triste por su estado de salud actual, no se observan facies de tristeza, por su diagnóstico médico no puede levantarse ni sentarse refiere que eso le genera impotencia, que se han producido cambios en su cuerpo los cuales los ha afrontado con tristeza por no poder hacer nada al respecto, al momento no hay cosas que le hagan sentir miedo ni enojo, al preguntarle sobre si hay cosas que le hacen sentir con ansiedad refiere que sí se siente mal porque su hermano el cual tiene 65 años se encuentra solo en casa y ella es quien le hacía compañía y eso le genera periodos de desesperanza además de su enfermedad. Durante la entrevista la usuaria se muestra dispuesta a conversar y contestar las interrogantes que se le realizan, pero también se observan facies de tristeza

8. Patrón Rol-Relaciones.

La usuaria refiere no vivir sola, su grupo familiar está comprendido por su hijo y su hermano, menciona que es su hijo quien la visita dentro del hospital y es el quien se hará cargo de ella y la cuidara durante todo este proceso, su relación con su hijo y su hermano es muy buena, tiene buena relación con sus amigos y vecinos por lo cual no se siente sola, la familia no depende de ella económicamente, no posee dificultad para tratar con su familia, sus familiares se mantienen preocupados debido a su estado de salud, refiere que su condición no afecta en relación con su trabajo. usuaria también menciona asistir a la iglesia evangélica y que comunicarse con Dios le ayuda a sobrellevar muchas situaciones, se siente parte de la comunidad a la que pertenece, al preguntarle a su hijo sobre si recibirá apoyo de demás familiares para el cuidado de su madre refiere que por el momento no lo sabe que es algo de lo que tiene que hablar con su familia.

9. Patrón sexualidad-reproducción.

Su menarquía apareció a partir de los 13 años y la menopausia a partir de los 48 años, su periodo menstrual era regular, duraba alrededor de 4 días, el sangrado transvaginal era normal y no se acompañaba de dolor, tuvo en total 3 embarazos, no tubo abortos, al momento no tiene vida sexualmente activa, no utiliza métodos anticonceptivos, su citología la realiza hace varios años, menciona “me dijeron que estaba bien”, **su autoexamen de mamas no recuerda cuando fue la última vez que se lo realizo.**

10. Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés.

Al consultar si ha habido un cambio importante en su vida refiere que sí y que fue la fractura de su cadera, que, si le ha provocado crisis tanto emocionales como físicas, “me siento frustrada por mi condición de salud”, cuenta con apoyo familiar de su hijo a quien le cuenta sus problemas, refiere que en situaciones difíciles de su vida solo se resigna al momento de afrontarlas, se consulta a su hijo sobre si hay más personas que podrían cuidar de ella y refiere que no que es solo el a su cuidado

11. Patrón valores y creencias.

Profesa la religión cristiana evangélica, menciona que la religión es importante en su vida, que le ayuda cuando se encuentra con dificultades, refiere que cree en Dios, pero en la medicina también, al preguntarle sobre qué opina sobre la enfermedad y la muerte refiere que al final a todos les llega su día de muerte.

2.3.2.2. GUÍA DE EXAMEN FÍSICO EN PROSA.

Datos de identificación.

Se realiza evaluación física en usuaria M.J. E. VDA M de 72 años de edad, sexo femenino.

Apariencia general.

Paciente con constitución normal con una edad aparente de 72 años de edad mayor a la cronológica, de conformación normal, las características del lenguaje son fluido y con coherencia, en posición supina, con presentación personal se observa con buena higiene, pero **al momento de hablar el paciente se observa pérdida de piezas dentales**. Evidencia de enfermedad: **Usuaría con diagnóstico de fractura de cadera izquierda**.

Signos vitales.

Pulso 80 x1, temperatura 36.1°, respiración 16 x1, P.A 130/80 mmhg, con peso 65 kg, con talla 1.56 cm, con un IMC de 26,71 kg/m.

Cabeza.

A la inspección de la cabeza se observó una simetría normal, cabeza redonda de tamaño normal, distribución simétrica del cabello, no hay presencia de paracitos, cabello limpio, cabello grueso y brillante, no se observa seborrea ni presencia de cicatrices. A la palpación encontramos características de cabello grueso y sedoso con sensibilidad, no presencia de masas la implantación del pelo es normal no se encuentra depresiones o hundimientos.

Cara.

A la inspección su forma es redonda de volumen proporcional al cuerpo, simetría normal, **se observa facies de dolor**, piel integra, color trigueño, transpiración normal, no hay lesiones por acné, sin presencia de cicatrices, con bello facial fino, no se observa movimientos involuntarios, no edema. A la palpación temperatura normal, sensibilidad normal, no hay presencia de masas, se palpo pulso arterial temporal que fue de 68 x1, se evalúa VII par

craneal (nervio Facial), movimientos de la cara normales no expresa dolor y tumefacción en glándulas parótidas.

Ojos.

A la inspección buena implantación de las cejas, integras, simétricas con buena higiene. Párpados con buena integridad, simétricos y buena higiene. Con oclusión normal, con posición de los bordes normal con integridad, rima palpebral normal, saco lagrimeo normal, y con buena higiene. Pestañas con buena implantación, simétricas, con buena higiene, con rizo hacia fuera, reflejo superciliar normal, al realizar eversión de párpados no se observan anomalías, conjuntiva palpebral normal, íntegra, humedad normal, bulbar color normal, no se observa cuerpos extraños, no pterigión, con buena higiene. Esclerótica, íntegra, color blanco. Cornea íntegra y transparente con sensibilidad en ojo izquierdo, **en ojo derecho se observa cornea con poca transparencia**. Iris íntegra, color café, Pupilas redondas, simétricas, reflejo de acomodación normal, reacción a la luz directa y consensual a la luz sin anomalías, percepción a luz, identifica colores. **Pero ya a una distancia de 2 metros no logra identificar a personas ni objetos**. A la palpación no hay presencias de masa, dolor.

II par óptico prueba de agudeza visual, la paciente no utiliza lentes. Los campos visuales (campimetría) **campo temporal O.I. 30 y O.D 10. campo superior O.I. 35 y O.D 10., campo inferior O.I. 30 y O.D 10., usuaria identifica las siluetas de los objetos hasta un metro de distancia**, usuaria identifica colores rojos, azul, amarillo, verde, morado. III par óptico (se incluyen VI par abducens), con los seis movimientos oculares, encontrando simetría en los movimientos de ambos ojos. V par trigémino reflejo corneal normal presente.

Oídos.

Al inspeccionar el pabellón auricular, se observa con buena implantación, íntegro, simetría y tamaño normal, **se observa con poca higiene**. A la palpación consistencia normal, movilidad normal, sensibilidad y temperatura normales. Distancia en la que escucha la paciente es de 3 metros. Por otoscopia meato acústico externo, características de piel lisa, íntegra, con vellosidades, **con poca presencia de secreciones** no se observó membrana timpánica. VIII. Par auditivo rama coclear prueba de audición: tipo de prueba realizadas: **prueba de reloj no**

lo escucha, roce de cabello no lo escucha, susurro normal, chasquidos de dedos lo escucha a 20 centímetros

Nariz.

Al inspeccionar se observa de forma alargada, con tamaño proporcional a la cara, posición del tabique recto, simétrico, piel integra, permeabilidad en ambas fosas nasales, con sensibilidad, no presenta crepitaciones, sin presencia de masas. Fosas nasales vestíbulo nasal normal color rosado. Mucosa nasal color normal, con integridad. Tabique nasal simétrico, sin secreciones.

Senos paranasales.

Se palpó seno maxilar y seno frontal, tabique nasal a la transluminación normal, senos paranasales transluminaciones normales, sin edema. Al palpar no presenta dolor. I par olfatorio se le pide a la paciente que identifique olores capaces de identificar olores agradables y desagradables como loción y jarabe, no presenta dolor.

Orofaringe.

Al inspeccionar aspecto facial con mal higiene, presenta halitosis, tamaño maxilar normal, labios simétricos, tamaño proporcional a la cara, color rosado, humectados, con integridad, sensibilidad. Mucosa color normal, humectada, con pérdida de piezas dentales de primer y segundo premolar, en incisivo central se observa quebrado. Lengua simétrica, con tamaño normal, con integridad. Paladar color normal, integro. Paladar color normal, integro, con movimiento, úvula integra, con movilidad. Arcos palatoglosos y palatofaríngeos de color rosado, liso, amígdalas tamaño normal, color rosado, lisas. Pared posterior de la faringe color rosa intenso, lisa sin presencia de secreciones. V par craneal rama mandibular, aprieta los dientes de manera normal. XI par hipogloso se le pidió que sacar la lengua, posición centrada y movimientos normales. VII par facial (expresión facial) se le solicita que sonría, que levante las cejas, frunza el ceño, infle las mejillas y cierre los ojos fuertemente siendo normales los hallazgos, se realiza prueba de sabores la paciente identifica todos los sabores

salados, ácido, amargo, dulce. Se evalúa IX glossofaríngeo y X par vago capacidad de deglutir normal, reflejo nauseoso presente, úvula móvil y centrada, movimientos de la lengua normales.

Cuello.

Al inspeccionar se observa buena higiene, no lesiones, no cicatrices, piel íntegra, simétrico, desarrollo muscular normal, no masas, no pulsaciones, realiza movimientos de flexión, extensión, rotación e inclinación. Al palpar temperatura normal, sensibilidad, no masas, pulso carotídeo normal, glándulas tiroideas normales. Tráquea simétrica, no masas. XI par accesorio (espinal) con buena resistencia de cuellos y hombros.

Tórax.

Al inspeccionar se observa estado de nutricional normal, estado de la piel íntegra, contextura lisa, distribución de cabello escaso, no lesiones, no cicatrices, forma de tórax elíptica, escapulas simétricas, clavículas simétricas, hemitórax simétrico, hombros simétricos, respiración torácica, frecuencia 16 por minuto ritmo regular, profundidad normal. Columna vertebral cifosis no, lordosis no, escoliosis no. Al palpar no presencia de masas, temperatura normal pulsaciones no, textura de la piel normal, frenito vocal presente. Percusión se escucha un sonido resonante en ambos pulmones, auscultación se escucha el murmullo vesicular, se ausculta la tráquea obteniendo el ruido normal bronco vesicular. Punto de máximo de impulso localizado en borde inferior izquierdo frecuencia cardíaca 80 por minuto, ritmo regular, intensidad fuerte, foco aórtico, foco pulmonar, foco tricúspide ruidos cardíacos normales.

Mamas y axilas.

Al inspeccionar piel normal, color uniforme, tamaño desigual por unos milímetros, no hay presencia de retracciones, areolas redondas, con color uniforme, no presencia de glándulas sebáceas, forma del pezón plano. Al palpar pezones no invertidos, no hay presencia de secreciones, en axilas no hay presencia de ganglios linfáticos, no presencia de áreas dolorosas, no presencia de masas, forma o tipo de mama asimétrico. Técnica utiliza de parilla.

Abdomen.

Al inspeccionar color uniforme, no presenta lesiones, no cicatrices, abdomen blando y depresible, con movimientos simétricos, vejiga se palpa vacía, se evalúa pulsación aortica. Al auscultar peristaltismo presente 4 por minuto, ruido intestinal audible, no hay soplos arteriales presentes, pulsación aortica presente, ruidos peritoneales presentes. Percusión se encuentra sonido mate a nivel del hígado y al nivel del bazo, timpánico a nivel del estómago. Palpación superficial no dolor, no masas, hipocondrio derecho, epigastrio e hipocondrio izquierdo a la palpación no se observa dolor, no masas, flanco derecho, mesogastrio, flanco izquierdo, fosa ilíaca derecha, hipogastrio y fosa iliaca izquierda se palpan órganos simétricos, no presencia de masas ni dolor,

Genitales femeninos.

Al inspeccionar distribución de vello púbico simétrico, no hay presencia de lesiones, no hay presencia de paracitos, si hay presencia de flujo vaginal. Palpación ganglios linfáticos no, masas no, dolor. Recto y ano al inspeccionar piel integra, buena higiene, presencia de hemorragias no, prolapso no, presencia de lesiones no.

Musculo esquelético.

Al inspeccionar marcha no puede caminar, por fractura de cadera, posición estática cabeza normal, cello normal, hombros normal simétricos, clavícula normal simétricos, escapulas normal simétricos, columna normal, **miembro inferior izquierdo con rotación externa y acortamiento de 6 centímetros en comparación de miembro inferior derecho, cadera izquierda con fractura por caída, extremidades inferiores asimétricos.** Palpación superficial temperatura normal, color de piel trigueña, tono muscular normal, **con presencia de dolor a la palpación, leve edema a nivel de muslo izquierdo,** no equimosis, no cianosis a nivel distal. Mediciones longitudinales aparentes MSD 55cm MSI 55 cm MID 76 cm MII 70 cm mediciones reales MSD 65 cm MSI 65 **cm MID 81 cm MII 75 cm,** mediciones circunferenciales pliegue poplíteo D 42 cm I 42 CM, punta de olecranon D 23 cm I 23 cm. **En miembro inferior izquierdo Función movilidad reducida. No puede flexionar ni realizar extensión, no abducción, no aducción, no pronación, no supinación, no rotación, no hay**

amplitud de movimiento, refiere dolor a la palpación el momento de la evaluación debido a la fractura.

Vascular periférico.

No se observa cianosis en miembros inferiores, varices, micro varices, úlceras ni lesiones. Al palpar presenta dolor en extremidad inferior izquierda a nivel del muslo, se observa leve edema a nivel del muslo izquierdo por fractura de cadera, pulso periférico presente llenado capilar en las uñas en menos de 3 segundos, pulsos palpables según escala 1+, diaforesis no, varices no, signos de tromboflebitis no, micro varices no. insuficiencia arterial crónica severa por enfermedad ateromatosa con disminución crítica de flujo de arteria pedía. Auscultación no hay soplos.

Neurológico.

Paciente alerta, orientada en tiempo, persona y lugar, con un juicio conservador, se realizaron pruebas de memoria preguntándole las cosas que realizó en el día anterior, Pruebas de lenguaje: usuaria repita palabras sin ninguna dificultad. sensibilidad al tacto fino y al dolor, sensibilidad a la temperatura, sensibilidad a la posición, identifica a ambos la dos, reconoce objetos. Prueba de equilibrio y coordinación paciente que no camina en línea recta mantiene el reposo absoluto por fractura, prueba de romberg no lo puede realizar, marcha talón punta no realizada por afección dedo nariz normal, movimientos de supinación-pronación no pudo realizar en rodillas debido a la afección, dedo nariz y a dedo enfermera lo realizo, dedo a dedo lo realizo, Reflejos profundos u osteotendinosos. Superciliar, masetero, bicipital, tricipital normal, rotuliano disminuido MII, aquiliano no se puede realizar MII, patelar no se puede realizar en MII por afección, braquiorradial normal.

Reflejos superficiales o cutaneomucosos corneal, cutáneo abdominal, cremastérico y plantar normales. Valoración de pares craneales I olfatorio presente, II óptico presente, III oculomotor presente, IV troclear patético presente, V trigémino presente, VI óculo motor externo presente, VII facial presente, VIII auditivo presente, IX glossofaríngeo, X vago, XI espinal presente y XII hipogloso presente.

2.3.3. Organización de datos.

2.3.3.1. Identificación de datos significativos por patrones disfuncionales.

| NOMBRE DEL PATRÓN. | DATOS SUBJETIVOS. | DATOS OBJETIVOS. | OTRAS FUENTES. | DATOS DEL RESUMEN CLINICO |
|---|--|---|---|--|
| <p>1. Patrón de percepción/manejo de la salud.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • S1: “Considero mi salud como regular”. • S2: “Soy hipertensa desde los 20 años”. • S3: “Padezco de diabetes”. • S4: Desde los 17 años a los 60 fume cigarrillo 5 diarios y tomaba alcohol un fin de semana si y al otro no, pero lo deje porque comencé a padecer de insuficiencia renal. | <ul style="list-style-type: none"> • O1: Fractura de cadera izquierda • O2: Rotación externa más acortamiento de MII. • O3: 72 Años de edad • O4: Diabetes mellitus • O5: Hipertensión arterial 130//90 mmHg. • O6: Insuficiencia renal grado 4 | <ul style="list-style-type: none"> • OF1: Glucosa real (142.mg/dl). • OF2: Rayos X de cadera izquierda (lectura: a la evaluación radiológica, se observa una radiografía en la cual se observa una fractura intertrocantérea de fémur izquierdo.) | <p>EDAD: 72 AÑOS. SEXO: femenina. ESCOLARIDAD: no asistió a la escuela. OCUPACION: ama de casa. DIAGNOSTICO MEDICO: P1. Fractura de cadera izquierda. P2. IRC grado 4 control en HNR. P3. Diabetes Mellitus desde 2004. P4. HTA. DIAS DE HOSPITALIZACION: 8 días. REGISTROL DE ENFERMERIA: Catéter venoso periférico # 20 en miembro superior derecho. Pendiente colocación de tracción cutánea, por fractura.</p> |

| NOMBRE DEL PATRON | DATOS SUBJETIVOS | DATOS OBJETIVOS | OTRAS FUENTES | DATOS DEL RESUMEN CLINICO DE ENFERMERIA |
|---|--|---|---------------|---|
| <p>2. Patrón nutricional/metabólico.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • S1: Apetito disminuido | <ul style="list-style-type: none"> • O1: Ingiere dieta en un 50%. • O2: Dieta para diabético 1800 kcal se apoya a usuaria en su alimentación y se explica en que consiste su dieta y la importancia para su salud debido a las diferentes patologías. • O3: IMC de 26.71 lo que indica sobrepeso. • O4: Perdida de piezas dentarias. • O5: Se observa sarro dental | | <p>PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICOS Y EXAMENES REALIZADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rayos X de cadera izquierda (lectura: a la evaluación radiológica, se observa una fractura intertrocantérea de fémur izquierdo. - Doppler arterial de miembro inferior izquierdo: Se identifica la presencia de placas calcificadas de ateroma desde la arteria femoral común las cuales aumentan progresivamente hasta las arterias de la pierna. Se observa alteración del flujo espectral con ondas bifásicas desde arteria poplítea y marcada disminución de la velocidad de flujo desde arteria femoral común siendo más evidente a nivel de la arteria pedía. |

| NOMBRE DEL PATRON | DATOS SUBJETIVOS | DATOS OBJETIVOS | OTRAS FUENTES | DATOS DEL RESUMEN CLINICO DE ENFERMERIA |
|-------------------|------------------|-----------------|---------------|--|
| | | | | <p>- Tomografía computarizada y resonancia magnética radiología e imágenes, región de estudio: Angio TAC aorto-iliaco impresión diagnóstica: Fx Cadera izquierda, Insuficiencia arterial bilateral. A la evaluación radiológica, se observa una fractura intertrocanterea de fémur izquierdo.</p> <p>Tratamiento farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tramadol E.V 50 mg c/8 hrs por dolor fuerte. - Acetaminofén V.O 500 mg C/6 hrs. - Enoxaparina E.V 20 mg C/12 hrs. - Calcio V.O c/día. <p>Tratamiento quirúrgico: medicina interna no da pase para la realización de la intervención quirúrgica</p> |

| NOMBRE DEL PATRON | DATOS SUBJETIVOS | DATOS OBJETIVOS | OTRAS FUENTES | DATOS DEL RESUMEN CLINICO DE ENFERMERIA |
|--|--|--|---------------|---|
| <p>4. Patrón de actividad/ejercicio</p> | <ul style="list-style-type: none"> • S1: Usuaría refiere “no tengo fuerza ni la energía suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria debido a mi condición”. • S2: No puedo realizar ejercicio por la fractura”. • S3: Usuaría refiere dolor aumentado al realizar movimiento y la palpación. | <ul style="list-style-type: none"> • O1: En miembro inferior izquierdo la función de movilidad reducida. • O2: No puede flexionar ni realizar extensión, no abducción, no aducción, no pronación, no supinación, no rotación, no hay amplitud de movimiento. • O3: Necesita ayuda para el baño, acicalamiento, vestidos, movilidad en la cama, movilidad general. • O4: No hay estabilidad en la marcha. • O5: Alteración en el equilibrio. • O6: Uso de carro camilla a la movilización | | |

