

ESTUDIO DE CASO

Proceso enfermero en un adulto mayor con fractura peritrocantérica bajo la teoría de síntomas desagradables

Nursing process in an older adult with peri-trochanteric fracture in light of the theory of unpleasant symptoms

Blanca Selene Muñoz-Zacarias¹, Isai Arturo Medina-Fernández¹, María Magdalena Delabra Salinas¹, Martín Pantoja-Herrera², Josué Arturo Medina Fernández³

RESUMEN

Introducción. La fractura de cadera se considera la complicación más grave en términos de morbilidad y carga económica en la población de edad avanzada. Además, este tipo de fractura incrementa la probabilidad de sufrir efectos adversos significativos durante la hospitalización, lo que con frecuencia resulta en estancias hospitalarias prolongadas y un mayor riesgo de mortalidad.

Objetivo. Elaborar un plan de cuidados de enfermería dirigido a una persona adulta mayor con fractura peritrocantérica, enfocado en el cuidado integral para favorecer su rehabilitación y mejorar su calidad de vida.

Metodología. Se llevó a cabo un proceso de atención de enfermería en el área de reconstrucción articular de un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México, México. Para ello, se utilizó una valoración basada en la Teoría de los Síntomas Desagradables de Elizabeth Lenz y una evaluación geriátrica integral, obteniendo información del expediente clínico electrónico. El proceso de enfermería se aplicó a los tres diagnósticos prioritarios según las taxonomías NANDA, NOC, NIC. **Resultados.** La integración de una valoración geriátrica integral junto con un modelo de enfermería centrado en el paciente garantiza un enfoque holístico y completo tanto para la persona mayor como para su familia.

Conclusiones. En el transcurso de la hospitalización la paciente tuvo una recuperación lenta pero progresiva, gracias a las intervenciones precisas del equipo multidisciplinario se brindó el abordaje adecuado y puede llevar su rehabilitación en casa.

Palabras clave: Adulto mayor, Fracturas de cadera, Proceso de enfermería

ABSTRACT

Introduction. Hip fracture is considered the most serious complication in terms of morbidity and mortality and economic burden in the elderly population. In addition, this type of fracture increases the likelihood of significant adverse effects during hospitalization, often resulting in prolonged hospital stays and increased risk of mortality. **Objective.** To develop a comprehensive nursing care plan for an older adult with a peritrochanteric fracture, focused on comprehensive care to promote rehabilitation and improve quality of life.

Methodology. A nursing care process was carried out in the joint reconstruction area of a tertiary hospital in Mexico City, Mexico. For this purpose, an assessment based on Elizabeth Lenz's unpleasant symptom theory and a comprehensive geriatric evaluation was used, obtaining information from the electronic clinical record. The nursing process was applied to the three priority diagnoses according to the NANDA, NIC and NOC taxonomies. **Results.** The integration of a comprehensive geriatric assessment together with a patient-centered nursing model ensures a holistic and comprehensive approach for both the elderly person and his or her family. **Conclusions.** During hospitalization, the patient had a slow but progressive recovery, thanks to the precise interventions of the multidisciplinary team the appropriate approach was provided, and she can carry her rehabilitation at home.

Keywords: Elderly, Hip fractures, Nursing process

¹Universidad Autónoma de Coahuila. Facultad de Enfermería. Yucatán, México.

²Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Ciudad de México, México

³Universidad Autónoma de Quintana Roo. División de Ciencias de la Salud. Quintana Roo, México

Recibido: 25 de noviembre de 2024

Aceptado: 1 de abril de 2025

Publicado: 15 de julio de 2025

Correspondencia para el autor: Isai Arturo Medina Fernández. Calzada Francisco I. Madero 1237. Zona Centro. C.P. 25000. Saltillo, Coahuila, México. isai-medina@uadec.edu.mx

INTRODUCCIÓN

La enfermería se caracteriza por brindar cuidados basados en conocimientos y técnicas especializadas, lo que ha permitido desarrollar un método de trabajo propio: el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este proceso está compuesto por una serie de procedimientos lógicos, dinámicos y sistemáticos, orientados a ofrecer cuidados sustentados en evidencias científicas. Los profesionales de enfermería, a través del PAE, enfocan su labor en el cuidado humano, realizan diagnósticos, planifican, ejecutan y evalúan sus acciones, con énfasis en la integralidad, totalidad y seguridad del cuidado (1). Como profesionales de enfermería la misión es desarrollar estudios de caso que enriquezcan la práctica clínica, a su vez utilizarlos como herramientas que ayuden a comprender mejor los fenómenos de salud y a los pacientes en sus contextos, abordando problemas en situaciones reales (2).

