

31



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

**DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA
RELACIONADA CON FRACTURA DE FEMUR
MANIFESTADA POR DOLOR, ANSIEDAD, EDEMA
DE MIEMBROS INFERIORES Y HORMIGUEO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

MA. ROSALINA BARRIOS BAUTISTA

DIRECTOR DEL TRABAJO

LIC. MAGDALENA MATA CORTES

México

Septiembre 2008



17/09/08



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA REALACIONADA CON
FRACTURA DE FÉMUR MANIFESTADA POR DOLOR, ANSIEDAD, EDEMA
DE MIEMBROS INFERIORES Y HORMIGUEO.**

Qué para obtener el Título de:

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta

MA. ROSALINA BARRIOS BAUTISTA

No. de Cuenta

0-9761027-4

Director del Trabajo

Lic. Ma. Magdalena Mata Cortés



AGRADECIMIENTO

A mis hijos Saúl y Alma, y a mi esposo Adrián por su amor, comprensión, estímulo, entusiasmo, tiempo y apoyo para hacer realidad concreta una meta más en mi vida personal y profesional.

A mi suegra Lupita por su apoyo incondicional y a mis padres por su presencia espiritual, siempre estará y ha estado conmigo.

A los pacientes, origen y razón de ser de mi constante búsqueda de conocimientos, humanismo y de servicio.

INDICE

Introducción	
Justificación	
Objetivo General	1
Objetivo Específico	2
I Marco Teórico	
1.1.- Generalidades	3
1.2.- Proceso de Atención de Enfermería	4
1.2.1.- Objetivos del Proceso de Atención de Enfermería	
1.3.- Organización del Proceso de Atención de Enfermería	5
1.3.1.- Valoración	
1.3.2.- Diagnóstico de Enfermería	10
1.3.3.- Planificación	12
1.3.4.- Ejecución	17
1.3.5.- Evaluación	20
1.4. Modelo de Virginia Henderson	21
1.5.- Fractura de Fémur	29
1.5.1.- Concepto	
1.5.2.- Epidemiología	
1.5.3.- Etiología	30
1.5.4.- Signos y Síntomas	
1.5.5.- Clasificación	31
1.5.6.- Diagnóstico	34
1.5.6.1.- Diagnóstico Diferencial	
1.5.7.- Tratamiento	35
1.5.8.- Complicaciones	
II Metodología	39
2.1.- Valoración	
2.1.1.- Instrumento de Historia Clínica	
2.2.- Diagnóstico de Enfermería	47
2.3.- Planeación	48
2.4.- Ejecución	
2.5.- Evaluación	
III Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	50
3.1.- Presentación del caso clínico	
a) Datos generales	
b) Necesidades	
c) Signos vitales	
d) Signos y Síntomas	
3.2.- Valoración	51
a) Historia Clínica	

3.3.- Diagnóstico de Enfermería	61
Necesidad	
a) Definición	
b) Diagnóstico de Enfermería	
3.4.- Planeación	62
Necesidad	
a) Diagnóstico de Enfermería	
b) Objetivo	
3.5.- Ejecución	63
Plan de Cuidados	64
3.6.- Evaluación	80
IV Conclusiones	81
Glosario	84
Bibliografía	86

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de las Instituciones de Salud se trabaja en forma tradicional en las cuales se fijan metas de cantidad y no de calidad, en la cual se proporciona una deficiente calidad de atención a los usuarios, una lenta recuperación y complicaciones. Por todo esto se vislumbra la necesidad de que enfermería maneje el Proceso de Atención de Enfermería, a fin de que como profesionales se actúe con calidad en su hacer y quehacer laboral y lograr la excelencia.

Afortunadamente cada vez son más los que manifiestan sentir la creciente necesidad de que el trabajo de la enfermera, en cualquiera de los ámbitos de la actuación profesional, responda a los criterios de rigor científico que rigen por igual para todas las disciplinas.

La atención de enfermería requiere identificar los elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados, es decir especificar a que tipo de conocimientos ha recurrido, que tecnología ha utilizado y cuales son las creencias y los valores sobre los que se basa la atención de los cuidados de Enfermería.

El Proceso de Atención de Enfermería es un sistema de planeación en la ejecución de cuidados de enfermería basadas en el Método Científico, considerando un modelo conceptual que proporciona bases para la investigación, prevención mantenimiento, promoción y restauración de la salud del individuo, la familia y la comunidad en el cual se sustenta la enfermería profesional.

El Proceso de Atención de Enfermería es el método del cuidado que tiene como meta identificar las necesidades de cuidados actuales y potenciales para la salud del paciente con la finalidad de establecer los planes de acción que permitan intervenir en la satisfacción de las mismas. Se compone de cinco etapas o elementos secuenciales e interrelacionados entre si y los cuales son:

Valoración:

Recolección y Selección de datos:

Observación

Entrevista

Exploración Física

Diagnóstico de Enfermería:

Enunciado del Diagnóstico

Planeación:

Fijación de prioridades

Elaboración de Objetivos

Documentación del plan de cuidados

Ejecución:

Realización del plan de intervención

Evaluación:

Emisión de un juicio sobre el trabajo de la enfermera en relación con los resultados obtenidos

El Proceso de Atención de Enfermería en este trabajo es sobre un paciente con Fractura de Fémur. Las fracturas están provocadas por la aplicación de fuerzas que superan los límites de resistencia de un hueso, el hueso suele romperse al ser golpeado por un objeto en movimiento o caída,

La realización de este trabajo se basa en el modelo de la teórica Virginia Henderson con una visión integrada que permite la actuación de enfermería sea vista como un proceso de construcción del conocimiento.

El trabajo presentado consta de cuatro capítulos: Marco Teórico, Metodología, Aplicación del Proceso de Enfermería y Conclusiones.

JUSTIFICACION

La atención que actualmente se brinda en las Instituciones de Salud obedece a planteamientos de carácter integral, en el contexto de la Planeación Estratégica la cual se enfoca a una atención de enfermería a todo individuo desde una perspectiva holística.

La enfermera de hoy se prepara para estos retos que la misma profesión origina, por ello y para ello es necesario la fundamentación y reglamentación del cuidado enfermero.

Por ende la enfermera para cumplir sus cometidos fundamentales requiere de la concepción y aplicación de un modelo o método a partir del cual se puede estructurar de una manera eficaz y de gran calidez todas las intervenciones, desde el primer contacto con el paciente, hasta la finalización de las actividades encuadradas dentro de su ámbito de responsabilidades. El modelo aceptado corresponde al Método Científico que en enfermería se traduce en el Proceso de Atención de Enfermería, con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente, manejando cada una de sus etapas: valoración, diagnósticos de enfermería, planificación, ejecución y evaluación. En todas las Instituciones Sanitarias el profesional de enfermería es la parte fundamental, ya que esta en contacto directo con el usuario, por ende la enfermera debe manejar el Proceso de Atención de Enfermería y cada una de sus etapas para que las intervenciones de enfermería sean de alta calidad hacia los usuarios, con la participación y colaboración de los mismos para lograr su independencia lo mas pronto.

El Proceso de Atención de Enfermería es el método del cuidado, ya que su objetivo es identificar las necesidades de los cuidados del usuario para establecer los planes de acción que nos permita intervenir en la satisfacción de las mismas.

El Proceso de Atención de Enfermería se enfoca a un paciente con patología de Fractura de Fémur adoptando el modelo de Virginia Henderson, el cual se apoya en bases científicas.

Henderson conceptualiza al ser humano como único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene catorce necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento. Así mismo menciona que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales, por lo que buscan y tratan de lograr su independencia y la satisfacción de las necesidades a fin de mantener su estado óptimo, la propia salud.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un proceso de atención de enfermería para mejorar la calidad de cuidados de enfermería a pacientes con fractura de fémur y aplicar las fases del mismo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Actualizar los conocimientos de enfermería sobre el diagnóstico y tratamiento en pacientes con Fractura de Fémur

Detectar los signos y síntomas de la Fractura de Fémur y sus diferentes clasificaciones, para dar cuidados específicos de enfermería

Proporcionar atención afectiva a los pacientes con Fractura de Fémur, para facilitar su independencia y elevar su autoestima

1 MARCO TEORICO

1.1.- Generalidades

Enfermería

La enfermería posee una calidad espiritual en la que su propósito fundamental es servir a la humanidad, no solamente dando atención o cuidados curativos al cuerpo enfermo o lesionado, si no atendiendo necesidades de mente y espíritu.

La enfermería tuvo sus inicios con Florencia Nigthangale. Las reformas que instituyo en el cuidado de los enfermos forman aún la base de la enfermería como se practica en la actualidad.

La asistencia de enfermería no solo se realiza en hospitales, si no que también se extiende hacia la comunidad o en forma independiente, ya que en el sistema de salud existen cambios importantes por lo que la enfermera debe tener un mejor preparación. Actualmente la practica de enfermería incluye la promoción y el mantenimiento de la salud y la asistencia en la muerte.¹

Las respuestas humanas son los fenómenos que tienen que ver con el profesional de enfermería. Las actuaciones de enfermería pueden ir dirigidas al tratamiento de las respuestas ante un problema real, como una enfermedad o trastorno, o la prevención de un problema de salud en un paciente de riesgo. Estas respuestas humanas son de naturaleza dinámica y cambia a medida que el paciente o familia progresan a lo largo de la línea de continuidad entre la salud y la enfermedad.