| NOMBRE DEL PATRON | DATOS SUBJETIVOS | DATOS OBJETIVOS | OTRAS FUENTES | DATOS DEL RESUMEN CLINICO DE ENFERMERIA |
|--------------------------------------|---|---|---------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • O7: Se realiza medición de miembros inferiores en el cual MID 81 cm MII 75 cm observando que hay un acortamiento del miembro afectado • O8: Medicamento para el dolor (tramadol E.V 50 mg cada 8 hrs por dolor fuerte) | | |
| <p>5. Patrón sueño-reposo</p> | <ul style="list-style-type: none"> • S1: “Solo duermo 7 horas en la noche”. • S2: “No concilio bien el sueño”. • S3: En la noche hacen ruido los demás, la luz y el dolor no me dejan dormir | <ul style="list-style-type: none"> • O1: Se observan ojeras. | | |

| NOMBRE DEL PATRON | DATOS SUBJETIVOS | DATOS OBJETIVOS | OTRAS FUENTES | DATOS DEL RESUMEN CLINICO DE ENFERMERIA |
|--|--|---|---------------|---|
| <p>6. Patrón Cognitivo-Perceptivo</p> | <ul style="list-style-type: none"> • S1: Usuaría refiere “ya no veo casi de mi ojo derecho. • S2: Usuaría refiere que se le olvidan algunas cosas. • S3: “Siento mucho dolor en la cadera donde me fracturé cuando me mueven” • S4: Usuaría refiere tener dificultad para escuchar | <ul style="list-style-type: none"> • O1: Se realiza campimetría dando como resultado campo temporal O.I. 30 y O.D 10. campo superior O.I. 35 y O.D 10, campo inferior O.I. 30 y O.D 10., usuaria identifica las siluetas de los objetos hasta un metro de distancia. • O2: Oídos observan con poca higiene. • O3: Prueba de reloj no lo escucha, rose de cabello tampoco lo escucha. • O4: Se observan facies de dolor. • O5: Intensidad de dolor 8 (escala numérica). • O6: El dolor disminuye al cumplir tramadol 50 mg cada 8 horas. | | |

| NOMBRE DEL PATRON | DATOS SUBJETIVOS | DATOS OBJETIVOS | OTRAS FUENTES | DATOS DEL RESUMEN CLINICO DE ENFERMERIA |
|--|--|--|---------------|---|
| <p>7. Patrón autopercepción</p> | <ul style="list-style-type: none"> • S1: “Me siento triste porque no puedo hacer yo sola las cosas y porque he dejado solo a mi hermano en la casa”. • S2: Por su diagnóstico médico no puede levantarse ni sentarse refiere que eso le genera impotencia, que se han producido cambios en su cuerpo los cuales los ha afrontado con tristeza por no poder hacer nada al respecto. | <ul style="list-style-type: none"> • O1: Se observan facies de tristeza | | |

| NOMBRE DEL PATRON | DATOS SUBJETIVOS | DATOS OBJETIVOS | OTRAS FUENTES | DATOS DEL RESUMEN CLINICO DE ENFERMERIA |
|---|--|-----------------|---|---|
| 9. Sexualidad reproducción | <ul style="list-style-type: none"> S1: Su autoexamen de mamas refiere no saber cuándo fue la última vez que lo realizo. | | | |
| 10. Patrón de afrontamiento tolerancia al estrés | <ul style="list-style-type: none"> S1: Al consultar si ha habido un cambio importante en su vida refiere que sí y que fue la fractura de su cadera, que le han provocado tanto crisis emocionales como físicas. S2: me siento frustrada por mi condición de salud. | | <ul style="list-style-type: none"> OF1: Se consulta a su hijo sobre si hay más personas que podrían cuidar de ella y refiere que no que es solo el a su cuidado. | |

2.3.4. Organización, análisis e interpretación de datos.

Nombre de la paciente: María Juana Escamilla Vda. De Membreño **diagnóstico médico:** fractura de cadera izquierda más IRC grado cuatro controles en HNR más diabetes mellitus más hipertensión arterial

SEXO: Femenino EDAD: 72 años SERVICIO: Ortopedia FECHA: 24 de abril de 2024.

| DATOS SIGNIFICATIVOS, OBJETIVOS Y SUBJETIVOS. | ANALISIS E INTERPRETACION. |
|--|---|
| <p>Patrón número 1.</p> <p>Patrón de percepción/manejo de la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - S1: “considero mi salud como regular” - S2: “soy hipertensa desde los 20 años” - S3: “padezco de diabetes”. - S4: Desde los 17 años a los 60 fume cigarrillo 5 diarios y tomaba alcohol un fin de semana si y al otro no, pero lo deje porque comencé a padecer de insuficiencia renal” - O1: Fractura de cadera izquierda - O2: Rotación externa más acortamiento de MII (Miembro inferior izquierdo). | <p>Según la OMS la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (S1). según lo antes mencionado es importante tener presente que los pacientes durante su ingreso hospitalario pueden no solo presentar un malestar físico, como personal de enfermería es importante evaluar no solo el estado físico, así como también su estado emocional situaciones como la hospitalización pueden generar periodos de desesperanza, depresión y tristeza. (P7, S1, S2, O1) (11).</p> <p>La hipertensión arterial es una enfermedad crónica en la que la presión en las arterias se encuentra elevada de forma sostenida (S2, O5), lo que puede llevar a dañar los órganos vitales como el corazón, el cerebro, los riñones y los vasos sanguíneos. En los adultos mayores (O3) la hipertensión arterial se vuelve más común debido al envejecimiento de los vasos sanguíneos y a otros factores como el sedentarismo, la mala alimentación y el estrés, lo que puede aumentar el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares, la paciente refiere que es una afección que sufre a partir los 20 años y que le ha ocasionado otras enfermedades como lo es la diabetes mellitus la cual es una enfermedad crónica en la que los niveles de glucosa en la sangre se encuentran elevados debido a la resistencia a la insulina (O4, OF1). Ahora bien, continuando con otra de las afecciones que presenta la usuaria la</p> |

| DATOS SIGNIFICATIVOS, OBJETIVOS Y SUBJETIVOS. | ANALISIS E INTERPRETACION. |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - O3: 72 años de edad. - O4: Diabetes mellitus. - O5: Hipertensión arterial 130/80 mmHg - O6: Insuficiencia renal grado 4. - OF1: Glucosa real (142.mg/dl). - OF2: Rayos X de cadera izquierda | <p>cual es insuficiencia renal (O6), La enfermedad renal crónica del riñón, también llamada insuficiencia renal crónica, describe la pérdida gradual de la función renal una de las funciones de los riñones es eliminar las sustancias tóxicas de nuestro cuerpo y un consumo excesivo de alcohol hace que se produzca una sobrecarga tóxica en nuestros riñones, afectando a la capacidad de filtración del sistema renal. Al beber mucho alcohol, el riñón deja de identificar los líquidos necesarios y filtra la mayoría de ellos a la vejiga, donde son transformados en orina para su posterior expulsión, esto acentúa el estado y el efecto de la deshidratación, que resulta todavía mayor por el efecto diurético del alcohol, el riñón se ve en la obligación de trabajar más de lo normal, así como de tomar otros líquidos del cuerpo para su hidratación. Un consumo excesivo de alcohol puede causar daños a corto plazo, provocando una lesión renal aguda, también a lo largo del tiempo puede derivar en enfermedades graves como las siguientes: presión arterial alta, enfermedad cardiaca, accidentes cerebrovasculares, enfermedad del hígado y problemas digestivos. Además, el fumar daña casi cada órgano del cuerpo y sistema de órganos del cuerpo y disminuye la salud general de la persona. Fumar causa diferentes tipos de cánceres por ejemplo de pulmón, de esófago, riñón, vejiga, hígado, páncreas, estómago, cérvix o cuello uterino, colon y recto (S4) unido a todas las patologías anteriores tenemos que la usuaria hace poco tiempo sufrió una fractura de cadera (O1), la cual se define como una lesión común en personas mayores y puede ocurrir como resultado de una caída, un traumatismo o debilitamiento óseo. Esta fractura implica una rotura en el hueso de la cadera, generalmente en el fémur o en el hueso de la pelvis. Las fracturas se producen por acción de traumas externos o por violentas contracciones musculares; tres causas: a) Directa: La fractura se produce en el punto de contacto del agente traumático, suele ser transversal, b) Indirecta: Las más frecuentes; la fractura</p> |

| DATOS SIGNIFICATIVOS, OBJETIVOS Y SUBJETIVOS. | ANALISIS E INTERPRETACION. |
|--|---|
| | <p>se produce en un punto distante de donde se aplica la fuerza vulnerante; pueden ser por: torsión, compresión, arrancamiento, etc. c) Muscular: Por acción de una contracción muscular enérgica, en individuos musculosos o en tratamientos convulsivantes (12).</p> <p>Para el diagnóstico de fractura de cadera es importante realizar un examen radiográfico el cual es un examen auxiliar de gran ayuda diagnóstica (OF2) al solicitar una radiografía se debe mencionar la región, no el hueso (muslo, no fémur). Especificar el lado cuando sea necesario y las incidencias (frente y perfil las más frecuentes, además a veces: oblicuas, axiales, funcionales o en stress). La placa radiográfica debe incluir las articulaciones extremas a la fractura (para descartar rotación o decalaje); algunas veces, clínicamente se sospecha fractura (escafoides carpiano) ante una radiografía "negativa" inicial; es necesario repetir la radiografía a las dos semanas, pues la descalcificación de los bordes fracturados agranda la imagen de la posible lesión. Entre algunas de las radiografías tenemos: Rx pelvis AP: La proyección básica para el estudio del traumatismo pélvico es la anteroposterior, que permite identificar las 6 marcas radiográficas principales: la línea iliopectínea, la línea ilioisquiática, el techo, las paredes anterior y posterior del acetábulo y la "U" radiográfica o gota de lágrima.</p> |

| DATOS SIGNIFICATIVOS, OBJETIVOS Y SUBJETIVOS. | ANALISIS E INTERPRETACION. |
|--|--|
| <p>Patrón 2:</p> <p><u>Nutricional/metabólico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - S1: Apetito disminuido. - O1: Ingiere dieta en un 50%. - O2: Dieta para diabético 1800 kcal se apoya a usuaria en su alimentación y se explica en que consiste su dieta y la importancia para su salud debido a las diferentes patologías. - O3: IMC de 26.71 lo que indica sobrepeso. - O4: Perdida de piezas dentarias. - O5: Se observa sarro dental | <p>La pérdida de apetito o la disminución del deseo de comer es un síntoma común de muchas afecciones médicas y psicológicas, casi cualquier enfermedad puede provocar una disminución del apetito (S1, O1). Una disminución extrema del apetito puede provocar la pérdida de peso y la desnutrición, que no es deseada, junto con la disminución del apetito, una persona también puede experimentar fatiga y pérdida de peso si no come suficientes alimentos para sustentar su cuerpo.</p> <p>La dieta de un diabético es crucial para mantener niveles de glucosa en sangre estables y prevenir complicaciones a largo plazo. Una dieta adecuada puede ayudar a controlar la diabetes y reducir el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, daño renal, problemas de visión y otras complicaciones asociadas con la diabetes. Una dieta balanceada para personas con diabetes debe incluir una variedad de alimentos saludables, como frutas, verduras, granos enteros, proteínas magras y grasas saludables. Es importante controlar la cantidad de carbohidratos consumidos, ya que estos pueden afectar los niveles de glucosa en sangre (O2). (13)</p> <p>Se entiende por sobrepeso a un aumento continuo del peso corporal por encima de ciertos patrones considerados saludables calculados a partir de la fórmula de índice de masa corporal (IMC), como es el caso de la usuaria quien presenta un leve aumento de peso según los valores de IMC encontrados (O3).</p> <p>La pérdida de piezas dentales puede ser causada por varios factores que afectan la salud bucal (O4), algunas de las principales son: caries dental: Es muy común que se genere cuando las bacterias presentes en la boca producen ácidos que dañan el esmalte dental, enfermedad</p> |

| DATOS SIGNIFICATIVOS, OBJETIVOS Y SUBJETIVOS. | ANALISIS E INTERPRETACION. |
|--|---|
| | <p>periodontal: La enfermedad periodontal, también conocida como enfermedad de las encías, es una afección inflamatoria que afecta los tejidos que rodean y soportan los dientes. En etapas avanzadas puede dañar los tejidos de soporte y provocar la pérdida de los dientes, malos hábitos: como el bruxismo y el tabaquismo desencadenan la pérdida de piezas dentales. El bruxismo ejerce una presión excesiva sobre los dientes, lo que puede debilitarlos con el tiempo. Otra de las afecciones que presenta la usuaria es el sarro el cual se define como una placa bacteriana calcificada que con el tiempo si no se elimina se endurece y cierra espacios entre dientes, incluso se forma por debajo de la encía, provocando enfermedad periodontal (inflamación, sangrado de encía e incluso movilidad de los dientes) (O5). Si no se elimina a tiempo se depositan sales de calcio y fósforo (sales que provienen de la saliva) que nos van a provocar una mineralización de esta placa bacteriana (13).</p> |
| <p>Patrón 4: <u>Actividad de ejercicio</u> - S1: Usuaria refiere “no tengo fuerza ni la energía suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria debido a mi condición”. - S2: No puedo realizar ejercicio por la fractura” - S3: Usuaria refiere dolor aumentado al realizar movimiento y la palpación.</p> | <p>La inmovilidad se puede definir como el descenso de la capacidad que tiene el individuo para realizar movimientos, que conlleva un deterioro de su relación con el entorno y origina dependencia para desempeñar las actividades de la vida diaria (S1, S2, O1) la inmovilidad es causa de dependencia en personas adulto mayores, definida como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria (14).</p> |

| DATOS SIGNIFICATIVOS, OBJETIVOS Y SUBJETIVOS. | ANALISIS E INTERPRETACION. |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - O1: En miembro inferior izquierdo función movilidad reducida. - O2: No puede flexionar ni realizar extensión, no abducción, no aducción, no pronación, no supinación, no rotación, no hay amplitud de movimiento. - O3: Necesita ayuda para el baño, acicalamiento, vestidos, movilidad en la cama, movilidad general. - O4: No hay estabilidad en la marcha. - O5: Alteración en el equilibrio. - O6: Uso de carro camilla a la movilización - O7: Se realiza medición de miembros inferiores en el cual MID (miembro superior derecho) 80 cm MII (miembro inferior izquierdo) 75 cm observando que hay un acortamiento del miembro afectado - O8: Medicamento para el dolor (tramadol E.V 50 mg cada 8 hrs por dolor fuerte) | <p>El dolor es una percepción sensorial y emocional desagradable que suele ser una señal de que algo no está funcionando correctamente en el cuerpo. Es un mecanismo de defensa que alerta al organismo de una lesión o una enfermedad, y puede ser agudo (a corto plazo) o crónico (persistente a lo largo del tiempo) (S3, P5 S3). El dolor puede clasificarse como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dolor agudo: suele ser de corta duración y aparece de manera repentina, a menudo como resultado de una lesión o enfermedad. generalmente, disminuye a medida que la causa subyacente se trata, - dolor Crónico: dura más de tres meses y puede persistir incluso después de que la causa original ha sido tratada y puede afectar significativamente la calidad de vida de una persona. Algunas complicaciones que puede ocasionar el dolor son: disminución de la motilidad, por lo que aumenta el riesgo de trombosis; disminución de la ventilación, lo que favorece la acumulación de secreciones y el riesgo de atelectasias, más aún en pacientes con patologías respiratorias asociadas, disminución de la inmunidad, lo que aumenta el riesgo de infecciones en los pacientes postoperatorios inmediatos, así mismo causa alteraciones cardiovasculares como taquicardia, hipertensión, aumento del consumo de oxígeno, y por ende mayor riesgo de isquemia coronaria. El dolor también puede dificultar la realización de actividades diarias como levantarse de la cama, caminar, vestirse o bañarse, dependencia funcional: debido al dolor y a la limitación en la movilidad, el paciente puede volverse dependiente de otras personas para realizar tareas básicas como alimentarse, ir al baño o moverse de un lugar a otro como es el caso de la usuaria ya que necesita ayuda para realizar sus actividades diarias, así como el uso de dispositivos para moverse (O3, O6). |

| DATOS SIGNIFICATIVOS, OBJETIVOS Y SUBJETIVOS. | ANALISIS E INTERPRETACION. |
|--|--|
| | <p>Debido a su condición por la fractura de cadera no la usuaria no puede realizar ciertos movimientos, no existe estabilidad en la marcha y hay alteración en el equilibrio (O2, O4, O5, O7), lo que se puede diagnosticar mediante una proyección isquiática u Obturatriz (oblicua interna): Se obtiene colocando al paciente en rotación interna de 45° mediante la elevación de la cadera afectada. Su articulación queda centrada próxima al rayo. Esta es la proyección ideal para valorar fracturas de la pared posterior, luxación de la cabeza femoral y fracturas de la columna anterior. El ala del ilíaco se proyecta en un plano perpendicular a la cara interna del mismo, por lo tanto, cuando existe una fractura de ambas columnas, se observa el desplazamiento óseo por encima del techo acetabular, que forma el “signo de la espuela”. En esta proyección también se reconoce muy bien el “signo de la gaviota”, que se produce por el desplazamiento externo del fragmento óseo en las fracturas de la pared posterior del acetábulo.</p> <p>Con respecto a la medicación para el alivio del dolor los analgésicos como el tramadol es un medicamento utilizado para aliviar el dolor moderado a severo (O8). Es un opioide que actúa sobre el sistema nervioso central, modificando la manera en que el cerebro percibe el dolor.</p> <p>Mecanismo de acción: El tramadol se une a los receptores opioides en el cerebro y también inhibe la recaptación de neurotransmisores como la serotonina y la norepinefrina, lo que puede modificar las señales de dolor que se envían al sistema nervioso. Algunos de sus efectos secundarios son: náuseas, mareos, somnolencia y estreñimiento. Además, es importante recalcar que su uso puede no ser adecuado para todas las personas, especialmente aquellas con antecedentes de problemas de adicción o ciertas condiciones médicas (15).</p> |

| DATOS SIGNIFICATIVOS, OBJETIVOS Y SUBJETIVOS. | ANALISIS E INTERPRETACION. |
|---|--|
| <p>Patrón 5: <u>Sueño-reposo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - S1: “Solo duermo 7 horas en la noche”. - S2: “No concilio bien el sueño”. - S3: “En la noche hacen ruido los demás, la luz, y el dolor no me deja dormir” - O1: Se observan ojeras. | <p>Un ambiente hospitalario puede no ser propicio para el sueño y el descanso por varias razones entre ellas tenemos el ruido (S3) debido a que los hospitales suelen ser lugares ruidosos, con alarmas, timbres y personal médico moviéndose constantemente. Este ruido puede dificultar conciliar el sueño o despertar a la persona durante la noche, la iluminación ya que suele ser muy intensa, con luces brillantes que pueden dificultar el descanso. Interrupciones constantes, en un entorno hospitalario, es probable que el personal médico tenga que realizar controles periódicos, administrar medicamentos o hacer pruebas durante la noche, lo que interrumpe el sueño y dificulta el descanso, el estrés y la ansiedad también son factores que dentro de un hospital puede dificultar conciliar el sueño (S2). Además, si la persona está enferma o en tratamiento, es posible que sienta molestias físicas que también afecten su descanso.</p> <p>Una razón común para la aparición de círculos negros debajo de los ojos es la falta de sueño o el descanso de mala calidad. (S1, O1). La falta de sueño puede hacer que los vasos sanguíneos se dilaten o se contraigan, provocando un flujo sanguíneo desigual. Esto puede hacer que los vasos sanguíneos debajo de los ojos se vuelvan más prominentes y parezcan azulados. Si no se duerme lo suficiente, también se produce una mayor producción de cortisol, la hormona del estrés, que también puede provocar la dilatación de los vasos sanguíneos, reforzando así este efecto (16).</p> |