Este artículo tiene como objetivo elaborar un plan de cuidados de enfermería dirigido a una persona adulta mayor con fractura pertrocanterica, enfocado en el cuidado integral para favorecer su rehabilitación y mejorar su calidad de vida.

La Valoración Geriátrica Integral es un enfoque innovador en enfermería, que permite una evaluación completa de la persona mayor. Esta evaluación combina modelos de cuidado y herramientas especializadas como las escalas de valoración geriátrica. Esta metodología favorece una atención centrada en el

paciente, orientada a preservar su capacidad funcional y a detectar de manera temprana los síndromes geriátricos. Lo que contribuye a mejorar la calidad de vida del adulto mayor y a promover un envejecimiento saludable.

El envejecimiento es un proceso que conlleva alteraciones en los sistemas musculoesquelético, nervioso central y sensoriales (como el visual, vestibular y propioceptivo), lo que incrementa el riesgo de caídas. Las caídas son muy comunes y se han convertido en un grave problema de salud pública debido a los significativos costos económicos y funcionales que implican para las personas mayores y sus familias (3).

Para el 2021, aproximadamente un tercio de los adultos mayores a nivel mundial sufrió al menos una caída al año. La frecuencia de caídas aumenta con la edad y son detonantes de sentimientos y emociones negativas en quienes las padecen. Las caídas generan miedo, reducen la confianza, limitan actividades diarias y afectan la calidad de vida. Las tasas de caídas varían según el entorno, la edad y las condiciones de vida; sin embargo, son la segunda causa global de muerte en adultos mayores por lesiones accidentales (4).

El presente estudio de caso fue realizado en el área de Orto geriátrica en un hospital de tercer nivel de atención en la Ciudad de México. Se centró en una paciente femenina de 86 años con diagnóstico de fractura peri trocanterica de cadera, fractura metafisaria distal del radio y cubito derecho,

y de fragilidad capilar importante. Previo al incidente de caída era una adulta mayor independiente y funcional a pesar de las restricciones con las que enfrentaba relacionado con problemas de movilidad y el uso de aditamentos, la independencia previa al incidente fungió como factor de elección debido a que magnificaba el impacto en el bienestar del paciente tanto físico como psicológico, por último, la inquietud e interés de los familiares por brindar un cuidado adecuado al egresar del hospital.

La optimización del cuidado se logra mediante el (PAE), es fundamental la aplicación de modelos de enfermería, así como teorías de rango medio en la práctica clínica para realizar una valoración exhaustiva y precisa del paciente. Este proceso facilita el diagnóstico, la planificación e implementación de cuidados personalizados y la evaluación continua,

aplicando las taxonomías NANDA, NOC y NIC (5).

El presente estudio de caso tomó como referencia la teoría de rango medio “De los síntomas desagradables” desarrollada por Elizabeth Lenz donde su concepto principal es el síntoma, la experiencia de este o varios puede preceder y dar lugar a otro, experimentar un conjunto de estos puede llevar a una percepción mayor de la experiencia sintomática. El síntoma se conceptualiza en cuatro dimensiones relacionadas entre sí: intensidad, tiempo, angustia y calidad. Así mismo, refiere que la experiencia del síntoma se modifica por el origen de sus factores los cuales pueden ser fisiológicos, psicológicos y situacionales, que dan lugar a la consecuencia siendo este el resultado o efecto del síntoma sobre la capacidad del individuo, las cuales pueden ser cognitivas, motoras y de comportamiento social (6).