Los cuidados de enfermería son un factor clave para la supervivencia del paciente y para los aspectos relacionados con el mantenimiento, la rehabilitación y la prevención de la salud. En 1980 la Asociación Norteamericana de Enfermería (ANA) en la que define a la enfermería como "el diagnóstico y tratamiento de las

¹ Beare/Myers. Médico Quirúrgica. Tomo 1, 2ª Edición. Editorial Mosby/Doyma Libros. 1995-67

respuestas del individuo a problemas actuales y potenciales de salud", en combinación con los estándares ANA sobre la práctica.²

Virginia Henderson define que la única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.³

1.2.-Proceso de Atención de Enfermería

El proceso de enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, identificando sus necesidades de salud y escoger aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería, incluye una planeación, identificación, ejecución y evaluación de la asistencia de enfermería para el logro de los objetivos.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupos de personas que responde de forma distinta ante una alteración o potencial de salud.⁴

El proceso de enfermería es la herramienta que tiene como meta identificar las necesidades de cuidados actuales y potenciales para la salud del paciente, así como tomar decisiones, ayuda a organizar el trabajo y ampliar el campo de

² Marriner, Ann El Proceso de Atención de Enfermería con un Enfoque Científico. Editorial Manual Moderno, México DF 1990:37

³ Fernandez Ferrini C Novel, Martí Gloria Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S A. Salvat 1ª Edición. 1993:1-4.

⁴ Alfaro, Rosalinda Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica, 3ª edición, Editorial Doyma/ Mosby, Barcelona España. 1997 2-4.

conocimientos y prácticas. Henderson afirma que el proceso de enfermería... "Es un proceso analítico que debe ser utilizado por aquellos que prestan asistencia sanitaria cuando su actuación o ayuda que ofrecen van encaminadas a resolver un problema". El propósito del proceso de enfermería esta basado en la identificación de problemas de salud en el cual se planea la asistencia, que se proporcionara como son los cuidados, técnicas y procedimientos oportunos y precisos, se llevará a cabo la valoración de los resultados, en lo que se reflejara que el paciente ha sido integrado a su entorno familiar en las mejores condiciones de salud.

Es un sistema de planeación en la ejecución de cuidados de enfermería basadas en el método científico, considerando un modelo conceptual que proporciona bases para la investigación, prevención, mantenimiento, promoción y restauración de la salud del individuo, la familia y la comunidad en el cual se sustenta la enfermería profesional.⁵

1.2.1 Objetivos del proceso de atención de enfermería.

- * Proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del paciente, familia y comunidad.
- * Asegurar la calidad de la asistencia y estimular al paciente a participar en la misma.

1.3.- Organización del proceso de atención de enfermería.

El proceso de atención de enfermería consta de 5 etapas sucesivas e interrelacionadas.

- 1.3.1.-Valoración
- 1.3.2.-Diagnóstico
- 1.3.3.-Planificación
- 1.3.4.- Ejecución
- 1.3.5.- Evaluación

⁵ Op Cit Alfaro : 13

1.3.1.-Valoración

Es considerado el pilar del proceso de enfermería, la recolección de datos es la fase inicial que consiste en reunir todas las informaciones disponibles, necesarias para los cuidados del paciente. Esta es la fuente principal (primaria o directa) para la obtención de los datos ya que determina el estado actual de salud y se establece un plan de cuidados. El resto de la información se extraerá de los registros médicos, registros de enfermería, de la familia u otros familiares que hayan estado en contacto con el paciente (fuente secundaria o indirecta), con todos estos datos se forma la historia clínica de enfermería.

Historia Clínica de Enfermería

La historia clínica de enfermería es un registro de la información acerca del paciente. Facilita los datos sobre los que se valoran los problemas actuales y potenciales del paciente y es la base para planear, ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería. El hacer una historia clínica permite a la enfermera establecer una información enfermera-paciente positiva, observar la conducta y el estado del paciente, así como obtener información necesaria. El uso de un formato es útil para asegurar la obtención de toda la información necesaria.

Para recopilar la información debe ser con rapidez, evitando duplicar la información ya recogida por otros miembros del equipo de salud.

El formato de la historia clínica de enfermería suele ser diseñado por un comité de la institución, se seleccionan las áreas a investigar, como los aspectos físicos, sociales y culturales. Al planear el formato se debe tomar en cuenta qué puede observarse y qué debe preguntarse, deberá ser evaluada a través del uso. Ya que los avances de la tecnología, el mayor conocimiento, los recambios del personal y los cambios individuales de las enfermeras hacen necesaria una revisión periódica del formato de historia clínica de enfermería con el fin de que conserve su utilidad.⁶

Una historia clínica de enfermería debe incluir lo siguiente:

⁶ Little, D E, and Carnevali, D.L. Nursing Care Planning. J B. Lippincott Co, 1969 : 66-69

- * Hábitos higiénico - dietéticos
- * Hábitos de descanso y sueño
- * Ejercicio
- * Estado físico

Nivel de conciencia

Sentidos

Piel

Alineación corporal

- * Estado psicológico

Agitado

Ansioso

Depresivo

Deprimido

- * Antecedentes sociales, culturales y económicos.

Las notas de enfermería deben contener comentarios precisos y objetivos, deben contener, además, los signos y síntomas del tratamiento, la educación que se logro impartir, las causas por la que se administraron medicamentos, analgésicos y su efecto, la cantidad y tipo de material drenado y las razones para omitir medicamentos o tratamientos.⁷

Las notas de enfermería no solo ayudan a que el personal de salud brinde y evalúe los cuidados, si no también son importantes para contar con una fuente confiable de observaciones sobre el paciente y los tratamientos administrados en caso de litigio. La enfermera tiene la responsabilidad de anotar sus observaciones y de usar las notas registradas por otras enfermeras.⁸

Con la información contenida en la historia clínica de enfermería, el personal de enfermería elabora un perfil de paciente que se guarda en su carpeta. Deben incluirse factores importantes como la capacidad del paciente para comunicarse y comprender, la disposición de su familia, su modo de vida, su

⁷ Healy, E.E. and Mac Gurk, W. Effectiveness and Acceptance of Nurse notes. Nurse. Outlook 1966: 32-34

⁸ Flynn, E.D. The Computer: And Aid to Nursing Communications Nurs. Clin. North Am. 1969: 541

situación en el hogar, sus hábitos personales que pueden tener relevancia en el tratamiento y su comportamiento durante la entrevista. ⁹

Recolección de datos.

Las informaciones recolectadas deben ser datos objetivos y subjetivos, la recolección de datos es un proceso continuo. La enfermera debe proseguir a lo largo de la evolución del paciente, por lo que se requiere que desarrolle capacidad de información, análisis y de síntesis para la toma de decisiones en los cuidados de enfermería con un enfoque holístico.

Para la recolección de datos se incluye, también:

- * La observación
- * La entrevista
- * La exploración física

***Observación.**

La observación se define como la capacidad intelectual de captar a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior. ¹⁰ Es una tensión especial que proyecta el pensamiento hacia el objeto de observación, manteniendo alerta la inteligencia y los sentidos. Se ejerce en primer lugar por medio de un análisis de las percepciones que realiza la inteligencia a la luz de las experiencias del pasado; este proceso se basa esencialmente en la atención y en la concentración. Se afirma que, en los cuidados de enfermería, la observación consiste en considerar al paciente y a todo lo que se relaciona con él, con una atención expresa y continua que nos permite conocerlo mejor. ¹¹

La observación pasa por el filtro de nuestros mecanismos sensoriales, perceptuales y emotivos. La enfermera utiliza la vista, el oído, el tacto y el olfato.

⁹ Op Cit. Marriner: 61

¹⁰ Kiopelle, Grondin. L. y Phaneuf. M. Soins infirmiers: Un modele Centre Sur Les Besoins de la Personne. Editorial, Mc Graw-Hill. Montreal. 1984: 253-265

¹¹ Phaneuf, Margot. Cuidados de Enfermería, El Proceso de Atención de Enfermería. Editorial Mc. Graw-Hill, Interamericana, Madrid. 1993: 53

Todos estos elementos ponen a la enfermera en condiciones a llevar a cabo una observación amplia, dentro de un marco bien definido. Debe acostumbrarse una a una las diferentes necesidades, pero no a de perder de vista las interrelaciones que se establecen entre ellas. Esto, permitirá ver a la persona como un todo unificado, es decir tener del paciente una visión holística.

***Entrevista.**

La entrevista es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud. Se sobre entiende que el objetivo de este encuentro es reunir información que permita descubrir las necesidades que permanecen insatisfechas en el paciente y las distintas manifestaciones de dependencia que las determinan. Este es el instrumento por excelencia de la personalización de los cuidados.¹²

El éxito de la entrevista depende, además de la habilidad que tenga la enfermera, en establecer una comunicación clara y eficaz, que permita conseguir los objetivos que se trazo.

***Exploración física.**

El examen físico complementa y clarifica los datos reunidos durante la entrevista de enfermería. Este incluye aspectos físicos, psicosociales, debe ser minucioso, sistemático y dominar la técnica. Las habilidades para la valoración física incluyen:

Inspección.- Método de examen físico que consiste en una observación cuidadosa y crítica.

Auscultación.- Método de examen físico que consiste en escuchar los sonidos que se producen dentro del cuerpo, especialmente en el corazón y vasos y sistema respiratorio. y puede ser: inmediata (sin interposición del estetoscopio), de Korányi (percusión auscultatoria que se practica golpeando con un índice la segunda articulación del otro índice aplicado perpendicularmente a la parte), mediata (auscultación con interposición de un instrumento, el estetoscopio).

¹² Op. Cit. Phaneuf, Margot : 86

Palpación.- Método de exploración táctil diagnóstica que consiste en aplicar los dedos o la cara anterior de la mano, con presión ligera o profunda; sobre una superficie para apreciar ciertas cualidades y el límite de los órganos subyacentes.

Percusión.- Método de exploración clínica, que consiste en golpear una parte del cuerpo con objeto de apreciar las variaciones de sonoridad de esta parte y deducir el estado o límites de la misma.

La elección que se realice dependerá del estado del paciente, ya que se iniciará examinando el área donde se encuentra el problema antes de explorar otras partes del cuerpo. Otros profesionales de enfermería prefieren usar un enfoque por sistemas, inician la valoración con el sistema respiratorio (nariz, garganta, pulmones) y siguen con el sistema cardíaco, circulatorio, neurológico, gastrointestinal, genitourinario, músculo esquelético y estado de la piel. Un enfoque habitual es el examen cefalocaudal, de la parte superior, a la inferior. Comienza por la cabeza y termina por los dedos de los pies.