| DATOS SIGNIFICATIVOS, OBJETIVOS Y SUBJETIVOS. | ANALISIS E INTERPRETACION. |
|---|--|
| <p>Patrón 6: <u>Cognitivo- perceptivo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - S1: Usuaría refiere “ya no veo casi de mi ojo derecho”. - S2: Usuaría refiere que se le olvidan algunas cosas. - S3: “Siento mucho dolor en la cadera donde me fracturé cuando me mueven” - S4: Usuaría refiere tener dificultad para escuchar - O1: Se realiza campimetría dando como resultado campo temporal O.I. 30 y O.D 10. campo superior O.I. 35 y O.D 10, campo inferior O.I. 30 y O.D 10., usuaria identifica las siluetas de los objetos hasta un metro de distancia. - O2: Oídos observan con poca higiene. - O3: Prueba de reloj no lo escucha, rose de cabello tampoco lo escucha. | <p>La pérdida de la visión, según un estudio publicado por la revista Scielo las causas más comunes de la pérdida de la visión en los ancianos son la degeneración macular asociada a la edad (P 1, O3), la catarata, el glaucoma y la retinopatía diabética, siendo la catarata la primera causa de pérdida de visión en las personas mayores de 60 años y, en la mayoría de las ocasiones, susceptible de ser tratada con éxito (17).</p> <p>Durante la recolección de los datos a la usuaria se le realizó un examen de campo visual esto se basa en una revisión básica y rápida del campo visual. El proveedor de atención médica se sienta directamente frente al paciente, donde se cubrirá un ojo y mirará fijamente hacia adelante con el otro. Se le pedirá que diga cuándo puede ver la mano del examinador. Normalmente, el campo visual alcanza unos 91, 5° en sentido temporal, hasta 75° hacia abajo, 55° hacia arriba y 64° grados en sentido nasal (17). No obstante, el campo visual depende de la iluminación, el contraste y el color, y puede diferir de una persona a otra. Según un lo obtenido en la realización del examen (S1, O1), la paciente presenta dificultades en la visión.</p> <p>Ahora bien, la usuaria refiere que se le olvidan ciertas cosas que realiza durante el día o alguna indicación que le brinda el médico, según la publicación de National Institute of Mental Health algunos adultos mayores pueden preocuparse de su memoria y otras habilidades del razonamiento y capacidad de pensar (18); entre algunos ejemplos que podemos mencionar, tardar más en aprender algo nuevo. Pero estos cambios son generalmente olvidos leves (o cambios de memoria asociados con la edad) (S2) y, a menudo, son normales a medida que envejecemos. Según el Instituto Nacional sobre la Sordera y Otros Trastornos de la</p> |

| DATOS SIGNIFICATIVOS, OBJETIVOS Y SUBJETIVOS. | ANALISIS E INTERPRETACION. |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - O4: Se observan facies de dolor. - O5: Intensidad de dolor 8 (escala numérica). - O6: el dolor disminuye al cumplir tramadol 50 mg cada 8 horas. | <p>Comunicación, realizo un estudio sobre la pérdida de la audición: Un problema común en los adultos mayores donde se describe; que la pérdida de la audición (problemas para oír o escuchar) es un problema de salud causado por ruidos fuertes, envejecimiento (P 1, O3) y otros problemas de salud, y variaciones en los genes. Alrededor de una de cada tres personas mayores tienen problemas para oír (19). Las probabilidades aumentan con la edad. Las personas con pérdida de la audición tienen dificultades para tener conversaciones con amigos y familiares. También pueden tener problemas para entender lo que les dice el médico. La pérdida de la audición esta puede ser leve, en donde la persona no oye algunos sonidos agudos (O3), según la investigación menciona algunas de las causas de la pérdida de audición en adultos mayores pueden ser la diabetes y la presión arterial alta (P1, S2, S3), igualmente es importante tener muy en cuenta que por la falta de una higiene adecuada (O2) se puede acumular una cantidad importante de cerumen, lo que puede obstruir el conducto auditivo y esto provocando una dificultad para escuchar claramente. Lo anteriormente mencionado es uno de los problemas que más acuden a las personas de la tercera edad. También se puede detectar que la paciente presenta dolor (el cual se define en el patrón 4, S3). Para poder identificar el nivel del dolor en la usuaria se utiliza la escala numérica; según la publicación de Ignite Healthwise, cada persona experimenta el dolor de manera diferente (20). Una escala del dolor es una manera en la que se puede medir el dolor para que el equipo de salud, puedan ayudar a decidir la mejor manera de tratarlo. La escala del dolor ayuda al médico a ver lo bien que está funcionando el plan de tratamiento para reducir el dolor. La mayoría de las escalas del dolor utilizan números del 0 al 10. Una puntuación de 0 significa que no hay dolor, mientras que 10 indica el peor dolor que usted haya tenido nunca (O5, S3). (20)</p> |

| DATOS SIGNIFICATIVOS, OBJETIVOS Y SUBJETIVOS. | ANALISIS E INTERPRETACION. |
|--|---|
| | <p>Ahora bien, al evaluar el dolor de la usuaria ya que refiere un 8 según escala dolor muy intenso. Le resulta difícil hacer cualquier cosa (P4. S1, S2, O1, O2, O3, O4). Además de utilizar la escala se puede observar en la usuaria facies dolorosa (O4), que se pueden determinar cómo rasgos desencajados, mirada vaga por hipotonía en caso de dolor profundo o contractura muscular facial, sudoración, ceño fruncido, expresión de angustia y midriasis (20). Se le administra tramadol que es un medicamento que pertenece a la familia de analgésicos opioides, que se prescribe principalmente para tratar dolores severos, como dolor de espalda o postoperatorio o dolor moderado (P6, O4, O5) a intenso (21). La paciente al presentar una fractura de cadera(P4) y al realizar cualquier movimiento o a la palpación refiere mucho dolor, por tal motivo el médico deja indicado administrar tramadol 50 mg cada 8 horas (P6, O6).</p> |
| <p>Patrón 7: <u>Autopercepción</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - S1: Me siento triste porque no puedo hacer yo sola las cosas y porque he dejado solo a mi hermano en la casa - S2: Por su diagnóstico médico no puede levantarse ni sentarse refiere que eso le genera impotencia, que se han producido cambios en su cuerpo los cuales los ha afrontado con | <p>Según A. Gómez, el ser humano pasa por las diferentes etapas de su vida de forma más o menos afortunada según los casos; sin embargo, al llegar a la vejez aparecen toda una serie de aprensiones y miedos (22), motivados por la progresiva e inexorable pérdida de facultades, tanto físicas (P 1, O1) como psíquicas (S1), que hacen que esta etapa de la vida sea la más temida por la mayoría de los individuos.</p> <p>La desesperanza puede tener un impacto significativo en la vida de las personas. Puede afectar su estado de ánimo (S2, O1), su capacidad para funcionar en su vida diaria, su salud física y mental, y su calidad de vida en general. Las personas que experimentan desesperación suelen sentirse abrumadas, tristes (O1) y sin esperanza (22). Pueden perder interés en las actividades que solían disfrutar, tener dificultades para concentrarse, experimentar cambios en el apetito y el sueño, y tener pensamientos negativos recurrentes. La desesperanza también puede afectar las</p> |

| DATOS SIGNIFICATIVOS, OBJETIVOS Y SUBJETIVOS. | ANALISIS E INTERPRETACION. |
|--|---|
| <p>tristeza por no poder hacer nada al respecto.</p> <p>- O1: Se observan facies de tristeza</p> | <p>relaciones personales, ya que la persona puede aislarse o tener dificultades para conectarse emocionalmente con los demás. Además, puede generar un ciclo negativo en el que la desesperación lleva a la inacción (S1, S2), lo que a su vez refuerza la sensación de desesperanza.</p> |
| <p>Patrón 9: <u>Sexualidad-reproducción</u></p> <p>- S1: Su autoexamen de mamas refiere no saber cuándo fue la última vez que lo realizo</p> | <p>Según Ponce, el autoexamen de mama es un método fundamental de diagnóstico precoz del cáncer mamario, por lo que constituye un instrumento de prevención de vital importancia (23). A pesar de su importancia, sé demuestra su pobre utilización a nivel mundial, situación de la cual nuestro país no está exento. Las mujeres de hasta 75 años deberían hacerse una mamografía cada 1 a 2 años, dependiendo de sus factores de riesgo, para revisar si hay cáncer de mama. En las mujeres de 30 años en adelante, el examen de Papanicolaou también debe hacerse cada 3 años, aunque a veces se recomienda hacerlo cada 5 años (S1).</p> |
| <p>Patrón 10: <u>Afrontamiento tolerancia al estrés</u></p> <p>- S1: Al consultar si ha habido un cambio importante en su vida refiere que sí y que fue la fractura de su cadera, que le han provocado tanto crisis emocionales como físicas.</p> <p>- S2: me siento frustrada por mi condición de salud.</p> <p>- OF1: Se consulta a su hijo sobre si hay más personas que podrían cuidar de ella y refiere que no que es solo el a su cuidado.</p> | <p>Según un estudio publicado por la revista Scielo las fracturas de fémur o cadera pueden causar problemas físicos (P1, O1), emocionales (P 7, S1, S2), familiar y social (24). Una fractura de cadera puede reducir la independencia (P 4, O2). Casi la mitad de las personas que sufrieron una fractura de cadera no son capaces de recuperar la capacidad de vivir de manera independiente (OF1). Esto puede llegar a desarrollar en las personas un sentimiento de tristeza y frustración(S2), por el motivo que ya no se siente utilices en la vida, ya que necesitan ayuda de otra persona. Debido a la afección que presenta la usuaria radica en lo importante de cuidar a los adultos mayores (OF1), para garantizar su bienestar y calidad de vida, proporcionándoles apoyo emocional, social y físico (24). Además, contribuye a mantener su autonomía e independencia, prevenir accidentes o complicaciones en su salud.</p> |

2.4. FASE DIAGNOSTICA.

2.4.1. Diagnostico enfermero centrado en el problema N° 1.

PASO N° 1: VALIDACION Y CLASIFICACION DE DIAGNOSTICOS (NANDA).

| | | | |
|---|---|----------------------|---|
| 1. NOMBRE DE LA ETIQUETA: | Síndrome del anciano frágil. | | |
| 2. DEFINICION: | Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al individuo mayor que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (físico, funcional, psicológico o social) y conduce a una mayor susceptibilidad a efectos adversos para la salud, en particular la discapacidad. | | |
| 3. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: | DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACION (MG) | | VALIDACIÓN (NANDA) |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X de cadera izquierda (lectura: en la cual se observa una fractura intertrocanterea de fémur izquierdo.) • 72 años de edad. • En miembro inferior izquierdo función movilidad reducida. • No puede flexionar ni realizar extensión, no abducción, no aducción, no pronación, no supinación, no rotación, no hay amplitud de movimiento. • Necesita ayuda para el baño, acicalamiento, vestidos, movilidad en la cama, movilidad general, se ayuda en su alimentación. • Facies de tristeza. • Diabética. • Hipertensa. | | <ul style="list-style-type: none"> • Déficit de autocuidado en el baño. • Disminución de la tolerancia a la actividad. • Vestirse déficit de autocuidado. • Desesperanza. • Movilidad física alterada. • Discapacidad para caminar. • Déficit de autocuidado en el baño. |
| 4. FACTORES RELACIONADOS: | DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACION | | VALIDACIÓN (NANDA) |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Me siento triste porque no puedo hacer yo sola las cosas y porque he dejado solo a mi hermano en la casa. • Vivo solo con mi hermano que tiene 65 años. • Soy hipertensa desde los 20 años. • Padezco de diabetes. | | <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la fuerza muscular. • Equilibrio postural alterado. • Social inadecuado. • Tristeza. • Conocimientos inadecuados de los factores modificables. |
| 5. DOMINIO: 1 | Promoción de la salud. | | |
| 6. CLASE: 2 | Gestión de la salud. | | |
| 7. CODIGO: | 00257 | 8. N° DE PAG. | 193 |

PASO N° 2: CONSTRUCCION DE DIAGNOSTICOS: Utilice el método PES; de la siguiente manera:

| PROBLEMA (P) | ETIOLOGIA (E) | SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S) |
|------------------------------|---|---|
| Síndrome del anciano frágil. | Disminución de la fuerza muscular, equilibrio postural alterado, apoyo social inadecuado, tristeza, conocimientos inadecuados de los factores modificables. | Déficit de autocuidado en el baño, disminución de la tolerancia a la actividad, vestirse déficit de autocuidado, desesperanza, movilidad física alterada, discapacidad para caminar, déficit de autocuidado en el baño. |

Síndrome del anciano frágil R/C disminución de la fuerza muscular, equilibrio postural alterado, apoyo social inadecuado, tristeza, conocimientos inadecuados de los factores modificables M/P déficit de autocuidado en el baño, disminución de la tolerancia a la actividad, vestirse déficit de autocuidado, desesperanza, movilidad física alterada, discapacidad para caminar y déficit de autocuidado en el baño.

2.4.2. Diagnostico enfermero centrado en el problema N° 2.

PASO N° 1: VALIDACION Y CLASIFICACION DE DIAGNOSTICOS (NANDA)

| | | |
|---|--|---|
| 1. NOMBRE DE LA ETIQUETA. | Movilidad fisica deteriorada. | |
| 2. DEFINICION. | Limitación en el movimiento independiente y decidido del cuerpo o de una o más extremidades. | |
| 3. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS. | DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACION (MG) | VALIDACION (NANDA) |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X de cadera izquierda (lectura: a la evaluación radiológica, se observa una radiografía en la cual se observa una fractura intertrocantérea de fémur izquierdo.) • En miembro inferior izquierdo función movilidad reducida. • No puede flexionar ni realizar extensión, no abducción, no aducción, no pronación, no supinación, no rotación, no hay amplitud de movimiento. • Necesita ayuda para el baño, acicalamiento, vestidos, movilidad en la cama, movilidad general. • No hay estabilidad en la marcha • Se realiza medición de miembros inferiores en el cual MID 80 cm MII 75 cm observando que hay un acortamiento del miembro afectado | <ul style="list-style-type: none"> • Marcha alterada • Disminución del rango de movimiento • Dificultad para girar • Expresa malestar. |
| 4. FACTORES RELACIONADOS. | DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACION | VALIDACION (NANDA) |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Usuaría refiere dolor a nivel de su cadera al realizar movimiento y la palpación, se observa leve edema a nivel de muslo. • Usuaría refiere no tener fuerzas ni la energía suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria debido a su condición | <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la tolerancia a la actividad • Disminución de la fuerza muscular • Disminución del control muscular. |
| 5. DOMINIO: 4 | Actividad/descanso | |
| 6. CLASE: 2 | Actividad/ejercicio. | |
| 7. CODIGO: 00085 | 8. N° DE PAG. | 284 |

PASO N° 2: CONSTRUCCION DE DIAGNOSTICOS: Utilice el método PES; de la siguiente manera:

| PROBLEMA (P) | ETIOLOGIA (E) | SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S) |
|------------------------------|--|---|
| Movilidad física deteriorada | Disminución de la tolerancia a la actividad, disminución de la fuerza muscular y disminución del control muscular. | Marcha alterada, disminución del rango de movimiento dificultad para girar y expresa malestar |

Movilidad física deteriorada R/C disminución de la tolerancia a la actividad, disminución de la fuerza muscular y disminución del control muscular M/P marcha alterada, disminución del rango de movimiento, dificultad para girar y expresa malestar.

2.4.3. Diagnóstico enfermero centrado el problema N° 3

PASO N° 1: VALIDACION Y CLASIFICACION DE DIAGNOSTICOS (NANDA)

| | | |
|---|--|---|
| 1. NOMBRE DE LA ETIQUETA. | Impotencia | |
| 2. DEFINICION. | Un estado de pérdida de control o influencia real o percibida sobre factores o eventos que afectan el bienestar, la vida personal o la sociedad (adaptado de American Psychology Association). | |
| 3. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS. | DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACION. (MG) | VALIDACION (NANDA) |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Facies de tristeza • Cambios en su vida relacionados a la fractura • Expresa frustración por su diagnóstico médico. | <ul style="list-style-type: none"> • Expresa frustración por la incapacidad para realizar actividades anteriores. • Pérdida de independencia • Síntomas depresivos |
| 4. FACTORES RELACIONADOS. | DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACION | VALIDACION (NANDA) |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Me siento triste porque no puedo hacer yo sola las cosas y porque he dejado solo a mi hermano en la casa • Usuaría refiere no tener fuerzas ni la energía suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria debido a su condición. | <ul style="list-style-type: none"> • Movilidad física deteriorada • Baja autoestima • Estrategia de afrontamiento ineficaz. • Complejidad percibida del régimen de tratamiento. |
| 5. DOMINIO: 9 | Afrontamiento/tolerancia al estrés | |
| 6. CLASE: 2 | Respuesta de afrontamiento | |
| 7. CODIGO: 00125 | 8. N° DE PAG. | 426 |

PASO N° 2: CONSTRUCCION DE DIAGNOSTICOS: Utilice el método PES; de la siguiente manera:

| PROBLEMA (P) | ETIOLOGIA (E) | SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S) |
|---------------------|--|---|
| Impotencia | Movilidad física deteriorada, baja autoestima, estrategia de afrontamiento ineficaz, complejidad percibida del régimen de tratamiento. | Expresa frustración por la incapacidad para realizar actividades anteriores, pérdida de independencia y síntomas depresivos |

Impotencia R/C movilidad física deteriorada, baja autoestima, estrategia de afrontamiento ineficaz, complejidad percibida del régimen de tratamiento. M/P expresa frustración por la incapacidad para realizar actividades anteriores, pérdida de independencia y síntomas depresivos.

2.4.4. Diagnostico enfermero de riesgo. N° 4.

PASO N° 1: VALIDACION Y CLASIFICACION DE DIAGNOSTICOS (NANDA).

| | | | |
|----------------------------------|---|-------------------|---|
| 1. NOMBRE DE LA ETIQUETA: | Riesgo de deterioro de la integridad de la piel | | |
| 2. DEFINICION: | Susceptible de alteraciones en epidermis y/o dermis, qué pueden comprometer la salud | | |
| 3. FACTORES DE RIESGO: | DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACION | | VALIDACIÓN |
| | <ul style="list-style-type: none"> • fractura intertrocanterea de fémur izquierdo • Necesita ayuda para el baño, acicalamiento, vestidos, movilidad en la cama, movilidad general. • No hay estabilidad en la marcha. • Alteración en el equilibrio | | <ul style="list-style-type: none"> • Presión sobre prominencias Oseas • Fricción superficial • Humedad |
| 4. DOMINIO: 11 | Seguridad/protección. | | |
| 5. CLASE: 2 | Lesión física. | | |
| 6. CODIGO: | 00047 | N° DE PAG. | 510 |

PASO N° 2: CONSTRUCCION DE DIAGNOSTICO: Utilice el método P + FR; de la siguiente manera:

| PROBLEMA (P) | FACTOR DE RIESGO |
|---|--|
| riesgo de deterioro de la integridad de la piel | Presión sobre prominencias óseas, fricción superficial y humedad |

Riesgo de deterioro de la integridad de la piel R/C Presión sobre prominencias óseas, fricción superficial y humedad.