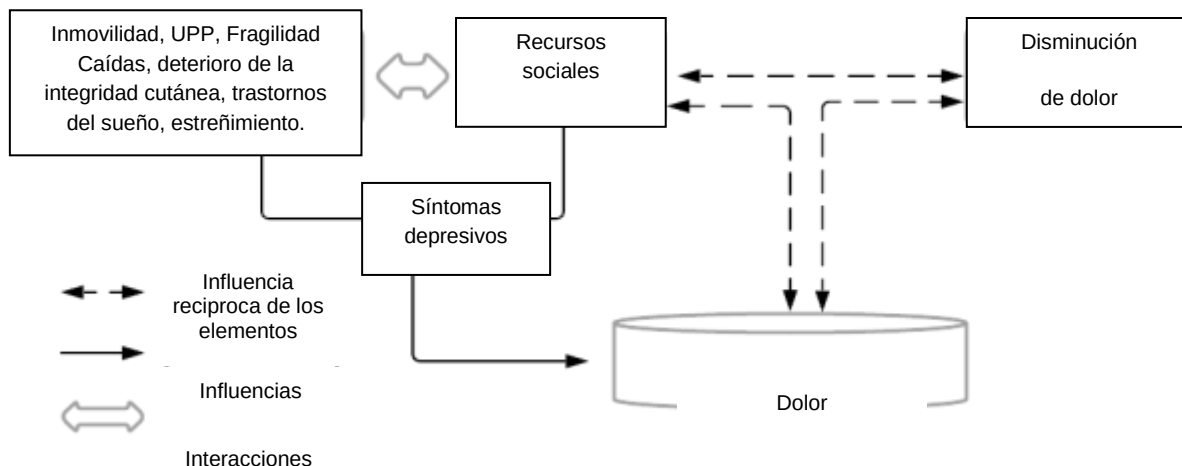


Figura 1. Modelo de la teoría de los síntomas desagradables aplicado al PAE. (7)

La aplicación de este modelo permitió identificar los factores que influyen en la

experiencia del síntoma, con el objetivo de fomentar la salud, prevenir complicaciones y

promover el autocuidado y la independencia del paciente para una recuperación más efectiva. El estudio de caso y sus intervenciones se enfocaron en preservar la integridad de la piel, prevenir problemas asociados a la inmovilidad, controlar el dolor y mejorar la función física, favoreciendo así el bienestar general y la adaptación a las limitaciones.

Objetivo general

Elaborar un plan de cuidados de enfermería dirigido a una persona adulta mayor con fractura peritrocantérica, enfocado en el cuidado integral para favorecer su rehabilitación y mejorar su calidad de vida.

Elaborar un plan de cuidados de enfermería a una persona adulta mayor con fractura de peritrocantérica, centrado en la persona, para favorecer su rehabilitación e independencia en las actividades de la vida diaria según sus capacidades.

Objetivos específicos

Abordar las disminuciones en la capacidad intrínseca y promover la optimización de la capacidad funcional.

Realizar una valoración de enfermería con un enfoque innovador conjuntando la valoración geriátrica integral con el uso de una teoría de rango medio de enfermería de los síntomas desagradables.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio de caso clínico en una paciente que ingresó a la unidad de urgencias traumatológicas donde realizaron valoración clínica y radiográfica para determinar fractura peri trocantérica de cadera derecha como diagnóstico principal, diagnósticos añadidos fractura metafisaria distal del radio derecho, así como fractura metafisaria distal de cubito derecho.

La atención a la paciente se llevó a cabo de acuerdo con las etapas del PAE. En la valoración, la información recopilada fue obtenida de la aplicación de escalas de valoración geriátrica las cuales se relacionaron con los factores influenciadores de la teoría de los síntomas desagradables, en conjunto con la valoración física y la revisión de la historia clínica, esto permitió

obtener una evaluación integral del paciente.

VALORACIÓN

En cuanto a la valoración geriátrica incluyó una ficha con datos sociodemográficos, la Escala Visual Análoga (EVA), Escala de Braden, evaluación sensorial, un cuestionario sobre la red de apoyo social, una lista de medicamentos y productos alternativos, una descripción del problema de salud actual, El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), la Mini Evaluación Nutricional (MNA), la evaluación de la agudeza visual, una prueba de audición, el Patient Health Questionnaire (PHQ-9) para

evaluaron los síntomas depresivos así como el Older Americans Resources and Services (OARS) que permitió evaluar los recursos sociales. Así mismo la escala de Lawton y Brody fue aplicada para medir actividades instrumentales de la vida diaria y escala de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria.

Después de la valoración, se identificaron los datos clínicos objetivos y subjetivos significativo. Esto permite reconocer los factores influenciadores alterados y avanzar a la etapa diagnóstica utilizando la taxonomía NANDA 2024-2026, donde se desarrollaron los diagnósticos enfermeros prioritarios enfocados en la persona mayor y su familia, cumpliendo con criterios específicos, medibles, alcanzables, factibles, relevantes, razonables y asegurando que se logre durante su estancia de 14 días en el área de orto geriatría.

