



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**“PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA CON LA
TEORIA DE OREM. APLICADO A PACIENTE CON
FRACTURA DE CADERA “**

T E S I S
Q U E P R E S E N T A :
HERNANDEZ SANCHEZ GERARDO
PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
O B S T E T R I C I A



Rosa María Ostiguiñ Meléndez
CON LA ASESORIA DE:
MTA. ROSA MARIA OSTIGUIN MELENDEZ

MEXICO, D.F.

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA:



A las personas que siempre han creído en mi, por la fe y la confianza que en mi depositaron, por que sin ellas no hubiera sido posible nada, en especial a ti mama, que aun antes de que yo naciera y hasta tu muerte creíste en mi, no pudiste ver esto pero tus bendiciones me acompañan en todo momento y lugar.

AGRADECIMIENTOS:

A mi señor Jesucristo, a San Judas Tadeo, a la virgencita de Guadalupe, y a los demás santitos a quienes debo todo en esta vida.

A mis padres, Sr. Ignacio Hernández Rangel, y Sra. Guadalupe Sánchez Baeza (QPD) a quienes debo todo lo que fui, soy y seré, por su infinito apoyo y cariño, y por que han sabido guiar, corregir y perdonar a este hombre.

A mis hermanos, Oscar, Cristina, Ana, Jazmín, con quienes he compartido todo, gracias por haber crecido conmigo y por haber llenado mi vida de buenos recuerdos, y no dejarme solo nunca.

A mis maestros, desde la primaria hasta el profesional, en especial a la Prof. Rosario, Eva Reyes, y a Rosy Ostiguín, que me dedicaron un momento de sus vidas tan ocupadas para hacer de mi un profesional, y un amigo, no hay con que agradecer esa dedicación, solo puedo decir que me siento muy orgulloso de conocerlas, y aspiro a ser tan bueno como ustedes.

A mis compañeros y amigos que estuvieron conmigo a lo largo de todo este esfuerzo gracias, Luis, Consuelo, les agradecería verme así, verdad, pero sé que su alegría y buenos deseos me acompañan siempre.

A la familia Pacheco Gil, Sr. Ofelio, Sra. Teresa, Santos, Santiago, Ofelia, Guillermo, Mario, y Teresita, gracias por haberme apoyado, que dios recompense todo ello y espero perdonen mis errores.

A Isabel y Alberto mi familia actual, perdón lo que el esfuerzo a este trabajo les a costado, lo hice para ustedes y nuestro futuro.

A mis pacientes, mi razón de ser profesionalmente, tengan en cuenta que gracias a ustedes muchos otros disfrutaran de un gran profesional que se forjo en ustedes.

Y a todas aquellas personas que tuvieron que ver con este esfuerzo y no me acuerdo de ellas, sepan que desde lo mas profundo de mi corazón los mejores deseos y un humilde mil....

GRACIAS.

INDICE

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	3
IMPORTANCIA PARA LA ENFERMERIA	3
1. MARCO TEORICO	4
1.1 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	5
1.1.1 Etapas	5
1.2 DOROTHEA ELIZABETH OREM	8
1.2.1 Generalidades	8
1.2.2 Teoría del déficit del autocuidado	9
1.3 ANCIANO	15
1.3.1 Características emocionales	15
1.3.2 Características físicas	17
1.3.3 Estado psicológico durante la enfermedad	20
1.4 CADERA	20
1.4.1 ANATOMIA Y FISILOGIA	20
1.4.2 FRACTURA DE CADERA	26
1.4.2.1 Fracturas trocanterreas de Fémur	26
2. SINTESIS DIAGNOSTICA	29

3. PLAN DE INTERVENCIONES	30
3.1 PREOPERATORIO	31
3.2 POSOPERATORIO	36
4. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	42
BIBLIOGRAFIA	44
ANEXOS	49

INTRODUCCION.

En México el panorama de salud es variado, los procesos morbosos muestran predilección por etapas de la vida, así por ejemplo, en el anciano la morbilidad apunta, a neumonías hipostáticas, escaras por decúbito, accidentes vasculo – cerebrales, siendo junto con las fracturas motivo de largas estancias hospitalarias (Boletín SSA, 1997: 123).

La población senil en México, por su número ocupa el último lugar en población (INEGI,1998: 23), en general los problemas de salud en el anciano no representan un gran problema desde el punto de vista estadístico, apenas el 7% de mortalidad (Boletín, 1997: 110), siendo en el hombre más alto que en la mujer.

La fractura de cadera, es frecuente en las mujeres de más 60 años, por lo general ocurre después de un traumatismo o ante una abducción forzada, dadas las condiciones actuales de aumento en la población senil, podría representar un problema importante de salud en los próximos años.

En tales condiciones enfermería debe centrar su atención en las personas que viven cada uno de estos padecimientos, aplicando los conocimientos teóricos y adaptándolos según sea la persona.

En Estados Unidos enfermería ha aplicado desde hace muchos años modelos conceptuales en el tratamiento y manejo de pacientes con diversos padecimientos, uno de los más usados es el Dorothea Orem.

Si se considera que enfermería requiere de abordar desde otra óptica los problemas de salud, se hace pertinente explorar en la práctica la teoría de Orem. Dado que en México no existen reportes al respecto en los cuales se aborde la fractura de cadera a partir de la teoría de Orem, el valor del trabajo está en la aplicación de un modelo conceptual en el cuidado que proporciona enfermería a pacientes seniles mexicanas.

El presente trabajo incluye 4 capítulos: el primero aborda aspectos como el proceso de atención de enfermería, la teoría del autocuidado de Orem, las características físicas y emocionales del anciano, la anatomía de la cadera, y la fractura de cadera. El segundo, comprende la síntesis diagnóstica de la paciente. El tercero, trata sobre el plan de cuidados que se implantó, basado en la teoría del autocuidado. El cuarto corresponde a conclusiones y sugerencias.

OBJETIVO:

- Aplicar el modelo de autocuidado de Orem en pacientes con fractura de cadera para la intervención de enfermería.

IMPORTANCIA PARA LA ENFERMERIA:

La relevancia de este trabajo estriba:

1. - Aplicar un modelo conceptual de enfermería en el cuidado enfermero en personas seniles con padecimientos crónicos.
2. - Explorar el concepto de autocuidado en personas con fractura de cadera, mexicanas.
3. - Individualizar la atención de pacientes.

1. MARCO TEORICO

1. MARCO TEORICO

1.1 PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA.

Es un método para la resolución científica de los problemas que se presentan al brindarle cuidados de enfermería a un paciente, abarca 4 etapas en las cuales se intenta lograr el restablecimiento. Se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectúa en forma sistematizada cuidados de enfermería y evaluar los resultados obtenidos con estos (Marriner. A. 1983: 1)

1.1.1 ETAPAS:

El proceso de atención de enfermería consta de cuatro partes, que ordena de manera secuencial y lógica los datos del paciente para identificar las necesidades y requerimientos, las etapas son:

VALORACION:

Es la recopilación de datos acerca del estado de salud de un paciente, donde se organizan y con ellos se elabora un diagnóstico de enfermería, se realiza a través de la historia clínica, la observación directa, el interrogatorio al paciente o a sus familiares.

PLANEACION:

Comienza con la elaboración del diagnóstico de enfermería que se obtuvo de la recopilación y valoración de los datos, se realiza un análisis de los mismos para determinarlos problemas y/o necesidades del paciente, para que a su vez se jerarquicen o se establezcan prioridades, determinado las más urgentes, definir los objetivos inmediatos, intermedios, y a largo plazo con las metas a alcanzar. Esto con el conocimiento teórico - práctico de la enfermera y la colaboración del paciente, la familia, y el equipo multidisciplinario (Atkinson, 1985 :124).

EJECUCION:

Consiste en brindar los cuidados de enfermería, que fueron determinados para compensar las necesidades y/o problemas que fueron detectados en el diagnóstico de enfermería, con ello se favorece el flujo uniforme de cuidados durante las etapas de la enfermedad del paciente y se puede coordinar con el resto del equipo multidisciplinario para una buena secuencia en el diagnóstico y tratamiento del paciente. Mientras se ejecuta el plan, la enfermera sigue recopilando, valorando datos, planes y evaluando los cuidados.

EVALUACION:

Comparación entre el cuidado que se le ofreció al paciente y el cuidado que fue planeado para ser proporcionado, por parte de la enfermera, el equipo multidisciplinario, la familia, o la participación del

paciente en el mismo, que según es señalado en las metas del plan de cuidado. La evaluación del progreso del paciente indica los problemas resueltos, y cuales requieren ser revalorizados y replanteados. Sirve a su vez como mecanismo de retroalimentación para estimar la calidad de la atención que se brinda. (Roper, 1981:83)

1.2 DOROTHEA E. OREM

1.2.1 GENERALIDADES.

Dorothea Elizabeth Orem, una de las primeras teóricas de la enfermería, nació en Baltimore, Maryland. Inicó su carrera de enfermera en la escuela de enfermería del Provedece hospital de Washington D.C., donde finalizó su diplomatura a principios de la década de los 30. Continuó su formación y obtuvo un BSN de la universidad católica de América en 1939 y un Master of science en formación de enfermería en 1945 en la misma universidad.