2.4.5. Lista de diagnósticos enfermeros.

| N° | Diagnósticos. |
|----|--|
| 1 | Síndrome del anciano frágil R/C disminución de la fuerza muscular, equilibrio postural alterado, apoyo social inadecuado, tristeza, conocimientos inadecuados de los factores modificables M/P déficit de autocuidado en el baño, disminución de la tolerancia a la actividad, vestirse déficit de autocuidado, desesperanza, movilidad física alterada, discapacidad para caminar y déficit de autocuidado en el baño. Dominio 1 promoción de la salud, clase: 2 Gestión de la salud, código 00257, pág. 193. |
| 2 | Movilidad física deteriorada R/C disminución de la tolerancia a la actividad, disminución de la fuerza muscular y disminución del control muscular M/P marcha alterada, disminución del rango de movimiento, dificultad para girar y expresa malestar. Dominio 4 actividad reposo, clase: 2 actividad/ejercicio, código 00085, pág. 284. |
| 3 | Impotencia R/C movilidad física deteriorada, baja autoestima, estrategia de afrontamiento ineficaz, complejidad percibida del régimen de tratamiento. M/P expresa frustración por la incapacidad para realizar actividades anteriores, pérdida de independencia y síntomas depresivos. Dominio 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés, clase: 2 respuesta de afrontamiento, código 00125, pág. 426 |
| 4 | Riesgo de deterioro de la integridad de la piel R/C Presión sobre prominencias óseas, fricción superficial y humedad Dominio 11 seguridad/protección, clase: 2 lesión física, código 00047, pág. 510 |

2.4.6. Priorización de diagnósticos enfermeros.

| Nº | DIAGNOSTICO ENFERMERO CENTRADO EN EL PROBLEMA, DE RIESGO. | ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES |
|----|---|---|
| 1 | <p>Síndrome del anciano frágil R/C disminución de la fuerza muscular, equilibrio postural alterado, apoyo social inadecuado, tristeza, conocimientos inadecuados de los factores modificables M/P déficit de autocuidado en el baño, disminución de la tolerancia a la actividad, vestirse déficit de autocuidado, desesperanza, movilidad física alterada, discapacidad para caminar y déficit de autocuidado en el baño. Dominio 1 promoción de la salud, clase: 2 Gestión de la salud, código 00257, pág. 193.</p> | <p>Prioridad uno. Inmediato.</p> <p>Según la triada el síndrome de anciano frágil puede clasificarse como prioridad uno, ya que se define como una persona de edad avanzada que por condiciones médicas, mentales o sociales se encuentra en una situación de equilibrio inestable. Presenta alto riesgo de cambios en su salud que precisan del uso de recursos de salud o sociales. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, o complicaciones como infección, caída, cambios de medicación, hospitalización, pueden llegar a una situación de pérdida de independencia que obliga a la necesidad de recursos sanitarios y/o familiares para el cuidado.</p> |
| 2 | <p>Movilidad física deteriorada R/C disminución de la tolerancia a la actividad, disminución de la fuerza muscular y disminución del control muscular M/P marcha alterada, disminución del rango de movimiento, dificultad para girar y expresa malestar. Dominio 4 actividad reposo, clase: 2 actividad/ejercicio, código 00085, pág. 284.</p> | <p>Prioridad dos. Urgente.</p> <p>Según el método de la triada la movilidad física deteriorada puede clasificarse como prioridad dos, ya que la usuaria presenta alteraciones que precisan cuidados a corto plazo, al no ser tratado puede provocar complicaciones en su salud a largo plazo.</p> |

| N° | DIAGNOSTICO ENFERMERO CENTRADO EN EL PROBLEMA, DE RIESGO. | ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES |
|----|---|---|
| 3 | <p>Impotencia R/C movilidad física deteriorada, baja autoestima, estrategia de afrontamiento ineficaz, complejidad percibida del régimen de tratamiento. M/P expresa frustración por la incapacidad para realizar actividades anteriores, pérdida de independencia y síntomas depresivos. Dominio 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés, clase: 2 respuesta de afrontamiento, código 00125, pág. 426</p> | <p>Prioridad dos. Urgente.</p> <p>Según el método de la triada la impotencia puede clasificarse como prioridad dos, debido a que cuando una persona tiene estos sentimientos, creará que nada de lo que haga será suficiente para hacer frente a la realidad y que no habrá nada que esté en su mano para poder cambiarlo. Este sentimiento provocará, a su vez, la desesperanza, puesto que se empezará a perder toda la ilusión de recuperarse y se desencadenarán otro tipo de situaciones o patologías derivadas, siendo la depresión y la ansiedad las más frecuentes en este tipo de pacientes.</p> |
| 4 | <p>Riesgo de deterioro de la integridad de la piel R/C Presión sobre prominencias óseas, fricción superficial y humedad Dominio 11 seguridad/protección, clase: 2 lesión física, código 00047, pág. 510</p> | <p>Prioridad dos. Urgente.</p> <p>Según el método de la triada el riesgo de deterioro de la integridad de la piel puede clasificarse como prioridad dos, debido a que la presión continua reduce el flujo sanguíneo a la zona, lo que provoca lesiones. Las heridas por presión y los problemas de integridad de la piel suelen aparecer si un paciente permanece en la misma posición durante mucho tiempo.</p> |

2.5. FASE DE PLANIFICACIÓN.

2.5.1. Plan de cuidados N° 1

| | | | | |
|---|---------------|--|----------------|-------------------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE: María Juana Escamilla Vda. De Membreño. | | DIAGNOSTICO MEDICO: Fractura de cadera izquierda, IRC grado 4 control en HNR, Diabetes Mellitus desde 2004, HTA. | | |
| SEXO: Femenino. | EDAD: 72 años | SERVICIO: Ortopedia | N° DE CAMA: 13 | FECHA: 25 de abril 2024 |
| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Síndrome del anciano frágil R/C disminución de la fuerza muscular, equilibrio postural alterado, apoyo social inadecuado, tristeza, conocimientos inadecuados de los factores modificables M/P déficit de autocuidado en el baño, disminución de la tolerancia a la actividad, vestirse déficit de autocuidado, desesperanza, movilidad física alterada, discapacidad para caminar y déficit de autocuidado en el baño. (Pág. 193) | | | | |

| | | | | | | | | |
|----------------------|--|---|-------------------|-------------------|----------------------|---------------------|---------------------------|------------------------|
| N O C | RESULTADO: Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) (Dominio: salud funcional, clase: autocuidado, código: 0300, pág. 141). | PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO. MANTENER A: <u> 2 </u> AUMENTAR A: <u> 4 </u> INICADORES: | | | | | | |
| | DEFINICION: Acciones personales para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente, con o sin dispositivo de ayuda. | Código. | Indicador. | Parámetro. | | | | |
| | | | | Nunca demostrado | Raramente demostrado | a veces demostrado. | Frecuentemente demostrado | siempre he demostrado. |
| | | 030002 | Se viste | | X | | X | |
| | | 030004 | Se baña | | X | | X | |
| | | 030006 | Higiene | | X | | X | |
| | | 030008 | Ambulación | | | | | |
| | 030010 | Realización de traslado | | X | | X | | |

| | INTERVENCIONES. | ACTIVIDADES. |
|----------------|---|--|
| N I | Ayuda con el autocuidado: baño /higiene. | <ul style="list-style-type: none"> • Considerar la edad del paciente al aumentar las actividades de autocuidado • Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes, jabón de baño, champú, loción y productos de aromaterapia). |
| | Ayudar al paciente a realizar la higiene personal (pág. 95, código:1801). | <ul style="list-style-type: none"> • Felicitar que el paciente se cepilla los dientes, si es el caso • Controlar la integridad cutánea del paciente |
| C | Ayuda con el autocuidado: micción/defecación. | <ul style="list-style-type: none"> • Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación • Ayudar al paciente en el inodoro/inodoro portátil/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados |
| | Ayudar a otra persona en las eliminaciones (pág. 95, código: 1804). | <ul style="list-style-type: none"> • Disponer intimidad durante la eliminación • Facilitar la higiene transaccional/defecar después de terminar con la eliminación • Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación • Enseñar al paciente/allegados la rutina de eliminación |

| | |
|---|--|
| <p>Ayuda con el autocuidado: transferencia</p> <p>Ayudar a una persona con limitación del movimiento independiente para aprender a cambiar la ubicación del cuerpo (pág. 96, código: 1806).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo (por ejemplo, nivel de movilidad, limitaciones del movimiento, resistencia, capacidad de ponerse en pie y cargar peso, capacidad para colaborar, capacidad para entender instrucciones • Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente • Enseñar al individuo el uso de ayudas ambulatorias (por ejemplo, muletas, silla de ruedas, andadores, barra de trapecio, bastón) • Mantener la alineación corporal de la paciente correcta durante los movimientos |
| <p>Ayuda al autocuidado: vestirse/arreglo personal</p> <p>Ayudar a un paciente con la ropa y el aspecto (pág. 96, código: 1802).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar • Facilitar que el paciente se peine, sí es necesario • Mantener la intimidad cuando el paciente se viste |

Plan de cuidados N° 2

| | | | | |
|--|---------------|--|----------------|-------------------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE: María Juana Escamilla Vda. De Membreño. | | DIAGNOSTICO MEDICO: Fractura de cadera izquierda, IRC grado 4 control en HNR, Diabetes Mellitus desde 2004, HTA. | | |
| SEXO: Femenino. | EDAD: 72 años | SERVICIO: Ortopedia | N° DE CAMA: 13 | FECHA: 25 de abril 2024 |
| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Movilidad física deteriorada R/C disminución de la tolerancia a la actividad, disminución de la fuerza muscular y disminución del control muscular M/P marcha alterada, disminución del rango de movimiento, dificultad para girar y expresa malestar (Pág. 284). | | | | |

| | | | | | | | | |
|----------------------|---|--|---|-------------------|----------------------|---------------------|---------------------------|------------------------|
| N O C | RESULTADO: Adaptación a la discapacidad física. (código 1308, pág. 78-79) | PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO. MANTENER A: <u> 2 </u> AUMENTAR A: <u> 4 </u> INDICADORES: | | | | | | |
| | DEFINICION: Acciones personales para adaptarse a un problema funcional importante debido a una discapacidad física. | Código. | Indicador. | Parámetro. | | | | |
| | | | | Nunca demostrado | Raramente demostrado | a veces demostrado. | Frecuentemente demostrado | siempre he demostrado. |
| | | 130801 | Verbaliza capacidad para adaptarse a las discapacidades | | X | | X | |
| | | 130802 | Se adapta a las limitaciones funcionales | | X | | X | |
| | | 13084 | Modifica el estilo de vida para adaptarse a la discapacidad | | X | | X | |
| 130808 | Identifica maneras para afrontar los cambios en su vida. | | X | | X | | | |

| | INTERVENCIONES | ACTIVIDADES |
|-------------|--|---|
| N I C | <p>Ayuda con el autocuidado</p> <p>Terapia de ejercicios: ambulación</p> <p>Definición: estimular y ayudar al paciente a caminar para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntaria durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión. (Pág. 413, código: 0221).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia • Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes corporales • Consultar con el fisioterapeuta cerca del plan de deambulación, si es preciso. • Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde. • Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad. |
| | <p>Enseñanza: ejercicio prescrito</p> <p>Definición: Preparar a un paciente para que consiga o mantenga el nivel de ejercicio prescrito (Pág. 178, código: 5612).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente el propósito y los beneficios del ejercicio prescrito. • Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico. • Enseñar al paciente una postura y mecánica corporal correcta según corresponda • Enseñar al paciente el montaje, hola utilización y mantenimiento de los dispositivos de ayuda, si es el caso. • Informar acerca de los dispositivos de ayuda disponibles que puedan utilizarse para facilitar la práctica de la técnica requerida según corresponda. |

Plan de cuidados N° 3

| | | | | |
|--|---------------|--|----------------|-------------------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE: María Juana Escamilla Vda. De Membreño. | | DIAGNOSTICO MEDICO: Fractura de cadera izquierda, IRC grado 4 control en HNR, Diabetes Mellitus desde 2004, HTA. | | |
| SEXO: Femenino. | EDAD: 72 años | SERVICIO: Ortopedia | N° DE CAMA: 13 | FECHA: 25 de abril 2024 |
| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. Impotencia R/C movilidad fisica deteriorada, baja autoestima, estrategia de afrontamiento ineficaz, complejidad percibida del régimen de tratamiento. M/P expresa frustración por la incapacidad para realizar actividades anteriores, pérdida de independencia y síntomas depresivos. (pág. 426) | | | | |

| | | | | | | | | |
|----------------------|--|--|--|------------------|----------------------|---------------------|---------------------------|------------------------|
| N O C | RESULTADO: Aceptación: estado de salud. | PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO. MANTENER A: _____ 2 _____ AUMENTAR A: _____ 4 _____ | | | | | | |
| | DEFINICION: Acciones personales para reconciliar los cambios significativos en las circunstancias de salud. (código 1300, Pág. 77) | INDICADORES: | | | | | | |
| | | | Parámetro. | | | | | |
| | | Código. | Indicador. | Nunca demostrado | Raramente demostrado | a veces demostrado. | Frecuentemente demostrado | siempre he demostrado. |
| | | 130020 | Expresa autoestima positiva. | | X | | X | |
| | | 130017 | Se adapta al cambio en el estado de salud. | | X | | X | |
| | 130010 | Afrontamiento de la situación de salud. | | X | | X | | |
| | 130011 | Toma de decisiones relacionadas con la salud. | | X | | X | | |

| | INTERVENCIONES. | ACTIVIDADES. |
|--|--|---|
| N I C | <p>Mejora el afrontamiento.</p> <p>Definición: facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. • Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados. • Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. • Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. • Fomentar un dominio gradual de la situación. • Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. • Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento. |
| | <p>Apoyo emocional.</p> <p>Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. (Pág. 74)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. • Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad ira o tristeza. • Las expresiones de sentimiento y creencias. • Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. • Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad • Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo. |

2.5.2. Plan de cuidados N° 4.

| | | | | |
|---|---------------|--|----------------|--------------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE: María Juana Escamilla Vda. De Membreño. | | DIAGNOSTICO MEDICO: Fractura de cadera izquierda, IRC grado 4 control en HNR, Diabetes Mellitus desde 2004, HTA. | | |
| SEXO: Femenino. | EDAD: 72 años | SERVICIO: Ortopedia | N° DE CAMA: 13 | FECHA: 25 de abril |
| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo de deterioro de la integridad de la piel R/C humedad, presión sobre prominencias óseas y fricción superficial. (Pág. 510) | | | | |

| | | | | | | | | |
|----------------------|--|--|------------------------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------|------------------|
| N O C | RESULTADO: Integridad tisular: piel y membranas mucosas. | PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO. MANTENER A: <u> 2 </u> AUMENTAR A: <u> 4 </u> INDICADORES: | | | | | | |
| | DEFINICION: Indemnidad estructural funcional fisiológica normal de la piel y membranas mucosas. (Pág. 431- 432 código 1101). | Código. | Indicador. | Parámetro. | | | | |
| | | | | Gravemente comprometido. | Sustancialmente comprometido. | Moderadamente comprometido. | Levemente comprometido. | No comprometido. |
| | | 110104 | Hidratación. | | X | | X | |
| | | 110113 | Integridad de la piel. | | X | | X | |
| | | 110115 | Lesiones cutáneas. | | X | | X | |
| | | 110120 | Perfusión tisular | | X | | X | |
| 110101 | Temperatura de piel. | | X | | X | | | |

2.6. Consideraciones éticas.

Posibles beneficios individuales y riesgos de participar en una investigación:

Según el libro “pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos”, los participantes en una investigación relacionada con la salud a menudo se ven expuestos a una variedad de intervenciones o procedimientos, muchos de los cuales entrañan algún riesgo. Muchas intervenciones y procedimientos de investigación conllevan riesgos para los participantes. En términos generales, el riesgo ha de entenderse como el estimado de dos factores: primero, cuán probable es que un participante sufra un daño físico, psicológico, social o de otro tipo; y segundo, cuál es la magnitud o importancia de ese daño. El entender el riesgo en tales términos implica que el malestar, la incomodidad o las cargas son daños de muy pequeña magnitud que es casi seguro que ocurran. La justificación ética para exponer a los participantes a riesgos es el valor social y científico de la investigación, a saber, la perspectiva de generar el conocimiento y los medios necesarios para proteger y promover la salud de la población (25).

Evaluación de cada intervención y procedimiento de investigación: Para evaluar los riesgos y los posibles beneficios individuales de un estudio de investigación, los investigadores, patrocinadores y comités de ética de la investigación deben primero evaluar los riesgos y beneficios de cada una de las intervenciones y procedimientos de la investigación por separado, y luego juzgar el conjunto de estos riesgos y beneficios del estudio en su totalidad. Es importante seguir estos pasos sucesivos, porque es más probable que los juicios generales sobre el perfil riesgo-beneficio de un estudio en su totalidad no sean exactos, ya que pueden no captar las inquietudes generadas por las intervenciones individuales.

Posibles beneficios individuales: Una investigación tiene una variedad de posibles beneficios individuales. Genera el conocimiento necesario para proteger y promover la salud de los futuros pacientes (valor social y científico de la investigación; véase la pauta 1, Valor social y científico, y respeto de los derechos). La intervención de un estudio ofrece la perspectiva de un beneficio clínico cuando existen estudios anteriores que aportan evidencia confiable de que los posibles beneficios clínicos de la intervención superarán sus riesgos.

Riesgos para los participantes en la investigación: Para evaluar la aceptabilidad de los riesgos en un estudio dado, los investigadores, patrocinadores y comités de ética de la investigación deben comenzar por asegurarse de que el estudio plantee una pregunta de investigación socialmente valiosa y emplee métodos científicos sólidos para abordar esa pregunta. Luego deben determinar, para cada intervención y procedimiento del estudio, que se minimicen los riesgos para los participantes y se cuente con procedimientos de mitigación.

El estándar del riesgo mínimo: El estándar del riesgo mínimo a menudo se define mediante la comparación de la probabilidad y magnitud de los daños previstos con la probabilidad y magnitud de los daños que habitualmente encontramos en la vida cotidiana o durante la realización de pruebas o exámenes físicos o psicológicos de rutina.

Expuesto lo anterior la presente investigación en la salud mediante la aplicación del proceso enfermero y la teoría de Marjory Gordon se ejecuta de acuerdo con las normas éticas universales de la investigación en salud. Dichas normas se plantearon para orientar y garantizar que siempre se tenga en cuenta el bienestar de los participantes. Tanto los integrantes del equipo del estudio de investigación como la participante que colabore al desarrollo del estudio tendrán por base el establecimiento de la ética, por lo que los involucrados deben comprender las principales normas de la investigación y su aplicación.

Asociaciones de colaboración y formación de capacidad para la investigación y la revisión de la investigación.

Consideraciones generales. Es responsabilidad de las autoridades gubernamentales a cargo de la investigación relacionada con la salud con seres humanos el asegurarse de que tal investigación se someta a una revisión ética y científica por parte de comités de ética de la investigación competentes e independientes y que sea realizada por equipos de investigación competentes. Si la capacidad de investigación es insuficiente o está subdesarrollada, los patrocinadores e investigadores tienen la obligación ética de contribuir a la sostenibilidad de la capacidad de un país anfitrión para realizar una investigación relacionada con la salud y su revisión ética. Antes de emprender una investigación en una comunidad con poca o

ninguna capacidad de este tipo, los patrocinadores e investigadores deberían tener un plan en el cual describan cómo la investigación puede contribuir a la capacidad local (25).

Asociación de colaboración. El desarrollo y la puesta a prueba de intervenciones biomédicas requieren con frecuencia de la cooperación internacional para la investigación. Las disparidades, reales o percibidas, de poder o pericia deberían resolverse de manera que asegure la equidad en la toma de decisiones y la acción.

Fortalecimiento de la capacidad de investigación: Los objetivos específicos de formación de capacidades deberían determinarse y alcanzarse mediante el diálogo y la negociación entre el patrocinador, los investigadores y otras partes interesadas pertinentes, como los consejos comunitarios y las autoridades del país anfitrión. Estas partes interesadas deberían acordar los esfuerzos conjuntos dirigidos a fortalecer la capacidad de investigación como componente del sistema de salud del país y optimizar su sostenibilidad para la generación subsiguiente de nuevo conocimiento.

Formación de capacidad y conflictos de intereses: La formación de capacidad puede dar lugar a conflictos de intereses. Los siguientes intereses pueden entrar en conflicto: el deseo del patrocinador de realizar la investigación; los deseos de los posibles participantes con respecto a su reclutamiento para la investigación; el deseo de los investigadores de tener acceso a los medicamentos más nuevos para sus pacientes y contribuir al conocimiento; y el compromiso de los líderes comunitarios locales de compensar un financiamiento inadecuado de la investigación con la introducción de investigaciones patrocinadas para construir su infraestructura.

Formación del personal de investigación: Se espera que los patrocinadores empleen y, de ser necesario, brinden capacitación a las personas que han de actuar como, por ejemplo, investigadores, asistentes y coordinadores de investigación y responsables del manejo de datos y, según las necesidades, proporcionar cantidades razonables de asistencia financiera, educativa y de otro tipo para la formación de capacidad (2

CAPITULO III.