Para la fase de planificación se desarrolló un plan de cuidados individualizado de los tres diagnósticos prioritarios para mejorar las respuestas del paciente y su familia, centrándose en las necesidades más relevantes. En la cuarta etapa, se ejecutó el plan de cuidados de enfermería, donde las actividades se llevaron a cabo con el fin de alcanzar objetivos razonables que mantuvieran un estado de salud favorable, utilizando las taxonomías NOC y NIC. Finalmente, se evaluó el cumplimiento de los objetivos establecidos para las intervenciones, analizando la respuesta del paciente y su evolución, lo que permitió tomar decisiones en la revaloración y continuar con el ciclo del PAE.

El uso de escalas geriátricas y el modelo de enfermería se conjuntó para el cumplimiento de la valoración la cual se elaboró entorno a los factores influenciadores del síntoma, psicológicos, fisiológicos y situacionales (ver tabla 1).

FACTORES PSICOLÓGICOS

El segundo día de hospitalización ya ubicada en la unidad de Orto Geriatría se llevó a cabo una entrevista semiestructurada en la que la paciente expresó diversos sentimientos respecto a su situación actual. Manifestó preocupación y ansiedad tanto por su estado de salud como por sus cuidadores principales y la organización de sus cuidados. Asimismo, comentó sentir temor ante la intervención quirúrgica, aunque su mayor inquietud radicaba en el proceso de rehabilitación y la posibilidad de recuperar su independencia tras lo sucedido.

El estado de ánimo fue evaluado utilizando la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (8) en su versión reducida, se obtuvo una puntuación de 9, lo que indica la presencia de depresión leve según los criterios establecidos por la escala. Esto sugiere que la persona evaluada presenta síntomas depresivos que, aunque no alcanzan un nivel de gravedad moderada o severa, podrían influir en su bienestar emocional y calidad de vida. Se recomienda considerar una evaluación más profunda para determinar la necesidad de intervención o seguimiento psicológico.

FACTORES FISIOLÓGICOS

Al ingreso, se colocó una sonda vesical #14 Fr para derivación urinaria. Al momento de la valoración, presentaba un volumen de 350 ml de orina, de color amarillo ámbar y sin sedimentos macroscópicos. Se evaluaron antecedentes de incontinencia urinaria mediante el cuestionario ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) (9). Se obtuvo una puntuación de 0, lo que indica la ausencia de síntomas asociados a este síndrome. Este resultado sugiere que la persona evaluada no presentó problemas de control urinario que afectaron su calidad de vida, permitiendo descartar la presencia de incontinencia urinaria en este caso.

En cuanto a la función intestinal, la paciente presentó ausencia de evacuaciones durante cuatro días. Aunque refería necesidad de defecar, no logró realizar evacuaciones de manera espontánea.

La valoración del dolor fue realizada mediante la Escala Analógica Visual (EVA), indicó un nivel de 7 sobre 10, lo que sugiere un dolor de intensidad moderada a severa. Además, se reportó que este solo disminuía tras la administración de medicamentos, lo que resalta la importancia del manejo farmacológico en su control.

Por otro lado, el estado cognitivo fue evaluado mediante la prueba Montreal Cognitive Assessment (MoCA®)(10), en la que se obtuvo una puntuación de 28. Este resultado se encuentra dentro del rango normal, permitiendo descartar la presencia de deterioro cognitivo en la persona evaluada.

La evaluación nutricional, realizada mediante el Mini-Nutritional Assessment – Short Form® (MNA-SF)(11), arrojó un puntaje de 8, lo que indica un riesgo significativo de desnutrición. Además, la paciente reportó una pérdida de cuatro kilogramos en los últimos tres meses, lo que refuerza la presencia de factores de riesgo nutricional, esto a pesar de mantener una alimentación equilibrada, incluyendo todos los grupos de alimentos en la medida de lo posible, mencionó que en los últimos meses ha experimentado saciedad rápida al iniciar la ingesta, lo que podría estar contribuyendo a su estado nutricional actual. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un seguimiento nutricional para prevenir el desarrollo de desnutrición

Debido a su estado de inmovilidad, se omitió la aplicación de pruebas de movilidad y rendimiento físico, como el SPPB y el "Get Up and Go". Antes de su ingreso hospitalario, realizaba caminatas cortas cerca de su hogar; sin embargo, actualmente permanece en cama y recibe intervención del equipo de terapia física para prevenir la atrofia muscular.