Su experiencia profesional incluye el ejercicio privado, la enfermería hospitalaria y la docencia. Fue en este periodo cuando Orem desarrolló su definición del ejercicio profesional de la enfermería. Durante su estancia en la universidad Católica continuó con el desarrollo de su concepto de enfermería y el autocuidado, el primer libro de Orem publicado en 1971, fue "Nursing: concepts of practice". Orem se retiró en 1984 residiendo desde entonces en Savannah, Georgia (Marriner, 1996: 181).

Comenta que ningún líder de la enfermería en particular ha influido directamente en su obra. Cree que su asociación con numerosas enfermeras a lo largo de los años le ha proporcionado múltiples conocimientos, aunque considera que no ha habido ninguna influencia principal, cita los trabajos de muchas enfermeras por la contribución que han realizado a la enfermería; entre estos se incluyen los de Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale y Wiendenbach. También cita numerosos autores en otras disciplinas, entre ellos a Gordon Allport, Chester Barnard, René Dubos, Erich

Fromm, Garty Jaco, Roberth Katz, Kurt Lewin, Enerts Nagel, Talcott, Parsons, Hans Selye y Ludwig von Bertalanfly (Marriner, 1996: 182).

Dorothea cita de manera frecuente en su libro a M.G Plattel, Allport, Fromm, Lewin, Nagel, y a Florencia Nightingale, por citar solo algunos de los autores que más influyeron en la obra y en la fundamentación de la teoría que ella propone.

1.2.2 TEORIA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO

Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por las tres teorías relacionadas: 1) la teoría del autocuidado; 2) la teoría del déficit de autocuidado, y 3) la teoría de los sistemas de enfermería.

Teoría del autocuidado.

El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar. (OREM, 1993: 68.).

Requisitos del autocuidado.

Los requisitos del autocuidado son la expresión de los objetivos que se han de alcanzar, de los resultados que se desea obtener del compromiso deliberado con el autocuidado. Son los medios para llevar a cabo las acciones que constituyen el autocuidado, se pueden desglosar en tres categorías:

1) Requisitos universales del autocuidado. Incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana, que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humanas.

2) Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo. Promueven procedimientos para la vida y la maduración en las diferentes etapas de la vida, y previenen las circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan sus efectos.

3) Requisitos del autocuidado de las alteraciones de la salud. Se presentan cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. Cuando la capacidad de acción desarrollada o en desarrollo del individuo resulta seriamente dañada de forma permanente o temporal. Para que las personas con alteraciones de la salud sean capaces de utilizar un sistema de autocuidado en estas situaciones, tienen que ser capaces de aplicar los conocimientos necesarios oportunos para su propio cuidado.

Déficit de autocuidado.

La intervención de enfermería se hace necesario cuando:

- a) El paciente o las personas responsables de su cuidado tienen ausencia o limitación de habilidades para los requerimientos de autocuidado.
- b) Se necesita utilizar técnicas especiales y aplicar conocimientos científicos para el cuidado.

Sistema de enfermería.

Serie continua de acciones que se producen cuando las enfermeras vinculan una o varias formas de ayuda a sus propias acciones o a las acciones de personas a las que se está asistiendo y que están dirigidas a identificar las demandas de autocuidado terapéutico de esas personas o a regular la acción de su autocuidado. Se han identificado tres tipos de sistema de enfermería:

- 1) Sistemas de enfermería totalmente compensadores. La enfermera está compensando una incapacidad total del paciente para realizar actividades de autocuidado que requieren movimientos de deambulación y manipulación.
- 2) Sistemas de enfermería parcialmente compensadores. Son aquellos en los que tanto la enfermera como el paciente realizan medidas de asistencia y otras actividades que impliquen labores manipulativas o deambulatorias.
- 3) Sistemas de apoyo educativo. Para aquellas situaciones en que el paciente es capaz de realizar o puede y debe aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado terapéutico interno o externo, pero que no puede hacerlo sin ayuda.

Métodos de ayuda.

Hacer algo o actuar por otro; la enfermera actúa en lugar del paciente y por él. El paciente es receptor de cuidados para la satisfacción las demandas de autocuidado terapéutico y para compensar las limitaciones de autocuidado así como de servicios relevantes para el control ambiental y de recursos.

Guiar y dirigir a otro; en el cual la enfermera es la proveedora de información objetiva o tecnológica relevante para la regulación de la agencia de autocuidado o para la satisfacción de los requisitos de autocuidado. El paciente es receptor, procesador y usuario de la información como agente de autocuidado o como regulador de la agencia de autocuidado.

Proporcionar soporte físico; la enfermera acompaña, coopera en las acciones de autocuidado para regular el ejercicio o valor de la agencia de autocuidado por el paciente. El paciente es realizador de acciones para satisfacer los requerimientos de autocuidado, o regulador del ejercicio o del valor de la agencia de autocuidado en cooperación con la enfermera.

Proporcionar soporte psicológico; la enfermera debe ser comprensiva, oyente, una persona que puede instaurar el uso de otros métodos de ayuda si es necesario. El paciente es la persona que afronta, resuelve o soluciona problemas difíciles o vive situaciones dificultosas.

Proporcionar un entorno que apoye el desarrollo; la enfermera es suministradora o reguladora de condiciones ambientales esenciales, y de persona significativa en le entorno del paciente. El paciente persona que afronta

la situación de vivir y cuidar de si misma de una manera y en un entorno que apoya y promueve el desarrollo personal.

Enseñar; la enfermera enseña el conocimiento descriptivo y explicativo de los requisitos de autocuidado y de la demanda de autocuidado terapéutico, los métodos y cursos de acción para satisfacer los requisitos de autocuidado, los métodos para el calculo de la demanda de autocuidado terapéutico, métodos para superar o compensarlas limitaciones para el autocuidado, métodos para manejar el autocuidado. El paciente será el alumno ocupado en el desarrollo del requisito de conocimiento y habilidades para el autocuidado continuo y efectivo (Orem D, 1993; 320-321)

Supuestos Principales. Orem identificó los cinco supuestos subyacentes en la teoría general de enfermería:

1. Los seres humanos necesitan ser estimulados de una forma continua para seguir vivos y actuar de acuerdo con las cualidades humanas naturales.
2. La acción humana, la capacidad de actuar deliberadamente, se ejerce en forma de ayuda hacia uno mismo y hacia los demás para identificar las necesidades y crear los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones para actuar en ayuda de uno mismo y de los demás, mediante aportaciones que sustenten la vida y regulen sus funciones.
4. La acción humana se lleva a cabo al descubrir, desarrollar y transmitir a los demás formas y medios para identificar las necesidades y realizar las aportaciones hacia uno mismo y hacia los demás.

5. Grupos de seres humanos que poseen unas relaciones estructuradas agrupan las tareas y reparten las responsabilidades para ayudar a los miembros del grupo que experimentan privaciones para realizar las aportaciones deliberadas necesarias hacia sí mismos o hacia los demás (Marriner, 1996. 184 -186).

1.3 EL ANCIANO.

La senectud es la última etapa de la vida y empieza cuando el ser humano nace, los cambios que sufre afectan su constitución interna y externa, el cambio es gradual y comienza de los 45 a los 65 años donde se dan los primeros signos de envejecimiento, de los 60 a los 70 años se presenta la senectud gradual, la vejez declarada inicia después de los 70 años (Pietro, 1995; 2-3)

La clasificación del anciano según:

a) Estado físico:

Sano, enfermo crónico – agudo, inválido.

b) Estado mental:

Lucido, confuso, demente.

c) Respecto a la familia:

Integrado y no integrado.

d) Respecto a la economía:

Dependiente, interdependiente e independiente.

e) Respecto a la productividad:

Productivo e improductiva.

f) Respecto a la sociedad:

Asimilado y desasimilado.

1.3.1 Características emocionales. Como en cualquier otra edad el paciente que entra en situación social de jubilado o pensionado, postergando de alguna manera la senectud, se ve sometido a conflictos o situaciones que le provocan

crisis personales, a las cuales les busca forma de adaptación para poder seguir viviendo. Hay distintas formas de reaccionar, las más frecuentes son:

A. Comportamiento contradictorio. Teme la soledad, pero no acepta las proposiciones

que se les hacen para evitar aquélla. Desean estar solos para no tener que sufrir nuevos abandonos o rechazos en el futuro.

B. Labilidad emocional y afectiva constantes. Las manifestaciones emocionales saltan por el menor motivo: fácilmente se entristecen, lloran o exhiben una incontinencia emocional inadecuada.

C. Verborreico (Machaconería). Repitiendo cosas coherentes, pero por su constancia y contundencia inducen un comportamiento agresivo en su interior.

D. Decrepitud (Choches). O repetición constante de cosas desprovistas de sentido inoportunas o irrelevantes, que suelen dirigir a interlocutores imaginarios o desconectados de sus intereses y situación.

E. Quejas continuas. En torno a su estado de salud o pérdida de su autonomía o estatus y complaciéndose e contar con detalle y prolijamente sus males, creando un estado de irritación a quien lo escucha.

Puede haber una demanda de interés o afecto, pero ese comportamiento suele testimoniar más bien una disfunción en su capacidad de amar y de sociabilidad, concentrando su interés sólo sobre su estado físico, constituyendo esa conducta una forma de replegarse sobre el mismo.

F. Conducta de toxicofilia. Cuando el anciano se hace dependiente de ciertos fármacos como laxantes, hipnóticos, ansiolíticos, vasoactivos o el alcohol.

G. Regresión de la libido. Manifestando una clara disminución del amor hacia los demás, un interés decreciente hacia las comidas, menospreciando su calidad y presentación, y un deseo creciente de estar sentado o en cama, con aumento evidente de la pereza.