3.1. FASE DE EJECUCION Y EVALUACION

3.1.1. Plan N°1.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Síndrome del anciano frágil R/C disminución de la fuerza muscular, equilibrio postural alterado, apoyo social inadecuado, tristeza, conocimientos inadecuados de los factores modificables M/P déficit de autocuidado en el baño, disminución de la tolerancia a la actividad, vestirse déficit de autocuidado, desesperanza, movilidad física alterada, discapacidad para caminar y déficit de autocuidado en el baño.

| EJECUCION Y EVALUACION. | |
|---|---|
| La validación se realiza el día 25 de abril de 2024, junto con asesora de trabajo de grado Licda Mayra Henríquez y Licda. Aleyda García recurso operativo del servicio, La documentación del plan se realiza con jurado de docentes universitarios de la carrera de licenciatura en enfermería, quienes realizan observaciones y se retoma en dicho plan. | |
| INTERVENCION | REACCION DE LA USUARIA. |
| <p>Ayuda con el autocuidado: baño /higiene.</p> <p>Ayuda con el autocuidado: micción/defecación.</p> <p>Ayuda con el autocuidado: transferencia.</p> <p>Ayuda al autocuidado: vestirse/arreglo personal.</p> | <p>Durante la recolección de datos usuaria María Juana, se observaba con mucha disposición para brindar información para así poder realizar intervenciones que beneficien en su salud.</p> <p>Durante la atención se asiste a usuaria en sus cuidados higiénicos, se ayuda y explica la importancia de su dieta, se le felicita porque siempre colabora al momento de realizar su rutina y se identifica si existen cambios en la piel para así cuidar de su integridad. Además, se brindan sus cuidados al momento de la eliminación, se realiza una limpieza adecuada del área genital y se proporciona privacidad para que usuaria se sienta segura al realizar sus necesidades. Al momento de vestirse se proporciona bata, se felicita porque tiene ánimos y fuerza necesaria para peinarse y ayudar a vestirse y se incorpora a familiar (hijo), se explican cada una de las actividades para que pueda realizarlas en su hogar al momento que a la usuaria se le brinde plan de alta.</p> <p>Usuaria refiere sentirse agradecida con los cuidados brindados, “me siento motivada a continuar realizando mis cuidados dentro de lo que puedo realizar y así poder ayudar a mi hijo”</p> |
| Se efectuó el puntaje de los indicadores, dentro de los cuales se obtuvo el puntaje diana planeado 4 (levemente comprometido), durante el suministro del plan no se obtuvo ninguna limitante, todo resulto beneficioso para la usuaria, al momento usuaria manifestó dolor leve solo a la movilización, manifestó sentirse satisfecha con la atención y la educación brindada. por lo tanto, se decide terminar con la implementación del plan. | |

3.3.2. Plan N° 2

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Movilidad física deteriorada R/C disminución de la tolerancia a la actividad, disminución de la fuerza muscular y disminución del control muscular M/P marcha alterada, disminución del rango de movimiento, dificultad para girar y expresa malestar

| EJECUCION Y EVALUACION. | |
|--|--|
| La validación se realiza el día 25 de abril de 2024, junto con asesora de trabajo de grado Licda Mayra Henríquez y Licda. Aleyda García recurso operativo del servicio, La documentación del plan se realiza con jurado de docentes universitarios de la carrera de licenciatura en enfermería, quienes realizan observaciones y se retoma en dicho plan. | |
| INTERVENCION | REACCION DE LA USUARIA. |
| <p>Terapia de ejercicios: ambulación.</p> <p>Enseñanza: ejercicio prescrito.</p> | <p>Durante la recolección de datos usuaria María Juana, se observa con mucha disponibilidad para brindar información al momento de la recolección de los datos.</p> <p>Durante la atención se le orienta a usuaria sobre como moverse en su unidad correctamente tanto al momento de intentar levantarse como al momento de realizar cambios de posición, también se le proporciona apoyo colocando los utensilios necesarios para que ella pueda realizar sus cuidados higiénicos demostrándole que si es posible que lo realice por si sola, se le explica la manera correcta de moverse de la cama a la silla de ruedas para que ella pueda realizarlo al momento del alta en su hogar, finalmente se explica la importancia de la realización de ejercicios fisioterapéuticos, forma correcta de realizarlos y beneficios de estos.</p> <p>Al inicio la usuaria se muestra con poco interés de realizar las intervenciones, pero con el paso de los días se observa más accesible y motivada refiere “gracias a los ejercicios ya puedo sentarme sola y ayudar al momento de bañarme ya que soy yo quien se lava el cabello”, su hijo también muestra interés por aprender ya que refiere que le servirá al momento de estar en su casa. requiere.</p> |
| Se efectuó el puntaje de los indicadores, dentro de los cuales se obtuvo el puntaje diana planeado 4 (frecuentemente demostrado), durante el suministro del plan no se obtuvo ninguna limitante, todo resulto beneficioso para la usuaria por el motivo que durante la estancia hospitalaria no se formó ninguna ulcera por encamamiento prolongado, usuaria se observó muy comprometida en la realización de cada una de las intervenciones de enfermería ejecutadas, para la usuaria por lo tanto se decide terminar con la implementación del plan. | |

3.1.3. Plan N°3.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Impotencia R/C movilidad física deteriorada, baja autoestima, estrategia de afrontamiento ineficaz, complejidad percibida del régimen de tratamiento. M/P expresa frustración por la incapacidad para realizar actividades anteriores, pérdida de independencia y síntomas depresivos.

| EJECUCION Y EVALUACION. | |
|---|--|
| La validación se realiza el día 25 de abril de 2024, junto con asesora de trabajo de grado Licda Mayra Henríquez y Licda. Aleyda García recurso operativo del servicio, La documentación del plan se realiza con jurado de docentes universitarios de la carrera de licenciatura en enfermería, quienes realizan observaciones y se retoma en dicho plan. | |
| INTERVENCION | REACCION DE LA USUARIA. |
| Mejora el afrontamiento. | <p>Durante la recolección de datos usuaria María Juana, se observa con mucha disponibilidad para brindar información para así poder elaborar de manera eficaz las actividades que beneficie el estado de salud de la usuaria.</p> <p>Durante la atención se le brindo apoyo emocional, donde se incluyeron las actividades en ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva, Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados, alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia, evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones, fomentar un dominio gradual de la situación, alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos, animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.</p> <p>Al inicio la usuaria se observa preocupada, con miedos por el enorme cambio en su estado de salud por la fractura de cadera, se dio inicio con que la usuaria evaluara su compromiso para su estado de salud se explicó que es importante que se comprometa, que exprese sus sentimientos, miedos sin ninguna preocupación de que alguien la gusgue, se alentó cada día para fomentar un dominio gradual a la situación, con el paso de los días la usuaria comenzó a expresar su sentir sin miedo, de ser juzgada o que se sintiera</p> |

| | |
|--------------------------------|--|
| | <p>regañada, se interesaba por aprender sobre sus cuidados, se observaba con más esperanza, tomaba buenas decisiones en beneficio a su salud.</p> |
| <p>Apoyo emocional.</p> | <p>Durante la recolección de datos usuaria María Guana, se observaba con mucha disponibilidad para brindar información para así poder elaborar de manera eficaz las actividades que beneficien el estado de salud de la usuaria.</p> <p>Durante la atención se le brindo apoyo emocional que incluían las actividades de realizar afirmaciones empáticas o de apoyo, ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad ira o tristeza, las expresiones de sentimiento y creencias, facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores, favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional, permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad, abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo.</p> <p>La usuaria se observaba, triste y con poco iniciativa para realizar las actividades, al momento de realizar cada actividad la usuaria mostraba poco el involucramiento, se le realizan afirmaciones empáticas de apoyo, con la intención de hacerla sentir muy útil, se explicaba que cuando se sintiera mal o triste que podía expresarlo. al inicio era un poco reservada con sus sentimientos, pero se le brindo un ambiente favorable para que la usuaria pudiera expresar sus sentimientos sin ser juzgada, siempre que ella expresaba sus sentimientos se le tomaba de la mano, lo que la paciente refería que eso la hacía sentir bien, ya que no se sentía sola durante su estancia hospitalaria. Con el paso de los días se logró que la usuaria expresara una autoestima positiva se elogiaba a sí misma por cada actividad que realizaba, se fue adaptando al cambio de salud que enfrentaba, afronto de manera positiva su situación ya que no podría ser intervenida quirúrgicamente, por tal motivo se fue observando que comenzó a tomar decisiones en benéfico a su salud,</p> |

| | |
|--|--|
| | con el principal objetivo de que no vaya a presentar complicaciones a su salud, se observó a usuaria muy comprometida. |
| <p>Se efectuó el puntaje de los indicadores, dentro de los cuales se obtuvo el puntaje diana planeado 4 (frecuentemente demostrado), durante el suministro del plan no se obtuvo ninguna limitante, todo resulto beneficioso para la usuaria por el motivo que al sentir que como personal de enfermería nos preocupamos por cómo se sentía, comenzó a expresar sus sentimientos, y a liberar un poco su tristeza, se observa que colaboraba más en las diferentes actividades que se le realizan, la usuaria refería que al ser escuchada por el personal de enfermería, le había hecho bien, refiriere sentirse acompañada y apoyada, con más esperanza, se observó con más dominio de la situación de salud por lo tanto se decide terminar con la implementación del plan.</p> | |

3.1.4. Plan N° 4.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo de deterioro de la integridad de la piel R/C humedad, presión sobre prominencias óseas y fricción superficial

| EJECUCION Y EVALUACION. | |
|--|---|
| La validación se realiza el día 25 de abril de 2024, junto con asesora de trabajo de grado Licda. Aleyda García recurso operativo del servicio, por lo que se aprueba el plan y se procede con la implementación del plan. La documentación del plan se realiza con jurado de docentes universitarios de la carrera de licenciatura en enfermería, quienes realizan observaciones y se retoma en dicho plan. | |
| INTERVENCION | REACCION DE LA USUARIA. |
| Cuidados del paciente encamado. | <p>Durante la recolección de datos usuaria María Guana, se observaba con mucha disponibilidad para brindar información para así poder elaborar de manera eficaz las actividades que benefician al estado de salud de la usuaria.</p> <p>Durante la atención se colocó a la usuaria con una alineación corporal adecuada, se evitó el uso de ropa de cama con texturas ásperas, se mantuvo con ropa de cama limpia, seca y sin arrugas, se le colocó dispositivos mecánicos en los pies, se vigiló el estado de la piel en espalda, en glúteos, región sacra, rotulas y talones la esta integra libre de signos de riesgo. La usuaria al inicio se observó un poco desanimada para realizar las actividades ya que mencionaba que se le hace muy difícil para realizarlo por sí sola, se le explica que no lo realizara ella sola, se le proporcionara ayuda para que ella pueda observar cómo se realizó, con el paso de los días, se pudo observar a la usuaria más colaborativa, la usuaria siempre se interesaba por tener una alineación corporal adecuada, la usuaria siempre estaba atenta cuando las sábanas se encontraban húmedas, colaboraba para realizar cambio de sábanas en la unidad y siempre se percataba que no quedarán con arrugas o que no sean muy ásperas, se dejaba los dispositivos rodetes que se le colocan para prevenir laceraciones de piel en los talones, siempre se observa atenta en el estado de su piel, solicitaba que se le colocaran cremas para poderla hidratar.</p> |
| Cambio de posición. | <p>Durante la recolección de datos usuaria María Juana, se observaba con mucha disponibilidad para brindar información para así poder elaborar de manera eficaz las actividades que benefician al estado de salud de la usuaria.</p> <p>Durante la atención que se le realizó; se le proporcionó apoyo para el cuello, girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según el programa específico correspondiente, utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros.</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>La usuaria al inicio se observaba poco colaborativa para poder realizarle los cambios de posición por el motivo del dolor, pero al administrar los analgésicos con horario estrictos el dolor fue en disminución y fue colaborando mucho más. Se le proporciono apoyo en el cuello el cual desde el inicio tolero, se le explico que cada dos horas se le realizarían cambios de posición se le hacía más fácil colocarla en posición de cubito lateral derecha referiría la usuaria, siempre estuvo atenta para que se le realizan sus cambios, se le colocaban dispositivos rodillo de mano y rodillo en talones, almohadas, entre las piernas para evitar fricción en rodillas.</p> |
| Vigilancia de la piel. | <p>Durante la recolección de datos usuaria María Guana, se observaba con mucha disponibilidad para brindar información para así poder elaborar de manera eficaz las actividades que benefician al estado de salud de la usuaria.</p> <p>Durante la atención se le realizo; cuidados para la vigilancia de la piel, siempre se estuvo pendiente en observar en la piel de la usuaria color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades, la temperatura de la piel, si presentaba zonas de decoloración, hematomas y perdida de integridad de la piel y las mucosas. Se trataba de que la paciente no presentara erupciones y abrasiones en la piel, excesiva sequedad o humedad en la piel, se observaba las zonas que se encontraban con mayor presión y fricción.</p> <p>La usuaria desde el inicio se observó muy comprometida para evitar la formación de las úlceras ya que es diabética, refiriendo que se explicara cada actividad para que ella pueda estar más atenta y en las que ella pueda realizarlas ella de manera sola las actividades no sean muy complicadas, siempre estuvo atenta si presentaba calor, temperatura, color, siempre estaba atenta para evitar la formación de bulas, o perdida de la integridad de la piel, siempre solicitaba que se le informara cuando se le realizar cambio de pampers como se encontraba el estado de la piel en la región sacra y glúteos.</p> |
| <p>Se efectuó el puntaje de los indicadores, dentro de los cuales se obtuvo el puntaje diana planeado 4 (levemente comprometido), durante el suministro del plan no se obtuvo ninguna limitante, todo resulto beneficioso para la usuaria por el motivo que durante la estancia hospitalaria no se formó ninguna úlcera por encamamiento prolongado, con el paso de los días usuaria colaboraba mucho más en los cambio de posición, la piel de la usuaria siempre se mantenía hidratada hasta usuaria estaba muy pendiente a que se le colocara crema, usuaria se observó muy comprometida en la realización de cada una de las intervenciones de enfermería ejecutadas, para la usuaria por lo tanto se decide terminar con la implementación del plan.</p> | |

3.1.5. Validación de planes de cuidado.

La validación se realiza el día 25 de abril de 2024, junto con asesora de trabajo de grado y Licda. Aleyda Garcia recurso operativo del servicio, por lo que se aprueba el plan y se procede con la implementación del plan.

3.1.6. Documentación de los planes de cuidado.

La documentación del plan se realizó con expertos, teniendo como jurado a docentes de la Universidad De El Salvador, licenciados de la carrera de enfermería, quienes realizaron observaciones, las cuales se retomaron posteriormente para incorporarlas a dicho documento.

Dichas correcciones fueron:

Eliminar el diagnostico centrado en el problema del dolor agudo.

Elaborar nuevo diagnostico centrado en el problema del síndrome del anciano frágil.

En el plan de cuidados del diagnóstico movilidad física deteriorada cambiar las NOC y las NIC.

En el plan de cuidados de la impotencia cambiar las NOC y agregar mas NIC.

3.1.7. Nota de enfermería SOAPIE.

S: Señora María Juana Escamilla de 72 años de edad, consciente y orientada en sus tres esferas mentales, respirando aire ambiente, con diagnóstico médico de fractura de cadera izquierda más diabetes mellitus tipo dos, más insuficiencia renal más hipertensión arterial controladas, usuaria refiere “sentirse un poco decaída, triste y cansada”, menciona “que su apetito ha disminuido” y refiere “dolor al movimiento” que disminuye con la medicación,

O: Señora María Juana Escamilla de 72 años de edad, con diagnóstico médico de fractura de cadera izquierda más diabetes mellitus tipo dos, más insuficiencia renal más hipertensión arterial controladas, con número de expediente 23470-21, quien ingresa al servicio de ortopedia el día 21/04/24, con signos vitales de TA: 130/80 mmhg, FC: 80 latidos por minuto, FR: 16 por minuto, T°: 36.0, al momento con dieta para paciente diabético 1800 Kcal/día, monitoreo glicémico según rutina con resultados: (ayuno: 156 mg/dl, post almuerzo: 275 mg/dl, post refrigerio nocturno: 312 mg/dl). Respirando aire ambiente, se observa rostro con facies de dolor al movimiento, con buen color de piel, afebril, mucosas orales hidratadas, tolerando vía oral, no náuseas no vómitos, en miembro superior izquierdo con acceso venoso periférico más sello de heparina, sin signos de flebitis, abdomen levemente distendido, genitales externos se observan limpios, se observa miembro inferior derecho con rotación externa y acortamiento se realizan mediciones en MID con 80 centímetros MII 75 centímetros, no se observa rubor, no equimosis, con leve edema a nivel de muslo, micción espontánea, paciente que no deambula, al momento sin compañía de familiar

A: Con los datos obtenidos se determina el siguiente diagnóstico enfermero (NANDA): Síndrome del anciano frágil R/C disminución de la fuerza muscular, equilibrio postural alterado, apoyo social inadecuado, tristeza, conocimientos inadecuados de los factores modificables M/P déficit de autocuidado en el baño, disminución de la tolerancia a la actividad, vestirse déficit de autocuidado, desesperanza, movilidad física alterada, discapacidad para caminar y déficit de autocuidado en el baño.

P: Por lo que se pretende realizar el plan de intervención con el siguiente resultado (NOC): autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) (código: 0300, pág. 141). Definición:

Acciones personales para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente, con o sin dispositivo de ayuda.

030002 se viste

030004 se baña

030006 higiene

030008 ambulación

030010 realización de traslado

El cual se mantiene con una puntuación de 2 (raramente demostrado) y se desea aumentar a 4 (frecuentemente demostrado).

I: Las intervenciones que se proponen para lograr los resultados son las siguientes (NIC): Ayuda con el autocuidado: baño/higiene. Definición ayudar al paciente a realizar la higiene personal (pág. 95, código:1801). Se ejecutaron las siguientes intervenciones de enfermería:

- Considerar la edad del paciente al aumentar las actividades de autocuidado
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes, jabón de baño, champú, loción y productos de aromaterapia).
- Felicitar que el paciente se cepilla los dientes, si es el caso
- Controlar la integridad cutánea del paciente.

Ayuda con el autocuidado: micción/defecación. Definición ayudar a otra persona en las eliminaciones (pág. 95, código: 1804). Se ejecutaron las siguientes intervenciones de enfermería:

- Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación
- Ayudar al paciente en el inodoro/inodoro portátil/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados
- Disponer intimidad durante la eliminación
- Facilitar la higiene transaccional/defecar después de terminar con la eliminación
- Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación

- Enseñar al paciente/allegados la rutina de eliminación.

Ayuda con el autocuidado: transferencia. Definición ayudar a una persona con limitación del movimiento independiente para aprender a cambiar la ubicación del cuerpo (pág. 96, código: 1806).

- Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo (por ejemplo, nivel de movilidad, limitaciones del movimiento, resistencia, capacidad de ponerse en pie y cargar peso, capacidad para colaborar, capacidad para entender instrucciones
- Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente
- Enseñar al individuo el uso de ayudas ambulatorias (por ejemplo, muletas, silla de ruedas, andadores, barra de trapecio, bastón)
- Mantener la alineación corporal de la paciente correcta durante los movimientos.

E: Durante el turno se ejecutaron las actividades planeadas logrando aumentar el puntaje a 4, la usuaria al inicio se observó poco colaborativa, pero se fue interesando por aprender sobre sus cuidados se felicita a usuaria porque tiene ánimos y fuerza necesaria para peinarse y ayudar a vestirse y se incorpora a familiar (hijo), se explican cada una de las actividades para que pueda realizarlas en su hogar al momento que a la usuaria se le brinde plan de alta. Se decide continuar con la implementación del plan durante el resto de su estancia hospitalaria.

3.2. Discusión de resultados.

3.2.1. Interpretación de los resultados.

En la fase de planeación se implementaron planes de cuidado que den respuesta a los diagnósticos enfermeros, por medio de la taxonomía de NIC y NOC, en cual se plantearon cuatro diagnósticos enfermeros, en dicha fase se utilizó la taxonomía NOC para identificar los indicadores que den respuesta a los signos y síntomas obtenidos en los diagnósticos enfermeros, se realiza sin ningún problema, posterior se utiliza la taxonomía NIC, para seleccionar las actividades a implementar con la usuaria y que dichas actividades den una respuesta favorable a cada indicador seleccionado en los cuatro planes a implementar.

En la fase de ejecución se describen la respuesta del paciente con base a las intervenciones realizadas durante la estancia hospitalaria, al inicio de la implementación de los planes, se podía observar que la usuaria a ciertas actividades no mostraba interés en realizarlas entre ellas los cambios de posición, usuaria no expresa sus sentimientos, con el paso de los días se fue involucrando cada vez más en las actividades, se observa que no se formó ninguna ulcera por presión, y se logró que expresara con más facilidad sus emociones.

3.2.2. Relación de resultados con la teoría.

La teoría de Marjory Gordon, conocida como el modelo de patrones funcionales de salud, fue utilizada en el estudio de caso para evaluar la salud de la usuaria a través de un enfoque holístico. Este modelo se compone de 11 patrones funcionales que ayudan a los profesionales de la salud a identificar y analizar las necesidades y problemas de un paciente.