En cuanto a la calidad del sueño, la paciente refirió sentirse intranquila durante su estancia hospitalaria. En comparación con su patrón previo al incidente, su descanso se ha visto interrumpido por factores ambientales y preocupaciones sobre su estado de salud. Además, ha experimentado alteraciones en su ciclo de sueño, requiriendo siestas durante el día para compensar la falta de descanso nocturno.

Tras su egreso de la UCI y posterior a la intervención quirúrgica, debido a la sintomatología presentada, se aplicó la escala CAM(12) para la detección de delirium, confirmándose el diagnóstico.

FACTORES SITUACIONALES

Debido a su procedimiento quirúrgico y estado de salud actual, la paciente requerirá apoyo en sus hábitos de higiene personal, como el baño y el vestido. Antes de su ingreso hospitalario, era autónoma en sus actividades diarias, tenía su esquema de vacunación completo y asistía regularmente a sus citas médicas. Se encargaba de la administración de sus medicamentos, tomándolos en horarios estrictos, y mantenía hábitos de higiene personal con aseo de una a dos veces al día. Aunque algunos medicamentos eran preparados por sus cuidadores, ella elegía una alimentación saludable y acudía regularmente al dentista. También realizaba caminatas ocasionales para mantenerse activa.

Sin embargo, reconoce que carece de conocimientos sobre autocuidado en alimentación, rehabilitación y su enfermedad, pero está dispuesta a aprender para optimizar su recuperación.

Para evaluar su red de apoyo, se aplicó un cuestionario sobre soporte social, a través del cual se recopilaron datos generales sobre sus cuidadores y la dinámica familiar. Además, se utilizó el instrumento Older Americans Resources and Services (OARS), cuyos resultados indicaron un deterioro leve en los recursos sociales, evidenciando algunas relaciones de baja calidad, insatisfactorias y escasas.

Durante su estancia hospitalaria, la paciente estuvo bajo el cuidado de su hija y su nieta mayor, quien vive con ella algunos días de la semana. No obstante, refirió dificultades en la organización del cuidado en el hospital debido a las responsabilidades de cada una. Sus dos hijas menores no residen en la ciudad, por lo que únicamente pueden brindar apoyo económico, sin posibilidad de participar en su cuidado directo.

Tabla 1. Valoración de enfermería

FACTORES RELACIONADOS	ESCALA DE VALORACIÓN APLICADA	SÍNDROME GERIÁTRICO
PSICOLOGICOS	Yesavage versión corta Escala de Braden	Síntomas depresivos Lesiones por presión
	Entrevista semiestructurada	Estreñimiento
	Escala CAM	Delirium
FISIOLOGICOS	FRAIL scale	Inmovilidad Fragilidad Caídas
	Escala visual análoga	Dolor
	Entrevista semiestructurada	Trastornos del sueño
	Mini-Nutritional Assessment – Short Form ®	Malnutricion
SITUACIONALES	Older American and Resource Socials (OARS)	Probable sobrecarga del cuidador
	Cuestionario de red de soporte social	

Fuente: Elaboración propia

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 86 años que ingresó a la unidad de urgencias traumatológicas de un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México el 18 de junio de 2024. Refirió haber iniciado su padecimiento el día anterior, cuando, mientras deambulaba en su domicilio, tropezó y cayó desde su plano de sustentación, sufriendo una contusión directa en la muñeca y cadera derechas. Esa noche se encontraba sola en su hogar, por lo que permaneció en el suelo hasta la

mañana siguiente, cuando su familiar la encontró tras llegar a la vivienda. Su nieta mayor, quien es su cuidadora principal, reside con ella de lunes a viernes, aunque se ausenta durante su jornada laboral y en ocasiones cuando pernocta en casa de su madre.

Durante la exploración física realizada en la unidad de Orto Geriátrica, se detectaron tegumentos con ligera palidez y mucosas orales semihidratadas. Se observó equimosis y edema en la extremidad pélvica afectada, así como un hematoma en

el omóplato derecho y una lesión dérmica en la cara externa del maléolo de la extremidad derecha. La movilidad y sensibilidad estaban conservadas, sin signos de alarma; sin embargo, se identificaron datos de compromiso neurovascular distal. Las micciones presentaban características normales, pero se reportó ausencia de evacuaciones en las últimas 72 horas.