H. Aumento de los deseos de ser amado. haciéndose celoso en un sentido amplio, de forma que provocan conflictos con quienes conviven con ellos y llegando incluso a los chantajes afectivos, siendo este comportamiento también una forma de conducta regresiva.

I. Tendencia a guardar cosas o un conservadurismo desmesurado, almacenando alimentos, objetos, periódicos e inverosímiles recuerdos que llenan sus armarios, sus mesas, sus estanterías y toda clase de rincones, revelando este proceder otra forma de deterioro regresivo (tratando de reemplazar por objetos las imágenes de la vida interna o íntima, dichos objetos les resultan indispensables y no aceptan ningún cambio en su casa. Lo que a menudo suele representar reacciones de agresividad e intolerancia.

J. La agresividad patente en muchos de los ancianos es una forma de buscar la adaptación que puede serles rentable si su mensaje es escuchado y comprendido, pero puede serles perjudicial si esa agresividad se considera como patología.

1.3.2 Características físicas.

Existen varios cambios en el anciano, sistémicos y otros son funcionales, disminuyen o se atrofian, solo por mencionar algunos:

El sistema neurológico caracteriza por una reducción del flujo sanguíneo cerebral y disminución del número de neuronas en el cerebro, medula espinal y neurotransmisores, degeneración de la vaina de mielina.

En el sistema endocrino, hay una importante disminución de la mayoría de las hormonas que se producen; del crecimiento, antidiurética, insulina, aldosterona, andrógenos adrenalina y noradrenalina, estrógenos, progestinas, testosterona. En las demás hormonas no se ha podido comprobar que existe decremento, pero sí una atrofia secundaria en algunas glándulas.

En la visión hay una degeneración de los grupos de músculos oculares, el cristalino, la retina y el sistema vascular lo que ocasiona un bajo aporte sanguíneo. Disminución pupilar debida a rigidez, y en la secreción lagrimal.

La audición se ve afectada por un descenso en el número y actividad de las glándulas ceruminosas, atrofia del órgano de Corti, engrosamiento del oído medio y deterioro del III par craneal.

En el olfato se atrofia las fibras olfatorias que recubren la mucosa nasal.

El gusto sufre una disminución en la producción de saliva y reducción en el número de papilas gustativas.

Sistema respiratorio; aumento del diámetro anteroposterior, debilitamiento y atrofia de los músculos respiratorios, calcificación de la parrilla costal y rigidez de la pared torácica, reducción en el número de alvéolos.

Sistema cardiovascular; aumento de la resistencia periférica, engrosamiento y aumento de la rigidez de las válvulas cardíacas, mitral y aortica, barorreceptores menos sensibles, el músculo liso de las paredes

arteriales responde menos a la estimulación betaadrenérgica y otros agentes vasoactivos.

Sistema gastrointestinal; en la boca hay una disminución en la producción de dentina, posible fibrosis y disminución de la pulpa de la raíz, retracción de la encía y reducción de la densidad ósea en el surco alveolar. Tono muscular disminuido en el esófago. Atrofia en la mucosa gástrica. Disminución en el flujo sanguíneo hepático y en su número de células. Disminución del peristaltismo.

Sistema urogenital; en riñones hay reducción de la masa y el número de nefronas y glomérulos identificables, cambios escleróticos en los vasos sanguíneos renales. La vejiga sufre un cambio de tejido elástico por tejido fibroso. La próstata se engrosó.

Sistema musculoesquelético; estrechamiento de los discos intervertebrales, reducción del número de fibras musculares y atrofia muscular, aumento en la cantidad de grasa en el tejido, reducción de los depósitos de glucógeno, deterioro del cartílago articular, reducción de la densidad ósea, hundimiento muscular y tendinoso, con esclerosis.

Sistema Tegumentario; en la piel hay una reducción en la cantidad de colágeno, grasa subcutánea, glándulas sudoríparas, y en el número de capilares, mayor superficie vascular. Los folículos pilosos producen menos melanina. Reducción en el aporte vascular al lecho ungueal con aumento de las estrías longitudinales. Pérdida parcial de la capacidad de los receptores del tacto (Newman y Jakovac, 1994; 21-24).

1.3.3 Estado psicológico durante la enfermedad.

Las desviaciones en la salud, representan la ruptura del esquema de vida, por lo consiguiente tendremos a visualizar de una manera diferente nuestra nueva situación, por lo general se puede negativizar esta visualización, por lo que es necesario estar pendiente de los cambios que puedan sufrir los pacientes.

Puede ser difícil identificar la depresión, sobre todo en los adultos de edad avanzada. Los ancianos deprimidos presentan enfermedad física a menudo, y los síntomas depresivos se confunden fácilmente con numerosas alteraciones médicas. Pocas veces expresa su estado de ánimo deprimido subjetivamente, los sentimientos de culpa y la ideación suicida. Suelen predominar padecimientos somáticos, perturbaciones del sueño y apetito, ansiedad y apatía. Los pacientes con frecuencia insisten en que sus dificultades son de origen físico.

El dolor difuso y la incomodidad gastrointestinal son usuales. Estos padecimientos así como apatía, fatiga y pérdida de peso, son una identificación para efectuar un estudio extenso. Muchos sujetos deprimidos tienen buenas razones para estarlo. Por tanto, es improbable que únicamente el apoyo pueda remediar la situación o inducir la recuperación de la enfermedad primaria médica o quirúrgica.

Sin depresión se favorecerá la rehabilitación y permitirá un rápido regreso al nivel funcional premórbido. Se ha mostrado que la depresión y los síntomas depresivos ocasionan deterioros similares a los que originan las enfermedades crónicas graves.

1.4 CADERA

1.4.1 ANATOMIA Y FISILOGIA

Recibe el nombre de articulación de la cadera ó articulación coxofemoral, es una enartrosi muy resistente y estable, formado por acetábulo o cavidad cotiloidea del hueso coxal y la cabeza del fémur. Los huesos de esta articulación están rodeados por músculos poderosos, unidos por una cápsula densa y resistente. El ángulo entre la cabeza del fémur y la diafisis del mismo puede estar anormalmente disminuido (coxa vara) o aumentado (coxa valga). Más de la mitad de la cabeza del fémur está contenida en acetábulo, cuya profundidad se ve aumentada por la presencia del rodete cotiloideo, que se completa hacia abajo por el ligamento transverso, que cierra la escotadura isqueopúbica. El rodete cotileoideo es una estructura fibrosa densa o fibrocartilaginosa que bordea el acetábulo y lo hace más profundo. Pasa sobre la escotadura isquiopúbica donde, al unirse con fibras situadas más, profundamente, forma el ligamento transverso. Este ligamento no cierra por completo la escotadura.

La articulación de la cadera tiene una admirable construcción que le permite combinar una relativa libertad de movimiento con el soporte y la transmisión del peso corporal. La cápsula de esta articulación se inserta en el reborde del acetábulo. Por delante se fusiona con el rodete cotiloideo, y por abajo con el ligamento transverso. Luego se extiende hasta el fémur para insertarse principalmente la línea intertrocantérea. Algunas partes de la cápsula son más gruesas que el resto y constituyen los ligamentos.

El más resistente e importante es el ligamento ileofemoral, banda fibrosa en forma de Y que permite la inclinación hacia atrás al ponerse de pie y conserva la actividad muscular. Se inserta por arriba en la espina ilíaca anterior inferior y en la zona situada por debajo de ella, donde se fusiona con el tendón reflejo del recto anterior del muslo y la fascia adyacente. Por abajo se inserta en la línea intertrocanterea del fémur (Garner, 1989, 247).

El ligamento pubofemoral (o pubocapsular) se extiende horizontalmente de la porción púbica del acetábulo y la rama horizontal del pubis a la parte inferior de la línea intertrocanterea. La parte de la cápsula situada entre los ligamentos iliofemoral y pubofemoral con frecuencia es delgada.

La bolsa serosa que se interpone entre ella y el psoas puede comunicar con la cavidad articular.

La parte de la cápsula que se inserta por debajo del acetábulo se extiende horizontalmente cruza el cuello del fémur y se fusiona con el ligamento iliofemoral. A esta parte inferior de él alcanza directamente el fémur. Las fibras más profundas del ligamento isquiofemoral rodean el cuello del fémur y forman la zona orbicular. La disposición de la parte posterior de la cápsula es tal que de un tercio a la mitad externa de la cara posterior del cuello queda descubierta, o sea que es extracapsular. Esta porción está cubierta por el tendón del obturador externo.

Al insertarse en el fémur, las fibras capsulares tienden a reflejarse en forma de retináculos a lo largo del cuello hacia la cabeza de este hueso para conducir los vasos epifisarios externos y repliegues de la membrana sinovial.

El ligamento redondo (ligamento de la cabeza del fémur) es una banda aplanada o prismática triangular que se origina por raíces púbica e isquiática en los límites de la escotadura isquiopúbica y en el ligamento transversal, y se inserta en la fosita de la cabeza del fémur, para conducir hacia ella los vasos epifisarios internos.

Una delgada capa de membrana sinovial reviste la cara interna de la cápsula y se refleja por arriba sobre la cara interna de la cápsula y se refleja por arriba sobre la cara externa del rodete cotiloideo, y por abajo sobre el cuello del fémur.

Al nivel del ligamento transversal cubre la grasa que llena la fosa, y a partir de ella se prolonga formando un revestimiento tubular para el ligamento redondo. La membrana sinovial forma un fondo de saco visible al reflejarse sobre el cuello (Garner.1989: 248-249).