1.3.2.- Diagnóstico de Enfermería.

Las fases de la valoración (recolección de datos, validación de los datos, organización de los datos, identificación de patrones y la comunicación o registros de datos) es esencial para un correcto diagnóstico de enfermería.

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales de salud, procesos vitales, reales o potenciales.¹³ El diagnóstico de enfermería se considera un paso fundamental que proporciona la fase para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de la que es responsable la enfermera.¹⁴

El proceso de diagnóstico fundamenta las intervenciones de enfermería mediante el análisis de la información obtenida.

¹³ Carpenito, Lynda. Diagnóstico de Enfermería, 2ª edición. Editorial Interamericana, México, DF. 1998: 18

¹⁴ Kozier, Bárbara. Enfermería Fundamental. Conceptos, Procesos y Prácticas, 2ª edición. Editorial Interamericana, México. 1989: 1182

Diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía de la NANDA son:

- a) Reales
- b) De alto riesgo
- c) Posibles

La mayoría de los diagnósticos de enfermería de la lista de la NANDA tiene 3 componentes:

- * Título (etiqueta) definición
- * Características definitorias
- * Factores relacionados o de riesgo

Título y definición.- Es una descripción concisa del problema. El título proporciona un nombre para el diagnóstico, una frase concisa o término que representa un patrón de claves relacionadas. Pueden incluir los siguientes calificativos como: Alterado, deteriorado, deplecionado, deficiente, excesivo, disfuncional, aumentado, agudo, crónico.

La definición ayuda a diferenciar un diagnóstico particular de otros similares y esta debe ser conceptual y coherente con el título y las características que lo definen.

Características definitorias.- Son evidencias clínicas que describen un grupo de conductas o signos y síntomas que representan un título diagnóstico, las claves diagnósticas son concretas y mensurables mediante el apoyo de datos clínicos.

Factores relacionados o de riesgo.- Factores etiológicos o concurrentes que han influido en el cambio, en respecto del estado de salud. Dichos factores pueden agruparse en cuatro categorías; fisiopatológicos (biológicos o psicológicos), relacionados con el tratamiento, de situación (ambientales o personales) y de maduración.

a) Diagnóstico de enfermería real

Representa un estado que ha sido clínicamente válido.

b) Diagnóstico de enfermería de alto riesgo

Es el juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son mas vulnerables al desarrollo de un problema que otros en circunstancias similares.

Los factores de riesgo identifican conductas, condiciones o circunstancias no hay signos ni síntomas).

c) Diagnóstico de enfermería posibles

Es para describir problemas que puedan existir, pero que requieren de datos adicionales para ser confirmados o descartados.

Virginia Henderson retoma los diagnósticos de la NANDA.

1.3.3.-Planificación.

Realizada la valoración e identificados los problemas y recursos específicos, se inicia a trabajar con el paciente (y/o familia) para desarrollar un plan de acción dirigido al logro de los objetivos, diseñado para prevenir, resolver o controlar los problemas y ayudar a la persona a lograr un óptimo nivel de funcionamiento.

La planificación de los cuidados es el punto en que desembocan las etapas precedentes del proceso. Es una etapa esencialmente orientada hacia la acción, una vez identificadas las necesidades del paciente, deben clasificarse en un orden de prioridad que establezca preferencias para la distribución del trabajo de enfermería.¹⁵

Planificar cuidados significa establecer un plan de acción, programar etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben tomar. Se trata de organizar las intervenciones de acuerdo con una estrategia bien diseñada.

¹⁵ Op Cit. Marriner: 26

El plan de cuidados es el instrumento por excelencia que tiene entre manos la enfermera en su trabajo diario, ya que orienta todas las actividades de la enfermera, tanto en relación que esta bajo su responsabilidad.

Durante la fase de planificación, se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería. los objetivos indican lo que será capas de hacer el paciente como objetivo de las acciones de enfermería, las intervenciones de enfermería describen la forma en que el profesional de enfermería puede ayudar al paciente a lograr los objetivos. ¹⁶

La planificación implica:

- * Fijación de prioridades
- * Elaboración de objetivos
- * Determinación de intervenciones de enfermería
- * Documentación del plan de cuidados

Con todos estos pasos se logra un plan de cuidados individualizados. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

*Fijación de prioridades.

Contemplan los problemas identificados y formularse preguntas claves:

- ¿Qué problemas necesitan atención inmediata?
- ¿Qué problemas tienen soluciones sencillas?
- ¿Qué problemas deben derivarse a otro profesional?
- ¿Qué problemas deben anotarse en el plan de cuidados?

Una meticulosa valoración de enfermería es capaz de identificar numerosas respuestas reales o potenciales que exigen una actuación de enfermería.

El mecanismo mas habitual para la fijación de prioridades, se utiliza la jerarquía de necesidades de Maslow (1943) y modificado por Kalish (1983).

¹⁶ Iyer, P.N.B.J.Taptich,D. Bernocchi-Losey. Proceso y Diagnóstico de Enfermería, Editorial Interamericana. Mc. Graw-Hill 3ª edición 1988: 158

Maslow	Kalish
Fisiológicas	Supervivencia
Protección	Estimulación
Amor	Seguridad
Estimación	Amor y pertenencia
Autorrealización	Autorrealización

Sin embargo para la realización de este trabajo se tomará el modelo de Virginia Henderson, el cual se basará en las 14 necesidades, que se jerarquizaran posteriormente.

*Elaboración de Objetivos.

El objetivo deriva de la primera parte del diagnóstico de enfermería.

Características de un objetivo de cuidados.

El objetivo de cuidados debe permitir, identificar con claridad el punto hacia donde desea conducir al paciente, es decir, debe describir cual es el resultado que persigue con su acción. Estos objetivos deben ser igualmente realistas y observables. El sistema SPIRO tiene las siguientes características:

S(specificite) Especificidad o pertinencia a un solo sujeto (a veces a un grupo o colectividad).

P(Performance) Meta o acción esperada de la persona.

Y(Implicación) Implicación o nivel de compromiso personal del paciente.

R(Realisme) Realismo. Un objetivo debe tener en cuenta la capacidad de la persona desde el punto de vista físico, intelectual y afectivo.

O(observable) Observable. Debe orientarse hacia comportamientos o hacia acciones objetivamente apreciables y observables, incluso deben ser mensurables.

Un objetivo debe en la medida de lo posible, permitir responder a estas cinco preguntas:

¿Quién?

¿Cómo?

¿En qué medida?

¿Cuándo?

¿Qué hace?

Proporciona una normas para la documentación de las notas de enfermería y para la evaluación de la eficacia de los cuidados. ¹⁷

Los objetivos de cuidados pueden pertenecer a diferentes campos:

De naturaleza psicomotriz.- Esta implicado el movimiento.

De naturaleza cognitiva.- Se refiere al conocimiento.

De naturaleza afectiva.- Están implícitas las sensaciones, las emociones y los sentimientos.

Los objetivos se clasifican en:

Corto plazo.- se consiguen de forma rápida (con frecuencia menos de una semana).

Largo plazo.- se logran en un plazo mas largo (con frecuencia semanas o meses).

Los objetivos o resultados esperados tienen tres propósitos:

Son los instrumentos de medición del plan de cuidados.

Dirigen las intervenciones.

Son factores de motivación.

* Todo esto permitirá al profesional de enfermería formular objetivos que sean individualizados y continuar el proceso de enfermería desarrollando intervenciones para su consecución y evaluar su eficacia. ¹⁸

*Determinación de Intervenciones de Enfermería.

La elección de las intervenciones permite al profesional de enfermería determinar el tipo de acción y la forma para conseguir el comportamiento en el paciente,¹⁹ para corregir su problema de dependencia . A estas distintas acciones deben añadirse así mismo intervenciones de comunicación, de relación de ayuda y enseñanza al paciente.

¹⁷ Ibidem. Alfaro: 35

¹⁸ Op Cit. Iyer: 166

¹⁹ Ibidem, Phaneuf. 1993: 120

El rol de la enfermera en un proceso de cuidados, realizado a partir del marco conceptual de Virginia Henderson, es que la enfermera suple lo que el paciente no puede hacer por sí mismo para satisfacer sus necesidades y corregir problemas de salud. Así que sus acciones tienen como objeto esencial conservar un grado óptimo de independencia en la persona.

Las intervenciones de enfermería son actividades que realiza la enfermera para:

Controlar el estado de salud.

Prevenir, resolver o controlar un problema.

Ayudar a realizar las actividades de la vida diaria.

Promover la máxima salud e independencia.

Tipos de Intervenciones de Enfermería:

* Dependientes.- Tipo de actividades que el personal de enfermería realiza hacia el paciente sin que él participe.

* Independientes.- El tipo de actividades que el profesional de enfermería puede ordenar de forma independiente, están definidas por los diagnósticos de enfermería. Estas son las respuestas que el profesional de enfermería está autorizado a tratar en virtud de su educación y su experiencia.²⁰

* Interdependientes.- Definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de salud.

* Documentación del Plan.

El plan de cuidados es un método de comunicación de la información importante sobre el paciente. El formato del plan, ayuda a procesar la información obtenida durante las fases de valoración y diagnóstico.²¹

El plan sirve de centro receptor, ya que se utiliza para documentar los resultados de la fase de planificación, facilita la comunicación mediante la identificación de la información oportuna.

²⁰ Op Cit. Fernández F. : 22

²¹ Ibidem. Iyer: 184

Verificar que los problemas prioritarios estén en el plan de cuidados, éstos requieren intervenciones de enfermería individualizados. Es importante recordar que el registro del paciente debe transmitir el conocimiento de la enfermera de todas las prioridades de cuidados y la respuesta que da a las mismas.

Igualmente debe ser clara y breve, formula objetivos a corto y largo plazo y determinar fechas límite para su logro.