La vía periférica instalada en urgencias presentó disfuncionalidad, a pesar de varios intentos, no se logró su recanalización debido a una marcada fragilidad capilar. Como resultado, se solicitó una interconsulta con la clínica de catéteres para la colocación de un catéter venoso central. Mientras se resolvía esta situación, la paciente permaneció sin soluciones parenterales. Finalmente, el catéter fue colocado al segundo día de hospitalización, permitiendo retomar la administración de soluciones y medicamentos por vía intravenosa.

El viernes 20 de junio, se llevó a cabo una cirugía de cadera derecha. Tras el procedimiento, la paciente fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos (UCI) como parte del protocolo, aunque su estancia se prolongó a tres días debido a niveles bajos de plaquetas, que se encontraban en 110,000 y habían sido detectados antes de la cirugía. Durante su permanencia en la UCI, recibió la transfusión de dos paquetes globulares. Aunque se observó un aumento en los niveles de plaquetas, estos aún no eran suficientes para su traslado a la unidad de

Orto Geriatria, por lo que, en total, se le administraron cuatro paquetes antes de que fuera posible su traslado.

Al egresar de la UCI, la paciente presentó signos de delirium, por lo que se realizó el abordaje pertinente. Cinco días después de la primera cirugía, se efectuó una segunda intervención quirúrgica en la muñeca derecha, sin complicaciones relevantes. Tras una evolución favorable en ambos procedimientos, con niveles de dolor bajos y una recuperación óptima de las plaquetas, la paciente fue dada de alta a su domicilio por mejoría, luego de 14 días de estancia hospitalaria.

DIAGNÓSTICO, PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN

A partir de la valoración realizada, se identificaron tres diagnósticos prioritarios según la taxonomía NANDA, los cuales fueron jerarquizados considerando la gravedad de la condición clínica, el impacto de la hospitalización y el procedimiento quirúrgico, así como sus efectos en la reducción de la capacidad intrínseca y el bienestar tanto de la adulta mayor.

Esta priorización permitió enfocar la atención en los aspectos más críticos, garantizando una intervención adecuada para optimizar la recuperación de la paciente durante su estancia hospitalaria diseñando intervenciones para asegurar una transición segura al egreso hospitalario (ver tabla 2).

Tabla 2. Diagnósticos enfermeros prioritarios.

DIAGNÓSTICO	FACTORES RELACIONADOS	EVIDENCIADO POR
Deterioro de la integridad cutánea (00046)	Índice de masa corporal por debajo del rango normal para la edad y el sexo.	Dolor agudo Color de piel alterado Piel perforante de materias extrañas Turgencia alterada
Confusión aguda (00128)	Movilidad física deteriorada Ciclo de sueño-vigilia alterado Dolor	Percepción errónea Manifestaciones neuroconductuales Disfunción cognitiva
Dolor agudo (00132)	Conducta de protección Conducta defensiva Conducta expresiva (llantos, suspiros, irritabilidad, agitación, estado de alerta, gemidos):	El paciente comunica la intensidad del dolor utilizando una escala de valoración del dolor. El paciente comunica las características específicas del dolor utilizando un instrumento de valoración del dolor.

Fuente: Elaboración propia

A partir de los diagnósticos prioritarios identificados, se elaboró un plan de cuidados en el que se especifican los resultados deseados y las intervenciones implementadas, siguiendo la taxonomía de los resultados esperados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC).

Etiqueta Diagnóstica:	Plan de cuidados de enfermería (PLACE)		
	Dominio: Salud perdida	Clase: sintomatología	
	Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Dolor: respuesta psicológica adversa (1306)		
Dominio: Confort Clase: Confort físico El dolor agudo (00132) relacionado con respuestas como protección evidenciado por irritabilidad, agitación, llanto y gemidos.	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
	210110-Estado de ánimo alterado 210112-Trastorno del sueño 210111-Impaciencia 210113-Movilidad física alterada	.1-Grave 2-Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-Ninguno	2 - 3 1 - 3 3 - 3 1 - 3 Total: 7 Aumentar a: 13

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)			
Dominio: Fisiológico básico	Clase: Fomento comodidad física	Dominio: Conductual	Clase: Ayuda al afrontamiento
Intervención independiente: Manejo del dolor (1400) Actividades: Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente, y junto con las otras medidas de alivio del dolor.		Intervención independiente: Mejorar el afrontamiento (5230) Actividades: Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación. Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. Proporcionar un ambiente de aceptación. 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.	