La articulación de la cadera es enervada por los nervios crural, obturador y glúteo superior, por el nervio del cuadrado crural y por el obturador accesorio. El riego sanguíneo es dado por una pequeña rama de la arteria obturatriz que llega a través del ligamento redondo, la mayor parte de la epífisis de la cabeza recibe sangre de las ramas diafisarias procedentes de las arterias circunflejas externa e interna de la arteria femoral.

Los movimientos del muslo en esta articulación son la flexión y la extensión, la abducción y la aducción, la circunducción y la rotación. Los movimientos del tronco en la misma articulación son igualmente importantes, como sucede al incorporarse a partir de la posición supina.

La flexión y extensión del muslo se efectúan alrededor de un eje horizontal que pasa por la cabeza del fémur. Al flexionar la cadera, la cápsula se afloja. Durante la extensión se pone tensa la cápsula, y en especial el ligamento iliofemoral. La extensión, asegurada la articulación de la cadera en su posición. Esta articulación tiene una mayor estabilidad mecánica precisamente cuando soporta mayor peso.

La abducción y la aducción se efectúan alrededor de un eje anteroposterior que pasa por la cabeza del fémur. La abducción suele ser algo más libre que la aducción.

La rotación se efectúa alrededor de un eje que se extiende aproximadamente entre la cabeza del fémur y el centro del cóndilo interno del mismo. La rotación puede alcanzar alrededor de 60° cuando el muslo está extendido, y algo más cuando esta flexionado.

El psoasiliaco, el tensor de la fascia lata y el recto anterior flexionan el muslo, auxiliados por los abductores y el sartorio.

El tensor del fascia lata también es rotador interno; en la flexión pura, su acción como rotador es neutralizada por la acción de los rotadores externos. Los extensores son los músculos posteriores del muslo y el glúteo mayor (Quiros.1965: 281).

Este último permanece inactivo, a menos que se necesite una extensión enérgica.

Los glúteos mediano y menor abducen al muslo. Estos músculos, o por lo menos sus porciones anteriores también son rotadores internos en la abducción pura.

Sus efectos son neutralizados por los rotadores externos. El tensor de la fascia lata también se contrae durante la abducción, pero es probable que lo haga para actuar como fijador.

En la aducción participan los tres abductores, mediano, menor y mayor, auxiliados por el pectíneo, y quizá por el recto interno. El tensor de la fascia lata y los glúteos mediano y menor rotan el muslo hacia dentro.

Los rotadores externos son los músculos cortos de la región glútea, los obturadores interno y externo, los gemelos superior e inferior, el piramidal y el cuadrado crural, auxiliados por el glúteo mayor (Quiros, 1965: 281).

1.4.2 FRACTURAS DE CADERA

En México la SSA reporta que las fracturas más comunes son: Colles, radio – cubitales, fémur, tibia - peroneas, y las de cadera, que regularmente son trocantéreas (Boletín, SSA, 1989), la mayoría ocurren en mujeres de más de 60 años, como consecuencia de caídas, golpes, o aducción forzada en el miembro pélvico.

1.4.2.1 Fracturas trocantéreas del fémur.

Las fracturas trocantéreas son especialmente frecuentes en los adultos de más de 60 años y ocurren más a menudo en mujeres que en los hombres. Se produce a través de huesos que han sufrido un debilitamiento considerable por una combinación de osteoporosis senil y posmenopausica.

Fisiopatología: La pérdida de la densidad ósea es resultado de la resorción ósea que excede a la formación del mismo, y la pérdida de calcio es cercana a 15/grs día entre los 50 y 70 años de edad, (pérdida neta de 100g). No está claro el mecanismo preciso, pero la restitución de estrógenos da por resultado disminución de resorción ósea y de la pérdida ósea de calcio. Se ha estudiado los efectos de los estrógenos sobre los receptores de hormona paratiroidea y la calcitonina. Acompaña por lo general al climaterio por el índice de fracturas, la pérdida del hueso trabecular es mayor de hueso cortical (Benson, Pernoll; 1994: 677).

Características clínicas. El paciente, generalmente una mujer anciana, es derribada o se cae y es incapaz de levantarse, no solamente a causa del dolor, sino también debido a la completa inestabilidad del lugar de la fractura. La

exploración revela que toda la extremidad inferior se halla en posición de completa rotación externa, la extremidad aparece acortada y la parte superior del muslo esta tumefacta como resultado de la hemorragia extracapsular que se ha producido en los tejidos blandos (equimosis). En las fracturas intracapsulares del cuello femoral la hemorragia tiene lugar más bien en la articulación que en la ingle o en el muslo.

Tratamiento. En la región trocantérea la irrigación sanguínea es abundante, prácticamente todas las fracturas trocantéreas se consolidan. No obstante, la unión requiere de 6 a 12 semanas y muchas personas ancianas no pueden tolerar un periodo tan prolongado de reposo en cama incluso con los mejores cuidados posibles, el tratamiento preferido es la reducción abierta de la fractura y la fijación interna.

Complicaciones. Las fracturas trocantéreas casi nunca se complican por falta de unión o necrosis avascular; no deja de ser frecuente la unión defectuosa en forma de coxa vara, pero el acortamiento resultante rara vez excede los 2 cm. En los ancianos la tasa de mortalidad de las fracturas intertrocanterea del fémur es baja (Compere, 1989: 89).

SINTESIS DIAGNOSTICA

SINTESIS DIAGNOSTICA

Paciente femenina, de 65 años de edad, con aspecto físico según edad cronológica, a su ingreso se le diagnostica fractura de cadera derecha (intertrocantérica) posterior a aducción forzada por caída, presenta angustia a causa de la hospitalización y tratamiento, halitosis, estreñimiento de tres días de evolución, dolor tipo espasmódico a la movilización en cadera derecha, hematoma en tercio proximal de muslo derecho.

Posteriormente (6 días) al acto quirúrgico en donde se realiza una reducción abierta y osteosíntesis de cadera derecha, la paciente presenta tos seca, estertores simples en campos pulmonares, potencial de infección, fenómeno tromboembólico postoperatorio, y de deterioro en la integridad cutánea.

Aplicados diversos instrumentos de valoración se obtiene que la paciente es interdependiente al obtener 51 puntos de la "Escala de dependencia del anciano" (ver Anexo 2), se evalúa con depresión leve con la "Escala de depresión geriátrica" (ver Anexo 3), y en cuanto al estado mental sin relevancia pues esta dentro de los parámetros normales (ver Anexo 4).

PLAN DE INTERVENCIONES

PLAN DE INTERVENCIONES PREOPERATORIO

1. **REQUISITO UNIVERSAL:** Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
 - **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:**
 - Déficit en el equilibrio entre actividad y el descanso, relacionado a espasmo muscular, manifestado como dolor en cadera derecha.
 - **OBJETIVO:** Eliminar el dolor que afecta el descanso de la paciente.
 - **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.**
 - **SISTEMA TOTALMENTE COMPENSADOR:** Ministración de analgésicos ketorolaco 30 mg, Intramuscular, cada 8 horas.
 - **SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSADOR:** Colocar a la paciente en posición de decúbito dorsal, alternar con semifowler cada turno.
 - **FUNDAMENTACION.**
 - El ketorolaco, inhibe la síntesis de prostaglandinas, evitando la liberación de neurotransmisores lo que limita el dolor, y no tiene efecto sobre los receptores de los opiáceos (Ganong.W.F, 1992: 284).
 - Los músculos contraídos firmemente se vuelven isquémicos, y ello estimula a los receptores del dolor. El dolor a su vez inicia un nuevo espasmo y se establece un círculo vicioso (Ganong.W.F, 1993: 125).
 - **EVALUACION.**
 - Se elimina el dolor en forma adecuada, teniendo como resultado que la paciente pueda disfrutar de sus periodos de descanso.

2. REQUISITO UNIVERSAL: Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.

➤ DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

- Déficit en la eliminación intestinal, relacionado a consumo escaso de fibra, manifestado por estreñimiento de 3 días.

➤ OBJETIVO: Mejorar la eliminación intestinal de la paciente.

➤ INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

- SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSADOR COMPLEMENTADO CON APOYO EDUCATIVO: Aumentar la ingesta de cereales (fibra) en la dieta, verduras y frutas. Aumento en el consumo de líquidos claros (tés, agua, etc.), 100 mil por comida.

➤ FUNDAMENTACION

- Si la cantidad de fibras en los alimentos es baja el colon esta inactivo, y las defecaciones son raras (Ganong.W.F, 1993:463).
- Las materias fecales contienen materia inorgánica, fibras vegetales no digeribles, bacterias, y agua (Ganong.W.F, 1993: 462).

➤ EVALUACION

- Mejoro la eliminación de la paciente, al volver ha su ritmo de evacuaciones habituales.

3. REQUISITO DE DESVIACION DE LA SALUD: Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por él medico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.

➤ **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

- Déficit en la regulación de la placa dental relacionado a técnica y hábitos inadecuados.

➤ **OBJETIVO: Mejorar el aseo de placa dental.**

➤ **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.**

• **SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO:**

- Valorar y asesorar el aseo bucal de la paciente.
- Orientar sobre la técnica de cepillado de la placa y aseo de la lengua (usar antiséptico, cepillado).
- Canalizar al odontólogo para tratamiento especializado, en caso necesario.