En este apartado se expone la discusión de los resultados obtenidos y como los mismos se relacionan con la teoría de Marjory Gordon, en primer lugar, la usuaria demostró preocupación por su estado de salud y el impacto que la fractura tendrá de hoy en adelante en su vida diaria. Es por ello que mediante la implementación del proceso enfermero se buscó evaluar el manejo del dolor, las limitaciones físicas y la importancia de la rehabilitación, además se evaluó la ingesta nutricional, ya que una alimentación adecuada puede influir en la recuperación de la fractura y en la salud ósea. Las necesidades nutricionales pueden cambiar con la edad y la condición actual, también debido a la fractura, su movilidad física se encuentra limitada, es por ello que se crearon estrategias mediante intervenciones de

enfermería evaluar y contribuir con su bienestar ya que el nivel de actividad es fundamental para su desarrollo durante su estancia hospitalaria ya que no se formó ninguna úlcera por encamamiento prolongado y la usuaria se observó muy comprometida en la realización de cada una de las intervenciones de enfermería. La usuaria también experimenta cambios en su percepción del dolor debido a la fractura de cadera. Es por ello por lo que fue de suma importancia la implementación de intervenciones de enfermería que contribuyeron con el alivio del dolor con las cuales ella manifestó sentirse satisfecha. También es de mucha relevancia como su patología afecta el rol de la usuaria con relación su familia, es necesario evaluar cómo esta situación impacta sus relaciones y el apoyo social del que dispone.

También es importante la respuesta emocional que se obtiene referente a la fractura ya que se busca evaluar cómo se enfrenta al estrés, la tristeza y la angustia relacionados y de qué manera podemos proporcionar recursos de apoyo emocional. Es por ello que al integrar los resultados de la evaluación del PAE con los patrones funcionales de Gordon, se pueden elaborar planes de cuidados coherente y personalizados que aborden las necesidades físicas, emocionales y sociales de la usuaria y que promuevan su recuperación óptima después de la fractura de cadera.

3.2.3. Discusión de resultados.

Durante la fase ejecución se realizaron intervenciones de enfermería día a día junto a la usuaria entre ellas tenemos para el síndrome del anciano frágil, se utilizaron actividades enfocadas al auto cuidado como en su alimentación, baño, traslado, vestimenta, por el motivos de su estado de salud y su edad avanzada para que al momento que se le dé el alta ya lleve conocimientos la usuaria y su familiar (hijo) de como realizar en su hogar cada una las actividades con mayor facilidad, para la movilidad física deteriorada: se enfocaron actividades de colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado, evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas, colocar al paciente con una alineación corporal adecuada y subir barandillas, según corresponda. Para el riesgo de deterioro de la integridad de la piel: Proporcionar un apoyo para el cuello, girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según el programa específico según corresponda, observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades, vigilar el

color y la temperatura de la piel y para la impotencia: Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo, ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad ira o tristeza, las expresiones de sentimiento y creencias y facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores, se evaluó la capacidad del paciente para tomar decisiones, se fomentó un dominio gradual de la situación, lo antes menciona son algunas de las intervenciones ejecutas, logrando un excelente beneficio en la salud de la usuaria durante su estancia hospitalaria. Al inicio de cada una de las intervenciones de enfermería la usuaria se observa con poca colaboración, desanimada, triste, se le explico la importancia de comprometerse para el bienestar de su estado de salud, se observa que tenía dificultad para expresar sus emociones, como personal de enfermería se logró que expresara sus sentimientos, se fue involucrando con cada actividad, al momento del alta la usuaria refirió sentirse agradecida, por los cuidados realizados durante su estancia hospitalaria y por explicarle detalle como se realizara sus cuidados en el hogar.

3.2.4. Estudios que apoyan a la investigación.

Rondón, Héctor V Zaga, Gutiérrez en su investigación titulada Características clínicas en adultos mayores con diagnóstico de fractura de cadera en un hospital. Se realizo un estudio en el cual se pretendía determinar las características clínicas que podían presentar los pacientes con diagnóstico de fractura de cadera, se realizó un estudio cuantitativo observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, en donde se tomó como muestra 140 historias clínicas,

Resultados destacados:

Se encontró predominio en el sexo femenino con un 54.3%, gran parte de estos eventos ocurrieron en el domicilio con un 81.4%, las fracturas intertrocanteréas fueron las más frecuentes con un 60%, sobre todo del lado derecho con un 51.4%, el dolor con un 92% y la impotencia funcional con un 91.4% fueron la presentación clínica característica de las fracturas de cadera (26).

Así mismo Centurión, plantea en su investigación características clínico-epidemiológicas de la fractura de cadera en adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue

de julio 2022 – junio 2023; este estudio es observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. La población fue de 96 pacientes adultos mayores con diagnóstico de fractura de cadera que cumplieron los criterios de inclusión. La información se recolectó mediante el llenado de la ficha de recolección de datos, revisando las historias clínicas.

Resultados destacados:

La edad promedio fue con un rango de edad de 76 a 80 años (34.38%), predominantemente femenino (57.29%), siendo la fractura intradomiciliaria (70.83%) por caída a nivel del suelo (69.79%), que presentaron patologías principalmente como Hipertensión Arterial (42.71%), Diabetes Mellitus tipo 2 (39.58%), los cuales tuvieron fracturas en su mayoría Extracapsulares de tipo Intertrocantérica (64.58%), del lado derecho (58.33%) cuyo tratamiento fue Quirúrgico (94.79%) (27).

En base a lo antes mencionado en ambas investigaciones se puede ver que los resultados obtenidos sobre las características clínicas que pueden presentar los usuarios que sufren de fractura de cadera presenta mucha similitud al estudio de caso que se está realizando con la usuaria M.J.E del servicio de ortopedia del Hospital Nacional San Rafael, debido a que la usuaria presenta las mismas características entre ellas; es del sexo femenino, el accidente ocurrió en su domicilio, sufrió una fractura de cadera, por caída a nivel del suelo, las principales características clínicas fueron el dolor y la impotencia funcional. Las patologías más frecuentes que presentaban los pacientes en estudio son hipertensión, y diabetes mellitus las cuales presenta la usuaria.

3.3. Conclusiones.

Con base a los resultados obtenidos se presentan las siguientes conclusiones:

- A través del estudio de caso realizado a usuaria, se verifico que al aplicar la teoría de Marjory Gordon según sus once patrones funcionales es muy completa la información que se recolecta por el motivo que dicha teoría abarca lo físico, emocional y espiritual de los individuos. Es importante tener en cuenta los instrumentos que se utiliza en la fase de valoración del proceso enfermero, ya que nos ayudan a implementar estrategias de prevención e investigaciones que contribuyan en el bienestar de los usuarios.
- Al identificar los datos objetivos y subjetivos de la usuaria, se aplica un juicio clínico de enfermería utilizando la taxonomía NANDA para la elaboración de diagnósticos enfermeros centrados en el problema y de riesgo, con la finalidad de contribuir a disminuir los factores de riesgo de morbimortalidad.
- A través del estudio de caso realizado a usuaria con diagnóstico médico de fractura de cadera izquierda aplicando el proceso enfermero según la taxonomía NIC y NOC se concluye que es fundamental seguir una estructura que permita una atención integral y personalizada mediante la aplicación de indicadores que den respuestas tanto del estado físico como emocional y social, creando intervenciones que beneficien cada uno de los problemas identificados.
- Al momento de realizar el presente estudio de caso se ha comprobado que en la fase de ejecución, hasta la más mínima colaboración que el paciente presente al inicio de implementar las intervenciones de enfermería es de suma importancia exaltar su participación para lograr así su involucramiento; lo anterior mencionado se ha evidenciado con la paciente ya que al inicio se mostraba poco colaborativa pero con el paso de los días al animarla y felicitarla por cada uno de sus logros se mostró más

colaborativa y se preocupaba más por su salud, lo que queda demostrado en cada uno de los resultados obtenidos ya que al momento de su alta no presentó úlceras por encadenamiento prolongado, se observó más activa en realizar cada una de sus actividades de la vida diaria y logró expresar con mayor facilidad sus sentimientos.

- Con base a las intervenciones realizadas los resultados que se obtuvieron fueron medibles por el motivo que en la escala de Likert se logró la puntuación planificada dentro del plan de cuidados y observables ya que se obtuvo un grado de satisfacción tanto en la usuaria como en su familiar, logrando un grado de modificación en la vida diaria de la usuaria al momento de su alta hospitalaria.

3.4. Recomendaciones

A las autoridades del Hospital San Rafael:

- Realizar capacitaciones a personal de enfermería sobre la importancia y la correcta aplicación del proceso enfermero en pacientes con diagnóstico de fractura de cadera para minimizar complicaciones a la salud de los usuarios durante su estancia hospitalaria.
- Monitorear constantemente la satisfacción de los usuarios ingresados en el servicio de ortopedia sobre las intervenciones de enfermería planteadas en los diferentes planes de cuidados.

A las autoridades de la carrera de licenciatura en enfermería de la Universidad de El Salvador:

- Implementar programas que contribuyan a la vanguardia de los conocimientos de los alumnos de la carrera de enfermería sobre las nuevas actualizaciones de los formatos que se utilizan para la elaboración proceso enfermero.

A los estudiantes de carrera de enfermería:

- Mantenerse siempre informados sobre las actualizaciones que se realizan con el paso del tiempo al proceso enfermero, con la finalidad de poder implementarlo con la finalidad de poder implementarlo de forma correcta viéndose reflejado en la salud de los usuarios.
- A los futuros investigadores se les motiva a realizar investigaciones bajo el lema de pacientes con diagnóstico de fractura de cadera y la aplicación del proceso enfermero haciendo uso de la teoría de Marjory Gordon y sus once patrones funcionales, debido a que en el país no se realizan muchas investigaciones referentes al tema

3.5. Elementos complementarios

3.5.1. Fuentes de información

1. Researchgate.net. fractura de cadera [citado el 05 de junio de 2024]. Disponible en: .
2. 9.195. [citado el 05 junio de 2024]. Fractura de cadera en adultos mayores Disponible en: .
3. Delgado DYM. Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en adultos mayores. *Ciencia Latina* [Internet]. 2021;5(6):12804–15. [citado el 24 de agosto de 2023]. Disponible en:
4. Universidad Cooperativa de Colombia, Villota Luna D. Los patrones funcionales de Marjory Gordon y su aplicación en el contexto clínico desde el enfoque de enfermería. Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia; 2022.
5. de Repositorios Universitarios DG, Universidad Nacional Autónoma de México. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Autónoma de México [Internet]. Unam.mx. Universidad Nacional Autónoma de México; 2019 [citado el 10 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unam.mx/contenidos/proceso-atencion-de-enfermeria-aplicado-a-un-adulto-mayor-basado-en-los-11-patrones-funcionales-de-marjory-gordon154282>.
6. Gallardo P, Clavel O. fractura de cadera y geriatría, una unión necesaria. *ver médica clín los condes* [internet]. 2020; 31(1):42–9. disponible en: .
7. Ruiz-Alejos A, Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Perú Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2021 [citado el 10 de agosto de 2024]; 38(4):521–9. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2021.v38n4/521-529/>
8. Vértice E. *Dietética y manipulación de alimentos*. Editorial Vértice; 2011 <https://books.google.at/books?id=BhIuA02K-6EC>
9. Insuficiencia renal [Internet]. Bing.com. [citado el 11 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.bing.com/ck/a?!&&p=069a5c31af8b6323JmltdHM9MTcyNjI3MjAMCZpZ3VpZD0wZWQ5OWUwZi1lOGViLTZlZjctMWIzMy04Y2FlZTk1YzZmYzAmaW5zaWQ9NTIyMw&pfn=3&ver=2&hsh=3&fclid=0ed99e0f-e8eb-6ef7->

- 1b338caee95c6fc0&psq=insuficiencia+renal&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuaGVhbHRobGluZS5jb20vaGVhbHRoL2VzL2luc3VmaWNpZW5jaWEtcuVuYWw&ntb=1
10. Dolor Agustín cerros [Internet]. Who.int. [citado el 11 de agosto de 2024]. Disponible en: .
 11. Roberto. El efecto en los riñones del alcohol [Internet]. Federación Nacional de Asociaciones. 2024 [citado el 12 de agosto de 2024]. Disponible en: .
 12. Sobrepeso - Concepto, causas y consecuencias. [citado el 12 de agosto de 2024]; Disponible en: .
 13. Boto GN. ¿Qué es el sarro? Tipos de sarro, causas, consecuencias y solución [Internet]. Blog Dental Navarro. Clínica Dental Navarro; 2021 [citado el 12 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.geriatricarea.com/2020/05/03/causas-y-consecuencias-del-sindrome-de-inmovilidad/>.
 14. Causas y consecuencias del síndrome de inmovilidad [Internet]. Área geriátrica. 2020 [citado el 112 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.bing.com/ck/a?!&&p=719dc40a43d29c77jmltdhm9mtcynji3mjawmczp z3vpzd0wzwwq5owuwzi1logviltzljctmwizmy04y2flztklyzzmyzawaw5zawq9ntiwoa &ptn=3&ver=2&hsh=3&fclid=0ed99e0f-e8eb-6ef7-1b33>.
 15. Artículo fractura de cadera y su relación con el proceso enfermero [Internet]. Bing.com. [citado el 5 de septiembre de 2024]. Disponible en: .
 16. Las ORP. Elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Cioms.ch. [citado el 5 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf.
 17. Sánchez, Ichiro, Torres, Tellez, Osada; Vision problems in people over 50 years old in Perú: A population-based study. Acta médica Perú [Internet]. 2022 [citado junio de 2024];39(1):15–23. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172022000100015

18. Instituto Nacional sobre el Envejecimiento. Memoria, olvido y envejecimiento [Internet]. Instituto Nacional sobre el Envejecimiento. 2023 [citado en junio de 2024]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/memoria/memoria-olvido-envejecimiento>
19. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. Pérdida de la audición: Un problema común en los adultos mayores [Internet]. National Institute on Aging. 2023 [citado junio de 2024]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/audicion-perdida-audicion/perdida-audicion-problema-comun-adultos-mayores>
20. Healthwise I. Escala de puntuación del dolor [Internet]. Cigna.com. 2023 [citado en junio de 2024]. Disponible en: <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/escala-de-puntuacin-del-dolor-stp1310>
21. Holgado, Zandonai; Efectos del tramadol, un potente analgésico, en el rendimiento deportivo y cognitivo [Internet]. Agencia SINC. 2019 [citado junio de 2024]. Disponible en: <https://www.agenciasinc.es/Noticias/Efectos-del-tramadol-un-potente-analgésico-en-el-rendimiento-deportivo-y-cognitivo>
22. Gonzales. Envejecimiento y vejez [Internet]. gob.mx. [citado en junio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
23. Ponce. autoexamen de mama: un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en atención primaria de salud. Rev habanera cienc médicas [Internet]. 2009 [citado en junio de 2024];8(3):0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300005
24. Zaragoza, González, Martínez. Fractura de cadera en adultos mayores: Impacto del tratamiento quirúrgico oportuno en la morbimortalidad. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [Internet]. 2020 [citado en junio de 2024];62(6):28–31. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422019000600028
25. Consideraciones éticas Sevilla CM. Plan de cuidados de fractura de cadera. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) [Internet]. 2012 [citado el 15 de septiembre de

- 2024]; 4(1). Disponible en: <https://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/908/922>.
26. Gutiérrez RZ. View of Clinical and epidemiological characteristics in older adults with a diagnosis of hip fracture in a hospital in Lima, Perú [Internet]. Org.pe. 2021 [citado el 26 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/1844/1264>
27. Centurión. Características clínico-epidemiológicas de la fractura de cadera en adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue [Internet]. 12.84.13. 2024 [citado el 26 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://190.12.84.13/handle/20.500.13084/8363>
28. Islas, Moreno, Ponce. Plan de cuidados de enfermería con las taxonomías: Diagnósticos de enfermería (NANDA), Clasificación de resultados de enfermería (NOC), Clasificación de intervenciones de enfermería [Internet]. Edu.mx. [citado octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n4/m1.html>
29. TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA Elaborada: Fanny Cisneros G. Enfermera Especialista, UNIVERSIDAD DEL CUACA PROGRAMA DE ENFERMERIA FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA, Popayán, Febrero de 2005.

3.5.2. Presupuesto.

| MATERIAL | CANTIDAD | COSTO UNITARIO | COSTO TOTAL |
|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------|
| Internet residencial | 2 planes | \$ 50.00 | \$ 100.00 |
| Plumones | 1 cajas | \$ 10.00 | \$ 10.00 |
| Lapiceros | 6 lapiceros | \$ 0.25 | \$ 1.50 |
| Impresiones | 6 juegos (155 páginas) | \$ 0.15 | \$ 135.00 |
| Anillado de los documentos | 3 unidad | \$ 8 | \$ 24 |
| Faster | 3 faster | \$ 0.10 | \$ 0.30 |
| Folders | 3 fólderer | \$ 0.15 | \$ 0.45 |
| Otros imprevistos | | \$ 100.00 | \$ 100.00 |
| | TOTAL | | \$ 371.25 |

Anexos.

1. Formulario de Marjory Gordon.

| VALORACION DE LOS ONCE PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY | | | |
|---|--|---|--|
| 1. PATRÓN PERCEPCIÓN/ MANEJO DE LA SALUD | | | |
| 1. | ¿Cómo evalúa su salud en general? | Buena | Regular X Mala |
| 2. | ¿Falta frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudio por alteraciones en su salud en los últimos 5 años? | Sí X No ¿Cuáles? <u>catarras frecuentes molestias inespecíficas Otras X ¿Cuáles? <u>Fractura De cadera</u></u> | |
| | ¿Padece de alguna enfermedad? ¿Sí X No <input type="checkbox"/> cuál? | <u>Rrefiere ser hipertensa desde los 20 años y parecer desde el 2004 diabetes mellitus, menciona además padecer de insuficiencia renal por la cual se encuentra en evaluación y en control en el Hospital Nacional Rosales.</u> | |
| | Toma medicamentos para controlarla | Sí X No | Cuales: <u>Enalapril 20 mg, una tableta cada 12 horas y metformina 1000 mg más glimepirida 2 mg una tableta cada día</u> |
| 3. | ¿Ha tenido Cirugía en los últimos 5 años? Sí No X | Sí es cirugía especifique nombre _____ ¿Cuándo? | |
| | Sí es Traumatismo especifique tipo | <u>Traumatismo en el cual se fracturó la cadera</u> ¿Cuándo? <u>21 de abril 2024</u> | |
| 4. | ¿Fuma cigarrillos? Sí X No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? <u>A los 17 años 5 cigarrillos diarios</u> ¿Consume drogas? Sí No X | ¿Cuáles? _____ | |
| 5. | ¿Ingiere bebidas con cafeína? Sí No X Cantidad: _____ Frecuencia | _____ | |
| 6. | ¿Ingiere bebidas alcohólicas? Sí X No ¿Tipo? <u>Alcohol</u> Frecuencia <u>Empezó a consumir a los 17 años pero lo dejo a los 50 años porque le detectaron insuficiencia renal.</u> | _____ | |
| 7. | ¿Le ha ocasionado problemas de salud? Sí X No Cuales <u>Insuficiencia renal</u> ¿A qué edad inició la bebida? <u>17 años</u> | _____ | |
| 8. | ¿Es alérgico a alguna sustancia? Sí No X | Cuales _____ | |
| 9. | ¿Ha sufrido accidentes últimamente? Sí X No Tipo caseros X laborales o de tráfico Hace cuanto <u>Hace 4 días</u> | Explique: <u>se cayó de una silla mecedora, ha tenido ingreso hospitalario por caída</u> | |
| 10. | ¿Ha tenido ingresos hospitalarios? Sí X No Explique <u>Fractura de cadera izquierda</u> | _____ | |
| 11. | ¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos? Sí No X Cuando: | _____ | |
| 12. | ¿Le resulta fácil seguir las recomendaciones que su médico o enfermera? Sí X No <input type="checkbox"/> porque | _____ | |
| 13. | Estado de vacunación | Completo X | Incompleto Explique |
| 14. | ¿Cuál es la condición de salud de sus padres? Buena Regular Mala Explique <u>Refiere que sus padres ya fallecieron</u> | _____ | |
| 15. | Descripción del estado de higiene observada en el usuario <u>la paciente se observa con buena higiene en su cabello no se observa seborrea, ni paracitos, con piel hidratada, uñas cortas y limpias, se observa la presencia halitosis y la pérdida de 5 piezas dentarias.</u> | | |

16. Describa tipo de vivienda: Usuaría refiere que las paredes son de ladrillo, techo de lámina y piso de cerámica.

2.- PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

1. ¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diaria? Variedad y cantidad. Número de ingestas/día y distribución?

| Variedad de alimentos | Especificar el tipo de alimento y el tiempo de comida | Como las distribuye /semana |
|-----------------------|---|-----------------------------|
| Carnes | Pollo, carne (Almuerzo, cena) | 2 veces por semana |
| Lácteos | Leche, queso fresco (Desayuno, cena) | 3 veces por semana |
| Huevos | Huevos (Desayuno) | Todos los días |
| Frutas / verduras | Manzana, plátano, sandía, ejotes y zanahorias | Todos los días |
| Cereales/ pan | Cereales, tortilla, pan francés (Desayuno, cena) | Todos los días |
| Pastas | Pastas (Almuerzo, cena) | 1 vez a la semana |

2. ¿Cuál es la ingesta típica de líquidos diaria? Explique Usuaría refiere tomar 2 litros de agua al día

3. ¿Cómo está su apetito actualmente? Normal Disminuido Aumentado Porque: Refiere que su apetito al momento se encuentra disminuido y que no le dan ganas de comer ya que le causa tristeza el estar ingresada dentro del hospital.