Fuente; Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2024). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2024-2026* (13.ª ed.). Elsevier. Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2024). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud* (7ª ed.). Elsevier España. Wagner, C. M., & Butcher, H. K. (Eds.). (2024). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (8.ª ed.). Elsevier.

Etiqueta Diagnóstica:	Plan de cuidados de enfermería (PLACE)		
	Dominio: Salud fisiológica	Clase: Neurocognitiva	
	Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Nivel de delirio-0916		
Dominio: Percepción/Cognición. Clase: Cognición. Confusión aguda (00128), relacionado con la movilidad física deteriorada y la alteración del ciclo sueño-vigilia evidenciado por la presencia de dolor, percepción errónea, manifestaciones neuroconductuales y disfunción cognitiva.	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
	091601-Desorientación temporal. 091617-Trastorno del patrón sueño-vigilia. 091612-Verbalizaciones sin sentido. 091613- Alteración del nivel de conciencia.	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderadamente 4. Leve 5. ninguno	2 - 5 1 - 3 3 - 4 3 - 4 Total: 11 Aumentar a: 16

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)			
Dominio: Fisiológico complejo.	Clase: Control de riesgos.	Dominio: Fisiológico complejo.	Clase: Control neurológico.
Intervención independiente: Manejo del delirio (6440) Actividades: Poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes del delirio. Mantener un ambiente bien iluminado que reduzca los contrastes marcados y las sombras. Informar al paciente sobre persona, tiempo y lugar, si es necesario. Proporcionar un ambiente físico y una rutina diaria constantes. Estimular la memoria, reorientar y promover una conducta adecuada.		Intervención independiente: Monitorización neurológica (2620) Actividades: Vigilar el nivel de consciencia. Comprobar el nivel de orientación. Vigilar las características del habla: fluencia, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras. Comprobar la respuesta a los estímulos: verbal, táctil y lesivos. Consultar con compañeros para confirmar datos. Identificar patrones nuevos en los datos. Aumentar la frecuencia de la monitorización neurológica.	

Fuente: Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2024). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2024-2026* (13.ª ed.). Elsevier. Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2024). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud* (7ª ed.). Elsevier España. Wagner, C. M., & Butcher, H. K. (Eds.). (2024). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (8.ª ed.). Elsevier.

Etiqueta Diagnóstica:	Plan de cuidados de enfermería (PLACE)		
	Dominio: Salud fisiológica	Clase: Integridad tisular	
	Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Integridad tisular: piel y membranas mucosas. (1101)		
Dominio: Seguridad/Protección Clase: Lesión física Integridad de la piel deteriorada (00046) relacionado con un índice de masa corporal por debajo del rango normal para la edad y el sexo, evidenciada por alteraciones en el color de la piel, la presencia de perforaciones causadas por materiales extraños y una turgencia cutánea disminuida.	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
	110102-Sensibilidad 110111-Perfusión tisular	1.Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3.Moderadamente comprometido. 4.Levemente comprometido. 5. No comprometido.	3 - 3 4 - 4 2 - 1 1 – 1
	110115-Lesiones cutáneas 110122- Palidez	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderadamente 4. Leve 5. ninguno	Mantener a: 10

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)			
Dominio: Fisiológico complejo	Clase: Control de la piel/heridas	Dominio: Fisiológico complejo	Clase: Control de la piel/heridas
Cuidado de las heridas (3660) Actividades: Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas. Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida, así como los signos y síntomas de infección.		Vigilancia de la piel (3590) Actividades: Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades. Valorar el estado de la zona de incisión. Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas. Observar zonas de presión y fricción.	

Fuente: Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2024). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2024-2026* (13.ª ed.). Elsevier. Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2024). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud* (7ª ed.). Elsevier España. Wagner, C. M., & Butcher, H. K. (Eds.). (2024). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (8.ª ed.). Elsevier.

EVALUACION

Uno de los diagnósticos priorizados fue "Integridad de la piel deteriorada". Gracias a estas intervenciones, se evitaron posibles lesiones por inmovilidad y los sitios quirúrgicos se mantuvieron en óptimas condiciones. El segundo diagnóstico, "Confusión aguda", se detectó tras la primera intervención quirúrgica y durante la

estancia en la UCI; se observó un aumento en la puntuación, especialmente en la desorientación temporal, el trastorno del patrón sueño-vigilia y las verbalizaciones sin sentido. Por último, las actividades realizadas para el tercer diagnóstico tuvieron un impacto significativo en la percepción del dolor del paciente, gracias a la implementación de estrategias no farmacológicas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La integración de una valoración geriátrica integral junto con un modelo de enfermería centrado en el paciente garantiza un enfoque holístico y completo tanto para la persona mayor como para su familia. Este enfoque permite abordar todas las dimensiones de la salud del paciente: física, emocional, social y funcional. Al combinar la experiencia clínica en geriatría con la atención especializada en enfermería, se crea un ambiente de cuidado que considera las particularidades de cada individuo.