➤ **FUNDAMENTACION**

- La flora bacteriana de la cavidad oral, así como la descomposición de los restos de alimenticios que se alojan en la misma, se manifiesta como halitosis
- El especialista tratara el problema con técnicas adecuadas.

➤ **EVALUACION**

- Se canalizo al odontólogo al no obtener cambios en la higiene.

4. **REQUISITO DE DESVIACION DE LA SALUD:** Buscar y asegurar la ayuda medica adecuada en el caso de exposición a condiciones psicológicas que están relacionadas con patología humana.

➤ **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

- Déficit en buscar la ayuda médica adecuada, relacionado a desconocimiento sobre los procedimientos quirúrgicos, manifestado por ansiedad.

➤ **OBJETIVO:** Disminuir la ansiedad de la paciente.

➤ **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.**

• **SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSADOR**

- Valorar conocimientos y expectativas sobre el acto quirúrgico en la paciente.
- Explicar el procedimiento quirúrgico en aspectos como: hora programada, quien informa sobre los riesgos; posibles problemas después de la operación, cambio en sus actividades de la vida cotidiana.

• **SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO**

- Platicar con la paciente sobre los temas que le causan temor, en torno a la cirugía.
- Hacer participe a la familia en la recuperación de la paciente, al tener cuenta que es interdependiente.

➤ **FUNDAMENTACION.**

- Las enfermeras deben de comunicarse con sus pacientes para identificar sus necesidades asistenciales, aclarar conceptos erróneos y ayudarlos a expresar sus temores y otras reacciones (Smeltzer, Bare; 1994: 156).

- La enfermera tiene una participación vital en orientar al paciente en su tratamiento, al expresar las ideas, uso de lenguaje claro para familiarizarlo con los convencionalismos del procedimiento médico quirúrgico (Smeltzer, Bare; 1994: 156).
 - Que reciba apoyo emocional, del personal y en especial de su familia.
- EVALUACION
- La paciente se presentó con menos manifestaciones de angustia.

PLAN DE INTERVENCIONES POSTOPERATORIO

5. REQUISITO UNIVERSAL: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

➤ DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

• Déficit en el equilibrio entre actividad y el descanso, relacionado a reflejo condicionado por acumulación de secreciones, manifestado como tos.

➤ OBJETIVO: Eliminar la tos que afecta el descanso de la paciente.

➤ INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

• SISTEMA TOTALMENTE COMPENSADOR:

└ Drenaje postural (Trendelemburg).

└ Fisioterapia pulmonar 5 minutos por turno, gentil y efectiva.

└ Fluidoterapia.

• SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO:

└ Enseñar a toser a la paciente(respiración profunda, exhalar y en la segunda exhalación toser).

➤ FUNDAMENTACION.

• El drenaje postural consiste en posiciones específicas para que la fuerza de gravedad facilite la expectoración de las secreciones bronquiales (Smeltzer, Bare; 1994: 544).

• Ayuda aflojar y expectorar las secreciones espesas facilitando el drenaje de moco que se adhiere a los bronquios (Smeltzer, Bare; 1994: 563).

- Disminuir el espesor del moco y facilitar su expulsión, cuando el esputo es demasiado espeso para ser expectorado, se disminuye su viscosidad aumentando su contenido de agua (Smeltzer, Bare; 1994: 544).

➤ **EVALUACION.**

- Se elimina la tos en forma adecuada, teniendo como resultado que la paciente pueda disfrutar de sus periodos de descanso.

6. **REQUISITO UNIVERSA:** Preservar mantenimiento del aporte suficiente de aire (preservar los procesos fisiológicos asociados).

➤ **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.**

- Déficit al preservar los procesos fisiológicos asociados relacionado a efecto producido por el atrapamiento de secreciones en los lóbulos inferiores de los pulmones, manifestado como estertores simples.

➤ **OBJETIVO:** Mejorar la eliminación de secreciones.

➤ **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.**

• **SISTEMA TOTALMENTE COMPENSADOR:**

- └ Fisioterapia pulmonar 5 minutos por turno gentil y efectiva.
- └ Fluidoterapia (ya Incluida).
- └ Ministrar broncodilatador Ambroxol, 10 cc, cada 8 horas por 7 días.
- └ Nebulizaciones 15 minutos por turno, por 3 días.

➤ **FUNDAMENTACION**

- Ayuda aflojar y expectorar las secreciones espesas facilitando el drenaje de moco que se adhiere a los bronquios (Smeltzer, Bare, 1994; 563).

- Disminuir el espesor del moco y facilitar su expulsión, cuando el esputo es demasiado espeso para ser expectorado, se disminuye su viscosidad aumentando su contenido de agua (Smeltzer, Bare; 1994: 544).
- Mucolítico de acción surfactante y expectorante ejerce acciones secretolíticas y secretomotoras, fluidifica la secreción viscosa y adherente, activa el mecanismo de depuración mucociliar al tiempo que estimula el sistema surfactante que mejora la estabilidad y transporte de las secreciones a nivel bronquial (IPE, 1997: 370).
- Se realiza la nebulización antes del drenaje postural para dilatar los bronquios, reducir el broncoespasmo, disminuir el espesor del moco, y el esputo, además de combatir el edema (Smeltzer, Bare; 1994: 563).

➤ **EVALUACION**

- Mejoro la eliminación de secreciones de la paciente.

7. **REQUISTO UNIVERSAL:** Prevención de peligros para el funcionamiento

➤ **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

- Potencial de fenómeno tromboembolico, relacionado a riesgo por la inmovilidad postoperatoria, a la que se encuentra sujeta la paciente.

➤ **OBJETIVO:** Prevenir y/o evitar el riesgo.

➤ **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.**

- **SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO:**

- └ La paciente describirá círculos con el pie.
- └ Anticoagulante profiláctico, enoxiparina 40 mg, subcutánea, cada 24 horas.

- SISTEMA TOTALMENTE COMPENSADOR:

- Vendaje compresivo.

- FUNDAMENTACION

- La formación de coágulos dentro de los vasos sanguíneos recibe el nombre de trombosis, ellas son particularmente propensas a ocurrir cuando su flujo sanguíneo es lento por ejemplo después de las operaciones. Porque el flujo lento permite que los factores coagulantes se acumulan en lugar de ser retirados (Ganong.W.F, 1993: 492).

- La enoxiparina inhibe la protombinasa, impidiendo la formación de trombina, reduciendo la posible coagulación de la sangre con rapidez (IPE, 1997: 494).

- Prevenir la hinchazón y la éxtasis de la sangre venosa en las piernas (Smeltzer, Bare; 1994: 493).

- EVALUACION

- Se previno el riesgo, al no presentar signos de alarma.

8. REQUISITO UNIVERSAL: Prevención de peligros para el funcionamiento.

- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Potencial de riesgo de infección de la herida quirúrgica, relacionado a riesgo de infecciones por traumatismo histico, y la presencia de microorganismos patógenos en el ambiente.

- OBJETIVO: Prevenir y/o evitar el riesgo.

➤ INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

• SISTEMA TOTALMENTE COMPENSADOR:

- Curva térmica por turno.
- Antibiótico profiláctico de amplio espectro (aerobios, anaerobios, y pseudomonas), Cefotaxima, 1 gramo, intravenoso, cada 8 horas por 7 días.
- Mantener limpia la herida quirúrgica.

➤ FUNDAMENTACION.

- La fiebre es ocasionada entre otras cosas por endotoxinas bacterianas (Ganong.W.F, 1993: 230).
- La antibioticoterapia profiláctica se administra cuando se prevé contaminación bacteriana, o se adapta una prótesis en una incisión limpia (Smeltzer, Bare; 1994: 480).
- La acumulación de sangre crea espacios muertos y células muertas que deben eliminarse, evitando un medio adecuado para la aparición de infecciones (Smeltzer, Bare; 1994: 482).

➤ EVALUACION

- Se previno el riesgo al no presentar signos de infección.

9. REQUISITO UNIVERSAL: Prevención de peligros para el funcionamiento.

➤ DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Potencial de deterioro de deterioro de la integridad cutánea, relacionado a riesgo de presentar rubor, tumefacción, edema en la periferia de la herida quirúrgica.
- OBJETIVO: Prevenir y/o evitar el riesgo.
- INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.
- SISTEMA TOTALMENTE COMPENSADOR:
 - └ Limitar la humedad en el área.
 - └ Masajes en sitios de presión.
- FUNDAMENTACION.
 - La acumulación de humedad da origen a células muertas, erosionando la piel (Smeltzer, Bare; 1994: 427).
 - Liberar de presión la piel (Smeltzer, Bare; 1994: 327).
- EVALUACION
 - Se previno el riesgo al no presentar signos irritación en la piel.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

7. - CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

La atención de enfermería en hospitales, actualmente es rutinaria, en pocos casos se puede individualizar. Para ello las teorías de enfermería como la de Orem pretenden aportar este proceso personalizado. La aplicación de la teoría de Orem, resulta especial en la atención de los ancianos, en tanto que considera sus capacidades para autocuidarse ya se ha en el hospital durante su tratamiento y rehabilitación o en el hogar. La participación de la persona es de gran importancia, hace que se muestren interesados y mejora la respuesta hacia la rehabilitación.

En el caso de estudio a través de las etapas del proceso de atención de enfermería se valoró, diagnóstico, planificó, intervino y evaluó la exploración del concepto autocuidado en su referente más llano en una anciana, que aun con una desviación a la salud (fractura de cadera) tenía elementos para promoverse autocuidado.