La anotación del plan de cuidados tiene tres propósitos esenciales:

- a) Facilitar la comunicación entre los profesionales del cuidado de la salud.
- b) Dirigir los cuidados y la anotación de los mismos.
- c) Proporcionar un registro que posteriormente puede utilizarse para la evaluación y la investigación.

Para cada diagnóstico de enfermería que se anote en el plan, deberá desarrollarse un resultado esperado, centrado en el paciente.

1.3.4.- Ejecución.

Es la puesta en marcha del plan de cuidados, es una acción autónoma basada en el razonamiento científico que se realiza para beneficio del paciente.

La fase de ejecución de los cuidados constituye el momento de la realización del plan de intervención. Sus integrantes principales son: El paciente que lleva a cabo las acciones planificadas para él, la enfermera que supervisa estas acciones, anima, informa, enseña, manifiesta su empatía, aporta su ayuda y procede a todo tipo de cuidados destinados al paciente.

Sin embargo ella no actúa sola, forma parte de un equipo de cuidados de enfermería, que desarrolla un trabajo importante, asegurando la complementariedad y la eficacia de las actividades profesionales.²²

De acuerdo con el marco conceptual de Henderson, el objetivo principal de los cuidados consiste en conducir al paciente hacia un estado óptimo de

²² Lambert, P. La Demarche de Soins: Une voie D'accès a la complementarite ou une recette placebo qui isole L. infirmiere. 1^o edición, Québec. 1984: 57-64

independencia en la satisfacción de sus necesidades. Antes de ejecutar cuidados, es esencial evaluar qué puede hacer el paciente por sí mismo a fin de procurar que conserve toda la autonomía posible.

La ejecución incluye las siguientes actividades:

- *Preparación para dar y recibir el informe de cambio de turno
- *Valoración y revaloración
- *Establecimiento de prioridades diarias
- *Realización de las intervenciones de enfermería
- *Registro
- *Dar el informe de cambio de turno
- *Evaluación continuada y mantenimiento del plan de cuidados actualizados

*Preparación para dar y recibir el informe de cambio de turno.

Estar preparada y concentrar la atención es la clave para hacer un informe real, para organizar y establecer pronto las prioridades diarias. El estar enteradas de los problemas y tratamientos comunes, leer las historias, aumenta la competencia y eficiencia en el profesional de enfermería.

Se debe valorar el estado actual del paciente.

- ¿El plan de cuidados escrito continua siendo el apropiado?
- ¿Hay nuevos problemas?
- ¿Hay algún cambio que requiera una modificación en el plan?

*Valoración y revaloración.

Cada que se realiza una intervención se valorara para saber si es apropiada. La valoración continuada proporciona información clave sobre los diagnósticos de enfermería apropiados para el paciente.

*Establecimiento de prioridades diarias.

Se debe estudiar las anotaciones medicas, de enfermería y el plan de cuidados para su valoración, determinar cualquier problema que necesite una

solución inmediata y emplear acciones apropiadas, hacer una lista de problemas incluyan los diagnósticos de enfermería y los problemas interdependientes, determinar las intervenciones que se deben realizar.

***Realización de las intervenciones de enfermería.**

Llevar a cabo una actividad para alguien.

Ayudar a las personas a desarrollar una actividad por si misma.

Supervisar a las personas mientras realizan una actividad por si misma.

Enseñar a las personas sobre sus cuidados de salud.

Asesorar a las personas en las elecciones que deben hacer en la utilización de los recursos de salud adecuados.

Control para detectar potenciales complicaciones/ problemas

***Registros.**

Existen varios métodos para registrar:

Registro según los distintos orígenes.- Los cuidadores de cada disciplina (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, etc.) las realizan en hojas separadas y escriben cronológicamente notas narrativas.

Registros multidisciplinarios.- Sus registros los escriben en el mismo impreso.

Registro en hojas de control.- Las anotaciones se registran en lugares específicos.

Registro mediante hojas adicionales.- Las anotaciones de enfermería se complementan con hojas separadas para cada tipo de situación.

Registros ayudados por ordenador.- Las anotaciones se facilitan por registros informatizados.

***Dar el informe de cambio de turno.**

Un informe exacto y organizado, es esencial para la continuidad de los cuidados.

Evaluación continuada y mantenimiento del plan de cuidados actualizados.

Es importante evaluar el progreso diario, ya que permitirá identificar problemas y efectuar con rapidez los cambios necesarios.

Preguntas para evaluar el trabajo diario:

¿Cómo ha transcurrido el día?

¿He hecho todo lo que tenía que hacer?

¿He sido capaz de establecer bien las prioridades?

¿He sido organizada?

¿He identificado tanto los problemas interdependientes como los diagnósticos de enfermería de los pacientes?

¿Cuanto tiempo he dedicado a las actividades de enfermería interdependientes?

1.3.5.-Evaluación.

Es la última etapa del proceso de enfermería, es la que permite conocer los resultados del plan de intervenciones de enfermería y el logro de los objetivos en relación con la satisfacción de las necesidades y el estado de salud del individuo, es además una condición de la calidad de los cuidados.

Es emitir un juicio sobre el trabajo de la enfermera en relación con los resultados obtenidos.

La evaluación de un plan de cuidados individual implica las siguientes actividades:

Evaluación del logro de los resultados esperados.

Identificación de las variables, o factores, que afectan el logro de los resultados esperados.

Decisión sobre si continuar, modificar o dar por finalizado el plan de cuidados.

Continuación, modificación o finalización del plan.

La enfermera y el paciente deben decidir si el plan ha sido eficaz y si hay que hacer algún cambio.²³

²³ Ibidem. Alfaro: 39

1.4.-Modelo de Virginia Henderson

Trayectoria:

Virginia Henderson nació en 1897, natural de Kansas City, Missouri (Virginia), siendo la quinta de 8 hermanos.

Durante la Primera Guerra Mundial, Henderson desarrollo su interés por enfermería.

En 1918, ingreso en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se gradúo en 1921.

En 1922 inició su actividad de docencia, 5 años mas tarde entro en el Teacher`s College de la Universidad de Columbia y obtuvo los grados de Bachelor of Sience y Master of Arts.

En 1929 trabajo como supervisora docente en el Strong Memorial Hospital del Rochester, Nueva York.

En 1930 hasta 1948 como miembro del profesorado para impartir cursos sobre el proceso analítico en enfermería y practica clínica.

Henderson tiene en su haber una larga camera como autora e investigadora.

En 1966 describía su concepto de función original y primordial de la enfermería.

Henderson en la profesión de enfermería tiene mas de 7 doctorados honorarios y el primer Christiane Reimann Award.

Fuentes teóricas:

En 1955, en la revisión de The Principes and Practice of Nursing, de Harmer y Henderson. Tres hechos principales influyeron en la decisión para sintetizar su propia definición de enfermería: revisó el *Texbook of Principes and actice of Nursing* e identificó su trabajo como la fuente que le hizo darse cuenta de " La necesidad de claridad sobre la función de las enfermeras ".²⁴

²⁴ Safier, G. Henderson Virginia: Practioner. In G. Safier *Contemporary American Leaders in Nursing: An oral History*. Editorial Mc. Graw-Hill. New York.1977: 119

Un segundo hecho fue su participación en una conferencia nacional del Consejo Nacional de Enfermería en 1946, en el cual su informe representaba " mi punto de vista modificado por el pensamiento de otros grupos " y el último la investigación de la American Nurses' Association (ANA) sobre la definición de enfermería, en el cual ella no estaba de acuerdo.

Henderson considera su trabajo una definición mas que una teoría, describe su interpretación como " la síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas ".²⁵

Entre las fuentes de influencia se encuentran:

Annie W. Goodrich.- Dice " cada vez que visitaba nuestra unidad, dirigía nuestra atención mas allá de las técnicas y tareas rutinarias ". También " mi temprano descontento con el reglamentado cuidado del paciente, en el que yo participaba, y con el concepto de enfermería como meramente auxiliar de medicina ".

Caroline Stakpole.- Inculco en Henderson la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

Jean Broadhurst.- La importancia de la higiene y asepsia.

Dr. Edward Thrndike.- A través de este psicólogo comprendió que la enfermedad es " mas que un estado de dolencia " y que las necesidades mas fundamentales no se satisfacen en los hospitales.

Dr. George Deaver.- Observó que la meta de los servicios de rehabilitación del instituto era reconstruir la independencia del paciente.²⁶

Bertha Harmer.- Retoma la definición de enfermería en la cual menciona que esta arraigada en las necesidades de la humanidad.

Ida Orlando.- Influye en su concepto de la realización enfermera - paciente, en la que advierte, con que facilidad la enfermera puede guiarse por ideas equivocadas sobre la necesidades del paciente si no revisa su interpretación de ellas con él.²⁷

²⁵ Henderson, V. The Nature of Nursing. American Journal of Nursing. 1964. 64

²⁶ Henderson, V. The Nature of Nursing. A definition and its implications for practice, research and education. Editorial Mac millan. New York 1966: 10-11

²⁷ Op Cit. Henderson: 14

Uso de la vida empírica.

Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de la enfermería. Claude Bernard menciona que la salud depende del mantenimiento constante del flujo de linfa alrededor de la célula. A lo que ella conjuro que " una definición de enfermería debería implicar un reconocimiento del principio del equilibrio fisiológico " , así mismo afirma : " resulta obvio que el equilibrio emocional es inseparable del fisiológico, tan pronto como descubrí que una emoción es en realidad nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares " ²⁸

No cita a Maslow como una influencia, pero describe su teoría de la motivación humana y encuentra una correlación con las jerarquías, en los 14 componentes de los cuidados de enfermería de Henderson.

Principales conceptos y definiciones.

Enfermería.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a la muerte pacífica), que éste realizaría sin ayuda si tuviera fuerza, la voluntad del conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.²⁹

Salud.

A la salud la equipara con la independencia.