El desarrollo de un plan de atención en enfermería personalizado es clave para optimizar la recuperación del paciente. Este plan no solo se ajusta a las necesidades inmediatas del paciente, sino que también está diseñado para acompañarlo en su proceso de recuperación gradual, asegurando que se avance de manera

adecuada en cada fase del tratamiento. De este modo, se favorece la mejora continua de su salud, buscando siempre el bienestar integral, tanto a nivel físico como emocional, lo que impacta positivamente en su calidad de vida. Además, este enfoque tiene un impacto significativo en la familia, brindándoles el apoyo necesario y ayudándoles a comprender mejor el proceso de recuperación, promoviendo una red de apoyo más sólida y efectiva.

En resumen, la conjunción de la valoración geriátrica integral con un plan de atención en enfermería adaptado a las características y necesidades del paciente no solo optimiza la recuperación, sino que también asegura que el paciente alcance un estado de bienestar general, promoviendo una vida más saludable y satisfactoria en sus etapas más avanzadas.

REFERENCIAS

1. Miranda-Limachi KE, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M, Miranda-Limachi KE, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería Univ.* 2019;16(4):374–89.
2. T. Heater Herdman, Shigemi Kamitsuru CTL, editor. *NANDA 2024 - 2026*. 13th ed. Barcelona, España: Elsevier; 2024.
3. Concha-Cisternas Y, Vargas-Vitoria R, Celis-Morales C. Cambios morfofisiológicos y riesgo de caídas en el adulto mayor: una revisión de la literatura. *Salud Uninorte* [Internet]. 2020;36(2):450–70. Available from: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/13284/214421445271>
4. Fernández Olivé M, Zaldívar Suárez N, Saborit Oliva Y, Arturo González Carrazana Y, Elías Postigo O, Collejo Rosabal Y. Efectividad de un programa de ejercicios físicos para la prevención de caídas en el adulto mayor. *Rev Cuba Med Física y Rehabil.* 2021;13(1):34–47.
5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM E. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 6°. Madrid: Elsevier; 2014.
6. Lenz, E. R. P. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *ANS. Advances in nursing science*; 1997. 14–27 p.
7. Delgado1 LCCIMORFGC, Néstor Humberto Obregón Sánchez, Reyes BJL, Pedro Enrique Trujillo Hernández. Análisis y evaluación de la teoría en enfermería de síntomas desagradables de Elizabeth Lenz Analysis and evaluation of the nursing theory of unpleasant symptoms by. *index Enferm* [Internet]. 2024;33(4):1–5. Available from: <https://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e14839/e14839?id=107380&user=Blancamunoz23&nivel=1&md=581a0faf0d0f7a3f24061ac2a347748d>
8. Gómez-Angulo C, Campo-Arias A. Geriatric depression scale (GDS-15 and GDS-5): A study of the internal consistency and factor structure | Escala de Yesavage para depresi?n geri?trica (GDS-15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ Psychol.* 2011;10(3):735–43.
9. Jensen LCG, Boie S, Axelsen S. International consultation on incontinence questionnaire – Urinary incontinence short form ICIQ-UI SF: Validation of its use in a Danish speaking population of municipal employees. *PLoS One.* 2022;17(4 April):1–9.
10. Aiello EN, Gramegna C, Esposito A, Gazzaniga V, Zago S, Difonzo T, et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): updated norms and psychometric insights into adaptive testing from healthy individuals in Northern Italy. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2022;34(2):375–82. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01943-7>
11. Özkaya İ. Nutritional status of the free-living elderly. *Cent Eur J Public Health.* 2021;29(1):68–75.
12. Alcoba Pérez T, Ciria Poza S, Carracedo Catalán C, García Fernández A, Marcos Vidal JM. Valoración de la concordancia entre la escala CAM-ICU y la nursing delirium screening scale en el postoperatorio de cirugía cardíaca en una unidad de críticos. *Enfermería Intensiva.* 2014 Jul 1;25(3):100–6.