Por otro lado el uso del concepto de sistemas de enfermería permitió reconocer que la atención no es solo total, es decir, hacer todo al paciente, sino que existen niveles de intervención de acuerdo a la naturaleza del déficit que se tenga; he incluso en un solo requisito comprometido se pueden conjugar 2 o 3 sistemas de enfermería.

Como experiencia formativa fue un reto implementar un concepto a través del proceso de atención de enfermería a una persona, probablemente sería pertinente incursionar tempranamente en estos procesos durante la licenciatura.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Atkinson. L.D. y Murray M E. Proceso de atención de enfermería 5a edición, Editorial Manual Moderno, México D.F, 1996, 225 p.p.

Benson. W. Pernoll. E. Manual de obstetricia y ginecología. 9ª edición, Editorial Interamericana - Mc Graw Hill, Mexico D.F, 1994, 836 p.p.

Compere. E.L. Fracturas; atlas y tratamiento. 7a edición, Editorial Interamericana, México D.F, 1989, 387 p.p.

Ganong W.F. Fisiología médica. 13ª edición, Editorial Manual Moderno, México D.F, 1992, 744 p.p.

George. B. Julia. Teorías de Enfermería. 3ª edición, Editorial Prentice Hall, México D.F, 1989, 401 p.p.

Gardner. – Gray. Anatomía. 5a edición, Editorial Interamericana, México D.F, 1989, 928 p.p.

Griffit. J.W y Cristensen. P.J Proceso de atención de enfermería Editorial Manual Moderno, México D.F, 1986, 406 p.p

Goldman .H.H Psiquiatría general. 4ª edición, Editorial Manual Moderno, México D.F, 1996, 682 p.p.

Holloway. N.M. Planes de cuidado de enfermería medico – quirúrgica. Editorial Doyma, Barcelona, 1990, 505 p.p.

INEGI. La tercera edad en México. 2ª edición, Editorial INEGI, 1993, 54 p.p.

Marriner Tommey. Ann Proceso de atención de enfermería. Editorial Manual Moderno, México D.F. 1983, 325 p.p.

Marriner Tommey. Ann Modelos y Teorías de Enfermería. 3ª edición, Editorial Mosby-Doyma, Madrid, 1994 , 530 p.p.

Merck . Manual de geriatría. Editorial Doyma, Barcelona, 1990, 321 p.p.

Morán y Mendoza. Modelos de enfermería. Editorial Trillas, México D.F., 1993
196 p.p

Newman. D.K y Jakovac. D.A. Planes de cuidados en geriatría. Editorial Doyma, Barcelona, 1994, 321 p.p.

Oceano. Diccionario de sinonimos y antonimos. Editorial Carbajal, Colombia, 1995, 1527 p.p.

Orem. D.E. Modelos de Orem, conceptos de enfermería en la practica. 4ta edición, Editorial Científicas y técnicas S.A, Barcelona, 1993, 423 p.p.

Pietro de Nicola. Geriatría. Editorial Manual Moderno, México D.F, 1995, 304 p.p.

Quiros Gutiérrez Fernando. Tratado de anatomía humana. 3a edición, tomo I, Editorial Porrúa, México D.F, 1965, 501 p.p.

Roper. N. y cols. Proceso de atención de enfermería: modelos de aplicación. Editorial Interamericana, México D.F, 1981, 121 p.p.

Ruperez. I.- Llorente. P. Guía para auxiliar y cuidadores del anciano. Editorial McGraw – Hill – Interamericana, Madrid, 1996, 374 p.p

Salter. R.B. Trastornos y lesiones del sistema musculoesquelético. 2a edición, Editorial Salvat, México D.F, 1993, 623 p.p.

Secretaría de salud. Boletín estadístico 1997. Editorial Grafik, México D.F, 1997, 150 p.p.

Salvat. Etall. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 13a edición, Editorial Salvat, México D.F, 1992, 1319 p.p.

Smeltzer. S. C. Bare. B. G. Enfermería Médico-quirúrgica. 13ª edición, Editorial McGraw-Hill - Interamericana, México D.F, 1994, 2185 p.p.

Wesley. R.L. Teorías y modelos de enfermería. 2da edición, Editorial McGraw – Hill – Interamericana, México, D.F, 1997, 179 p.p

ANEXOS

ANEXO 1

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERÍA

(Mendoza, Rosa E.; 1996)

I. Datos generales

Nombre: L.O.D Edad: 65 años Sexo: femenino
Religión: católica Lugar de origen: México D.F. Colonia: Nueva Aragon.
Tiene derecho algún servicio de salud: ISSSTE.

II. Apoyos con los que cuenta

Con quien vive: sola. Trabajo anterior y actual: Hogar
Profesión u oficio de donde obtiene sus ingresos: pensionada
Cubre sus necesidades: SI
Cuenta con algún apoyo comunitario NO
Pertenece algún grupo: INSEN
Dispone de transporte cuando requiere salir de su hogar: Microbús

III. Tipo de vivienda de personas ancianas.

Es propia: SI
La construcción es adecuada a las necesidades de la anciano: Es de tipo urbano, construida de cemento tabique, y otros materiales, no cuenta con modificaciones para evitar accidentes
El cuarto de baño tiene agarraderas o es adaptado para el anciano: NO
El piso esta libre de alfombras, cables u objetos dispersos: NO

Condiciones higiénicas de la vivienda: Buena ventilación, abastecimiento de agua intradomiciliario, guardar la basura en un bote tapado, mantiene su casa en optimas condiciones de limpieza.

IV. Patrones de la vida cotidiana

Hábitos alimenticios y horarios: desayuno; café, pan, guisado.

Comida; sopa, guisado, fruta, agua o refresco.

Cena; café con leche, guisado o una fruta.

Numero de horas de sueño y descanso: duerme 7 hrs por noche.

Alteraciones durante el sueño ninguna

Eliminación: vesical 3 veces por día. Intestinal 1 vez por día en su casa; en el hospital ha presentado estreñimiento, desde hace 3 días.

Utilización del tiempo libre: hace ejercicio camina 4 veces por semana, 30 minutos, teje y escucha el radio, participa en el INSEN.

Alcoholismo (+), en eventos sociales únicamente, sin llegar al embrutecimiento.

V. Estado de salud anterior

En los últimos 5 años cuales han sido sus problemas de salud: resfriados, diarreas, no refiere otros padecimientos.

La han hospitalizado últimamente: antes de la fractura no se había hospitalizando.

Tiene alguna enfermedad crónica – degenerativa: osteoporosis (recién diagnosticada).

Ha tenido algún tratamiento en los últimos 5 años: No

En los últimos tres años ha tenido variación en el peso: No

VI. Estado de salud actual

Actualmente ha presentado:

- | | |
|----------------------------|----|
| * Cansancio | NO |
| * Cambio de apetito | NO |
| * Fiebre | NO |
| * Sudoracion nocturna | NO |
| * Problemas para dormir | NO |
| * Resfriados e infecciones | SI |

Existe algún problema psiquiátrico anterior: NO

Capacidad para llevar acabo las actividades del diario vivir: De acuerdo a la escala de dependencia en este momento la paciente es interdependiente (Ver anexo 1)

Conque frecuencia asiste al médico: Solo cuando se siente muy enferma.

REVISION POR APARATOS Y SISTEMAS:

PROBLEMA DE:	SIGNOS Y SINTOMAS	FECHA DE INICIO
PIEL	Equimosis en tercio proximal de Muslo derecho	marzo 1998
HEMETOPOYETICO	Ninguno	
CABEZA	Ninguno	
OJOS	Ninguno	
OIDOS	Ninguno	

NARIZ Y SENOS	Ninguno	
BOCA Y GARGANTA	Placa fija, halitosis.	Marzo
1998		
CUELLO	Ninguno	
MAMAS	Ninguno	
SISTEMA RESPIRATORIO	Estertores simples, tos seca.	Marzo
1998		
SISTEMA CARDIOVASCULAR	Ninguno	
SISTEMA DIGESTIVO	Estreñimiento de 3 días de evolución.	Marzo
1998		
SISTEMA URINARIO	Ninguno	
SISTEMA REPRODUCTOR	Ninguno	
SISTEMA		
MUSCULO – ESQUELETICO	Fractura de cadera derecha	Marzo
1998		
	Presenta flacidez muscular	
	Fuerza física disminuida (Hipotonía muscular)	
	Descalcificación por osteoporosis	Marzo
1998		
	Cadera derecha asimétrica	
	Rotada hacia fuera, con acortamiento.	
	Dolor a la movilización de la cadera derecha.	
SISTEMA		

NERVIOSO CENTRAL

Disminución de la respuesta a estímulos

periféricos.

Periféricos y de los sentidos por edad.

INMUNOLOGICO

Ninguno

SISTEMA ENDOCRINO

Ninguno.

VII. Medicamentos

a) No prescritos

Nombre del fármaco: aspirina (ácido asetilsalicílico)

Dosis: 1 o dos pastillas cuando presentaba cefalea

Frecuencia: eventual

Ultima toma: No refiere.

b) Prescritos: Ninguno que halla usado antes de su hospitalización.

c) Medicina tradicional

Nombre del fármaco: Té de hojas de guayabo

Dosis: 1 vaso cuando presentaba diarrea.