* Es la calidad de la salud más que la vida en si misma, ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida".³⁰

²⁸ Ibidem. Henderson: 11

²⁹ Op Cit. Henderson: 15

³⁰ Henderson The Concepts of Nursing, Journal of Advances Nursing 1978, marzo: 122

Entorno.

* El conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan la vida y el desarrollo de un organismo*.

Paciente.

Al paciente lo considera como un individuo que requiere asistencia para alcanzar la salud y la independencia o la muerte pacífica. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.³¹

Necesidades:

Henderson identifica catorce necesidades básicas del paciente:³²

- 1.- Respirar normalmente
- 2.- Comer y beber adecuadamente
- 3.- Eliminar los residuos corporales
- 4.- Moverse y Mantener una postura conveniente
- 5.- Dormir y descansar
- 6.- Seleccionar ropas apropiadas: vestirse y desvestirse
- 7.- Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, adaptando la ropa y modificando el ambiente
- 8.- Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger el tejido cutáneo.
- 9.- Evitar peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros
- 10.-Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones
- 11.-Rendir culto de acuerdo con la propia fe
- 12.-Trabajar de tal manera que exista un sentido de logro
- 13.-Jugar o participar en diversas actividades recreativas
- 14.-Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al

³¹ Op Cit. Henderson. Agosto: 65

³² Henderson. The Nature of Nursing. Macmillan Publishing Company 1966

desarrollo normal y a la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

Supuestos principales.

Henderson no cita directamente el contenido de sus supuestos implícitos, se han adaptado los siguientes:

Enfermería.

La enfermera tiene una función primordial de ayuda a individuos sanos o enfermos.

La enfermera ejerce como miembro de un equipo médico.

La enfermera actúa independientemente del médico, la enfermera puede y debe diagnosticar y tratar la situación si así lo requiere.

La enfermera posee conocimientos de los campos de las ciencias sociales y biológicas.

La enfermera puede evaluar necesidades humanas básicas.

Paciente. (persona)

Debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para procurar su independencia.

Salud.

La salud es una cualidad de la vida

La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.

La salud requiere independencia e interdependencia.

El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad.³³

Los individuos obtendrán o mantendrán la salud, si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.³⁴

³³ Henderson, V. Health is Every Bodys Business. Canadian Nurse. 1971. marzo: 33

³⁴ Ibidem. Henderson: 15

Entorno.

Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferirse en tal capacidad.

Las enfermeras deben recibir formación sobre medidas de seguridad.

Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes mecánicos.

Las enfermeras deben minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativas a la construcción de edificios, compra de equipo y mantenimiento.

Las enfermeras deben tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar peligros.

Afirmaciones teóricas.

La relación enfermera - paciente .- Se clasifica desde una relación muy dependiente a una relación completamente independiente:

1.- La enfermera como sustituto del paciente.

Cuando el paciente se encuentra en una enfermedad grave. Henderson³⁵ describe que la enfermera " es temporalmente la conciencia del inconsciente, el apego a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del recién nacido, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y seguridad para la madre joven, el "portavoz" de los demasiado débiles o retraídos para hablar.

2.- La enfermera como ayuda al paciente.

En condiciones de convalecencia, lo ayuda a recuperar su independencia y afirma " Independencia es un término relativo. Nadie de nosotros es independiente, de los demás pero luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enfermiza".

3.- La enfermera como acompañante del paciente.

Como compañeros la enfermera y el paciente idean juntos el plan de cuidados.

³⁵ Ibidem. Henderson: 16

Henderson también afirma que:

La enfermera es capaz no solo de valorar las necesidades, si no también las condiciones y estados patológicos que las alteren, pueden modificar el entorno donde lo consideren conveniente.

La relación enfermera-medico.- Apoyada en la función clínica de la enfermera y que es distinta a la de los médicos. El plan de cuidados, formulado por la enfermera y el paciente se fomenta para un plan terapéutico prescrito por el médico e insiste que las enfermeras ayudan a los pacientes a cuidar su salud cuando los médicos no están disponibles.

La enfermera como miembro del equipo de salud.- La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales de la salud y mutuamente se ayudan para sacar adelante íntegramente el programa de cuidados pero cada uno debe realizar el trabajo que le compete.

Método lógico.

Dedujo su definición de enfermería y las 14 necesidades a partir de principios fisiológicos y psicológicos y parece a ver usado el método deductivo de razonamiento lógico.

Aceptación por la comunidad de Enfermería.

Práctica:

La definición de enfermería de Henderson señala que la enfermería que comprende que su función es dar cuidados directos al paciente, contraponen una gratificación inmediata en su progreso para lograr su independencia de él, y para esto se apoya mediante la valoración, la planificación, la realización y la evaluación de cada uno de los 14 componentes de los cuidados básicos de enfermería.

El proceso de enfermería es el proceso de resolución de problemas en general y no es peculiar de enfermería.

En la fase de valoración evaluarán los 14 componentes de los cuidados básicos de enfermería hasta cubrirlos todos. Para recoger la información utiliza la observación, el olfato, el tacto y el oído, la enfermera debe analizar los datos que ha reunido por lo que requiere conocimientos sobre lo que es normal en la salud y en la enfermedad.

La fase de planificación debe de responder a las necesidades del individuo y actualizarlo convenientemente y deben trabajar todos los miembros del equipo de salud.

En la fase de ejecución Henderson evaluaría al paciente según el grado de capacidad de actuación independiente. En alguna fase patológica se debería aceptar el deseo del paciente de depender de otros.

Educación:

Para que una enfermera ejerza como experta debe prepararse científicamente y contar con una buena preparación académica, así mismo desarrollar hábitos en el campo de la investigación.

Investigación:

Henderson apoya a enfermeras a su perfeccionamiento en una atmósfera de investigación para evaluar y mejorar la práctica, así mismo que dirijan la investigación a fin de mejorar su actuación profesional.

Crítica

Su intención no era desarrollar una teoría definitiva de enfermería. En cambio desarrollo un concepto personal de lo que para ella es la función primordial de la enfermería.

La definición de Henderson puede ser considerada como una gran teoría o una filosofía dentro de la etapa preparadigmática de desarrollo de Teorías de Enfermería.

Debido a que la definición de la función propia de la enfermería de Henderson a sido muy leída, a servido de importante trampolín para el surgimiento de la enfermería como disciplina profesional y científica.

1.5.- Fractura de Fémur

1.5.1.- Concepto

Fractura.- Cuando hay una pérdida de la continuidad de la sustancia ósea.

Fémur.- Hueso de muslo, el mas largo del cuerpo, que se articula con el iliaco y la tibia.

Tipos de Fractura:

Abierta.- Hay una herida o una continuidad con la fractura y existe la posibilidad de que los microorganismos puedan penetrar en el foco de la fractura desde el exterior.

Cerrada.- En la fractura cerrada la piel puede estar intacta o si existe heridas, estas son superficiales o no guardan relación con la fractura.

Completa.- Afecta el diámetro transversal del hueso en su totalidad; suele haber desplazamiento (no en la posición normal).

Incompleta.- Solo abarca una porción del diámetro transversal del hueso; no suele haber desplazamiento.

1.5.2.- Epidemiología.

Dentro de las fracturas de fémur, las mas vistas frecuentemente es en preescolares, y en individuos de mas de 60 años, siendo las fracturas cerradas de los dos tercios distales del fémur, como resultado de ejercer una fuerza de torsión sobre el fémur o por un golpe directo contra la diáfisis.

Un gran número ocurre por accidentes automovilísticos o de motocicletas.

1.5.3.- Etiología.

Por traumatismo directo:

a) Las fracturas están provocadas por la aplicación de fuerzas que superan los límites de resistencia de un hueso. El hueso suele romperse al ser golpeado por un objeto en movimiento o en caída.

b) Un hueso puede fracturarse si golpea con fuerza sobre un objeto resistente.

Por traumatismo indirecto:

Una fuerza de torsión o de angulación actúa sobre el hueso originando la fractura a cierta distancia del punto de aplicación de dicha fuerza.

Si la anomalía ósea disminuye la resistencia del hueso, también es menor la fuerza necesaria para producir una fractura (fractura patológica es la que se produce en un hueso anormal o enferma). Estas se pueden producir cuando hay localizaciones de tumores simples.

Accidentes de tráfico (motocicletas o automóviles).

Caídas de altura.

Lesiones por aplastamiento.

1.5.4.-Signos y síntomas.

- Dolor en el sitio de la lesión
- Tumefacción
- Hipersensibilidad
- Deformidad, crepitación local e incapacidad funcional
- Equimosis
- Parestesia
- Hemorragia interna .- por la extravasación de sangre hacia los tejidos blandos en la zona de fractura (el hueso es muy vascular).

1.5.5.- Clasificación:

Por Muller y Cols. Del grupo AO Internacional.

AO Segmento Deficiario del Fémur.

Tipo A: fracturas simples:

A1= Fracturas Espiroideas:

- 1) Zona Subtrocantérea.
- 2) Zona Intermedia de la diáfisis.
- 3) Zona Distal.

A2= Fractura Oblicua (30° o más):

- 1) Zona subtrocantérea.
- 2) Zona Intermedia de la diáfisis.
- 3) Zona Distal.

A3= Fracturas Transversales:

- 1) Zona Subtrocantérea
- 2) Zona Intermedia de la diáfisis
- 3) Zona Distal.

Tipo B: Fracturas en cuña:

B1 Fracturas Espiroideas en cuña:

- 1) Zona Subtrocantérea
- 2) Zona Intermedia de la diáfisis.
- 3) Zona Distal.

B2 Fracturas desplazadas en cuña:

- 1) Zona Subtrocantérea
- 2) Zona Intermedia de la diáfisis.
- 3) Zona Distal.

B3 Fracturas fragmentadas en cuña:

- 1) Zona Subtrocantérea
- 2) Zona Intermedia de la diáfisis.
- 3) Zona Distal.