4. ¿Consume la dieta que tiene indicada actualmente? Sí No Porque: Si consume la dieta que le proporcionan en el hospital, pero se evidencia que solo en un 50%.

5. ¿Tiene problemas gastrointestinales? Con la Masticación Sí No Deglución Sí No Digestión de alimentos Sí No Especifique

6. ¿Presenta náuseas, regurgitaciones(reflujo) o vómitos? Sí No frecuencia

7. ¿Tiene prótesis dentarias? Sí No Le ocasiona molestias Sí No

8. ¿En relación a su peso? Normal Hay pérdida o ganancia ? ¿Hay variaciones en la estatura (en niños)? Sí No

9. Peso: 65 Kilogramos Talla: 1.56 centímetros IMC: 26.71

10. ¿Está amamantando? Sí No ¿tiene algún problema? Sí No Cual? _____

11. ESTADO DE LA PIEL, CABELLO Y UÑAS

Piel: seca hidratada Lesiones : _____

Mucosas: secas hidratada Lesiones : _____ Dentadura: se observa la presencia de halitosis, y la pérdida de 5 piezas dentarias (molares)

Cabello se observa limpio sin presencia de caspa, ni pediculosis Uñas limpias se observan cortas sin presencia de suciedad.

3.- PATRÓN ELIMINACIÓN

1. Evaluación abdominal: Se palpa abdomen blando y depresible

- 2. Peristaltismo; 4 por minuto Eliminación intestinal Habitual: Normal Frecuencia 1 vez al día
 Características: café, blando
 Eliminación intestinal Actual: Menciona que hace 2 días no a defecado pero el día que se realizó la entrevista pudo hacerlo Frecuencia Una vez al día Características Color café, duras
- 3. Molestias. Ninguna Control de esfínter: Sí No Uso de laxantes: Sí No
- 4. Presencia de ostomías Sí No especifique: _____
- 5. Eliminación urinaria: Frecuencia. 6 veces al día Características: Amarillo caro Molestias Ninguna
- 6. Sondas. Sí No Nº _____ Fecha colocación: _____ Fecha cambio: _____

4.- PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO

- 1. Evaluación cardiovascular: A la evaluación cardiovascular paciente con frecuencia cardiaca 80 por minuto, ritmo regular, intensidad fuerte, foco aórtico, foco pulmonar, foco tricúspide ruidos cardiacos presentes normales con buena intensidad, fuerza y frecuencia
- 2. T/A: 130/80 MmHg. FC: 80 Latidos por minuto T: 36.5 °C Fr: 17 X¹
- 3. Evaluación respiratoria: Al momento no necesita de oxigenoterapia con buen patrón respiratorio
- 4. FR: 17 X¹ Oxigenoterapia Si No Tipo _____
- 5. ¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria? Si No Refiere no tener fuerzas ni la energía suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria debido a su condición de salud
- 6. ¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado?

| Actividad de autocuidado | Independiente | Dependiente | Necesita ayuda de dispositivo | Necesita ayuda de una persona |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Alimentación | <input checked="" type="checkbox"/> | - | - | - |
| Baño | - | <input checked="" type="checkbox"/> | - | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Acicalamiento | - | <input checked="" type="checkbox"/> | - | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vestidos | - | <input checked="" type="checkbox"/> | - | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Movilidad en la cama | - | <input checked="" type="checkbox"/> | - | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Movilidad en general | - | <input checked="" type="checkbox"/> | - | <input checked="" type="checkbox"/> |

- 7. ¿Realiza ejercicio físico? Si No Tipo _____ Frecuencia _____
- 8. Actividad laboral: Ligera Moderada Intensa Riesgos _____
- 9. Actividades de recreación: Realizaba muy pocas actividades de recreación, sus actividades consistían en ser ama de casa
- 10. Problemas que interfieren: Fatiga/disnea: Si No Dolor: Si No Otros: Usaria refiere dolor aumentado al realizar movimiento y a la palpación” se aplica escala verbal numérica en donde usuaria refiere un 8 en la intensidad del dolor a nivel de su cadera, se observa leve edema a nivel de muslo, no rubor, no calor, no equimosis
- 11. Estabilidad en la marcha: Si No Alteración del equilibrio: Si No Usa dispositivos Si No Cuales _____

No posee estabilidad en la marcha, tiene alteración en el equilibrio y utilizaba dispositivos para movilizarse. Se realiza medición de miembros inferiores en el cual MID 80 cm MII 75 cm observando que hay un acortamiento del miembro afectado a demás presenta movilidad reducida. No puede flexionar ni realizar extensión, no abducción, no aducción, no pronación, no supinación, no rotación, no hay amplitud de movimiento. Paciente al momento en espera de cirugía, pendiente que medico indique tracción cutánea

| 5.- PATRÓN SUEÑO-REPOSO | |
|----------------------------------|---|
| 1. | Generalmente ¿se encuentra descansado y preparado para las actividades de la vida diaria después de Dormir? Sí No X Explique: <u>La usuaria menciona que generalmente se encuentra cansada y no preparada para las actividades del día siguiente debido a que siempre tiene dolor y los ruidos dentro del hospital</u> ¿Cuántas horas duerme diariamente? <u>7 horas</u> |
| 2. | ¿Concilia bien el sueño? Sí No X ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche? Sí X No |
| 3. | ¿Tiene pesadillas? Sí No X Frecuencia _____ |
| 4. | ¿Toma alguna sustancia para dormir? Sí X No Tipo: _____ |
| 5. | ¿Tiene períodos de descanso durante el día? Sí X No tiempo: <u>2 Horas diarias</u> |
| 6. | Bostezo con frecuencia Sí X No Presencia de ojeras Sí X No Se observa somnoliento(a) Sí X No |
| 7. | ¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño? Sí No X Explique: <u>No es el adecuado debido al dolor, el ruido y la luz</u> |
| 6.- PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO. | |
| 1. | ¿Tiene dificultad para oír? Sí X No ¿Ayudas? Sí No X Agudeza auditiva Normal Disminuida X <u>Se realizan diferentes pruebas para identificar su agudeza visual, se observa cavidad auditiva con poca higiene</u> |
| 2. | ¿Tiene dificultad para ver correctamente? Si X No ¿Usa lentes? Si No X |
| 3. | ¿Cuándo se hizo la última revisión? <u>No lo recuerda</u> Agudeza visual: <u>Se realiza campimetría dando como resultado campo temporal O.I. 30 y O.D 10. campo superior O.I. 35 y O.D 10., campo inferior O.I. 30 y O.D 10., usuaria identifica las siluetas de los objetos hasta un metro de distancia, en ojo derecho se observa cornea con poca transparencia, a una distancia de 2 metros no logra identificar a personas ni objetos</u> |
| 4. | ¿Tiene alteraciones en los sentidos?: <u>En la cavidad oral se observa mala higiene, presenta halitosis, con pérdida de piezas dentales de primer y segundo premolar, incisivo central se observa quebrado</u> Del gusto Sí No X El olfato Sí No X Las sensaciones táctiles Sí No X Explique _____ |
| 5. | VALORACION DE PARES CRANEALES: <u>Se realiza prueba de sabores la paciente identifica todos los sabores salados, acido, amargo, dulce. en el olfato, se le pide a la paciente que identifique olores es capaz de identificar olores agradables y desagradables, al tacto no presenta dolor.</u> |
| 6. | ¿Le es difícil centrar la memoria? Sí X No ¿Le es difícil concentrarse? Sí X No <u>Explique la usuaria refiere que sí qué se le olvidan algunas cosas</u> |
| 7. | ¿Siente dolor? Sí X No ¿sitio, tipo, características? <u>Refiere dolor como malestar fisico a la movilización por la fractura de cadera</u> |
| 8. | ¿Siente malestar físico? Sí X No ¿sitio, tipo, características? <u>A la movilización a nivel de la cadera</u> |
| 9. | ¿Cómo y cuándo disminuye? <u>Solo disminuye cuando le cumple el medicamento para el dolor (tramadol 50 mg C/8 horas), usuaria refiere dolor aumentado se aplica escala verbal numérica en donde usuaria refiere un 8 en la intensidad del dolor a nivel de su cadera.</u> |
| 10. | Presenta gestos faciales por dolor o cambios posturales frecuentes Sí X No Explique: <u>Durante la movilización</u> |
| 11. | Estado de la conciencia: Sí X No <u>Se encuentra consciente</u> Orientación Sí X No <u>En tiempo lugar y persona</u> |
| 7.- PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN | |
| 1. | ¿Cómo se describe a sí mismo? <u>Se siente alegre, tranquila, y bien consigo misma</u> |
| 2. | ¿Cómo se siente consigo mismo? Muy bien Bien X Mal Explique: _____ |

3. ¿Se han producido cambios en su cuerpo? Sí No ¿Cómo los ha afrontado? Explique: Se han producido cambios en su cuerpo los cuales los ha afrontado con tristeza por no poder hacer nada al respecto
4. ¿Ha habido cambios en sus sentimientos hacia sí mismo o hacia su cuerpo desde que comenzó la enfermedad?
Sí No Explique: Se siente un poco triste por su estado de salud actual, no se observan facies de tristeza, por su diagnóstico médico no puede levantarse ni sentarse refiere que eso le genera impotencia
5. ¿Hay cosas que le hacen enfadar frecuentemente? Sí No ¿Cuáles? _____
6. ¿Le hacen sentir miedo? Sí No ¿Le producen ansiedad? Sí No Explique: _____
7. ¿Suele estar con ansiedad o depresivo? Sí No Explique: Se siente mal porque su hermano el cual tiene 65 años se encuentra solo en casa y ella es quien le hacía compañía y eso le genera periodos de desesperanza además de su enfermedad.
8. ¿Tiene periodos de desesperanza? Sí No Explique: Su enfermedad y la no compañía de su hermano le generan periodos de desesperanza

8.- PATRÓN ROL-RELACIONES

1. ¿Vive solo? Si No ¿En familia? Si No
2. ¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar 2 Personas y quienes son Papá Mamá Hermana/s
Hermano/s Esposa/o Hija/s Hijo/s
Otros _____
3. ¿Cómo es su relación con ellos Muy bien Bien Regular Mala
4. ¿Qué tipo de apoyo recibe de su familia durante la enfermedad/ hospitalización? Acompañamiento por parte de su hijo
5. ¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual? Explique: Sus familiares se mantienen preocupados debido a su estado de salud
6. ¿La familia depende de usted económicamente? Sí No
7. ¿Hay problemas de relación en el trabajo? Si No ¿En el lugar de estudios? Si No
8. ¿Hay satisfacción con las tareas que se realiza en su trabajo o estudio? Si No
9. ¿Pertenece a algún grupo social? Si No Tipo: Menciona asistir a la iglesia evangélica y que comunicarse con Dios le ayuda a sobrellevar muchas situaciones
10. ¿Tiene amigos? Si No ¿Cómo se relaciona con ellos? Explique Su relación es buena
11. ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece? Si No Explique _____
12. Comprende el lenguaje Si No Estado del habla: Normal Afasia Dísfemia Dislexia Disartria

9.- PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

1. ¿A qué edad apareció la menarquia? 13 Años y ¿La menopausia? 48 Años
2. ¿Cómo es el periodo menstrual? Regular Irregular
- Sangrado Transvaginal Normal Moderado Severo
 - Acompañado de dolor Sí No leve moderado severo

| |
|---|
| 3. ¿Ha habido embarazos? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuantos <u>3</u> ¿Ha habido abortos? Sí No <input checked="" type="checkbox"/> Cuantos _____ |
| 4. ¿Algún problema relacionado con la reproducción? Sí No <input checked="" type="checkbox"/> Cuales: _____ |
| 5. ¿Utiliza métodos anticonceptivos? Sí No <input checked="" type="checkbox"/> Tipo _____ |
| 6. ¿Problemas ocasionados por su utilización? Sí No <input checked="" type="checkbox"/> ¿cuáles? _____ |
| 7. ¿Ha Realiza su citología Sí No <input checked="" type="checkbox"/> Frecuencia <u>No recuerda</u> ¿Ultimo resultado? <u>No recuerda</u> Colposcopia Crioterapia Cono quirúrgico Histerectomía Fecha: |
| 8. ¿Realiza auto examen mamario? Sí No <input checked="" type="checkbox"/> Frecuencia _____ |
| 9. ¿Se ha realizado chequeo de climaterio? Sí No <input checked="" type="checkbox"/> Frecuencia _____ Mamografía Ultrasonografía de mama |
| 10. ¿Realiza auto examen testicular? Sí No Frecuencia _____ |
| 11. ¿Ha realizado examen de próstata? Sí No Frecuencia _____ |
| 12. ¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales? Sí No |
| 13. ¿Las relaciones sexuales son satisfactorias? Sí No ¿Por qué? _____ |
| 10.- PATRÓN DE AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS. |
| 1. ¿Se ha producido algún cambio importante en su vida en el últimamente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Explique: <u>Fractura de cadera</u> |
| 2. ¿Este cambio le ha provocado alguna crisis emocional o física? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Explique: <u>Si le ha provocado crisis tanto emocionales como físicas, me siento frustrada por mi condición de salud.</u> |
| 3. ¿Tiene a alguien cercano al que puede contar sus problemas con confianza? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Quien: <u>Su hijo</u> |
| 4. ¿Lo hace cuando es necesario? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Cómo trata los problemas cuando se presentan? <u>Refiere que en situaciones difíciles de su vida solo se resigna al momento de afrontarlas</u> |
| 11.- PATRÓN VALORES-CREENCIAS |
| 1. ¿La religión es importante en su vida? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No ¿Le ayuda cuando surgen dificultades? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar? Sí No <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general? Sí No <input checked="" type="checkbox"/> Explique _____ |
| 4. ¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte? <u>Refiere que al final a todos les llega su día de muerte.</u> |

2. Formulario de examen físico.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERIA
GUIA PARA LA VALORACION FISICA**

Datos de identificación:

Nombre escribir iniciales M.J. E. VDA M Edad 72 años. Sexo femenino.

Dirección: Colonia las moras, avenida los reyes pasaje ángel casa # 10, Colon la libertad. U R__

APARIENCIA GENERAL:

Signos vitales: Pulso 81^{X1} Temperatura 36.1° Respiración 16^{X1} P.A: 130/80 mmHg Peso: 65 kg Talla. 1.56 cm IMC 26.71 kg/m Sobre peso: X Obesidad: grado: __, __, __, __

Constitución: Delgado__ Obeso__ Normal

Edad aparente: 72 años Edad Real: 72 años

Menor que la cronológica __ Mayor que la cronológica__ Igual que la cronológica

Conformación: Normal Simétrica__ Hipertrofia__ Mutilada__

Características del lenguaje: son fluido y con coherencia,

Postura: posición supina.

Presentación personal: se observa con buena higiene, pero **al momento de hablar el paciente se observa pérdida de piezas dentales.**

Grado de cooperación: Buena Deficiente__

Evidencia de enfermedad: **Usaria con diagnóstico de fractura de cadera izquierda.**

CABEZA INSPECCION

Simetría: Normal Asimétrica__

Forma: Redonda Ovalada__

Tamaño: Normal Micro cefálico__ Macrocefálico__

Distribución del pelo: Simétrico Asimétrico__

Presencia de parásitos: Si__ No Tipos:_____

Cabello y cuero cabelludo:

Higiene: Limpio Sucio__

Características del cabello Grueso Fino__ Sedoso__ Brillante Opaco__ Reseco__

Seborrea: Si__ No

Presencia de cicatrices: Si__ No Descripción:_____ **PALPACION**

Características del cabello Grueso Fino__ Sedoso Reseco__ Alopecia

Sensibilidad: Si__ No Región: _____

Masas: Si__ No Región: _____ Tamaño: _____

Implantación del pelo: Normal Desprendible__

Depresiones o Hundimientos Si__ No Región: _____

CARA INSPECCION: Forma: Redonda Alargada__ Aplanada__

Volumen proporcional al resto del cuerpo: Si No__

Simetría: Normal Asimétrica__ Facies: Normal__ Otra **se observa facies de dolor**

Piel, Integridad: Si No__ Color **trigueña** Transpiración: Normal Anormal__

Lesiones por acné: Si__ No Región: _____

Nevus vascular: Si__ No Región: _____

Cicatrices: Si__ No Región: _____

Vello facial: Si No__ características: Grueso__ Fino

Movimientos involuntarios: Si__ No Edema: Si__ No

Características del Edema: con fóvea si__ no__ Región donde localiza el edema: _____

Clasificación del edema +____ ++____ +++____ ++++_____

CARA PALPACIONTemperatura: Normal Aumentada ___ Disminuida ___Sensibilidad: Si No ___Masa: Si ___ No Región: _____Palpación de pulso arterial temporal. Si No ___ pulso facial: 68X1

Evalúa VII par Craneal (nervio facial): se observa simetría en los movimientos en la cara

Movimientos de la cara (muecas) movimientos de la cara normales

Dolor y tumefacción en glándulas parótidas: Si ___ No **OJOS INSPECCION****Cejas** implantación Buena Desprendibles ___ Integridad: Si No ___Simetría: Si No ___**Higiene:** se observa con buena higiene.**Parpados**Integridad: Si No ___Simetría: Si No ___**Higiene:** se observa con buena higiene.Oclusión normal: Si No ___Posición de los bordes normal: Si No ___ Integridad: Si No ___Rima palpebral Normal: Si No ___ Saco lagrimal: Normal: **Higiene:** se observa con buena higiene.**Pestañas o cillas** Implantación Buena Desprendibles ___ Simetría:

Higiene: con buena higiene tipo y forma de rizo: rizo hacia afuera.

Reflejo Superciliar: Normal: Aumentado: ___ Disminuido: ___Eversión de parpados: Se visualiza glándulas lagrimales: Si No ___ Se visualizan conductos lagrimales. Si No ___ Hallazgos: _____Ptosis palpebral: Si ___ No **Conjuntiva** Palpebral: Normal (coloreada) Pálida ___ Integridad Si No ___Humedad: Si No ___ Bulbar Color Normal: Si No ___Cuerpos extraños: Si ___ No Descripción: _____Pterigion: Si ___ No Descripción: _____Humedad: Si No ___**Esclerótica** Integridad: Si No ___ Color Blanco Amarilla _____

Otros _____

Cornea Integridad: Si (O.D) No ___ Transparencia: Si (O.D) No ___ (en ojo derecho se observa cornea con poca transparencia)Sensibilidad: Si ___ No **Iris:** Integridad Si No ___ Color cafeAumentado: ___ Disminuido: **Cristalino** Transparencia: Si No ___**Pupilas**Forma Redonda: Si No ___ Descripción: _____ Simetría: si no ___Anormalidades: Reflejos de acomodación. Si No ___ Normal: Reacción a la luz. Directa y consensual a la luz. Si no ___ anormalidades _____Percepción de luz: si no ___

Identifica color: si identifica colores, Pero ya a una distancia de 2 metros no logra identificar a personas ni objetos.

OJOS PALPACION:Masas: Si ___ No Descripción: _____Dolor: Si ___ No **II PAR ÓPTICO Pruebas Agudeza visual:** O.D. 1 metros O.I.2 metrosAgudeza visual cercana Uso de lentes: Si ___ . No

Campos visuales (Campimetría): **campo temporal O.I 30 cm y O.D 10 cm.** campo superior **O.I. 35 y O.D 10 cm** Campo inferior **O.I. 30 y O.D 10 cm** campo nasal **O.I. 32 y O.D 10 cm** anomalías **usuaria identifica las siluetas de los objetos hasta un metro de distancia,** identificación de colores: Si **X** No _____

Cuales colores identifica: Rojo **X** Azul **X** Amarillo **X** Verde **X** Morado **X**

Observaciones: identifica de forma correcta los colores.