Frecuencia: eventual

Ultima toma: No refiere

Sabe para que toma cada uno de estos medicamentos: SI

Nota algún cambio desde que inicio a tomar medicamentos: SI

Lleva algún control adicional como son: dieta, ejercicio, control de tensión arterial, pulso, respiraciones análisis de sangre, de visión, etc.: realiza el ejercicio antes mencionado, sin prescripción, lo demás no lo refiere.

VIII. Problemas psicosociales

Tiene problemas de ansiedad: NO

Depresión: Leve (Ver anexo 2)

Tiene problemas de insomnio: NO

Le causa problemas tomar decisiones: NO

Tiene algún miedo: NO

Se siente nerviosa: a veces

Valoración mental: Sin relevancia (Ver anexo 3)

Dificultad para concentrarse: NO

Situación general de satisfacción y frustración: se siente satisfecha con su vida.

Problemas familiares que le preocupan actualmente: como repercutirá su problema actual de salud en su familia.

Cuales son los sentimientos que tiene hacia su familia: Es apreciada y quiere a los miembros.

OBSERVACIONES: Se observa tranquila y cooperadora durante la entrevista, se denota seguridad en sus respuestas y comentarios, se puede apreciar su disposición para acatar indicaciones.

ANEXO 2

ESCALA DE DEPENDENCIA DEL ANCIANO
(Mendoza, R.E.; 1997)

Nombre: L.O.D

Edad: 65 años

Sexo: Femenino

Actividad de diario vivir	Puede hacerlo	Con ayuda	Incapaz de hacerlo
1. Beber de una tasa	<u>4</u>	0	0
2. Alimentarse	<u>6</u>	0	0
3. Vestirse parte superior	<u>5</u>	3	0
4. Vestirse parte inferior	7	<u>4</u>	0
5. Colocarse una prótesis	2	0	0
6. Arreglo personal	<u>6</u>	0	0
7. Aseo y baño	<u>6</u>	0	0
8. Control de micción.	<u>10</u>	5	0
9. Control de evacuación	<u>10</u>	5	0
10. Sentarse y levantarse	15	7	<u>0</u>
11. Entrar y salir de la regadera	1	0	<u>0</u>
12. Sentarse y levantarse W:C	6	3	<u>0</u>
13. Caminar 20 m planos	15	10	<u>0</u>
14. Subir y bajar 15 o 20 escalones	10	5	<u>0</u>
15. Capacidad para andar en silla de ruedas	5	0	<u>0</u>
Total de puntos:	51		

Escala hasta 100 puntos = independiente

Hasta 60 puntos = interdependiente

Hasta 40 puntos = dependiente

puntajes máximos por categoría.

ANEXO 3

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA

(Mendoza, R.E. 1997)

Nombre: L.O.D

Edad: 65 años

Sexo: Femenino

1. Esta usted satisfecho con la vida?	SI
2. Ha abandonado usted muchos intereses y actividades?	NO
3. Usted siente que su vida esta vacía?	NO
4. Se aburre con frecuencia?	NO
5. Tiene esperanzas en el futuro?	SI
6. Esta molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	NO
7. Esta de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI
8. Tiene miedo que algo malo suceda?	NO
9. Se siente cansado la mayor parte del tiempo?	NO
10. Se siente frecuentemente desesperado?	NO
11. Se siente intranquilo y nervioso con frecuencia?	NO
12. Prefiere quedarse en casa en ves de salir y hacer cosas nuevas?	NO
13. Se preocupa por su futuro?	SI
14. Cree que tiene problemas con los demás?	NO
15. Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	SI
16. Se siente desanimado y triste con frecuencia?	NO
17. Siente que nadie lo aprecia?	NO
18. Se preocupa por el pasado?	SI
19. Cree que la vida es emocionante?	SI
20. Lee es difícil iniciar con nuevos proyectos?	NO
21. Se siente lleno de energía?	SI
22. Siente que su situación es desesperante?	SI
23. Cree que los demás están en mejores condiciones que usted?	NO

24. Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?	NO
25. Tiene ganas de llorar con frecuencia?	NO
26. Tiene usted problemas para concentrarse?	NO
27. Disfruta de levantarse por las mañanas?	SI
28. Prefiere evitar las reuniones sociales?	NO
29. Es fácil para usted tomar decisiones?	SI
30. Esta su mente tan clara como antes?	NO
TOTAL	11

Escala menor de 10 puntos = Normal

De 10 a 20 puntos = Leve

De más de 20 puntos = Grave

* Cada respuesta afirmativa equivale a 1 punto.

ANEXO 4

MINIEXAMEN DEL ESTADO MENTAL (Mendoza, R.E, 1997)

Lugar de nacimiento: México D.F.

Estado civil: viuda

Escolaridad: secundaria terminada.

Reactivo	Puntuación mínima	Puntuación del paciente
Orientación del tiempo		
Año Estación Mes	10	10
Fecha Día	5	5
Lugar piso y calle	5	5
Ciudad y estado	5	5
Registro		
El paciente contará siete en serie de 100 restará 7 hasta hacer 5 sustracciones se le dará un punto por cada respuesta correcta.	5	3
Memoria		
Pregunte por tres objetos antes dichos	5	5
Lenguaje		
Muestre dos objetos lápiz y reloj pregunte que son	2	2

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Repita la siguiente frase "no sies y o peros" permítame un tiempo.	1	1
Ordene "tome papel con la mano derecha dóblelo a la mitad y regrésemelo"	3	3
TOTAL	41	38

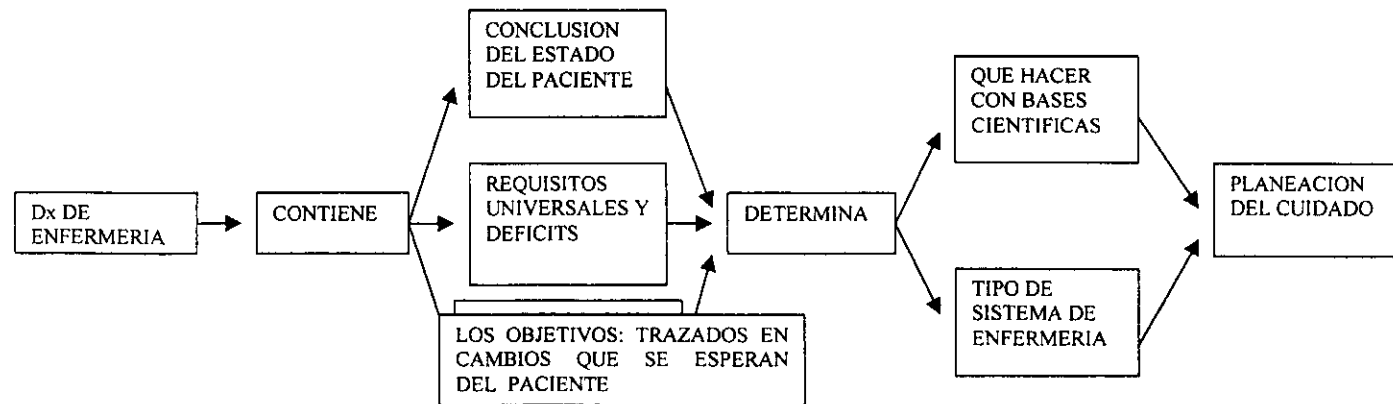
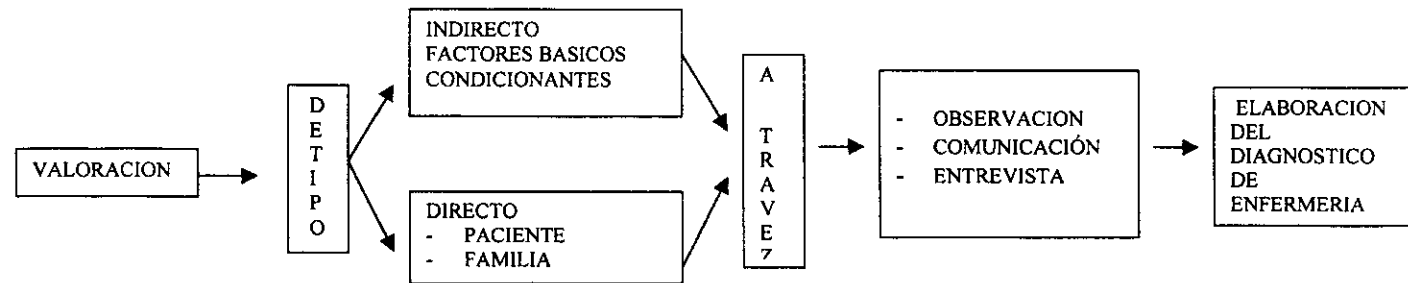
Menor de 30 puntos demencia senil.