Tipo C Fracturas Complejas:

C1 Fracturas espiroideas:

- 1) Con dos fragmentos intermedios.
- 2) Con tres fragmentos intermedios.
- 3) Con mas de tres fragmentos intermedios.

C2 Fracturas segmentarias:

- 1) Con un segmento intermedio.
- 2) Con un segmento intermedio y una fractura en cuña adicional.
- 3) Con dos segmentos intermedios.

C3 Fracturas irregulares:

- 1) Con dos o tres fragmentos intermedios.
- 2) Con una área conminuta de menos de 5cm de longitud.
- 3) Con un área conminuta de mas de 5cm de longitud.

AO Segmento distal del Fémur.

Tipo A Fracturas Extra Articulares:

A1 Fracturas simples:

- 1) Fractura-Arrancamiento del cóndilo interno o externo.
- 2) Fractura de la metáfisis, oblicua o espiroidea.
- 3) Fractura de la metáfisis, transversa.

A2 Fracturas metafisarias en cuña:

- 1) Cuña intacta.
- 2) Cuña externa multifragmentada.
- 3) Cuña interna multifragmentada.

A3 Fracturas metafisarias complejas:

- 1) Con un segmento intermedio dividido.
- 2) Irregular, pero limitado a la metáfisis.
- 3) Irregular, pero extendiéndose hasta la diáfisis.

Tipo B Fracturas Parcialmente Articulares:

B1 Fracturas del cóndilo externo en el plano sagital:

- 1) Simples, a través de la escotadura intercondilea.
- 2) Simples, a través de la superficie de carga.
- 3) Multifragmentarias.

B2 Fracturas del cóndilo interno en el plano sagital:

- 1) Simples, a través de la escotadura intercondilea.
- 2) Simples, a través de la superficie de carga.
- 3) Multifragmentarias.

B3 Fracturas en el plano frontal:

- 1) En escamas anteriores y externa.
- 2) Unicondilea posterior.
- 3) Bicondilea posterior.

Tipo C Fracturas Completamente Articulares:

C1 Fracturas simples de la superficie articular y de la metáfisis:

- 1) Fractura en T o Y ligeramente desplazada.
- 2) Fractura en T o Y marcadamente desplazada.
- 3) Fractura en T situada distalmente con el elemento horizontal afectando a la epífisis.

C2 Fractura simple de la superficie articular, multifragmentaria de la metáfisis:

- 1) Con cuña intacta.
- 2) Cuña multifragmentaria.
- 3) Compleja.

C3 Fractura multifragmentaria de la superficie articular:

- 1) Metafisaria simple.
- 2) Metáfisis multifragmentada.
- 3) Multifragmentaria de la metáfisis, extendiéndose hacia la diáfisis.

1.5.6.-Diagnóstico.

El diagnóstico de una fractura es inconfundible en algunos casos: cuando existe una gran deformidad de la porción central de un hueso largo o cuando la fractura se detecta a simple vista.

Se inicia con una historia clínica en la que los siguientes puntos, son útiles especialmente cuando existe un traumatismo:

- 1.- ¿Qué actividad estaba realizando en el momento del accidente?
- 2.- ¿Cuál fue la naturaleza del accidente?
- 3.- ¿Cuál fue la magnitud de las fuerzas aplicadas?
- 4.- ¿Cuál fue el punto de impacto y la dirección de las fuerzas aplicadas?
- 5.- ¿Se puede atribuir el accidente a alguna causa?
- 6.- ¿Dónde se localiza el dolor y cuál es su intensidad?
- 7.- ¿Existe pérdida de la capacidad funcional?.

En las demás situaciones, la sospecha de la fractura se realiza por la historia y la exploración clínica y se confirma con las radiografías de la zona afectada.

Exploración Clínica:

Inspección.- revisión cuidadosa del miembro, comparando ambos lados: buscar asimetría de posición, buscar signos de contusión local en la piel, buscar otras lesiones evidentes de la piel (raspaduras, con o sin suciedad incrustada en la herida, o abrasiones que sugieran un impacto seguido de roce de la piel contra una superficie resistente), por laceraciones que indican un impacto contra un bote afilado, un desgarro por un extremo óseo o una herida por comprensión contra una superficie dura, observar si existen marcas por estiramiento de la piel, estriación de la piel, observar si existe tumefacción localizada en alguna parte del miembro, si existen hematomas. Buscar puntos sensibles sobre el hueso supuestamente roto.

El rasgo distintivo de las fracturas es la sensibilidad al palpar el hueso desde cualquier ángulo.

Palpación.- Se puede palpar el borde afilado de una fractura, buscar la presencia de edema local.

Examen radiológico:

Se confirma con una radiografía en la zona afectada.

1.5.6.1 Diagnóstico diferencial:

*Fractura de rótula.

*Luxación de cadera.

*Fractura de pelvis o la luxación central.

1.5.7.- Tratamiento.

El objetivo principal del tratamiento es:

- 1.- Lograr una buena consolidación ósea sin deformidad.
- 2.-Restablecer y conservar la posición y alineamiento correcto.
- 3.-Restablecer la función, en donde el paciente pueda reanudar su antigua ocupación y llevar cualquier actividad deportiva o social que desee.

El tratamiento de urgencia inicial consiste en:

- Establecer y mantener una vía aérea.
- Controlar la hemorragia y combatir el estado de choque ocasionado por el dolor.
- Aplicar un vendaje estéril a las heridas e inmovilizar la extremidad.
- Iniciar administración de antibióticos e inmunización antitetánica.

Fractura cerrada:

- Inmovilización externa (férula de Thomas, tracción de Russell)
- Estudios complementarios.
- Cirugía.

Las fracturas de diáfisis femoral se trata en forma conservadora, se debe, como primer principio tener en cuenta que las grandes masas musculares del cuádriceps y los isquiotibiales tienden a provocar desplazamiento y acortamiento.

Reducción.- Fijar el hueso; se refiere a la restitución de los fragmentos a su posición anatómica y alineación.

Inmovilización.- Conservar la reducción en tanto consolida el hueso.

Métodos:

Reducción Cerrada.- Los fragmentos óseos son puestos de aposición (poner los extremos en contacto) mediante manipulación y tracción manual; restituye la alineación.

- a) Puede efectuarse bajo anestesia para obtener alivio del dolor y relajación muscular.
- b) Se aplica yeso o férula para inmovilizar la extremidad y fijar la reducción.

Tracción.- Fuerza aplicada para lograr y conservar la reducción y alineación.

Técnicas:

Tracción Cutánea; fuerza que se aplica a la piel mediante hule espuma, esparadrapo etc.

Tracción Esquelética- Fuerza que se aplica al esqueleto óseo directamente mediante un clavo Steinman, alambres, a través de la tuberosidad tibial.

Sistema de tracción.

- Férula de Thomas.
- Tracción de Russell

En la practica oblicua (zona intermedia de la diáfisis)

El tratamiento inicial de estas lesiones puede ser conservador (mediante tracción es de una férula de Thomas) o quirúrgica.

También deben realizar:

- a) Ejercicio de cuádriceps.
- b) Ejercicios de flexión.
- c) Deambulación independiente.
- d) Fisioterapia.

1.5.8. Complicaciones.

1.- Shock Hipovolemico.- El shock puede estar bien compensado en los estadios iniciales, y que puede producirse una pérdida importante de sangre antes de que el pulso y la presión arterial se alteren de forma notable.

Por cada tres litros de sangre se administrara un litro de plasma fresco congelado, por cada cinco litros de sangre se deben administrar plaquetas.

Se han sugerido las siguientes cantidades para calcular las pérdidas sanguíneas:

Fractura cerrada de la diáfisis femoral	1/2-1 litro
Fractura de la pelvis con apertura del anillo pelviano	2-3 litros
Hemorragia intraabdominal	2-3 litros
Hemotórax	1-2 litros

2.- Embolia grasa.- Puede ser un trastorno del metabolismo de los lípidos el responsable de ciertas características.- se produce con mayor frecuencia después de fracturas de la diáfisis femoral y de la pelvis, puede haber ligera hipertermia.

3.- Consolidación lenta o tardía.- Si la fractura se trata de forma conservadora, puede necesitar una inmovilización prolongada de rodilla, con riesgo de rigidez permanente.

4.- Pseudoartrosis.- Se produce en una fractura que se ha tratado con un clavo intramedular, habitualmente se requería injerto óseo.

5.- Consolidación biliar.- Cerca de la rodilla, la angulación en el plano lateral rara vez origina muchas dificultades. Cerca de la rodilla, la angulación que

se observa en las radiografías AP puede originar inestabilidad, dificultad para la marcha y osteoartritis secundaria en la rodilla.

6.- Acortamiento de extremidades.- El acortamiento debe corregirse en el adulto modificando el calzado de 1-2 cm en la extremidad acortada. El acortamiento progresivo en las lesiones epifisarias es poco frecuente.

7.- Rigidez de la rodilla: Los factores contribuyentes que mas se destacan son los siguientes:

a) Adherencias del cuádriceps.- Si el cuádriceps se adhiere a una fractura de la diáfisis femoral, es incapaz de deslizarse con normalidad sobre la suave superficie diafisaria, fijando la rótula y limitando la movilidad en la rodilla.

b) Fracturas que afectan a la articulación de la rodilla.- Las fracturas que afectan a las superficies articulares pueden originar adherencias intra o periarticulares, o generan un bloqueo mecánico del movimiento.

c) Inmovilidad prolongada.- La inmovilización de la rodilla durante un periodo indeseablemente largo (una demora en la consolidación, puede originar rigidez).

d) Infección.- La infección sobreviene a veces en las fracturas de la diáfisis femoral tratadas con los clavos intramedulares, (fractura abiertas).

Se menciona que el paciente , al cual se le realizo el Proceso de Atención de Enfermería con Diagnóstico de Fractura de Fémur entra en la clasificación:

A2 Fractura Oblicua (30° ó más) Zona intermedia de la diáfisis.