III PAR. NERVIIO OPTICO (se incluye VI PAR ABDUCENS):

6 Movimientos oculares: Si **X** No ___ Desviaciones: Si ___ No **X**

Descripción de hallazgos: encontrando simetría en los movimientos de ambos ojos. V par trigémino reflejo corneal normal presente

IV PAR TROCLEAR: Movimiento de globo ocular:(hacia arriba, abajo, lateralmente)

V PAR TRIGEMINO: RAMA OFTALMICA

Reflejo corneal: Si **X** No ___ Normal: **X** Aumentado: _____ Disminuido: ___

Sensibilidad de la piel de la cara y mucosa nasal: al momento todo normal.

OIDOS INSPECCION

Pabellón auricular

Implantación con buena Integridad: Si **X** No ___

Simetría: Si **X** Asimetría ___ Tamaño: Normal **X** Grandes ___ Pequeñas ___

Higiene: **se observa con poca higiene.**

OIDOS PALPACION

Pabellón auricular

Consistencia Normal: Si **X** No ___ Sensibilidad: Si ___ No **X**

Movilidad Normal: Si **X** No ___ Temperatura Normal: Si **X** No ___

Observaciones: sin ninguna anomalía

distancia a la que se escucha a tres metros.

Otoscofia Meato acústico externo

Características de la piel: Lisa **X** Integra **X** Con vellosidades **X**

Secreciones Si **X** No ___ se visualiza membrana timpánica si ___ no **X**

Características: **con poca presencia de secreciones**

VIII. PAR AUDITIVO rama coclear Prueba de audición :tipo de prueba realizadas:

Prueba de reloj: Normal: **no escucha** Roce de cabello: **no escucha** Normal: _____

Susurro: Normal: **X** chasquido de dedos Normal: Si **X** No ___

Observaciones: susurro normal, chasquidos de dedos lo escucha a 20 centímetros

Pruebas Aéreas y Oseas Normal _____ Si ___ No ___

Observaciones: _____

Diapasón (si lo utiliza) prueba de Rinne _____ Prueba de Weber: _____

NARIZ INSPECCION Y PALPACION

Nariz Externa:

Forma: Alargada **X** Achatada ___ Respinga: Tamaño proporcional a la cara: Si **X** No ___

Posición del tabique Recto **X** Desviado ___ Simetría: Si **X** No ___

Características de la piel: integra.

Permeabilidad de las fosas nasales: Si **X** No ___ Sensibilidad: Si ___ No **X**

Crepitaciones: Si ___ No **X**

Masas: Si ___ No **X** Región: _____ Tamaño _____

Fosas nasales:

Vestíbulo nasal normal: Si **X** No ___ color: rosado

Mucosa nasal:

Color: Normal **X** Pálida ___ Hiperémica ___ Edematosa ___

Integridad: Normal **X** Lesiones ___ Masas ___

Tabique nasal

Simetría: Si **X** No ___

Secreciones: Si ___ No **X** Unilateral: _____ Bilateral: _____

Tipo de secreciones: sin presencia de secreciones

Color _____

**SENOS PARANASALES
INSPECCION**

SENOS PARANASALES: INSPECCIÓN Y PALPACION Y PERCUSION

Seno maxilar. Seno frontal.

Senos etmoides y esfenoidal.

Tabique nasal (Transiluminacion). Normal. Alterado Senos para nasales (Transiluminacion). Normal.

Alterado. ___

Edema Si ___ No Observaciones: _____

PALPACION Y PERCUSIÓN:

Dolor: Si ___ No Región: _____

I PAR OLFATORIO

Olores que identifica: identificar olores agradables y desagradables.

Anormalidades: sin ninguna anomalía.

Realiza pruebas específicas de olores agradables y desagradables. Identifica olores: Si No ___ cuales

olors identifica: loción, jarabe

Dolor: Si ___ No Región: _____ Hallazgos anormales:

OROFARINGE INSPECCION

Aspecto facial **con mal higiene, presenta halitosis** Respiración oral Si ___ No

Estado de maxilar: Normal Si No ___ Labios: Simetría Asimetría ___

Tamaño proporcional de la cara: Si No ___

Color: Rosado Otro color ___ Humedad Si No ___

Integridad: Si No ___ Sensibilidad: Si ___ No

Mucosa: Color normal Si No ___ Humedad Si No ___ Integridad Si No ___

Dientes y encías: Integridad: Si ___ No ___

Presencia de caries:(ubicación de piezas) **con pérdida de piezas dentales de primer y segundo premolar, en incisivo central se observa quebrado**

Lengua: simétrica: Si No ___ Tamaño normal Si No ___

Integridad Si No ___

Paladar

Color normal Si No ___ Integro Si No ___

Movimiento Si No ___ Úvula Integridad Si No ___

Movilidad Si No ___

Arcos palatoglosos y palatofaríngeos Color rosado Enrojecidos ___ Lisos ___

Tonsilas o amígdalas Tamaño Normal Agrandadas ___

Color Rosado Enrojecidas ___ Integridad Lisas Crípticas ___ Supurativas ___

Pared posterior de la faringe

Color rosado intenso Rojo intenso ___ Integridad Lisa Granulosa ___

Secreciones Si ___ No Características _____

V PAR CRANEAL: RAMA MANDIBULAR Músculos de la masticación y sensibilidad de la cara: aprieta los dientes o (Solicitar que muerda un baja lenguas)

normal SI NO ___

XII. PAR HIPOGLOSO: PROYECCION DE LA LENGUA: pedir que saque la lengua en la línea media y la mueva a los lados:

Posición centrada: Si No ___

Movimientos: Si No ___

VII. PAR FACIAL (EXPRESION FACIAL) Solicitar que: sonrie: Si No ___ levanta las cejas: :

Si No ___ frunza el ceño: Si No ___ infle la mejillas: : Si No ___

Cierra los ojos fuertemente: Si No ___

Identifica cada área de la lengua los sabores Reconoce sabor dulce: Si No ___

Salado: Si No ___ ácido: Si No ___ amargo: Si No ___

IX. GLOSAFARINGEO y X PAR VAGO: se evalúan juntos

Ix par: capacidad de deglutir: Si No
 Reflejo nauseoso: presente Si No Úvula móvil y centrada: Si No
 Movimientos de la lengua: (Hacia arriba, abajo, a los lados)

X-PAR: valoración de las cuerdas vocales: valorar la ronquera

Observaciones: movimientos de la lengua normales.

CUELLO INSPECCION

Piel: Hiperpigmentación Hipopigmentación
 Lesiones Si No
 Cicatrices Si No
 Simetría Asimetría Desarrollo muscular Normal Si No
 Masas Si No
 Pulsaciones Si No
 Movimientos Flexión Si No
 Extensión Si No
 Rotación Si No
 Inclinación Si No

CUELLO PALPACION

Temperatura normal Si No Sensibilidad Si No
 Masas Si No Características _____
 Pulso Carotídeo Normal Si No
 Glándulas tiroideas normal Agrandada
 Tráquea
 Simetría Asimetría Masas Si No

XI. PAR ACCESORIO (ESPINAL) movimiento de cabeza, encoger los hombros.

Contra resistencia de cuello y hombros: Si No

Realizarlo a ambos lados: observaciones: lo realiza sin ninguna anormalidad.

TORAX INSPECCION

Estado de nutrición y desarrollo músculo esquelético.
 Normal: Desnutrido: _____ Obeso: _____ Grasosa: _____ Normal:
 Estado de la piel: Contextura lisa: Seca: _____
 Distribución de pelo Abundante: _____ Escaso:
 Color: Hipo pigmentación: _____ Hiperpigmentación: _____
 Integridad: Lesiones: Si No cicatrices: Si No
 Forma de tórax Elíptica: Tórax de pichón: _____ Pecho escavado: _____
 Simetría. Escapulas. Simétricas: Asimétricas: _____
 Clavículas. Simétricas: Asimétricas: _____
 Hemitórax Simétrico: Asimétrico: _____
 Hombros. Simétricos: Asimétricos: _____
 Respiración. Tipo Torácica: Diafragmática: _____
 Frecuencia: 16 Por minuto Ritmo Regular: Irregular: _____
 Profundidad: Normal: Aumentado: _____ Disminuido: _____
 Columna vertebral: Cifosis: Si No Lordosis: Si No Escoliosis: Si No

PALPACION

Sensibilidad: Si No Presencia de masas: Si No
 Temperatura: Normal: Aumentado: _____ Disminuido: _____
 Pulsaciones: Si No textura de la piel: Normal: Seca: _____ Grasosa: _____
 Frémito vocal. Presente: Aumentado: _____ Disminuido: _____ Ausente: _____
PERCUCIÓN Sonido: resonante: mate: _____ otros: _____
 Ubicación de sonidos anormales: no se escuchan ruidos anormales.

AUSCULTACION

Ruidos pulmonares: un sonido resonante en ambos pulmones

Auscultación de la tráquea: ruido normal bronco vesicular

CORAZÓN INSPECCION Y PALPACION

Punto de máximo impulso

Localización: borde inferior izquierdo

Visible o palpable: Si No Preciso: Difuso: **PERCUCIÓN****AUSCULTACIÓN**

Frecuencia cardíaca características: Frecuencia: 80 por minuto.

Ritmo. Regular: Irregular: Intensidad Fuerte: Suave: 1° Foco aórtico (2° EID). Normal: Anormal: 2° Foco pulmonar (2° EII) Normal: Anormal: 4 Foco tricúspide (4° EI II) Normal: Anormal: 5° Punto de máximo impulso (5° E II) Normal: Anormal:

Describir Hallazgos sin ninguna anomalidad.

MAMAS Y AXILAS INSPECCIÓNPiel: Color uniforme Descoloramiento Hiperpigmentacion Tamaño: Igual Desigual Presencia de retracciones: Si No Areolas: Redondas Asimétricas: Color uniforme: Si No Presencia de glándulas sebáceas: Si No

Forma de pezones forma del pezón plano

Hallazgos anormales: sin ninguna anomalidad.

MAMAS Y AXILAS PALPACIÓNPezones invertidos: Si No Presencia de secreciones: Si No Axilas presencia de ganglios linfáticos: Si No Presencia de áreas dolorosas: Si No Presencia de masas: Si No

Forma o tipo de mama: Estadio: Tipo: asimétricas

Examen de mamas: técnica utilizada: Técnica utiliza de parilla.**ABDOMEN INSPECCION**Color uniforme: Si No Presencia de lesiones: Si No Presencia de cicatrices: Si No Contorno redondeado: Plano globoso Distendido Movimientos simétricos: Si No pulsación aorta abdominal: Si No **ABDOMEN AUSCULTACIÓN**Peristaltismo: Si No frecuencia por minuto: 4Ruido intestinal audible: Si No Soplos arteriales presentes: Si No Ruidos peritoneal presente: Si No Pulsación aórtica presentes: Si No **ABDOMEN PERCUSIÓN**

Percusión del colon y vísceras:

Hígado: sonido mate Bazo: sonido mate Estomago: timpánico Riñón:

ABDOMEN PALPACIÓN SUPERFICIAL cuadrante inferior derecho.Presencia de dolor: Si No Presencia de masas: Si No Abdomen relajado: Si No Hígado palpable: Si No

Vejiga Urinaria palpable: Si **X** No ___ Distensión: Si ___ No **X**

ABDOMEN PALPACION PROFUNDA CUATRO CUADRANTES:

Presencia de dolor: Si ___ No **X** Presencia de masas: Si ___ No **X**

GENITALES FEMENINOS

INSPECCIÓN: Distribución de vello púbico Simétrico: Si **X** No ___

Presencia de lesiones: Si ___ No **X** Presencia de parásitos: Si ___ No **X**

Presencia de flujo vaginal: Si ___ No **X**

PALPACION:

Ganglios linfáticos palpables: Si ___ No **X** Presencia de dolor: Si ___ No **X**

Presencia de masas: Si ___ No **X**

MUSCULOS ESQUELETICO

INSPECCION: SIMETRIA

POSICION DINÁMICA:

Marcha: Normal: Si ___ No **X** Observaciones: **no puede caminar, por fractura de cadera.**

Cojera antálgica: Si ___ No ___

POSICION ESTÁTICA: simetría , higiene

Cabeza normal: Si **X** No ___

Cuello normal: Si **X** No ___

Hombros: Posición normal: Si **X** No ___ Simétrico: **X** Asimétrico: ___

Clavícula: Posición normal: Si **X** No ___ Simétrico: **X** Asimétrico: ___

Escapulas. Posición normal: Si **X** No ___ Simétrico: **X** Asimétrico: ___

Columna Si **X** No ___

Miembros superiores. Posición normal: Si **X** No ___ Simétrico: **X** Asimétrico: ___

Caderas. Posición normal: Si ___ No **X** Simétrico: ___ Asimétrico: **X por fractura de cadera izquierda.**

Extremidades inferiores. Posición normal: Si ___ No **X** Simétrico: ___ Asimétrico: **X acortamiento de 6 centímetros en comparación de miembro inferior derecho**

PALPACIÓN SUPERFICIAL

Temperatura: Normal: **X** Frialdad: _____

Características de la piel: Color: no equimosis, no cianosis

Tono muscular: Normal: **X** Hipotónico: _____ Hipertónico: _____

Dolor: Si **X** No ___

Edema: Si **X** No ___

Características del Edema: con fóvea si **X** no ___ Región donde localiza el edema: **leve edema a nivel de muslo izquierdo**

Clasificación del edema + X ++ _____ +++ _____ ++++ _____

MEDICIONES

*Longitudinal: Real: MSD 65 cm MSI 65 **cm MID 81 cm MII 75 cm**

Aparente: MSD 55cm MSI 55 cm MID 76 cm MII 70 cm

* Circunferenciales:

Perímetros en: Pliegue poplíteo: D 42 cm I 42 CM

Punta de olécranon: D 23 cm I 23 cm

FUNCIÓN

Movilidad activa: **En miembro inferior izquierdo Función movilidad reducida, por fractura.**

Movilidad pasiva:

Flexión: Normal: M.I.D Reducido: **M.I.I** Simétrico: ___ Asimétrico: **X**

Extensión: Normal: M.I.D Reducido: **M.I.I** Simétrico: ___ Asimétrico: **X**

Abducción: Normal: M.I.D Reducido: **M.I.I** Simétrico: ___ Asimétrico: **X**

Aducción: Normal: M.I.D Reducido: **M.I.I** Simétrico: ___ Asimétrico: **X**

Pronación: Normal: M.I.D Reducido: **M.I.I** Simétrico: ___ Asimétrico: **X**

Supinación: Normal: M.I.D Reducido: **M.I.I** Simétrico: ___ Asimétrico: **X**

Rotación: Normal: M.I.D Reducido: **M.I.I** Simétrico: ____ Asimétrico: **X**
 Amplitud del movimiento: Normal: M.I.D Reducido: **M.I.I** Simétrico: ____ Asimétrico: **X**
 Desarrollo Muscular: Normal: **X** Reducido: ____ Simétrico: ____ Asimétrico: ____
 Medicion de la Fuerza muscular:

Pruebas de fuerza muscular: no hay amplitud de movimiento, refiere dolor a la palpación el momento de la evaluación debido a la fractura de cadera.

VASCULAR PERIFÉRICO

INSPECCION

Aspecto general:

Cianosis: Si ____ No **X** Región: _____

Varices: Si ____ No **X** Región: _____

Micro varices: Si ____ No **X** Región: _____

Ulceras: Si ____ No **X** Región: _____

Lesiones: Si **X** No ____ Región: **Al palpar presenta dolor en extremidad inferior izquierda, a nivel del muslo.**

PALPACION

Dolor en extremidades inferiores: Si **X** No ____

Fóvea presente: Si **X** No ____ Región: **a nivel del muslo izquierdo**

Valoración del edema: 0 ____ 1+ **X** 2+ ____ 3+ ____ 4+ ____

Llenado capilar: Mas de tres segundos: _____ Menos de tres segundos: **X**

Pulsos periféricos presentes: Si **X** No ____

Pulsos palpables según escala: 0 ____ 1+ **X** 2+ ____ 3+ ____

Diaforesis: Si ____ No **X** Signos de Tromboflebitis: Si ____ No **X**

Varices: Si ____ No **X** Micro varices: Si ____ No **X**

Perfusión tisular: ver ficha de enfermería.

AUSCULTACION

Detección de soplos arteriales anormales: Si ____ No **X**

Descripción de hallazgos _____

NEURÓLOGICO

ESFERA MENTAL

Conciencia: Alerta: **X** Somnolencia: ____ Orientación: Tiempo: Si **X** No ____

Persona: Si **X** No ____ Lugar: Si **X** No ____

Juicio: Conservado **X** Alterado ____

Pruebas de memoria: se realizaron pruebas de memoria preguntándole las cosas que realizo en el día anterior

Pruebas de lenguaje: usuaria repita palabras sin ninguna dificultad.

SENSIBILIDAD

Sensibilidad Superficial:

Al tacto fino en zonas simétrica: Normal: **X** Hipoestesia: _____

Hiperestesia: _____ Anestesia: _____

Sensibilidad al dolor: percibe el dolor (el usuario percibe el roce romo o afilado en las diferentes partes)

normal **X** disminuido _____ no percibe _____

Sensibilidad a la temperatura si **X** no _____

Sensibilidad a la posición. En dedo medio de la mano o pulgar del pie.(solicitar al paciente que cierre los ojos ,mover dedo hacia arriba/lado y que identifique la posición)

Lo describe correctamente usuaria lo realiza de manera correcta.

Sensibilidad Fina descripción táctil:

Discriminación de 1 o 2 puntos estimular la piel con un objeto afilado simultáneamente y luego solo un lado)

los identifica ambos lados **X** solo un lado _____

Esterio gnosis: reconoce un objeto: Si **X** No ____

Grafestesia: Reconoce un dibujo como la palma de su mano: Si **X** No ____

PRUEBAS DE EQUILIBRIO Y COORDINACIÓN:

Se Camina en línea recta: **paciente que no camina en línea recta mantiene el reposo absoluto por fractura**
 Prueba de romberg de pie con los pies juntos y brazos a los lados. **prueba de romberg no lo puede realizar**
 Parado en un solo pie con los ojos cerrados: **no realizada por afección**

Marcha: talón –punta _____ en puntillas _____ o talones **marcha talón punta no realizada por afección**

Motoras finas:

Dedo-nariz si realiza.

Movimiento de supinación-pronación sobre rodillas/o: **no lo realiza por afección**

Dedo –nariz y a dedo enfermera **usuaria lo realiza sin ninguna dificultad**

Dedo a dedo **usuaria lo realiza sin ninguna dificultad**

Dedo a pulgar (misma manos hacerlo en ambas manos) **usuaria lo realiza sin ninguna dificultad**

Pruebas en miembros inferiores:

Talón espinilla no lo realiza por afección

dedo gordo del pie a dedo de la enfermera usuaria solo puede realizar de miembro inferior derecho

REFLEJOS PROFUNDOS U OSTEOTENDINOSOS:

Superciliar: Normal: X Aumentado: _____ Disminuido: _____

Masetero: Normal: X Aumentado: _____ Disminuido: _____

Bicipital: Normal: X Aumentado: _____ Disminuido: _____

Tricipital: Normal: X Aumentado: _____ **Disminuido: M.I.I.**

Patelar: Normal: _____ Aumentado: _____ **Disminuido: M.I.I.**

Aquiliano: Normal: _____ Aumentado: _____ **Disminuido: M.I.I.**

Braquiorracial: Normal: _____ Aumentado: _____ Disminuido: _____

REFLEJOS SUPERFICIALES O CUTANEOMUCOSOS:

Corneal: Normal: X Aumentado: _____ Disminuido: _____

Cutáneo Abdominal: Normal: X Aumentado: _____ Disminuido: _____

Cremasterico: Normal: X Aumentado: _____ Disminuido: _____

Plantar: Normal: X Aumentado: _____ Disminuido: _____

Valoracion de pares craneales

| PAR | NOMBRE | PRESENTE | AUSENTE | HALLASGO |
|------|-----------------------------|----------|---------|----------|
| I | OLFATORIO | X | | |
| II | OPTICO | X | | |
| III | OCULOMOTOR | X | | |
| IV | TROCLEAR/PATETICO | X | | |
| V | TRIGEMINO | X | | |
| VI | OCULOMOTOR EXTERNO /ABDUCEN | X | | |
| VII | FACIAL | X | | |
| VIII | AUDITIVO | X | | |
| IX | GLOsofaríngeo | X | | |
| X | VAGO | X | | |
| XI | ESPINAL | X | | |
| XII | HIPOGLOSO | X | | |

3. Fotografías.

Evidencias de contacto con usuaria a quien se aplico proceso enfermero.



Usuaría en su casa, en su silla de ruedas ya estable



Entrevista a usuaria



Realización de preguntas a usuaria para conocer sobre su estado de salud posterior a su hospitalización,