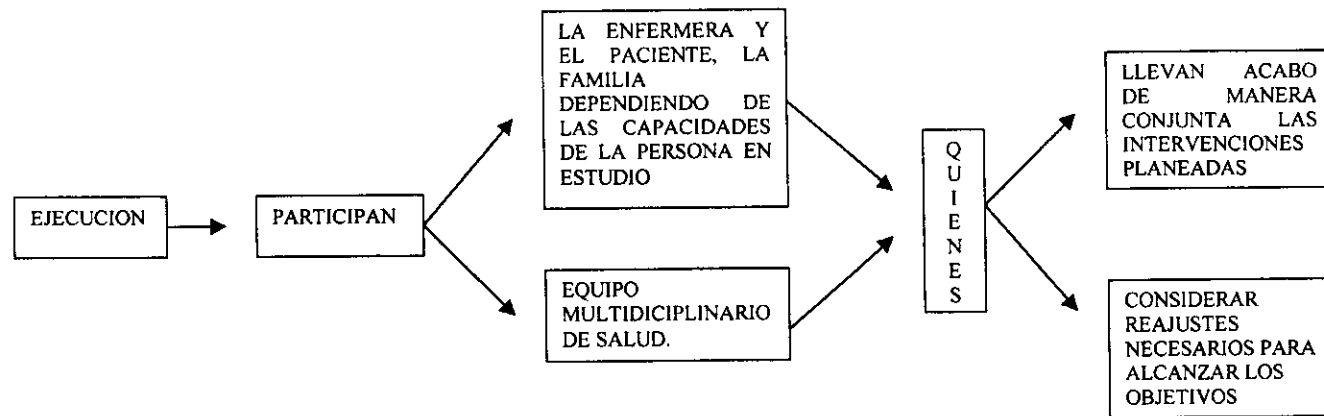
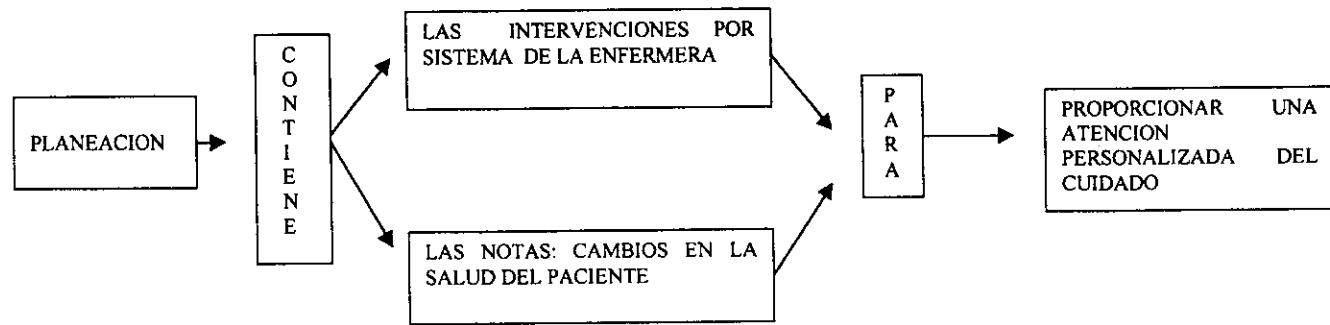
Menor de 35 puntos falta de atención.

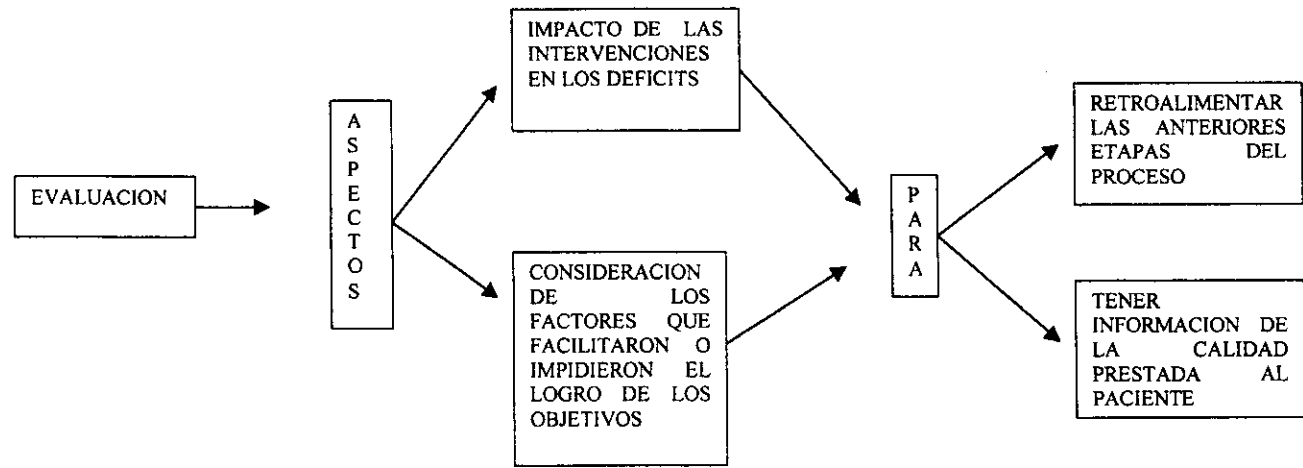
Mayor de 35 puntos normal.

ANEXO 5

DIAGRAMA DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA CON LA TEORIA GENERAL DEL DEFICIT
AUTOCUIDADO DE OREM.
(HERNANDEZ S. G. Y OSTIGUIN. M. R, 1999)







ANEXO 6

PLAN DE INTERVENCION

Requisito universal	Diagnostico Orem	Objetivo	Intervenciones de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	Alteración en la actividad y el descanso relacionado a espasmo manifestado por como dolor en cadera derecha	Eliminar el dolor que afecta el descanso de la paciente	*ministración de analgésicos dolac 1 amp, im , cada 8 hrs *posición decúbito dorsal, alternar con semifowler cada turno.	*el ketorolaco actúa a nivel de receptores, lo que hace efectivo el bloqueo del dolor por un periodo mas largo de tiempo. *evitar inmovilidad total y desplazamientos bruscos.	Disminuyo el dolor
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.	Alteración en la eliminación relacionado a consumo escaso de fibra, manifestado por estreñimiento de 3 días	Mejorar la eliminación de la paciente	*aumentar cereales (fibra) en la dieta, verduras y frutas. *aumento del consumo de líquidos claros(tés, agua, etc.) 100ml por comida (300ml)	*dra volumen a las heces para facilitar su expulsión. *facilitarla excreción reblandecida por medio de los líquidos.	Mejoro la eliminación
Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el medico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos desarrollo.	Desviación de la salud relacionado inadecuado aseo de placa fija manifestado con halitosis	Mejorar el aseo de placa dental	*valorar y asesorar sobre aseo bucal. *orientar sobre la técnica de cepillado - uso de antiséptico. - Cepillado. *canalizar al odontólogo para tratamiento especializado.	*el correcto aseo bucal, facilita el desalojo de los restos de comida, eliminado la halitosis *el especialista tratara el problema con técnicas adecuadas	Se canalizo al odontólogo al no resultar la técnica.
Buscar y asegurar la ayuda médica, relacionada a condiciones psicológicas que están relacionadas con patología humana.	Desviación en la salud relacionado a desconocimiento sobre los procedimientos quirúrgicos	Disminuir la ansiedad de la paciente	*valorar conocimientos sobre el acto quirúrgico. *explicar el procedimiento quirúrgico en aspectos como: hora programada, quien le informa sobre riesgos; posibles problemas después de la operación, cambio en sus actividades de vida cotidiana. *platicar con la paciente sobre los temas que le causan temor. *hacer participe a la familia de la paciente	*conocer cuanto sabe sobre la operación para poder orientar. *orientar sobre los puntos específicos de interés a la paciente. *dar apoyo emocional * dar apoyo emocional atreves de sus familiares.	La paciente presento menos angustia.

Diagnostico Orem	Objetivo	Intervenciones de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
Alteración en la actividad y el descanso relacionado a reflejo condicionado por la acumulación de secreciones	Eliminar la tos que afecta a la paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Drenaje postural • Fisioterapia pulmonar 5 minutos por turno • Fluidoterapia • Enseñar a toser a la paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Posiciones específica para que la fuerza de gravedad facilite la expectoración. • Aflojar y expectorar las secreciones espesas • Disminuir el espesor del moco aumentando su contenido de agua 	Se elimina la tos
Déficit al preservar los procesos fisiológicos relacionado a efecto producido por el atrapamiento de secreciones en los lóbulos inferiores de los pulmones	Mejorar la eliminación de secreciones	<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia pulmonar • Fluidoterapia • Ministrar ambroxol 10 cc c/8hrs • Nebulizaciones 15 minutos por turno 	<ul style="list-style-type: none"> • Aflojar y expectorar las secreciones espesas • Disminuir el espesor del moco aumentando su contenido de agua • Mucolítico de acción surfactante. 	Mejoro la eliminación de secreciones
Potencial de fenómeno tromboembólico, relacionado a riesgo por la inmovilidad postoperatoria a la que se encuentra sometida la paciente	Prevenir o evitar el riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> • La paciente describirá círculos con el pie • Enoxiparina 40 mg S.C. c/24hrs • Vendaje compresivo 	<ul style="list-style-type: none"> • La formación de coágulos dentro de los vasos ocurre cuando el flujo sanguíneo es lento • Inhibición de la protombinasa. • Prevenir hinchazón y éxtasis venosa 	Se previno el riesgo.
Potencial de riesgo de infección de la herida quirúrgica, relacionado a riesgo de infecciones por traumatismo hístico, y la presencia de microorganismos	Prevenir el riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Curva térmica • Cefotaxima un gramo cada 8 hrs • Mantener la herida quirúrgica limpia 	<ul style="list-style-type: none"> • La fiebre es ocasionada por endotoxinas bacterianas • Prever contaminación bacteriana • Eliminar medio adecuado para la aparición de infecciones 	Se previno el riesgo
Potencial de deterioro de la integridad cutánea	Prevenir o evitar el riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar la humedad el área • Masajes en sitios de presión 	<ul style="list-style-type: none"> • Erosiona la piel • Liberar de presión la piel. 	Se previno el riesgo