II METODOLOGÍA

Es un estudio descriptivo que se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General Regional No. 25, área de hospitalización séptimo piso turno nocturno, servicio de Traumatología /Cirugía General.

La metodología se diseñó con las etapas de : valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Otros autores manejan cuatro etapas ya que el diagnóstico lo incluyen en la valoración.

2.1.-Valoración

La valoración de enfermería consiste en la toma de los datos de un paciente a través de la observación, entrevista, examen físico y además la revisión del expediente clínico.

Toda historia clínica de enfermería debe incluir el Diagnóstico médico y la terapéutica empleada, los antecedentes familiares, alergias, hábitos sociales y una revisión de los síntomas.

Hay ciertos aspectos de la entrevista que, necesita mayor amplitud como son, en los pacientes con alteraciones músculo esqueléticas, por lo que se debe prestar especial atención a los datos referente a traumatismos que afecten éste sistema, a la incapacidad que han provocado o a las irradiaciones dolorosas.

El examen físico forma parte de la valoración. Los instrumentos que son indispensables para lograrlo son: los ojos, los oídos, las manos. La enfermera, con frecuencia observa al paciente en un ambiente y condiciones diferentes a la que lo ve el médico, se debe de observar al paciente sin que él se de cuenta, e incluye la posición general, así como la postura del tronco y extremidades. Para Virginia Henderson es vital esta etapa para elaborar un buen diagnóstico de enfermería de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Se retomó la bibliografía de Rosalinda Alfaro, para llevar a cabo la recolección de datos por medio de la observación, entrevista, exploración física y para la realización de la valoración se utilizó el siguiente instrumento con el propósito fundamental de lograr los objetivos encaminados.

INSTRUMENTO DE HISTORIA CLINICA DE ENFERMERÍA

Valoración:

Fecha _____ Hora de ingreso _____

Procedencia _____

Acompañado por : _____

Transporte: silla de ruedas _____ camilla _____ deambula _____

Brazalete de identificación _____

I Signos vitales:

Temperatura: oral _____ rectal _____ axilar _____

Pulso _____

Respiración _____

T/A _____ posición : _____

Peso _____ talla _____

Prótesis, aparatos u otros dispositivos:

Dentadura postiza si _____ no _____

Completa sup. _____ Inf. _____

Parcial sup. _____ Inf. _____

Anteojos _____ lentes de contacto _____

Caminador _____ bastón _____ muletas _____

Ha acudido al hospital por si mismo _____

Otros _____

II Alergias: Medicamentos _____ alimentos _____ otros _____

Agente específico _____

Describir la reacción si la sabe _____

III Percepción mantenimiento de la salud:

A enfermedad actual:

1. Diagnóstico de ingreso : _____

2. Razones por la que ingreso : _____

¿Qué actividad estaba realizando en el momento del accidente?

¿Cuál fue la naturaleza del accidente?

3. Duración de la enfermedad actual _____

4. Tratamiento anterior y actual de la enfermedad

5. El paciente conoce el diagnóstico. Si _____ no _____ no se ha establecido _____

B enfermedades anteriores:

C esta tomando alguna medicación (prescrita o de venta libre: si ___ no ___

medicación	dosis	cuándo la toma	por qué la toma	última dosis	la ha traído al hospital	Disposición

D toma o a tomado:

	si	no	lo tomo por última vez	frecuencia / cantidad
alcohol				
drogas				

E Fuma si _____ no _____ cigarros/ día _____ desde cuando _____
¿cuánto tiempo? _____ ¿cuánto hace que lo dejó? _____

IV Cognición / percepción:

Cefalea _____ convulsiones _____ mareos _____ ausencias _____ otros _____

A Nivel de conciencia: alerta _____ somnoliento _____ responde al dolor _____
estímulos verbales _____ no responde _____

B Orientado en el tiempo _____ espacio _____ personas _____

C Humor relajado _____ ansioso _____ triste _____ otro _____

D Cambio reciente de memoria si _____ no _____

E Responde a las órdenes si _____ no _____

F Habla claro _____ confuso _____ inteligible _____ incapaz de hablar _____
afasia _____

G Lengua hablada: español

H Audición normal _____ deteriorada _____ corregida _____ sordera _____

I Visión normal _____ deteriorada _____ corregida _____ ceguera _____

J Dolor si _____ no _____

Región específica del dolor _____

Tipo de dolor punzante _____ opresivo _____ con el movimiento aumenta _____
disminuye _____ ¿cómo trata el dolor? _____

K Capacidad de aprendizaje si _____ no _____ no hay limitaciones _____
deseos de aprender _____ se resiste ha aprender _____
la enseñanza debe dirigirse principalmente _____

miembro de la familia

V Rol / relaciones (psicosocial)

A ¿qué tipo de trabajo u ocupación realiza? Intelectual _____ físico _____
¿cuánto tiempo le dedica? _____ Su remuneración le permite cubrir sus
necesidades básicas y/o las de su familia si _____ no _____ ¿por qué? _____

Se puede producir alguna modificación en sus roles a raíz de su situación
actual si _____ no _____ ¿qué tipo de problema?

B Vive solo _____ con su familia _____ otro _____

C Describir el entorno físico : _____

D Desea que lo visite un sacerdote mientras esta usted aquí si _____ no _____

Comentario _____

VI Valoración de la historia de la salud

A Cardiovascular:

Angina _____ arritmia _____ soplo _____ edema _____
Palpitaciones: _____ dolor torácico: _____ AM _____ AVC _____ aneurisma _____
hipertensión _____
pulso fuerte _____ débil _____ ausente _____
pulso en la arteria pedía derecha fuerte _____ débil _____ ausente _____
pulso en la arteria pedía izquierda fuerte _____ débil _____ ausente _____
hormigueo en el miembro inferior derecho si _____ no _____
hormigueo en el miembro inferior izquierdo si _____ no _____
cambios de coloración en pie derecho o dedos si _____ no _____
cambios de coloración en pie izquierdo o dedos si _____ no _____

B Respiratorio:

Tos _____ productiva _____ dolor _____ describir _____
Resfriados frecuentes _____ ronquera _____ asma _____ TB _____
Falta de aliento con el ejercicio: leve _____ en reposo _____ otros _____

C Renal:

Litiasis renal _____ infecciones _____ retención _____ poliuria _____
disuria _____ dispositivos urinarios _____ tipo _____
incontinencia _____ diurna _____ nocturna _____ de esfuerzo _____
se levanta por la noche a orinar si _____ no _____

D Gastrointestinal:

1.- Historia de la diabetes si _____ no _____
se hace análisis de la glucosa si _____ no _____ en sangre _____ en orina _____
controlado con dieta _____ insulino dependiente _____

Hipoglucemiantes orales _____ año en que es diabético _____

Educación anterior sobre diabetes si _____ no _____

2.- Numero de comidas al día _____ tentempiés _____ dieta especial _____

3.- Capacidad para comer solo _____ con ayuda _____ especificar _____

Dificultad para deglutir _____

El estado de animo influye en su alimentación e hidratación si _____ no _____

Por estrés _____ ansiedad _____ conflictos _____

4.- Cambios ponderales en los últimos seis meses ninguno _____ pérdida de _____ kg
aumento de _____ Kg.

5.- Experimenta nausea / vomitó si _____ no _____ relacionado con _____

6.- Sufre dolores abdominales _____ pirosis _____ dolor rectal _____
gases _____ ultima deposición: _____

7.- Deposición hora habitual _____ am _____ pm frecuencia diaria _____
días alteros _____ incontinencia _____ uso de dispositivos _____
estreñimiento nunca _____ ocasionalmente _____ frecuentemente _____
diarrea nunca _____ ocasionalmente _____ frecuentemente _____
color marrón _____ negra _____ blanquecina _____ otro _____
requiere ayuda en su nueva situación para acudir a realizar su deposición
si _____ no _____ familiar _____ silla de ruedas _____ muletas _____

8.- Abdomen blando _____ no doloroso _____ no distendido _____
duro _____ doloroso _____ distendido _____
ruidos intestinales presentes _____ ausentes _____

E Estado de la piel:

Color normal _____ palidez _____ cianosis _____ ictericia _____ otros _____

Temperatura caliente _____ fría _____ turgencia normal _____ mala _____

Edema si _____ no descripción / localización _____

Lesiones si _____ no descripción / localización : _____

Hematomas si _____ no descripción / localización _____

Ulceras decúbito si _____ no descripción / localización _____

Erupciones si _____ no _____ descripción / localización _____

Enrojecimiento si _____ no _____ descripción / localización _____

Otros _____

F Músculo / esquelético:

Calambres _____ artritis _____ inflamación _____ otros _____

Función motora. Brazo derecho normal _____ espástico _____ flácido _____

Débil _____ parálisis _____ otro _____

Brazo izquierdo normal _____ espástico _____ flácido _____ débil _____ parálisis _____

otro _____

Pierna derecha normal _____ espástico _____ flácido _____ débil _____ parálisis _____

Otro _____

Pierna izquierda normal _____ espástico _____ flácido _____ débil _____ parálisis _____

Otro _____

Estado del sistema:

Pérdida de la función _____ fuerza muscular _____ debilidad muscular _____

Descripción / localización : _____

Firmeza en la marcha _____ tono muscular _____ gama de movimientos _____

Postura adecuada: pie _____ sentado _____ acostado _____ otro _____

Necesita ayuda para deambular si _____ no _____

Mantenimiento de una postura correcta _____ coordinación voluntaria _____

Se considera persona activa _____ sedentaria _____

Comentario _____

VII Actividad reposo / sueño:

A Patrón habitual de sueño: se acuesta a las _____ horas de sueño _____

siesta si _____ no _____

B Dificultad para conciliar el sueño si _____ no _____ especificar _____

Cambios en su entorno si _____ no _____ especificar _____

Su situación a modificado sus hábitos o han alterado su patrón de sueño _____

Especificar: _____

Sabe como reducir o controlar las tensiones si _____ no _____

Dolor si _____ no _____ especificar : _____

C Toma medicamentos para dormir si _____ no _____ especificar _____

D Tiene problemas / dificultades para:

Bañarse si _____ no _____

Vestirse si _____ no _____

Deambular si _____ no _____

Equilibrio / marcha seguro _____ inseguro _____

Se cansa fácilmente _____ debilidad _____

Comentario : _____

VIII Salud sexual:

A Examen de testículos si _____ no _____ ¿con que frecuencia? _____

B Si la respuesta es negativa ¿sabe hacerlo? si _____ no _____

estaría interesado en aprender si _____ no _____

¿se le ha dado un folleto? Si _____ no _____

Comentario _____

IX Resumen de la valoración: _____

Fecha :

Realizado por:

De acuerdo con el modelo de Henderson, la identificación de los problemas de salud de la persona en los que, la enfermera tuvo una intervención autónoma, interrelacionando los diferentes datos de dependencia que se obtuvieron en la etapa de valoración de las catorce necesidades básicas.

2.2.- Diagnóstico de enfermería:

Al iniciar la segunda etapa, se realizó el análisis y síntesis de los datos que nos llevo a emitir un juicio para identificar los problemas de salud y especificar el diagnóstico de enfermería.

El diagnóstico de enfermería se considera un paso fundamental por dos razones:

1. Los problemas identificados durante esta etapa son la base del plan de cuidados. Si las necesidades son diagnosticadas correctamente, los pasos posteriores, planificación, ejecución y evaluación se centraran en las necesidades mas importantes.
2. Las capacidades identificadas son inestimables para determinar actuaciones de enfermería de calidad.

En esta etapa se utilizó el formato de la NANDA y por cada necesidad detectada se realizó un Diagnóstico de Enfermería.

Los diagnósticos tienen 3 componentes :

- Título (etiqueta) definición
- Características definitorias
- Factores relacionados o de riesgo

Etiquetas diagnosticas	Características definitorias	Factores relacionados o de riesgo
Descripción concisa del problema	Evidencias clínicas que describen un grupo de conductas	Factores etiológicos o concurrentes que han influido en el cambio, y en respecto del estado de salud.

Los diagnósticos que se realizaron fueron reales y potenciales:

Un diagnóstico real, se enuncia escribiendo primero el nombre o **etiqueta diagnóstica**, relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente y **manifestado por** las características definitorias.

Un diagnóstico posible, es para describir problemas que puedan existir, pero que requieren de datos adicionales para ser confirmados o descartados.

2.3.- Planeación:

La planificación de los cuidados constituye la tercer etapa del proceso de atención de enfermería, y se inicio con la jerarquización de las necesidades detectadas y se realizaron sus objetivos a corto plazo y el establecimiento de las actividades a llevar a término para alcanzar dichos objetivos.

El plan que se determinó se llevó a cabo con la participación:

Enfermera-paciente-familiar.

2.4.- Ejecución:

Es la puesta en marcha del plan de cuidados, es una acción autónoma basada en el razonamiento científico que se realiza para beneficio del paciente.

Se desarrollo el plan de cuidados con las intervenciones de enfermería las cuales fueron:

Interdependientes

Independientes.

Se utilizo el siguiente esquema:

Necesidad:

Diagnostico de enfermería:

Objetivo:

Intervenciones de enfermería	Fundamento de intervenciones de enfermería	Evaluación

2.5.- Evaluación :

Se evaluaron los logros de los objetivos fijados para obtener datos fiables sobre la adecuación de las actividades de enfermería, paciente o familiar.

Este apartado se menciona en la etapa de ejecución (plan de cuidados)

III APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

3.1.- Presentación del Caso:

I. Datos Generales:

Nombre: Guzmán Hernández Gabriel Edad: 39 años

No. de filiación: 1443 61 1855 1M 61 OR Sexo: masculino

Escolaridad: 3º. De Secundaria Ocupación: Cobrador de Seguros

Religión: católico Grupo y RH : "O" +

Domicilio: Calle de Sandunga No. 456 Colonia: Benito Juárez 3º. Sección Cd. Nezahualcoyotl. Estado de México.

Paciente conciente que ingresa al servicio de traumatología con aparato de yeso en miembro inferior izquierdo, refiere haber sufrido accidente vial (motocicleta) hace dos días, se le explica al paciente que requerimos de su participación, para llevar a cabo una valoración de enfermería y proporcionarle una atención de enfermería de calidad. Se observo, exploro y se le realizo la entrevista (mencionada mas adelante), para posteriormente su historia clínica en la que se detectaron las siguientes necesidades, manifestadas por sus signos en cada una de ellas.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura por la presencia de un aparato de yeso que incapacita la movilidad y por dolor, necesidad de descanso y sueño por causa de insomnio y dolor, necesidad de higiene y protección de la piel por incapacidad de movimiento , necesidad de trabajar y realizarse por causa de estrés, ansiedad y angustia, necesidad de aprendizaje por desconocer signos y síntomas de la patología y por cuanto tiempo va a permanecer con el yeso, necesidad de eliminación por angustia (pena de hacer sus necesidades fisiológicas en el cubículo).

Sus signos vitales dentro de parámetros establecidos:

Presión Arterial.- 120/70

Pulso.- 84

Temperatura.- 36.6° C.

Respiración.- 24

Diagnóstico Médico:

Fractura de Fémur.

Paciente el cual es candidato a programar para cirugía de Reducción cerrada y colocación de clavo de un cm. Universal broquelado.

3.2 Valoración.

Para la recolección de datos la fuente fue directa (el Sr. Gabriel). Así mismo se extrajeron datos del expediente clínico y la que proporciono su esposa (fuente indirecta).

Historia Clínica de Enfermería

Fecha 22-07-00

Hora de ingreso 24.10 hrs

Procedencia Urgencias

Acompañado por : esposa

Transporte: silla de ruedas _____ camilla x deambula _____

Brazalete de identificación si

! Signos vitales:

Temperatura: oral 36.6 rectal _____ axilar _____

Pulso 84

Respiración 24

T/A 120/70 posición: acostado

Peso 62 Kg. talla 160 cm.

Prótesis, aparatos u otros dispositivos:

Dentadura postiza si _____ no x

Completa sup. _____ Inf. x

Parcial sup. _____ Inf. _____

Anteojos x lentes de contacto _____

Caminador _____ bastón _____ muletas _____

Ha acudido al hospital por si mismo x

Otros _____

II Alergias: Medicamentos no alimentos no otros no sabe

Agente específico _____

Describir la reacción si la sabe _____

III Percepción mantenimiento de la salud:

A enfermedad actual:

5. Diagnóstico de ingreso : Fractura de Fémur

6. Razones por la que ingreso : por accidente de motocicleta

¿Qué actividad estaba realizando en el momento del accidente?

laborando

¿Cuál fue la naturaleza del accidente?

La motocicleta derrapo, existía arena sobre la avenida

7. Duración de la enfermedad actual 2 días

8. Tratamiento anterior y actual de la enfermedad

Postoperado por fractura de tobillo. Analgésicos

5. El paciente conoce el diagnóstico. Si x no _____ no se ha establecido _____

B enfermedades anteriores:

Hace 4 años sufrió accidente en motocicleta, al caerse de ella.

C esta tomando alguna medicación (preescrita o de venta libre: si _____ no x

medicación	dosis	cuándo la toma	por qué la toma	última dosis	la ha traído al hospital	Disposición

D toma o a tomado:

	si	no	lo tomo por última vez	frecuencia / cantidad
alcohol	x		Hace 4 años	Cada 15 días
drogas				

E Fuma si x no _____ cigarros/ día 5 desde cuando _____
¿cuánto tiempo? _____ ¿cuánto hace que lo dejó? 2 años

IV Cognición / percepción:

Cefalea ocasional convulsiones _____ mareos _____ ausencias _____ otros _____

A Nivel de conciencia: alerta x somnoliento _____ responde al dolor _____
estímulos verbales _____ no responde _____

B Orientado en el tiempo x espacio x personas x

C Humor relajado _____ ansioso x triste x otro _____

D Cambio resiente de memoria si _____ no x

E Responde a las órdenes si x no _____

F Habla claro x confuso _____ inteligible _____ incapaz de hablar _____
afasia _____

G Lengua hablada: español

H Audición normal x deteriorada _____ corregida _____ sordera _____

I Visión normal _____ deteriorada _____ corregida x ceguera _____

J Dolor si x no _____

Región específica del dolor pierna izquierda

Tipo de dolor punzante _____ opresivo x con el movimiento aumenta x
disminuye _____ ¿cómo trata el dolor? Con analgésicos

K Capacidad de aprendizaje si x no _____ no hay limitaciones _____
deseos de aprender x se resiste ha aprender _____

la enseñanza debe dirigirse principalmente esposa
miembro de la familia

V Rol / relaciones (psicosocial)

A ¿qué tipo de trabajo u ocupación realiza? Intelectual físico
¿cuánto tiempo le dedica? 8 hrs. Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia si no ¿por qué?

Se puede producir alguna modificación en sus roles a raíz de su situación actual si no ¿qué tipo de problema? económico

B Vive solo con su familia otro

C Describir el entorno físico : casa propia

D Desea que lo visite un sacerdote mientras esta usted aquí si no
Comentario Desea regresar a su casa lo mejor restablecido.

VI Valoración de la historia de la salud

A Cardiovascular:

Angina no arritmia no soplo no edema no

Palpitaciones: dolor torácico: ocasional IAM AVC

hipertensión aneurisma

pulso fuerte débil ausente

pulso en la arteria pedía derecha fuerte débil ausente

pulso en la arteria pedía izquierda fuerte débil ausente

hormigueo en el miembro inferior derecho si no

hormigueo en el miembro inferior izquierdo si no

cambios de coloración en pie derecho o dedos si no

cambios de coloración en pie izquierdo o dedos si no

B Respiratorio:

Tos no productiva no dolor no describir

Resfriados frecuentes ronquera asma TB

Falta de aliento con el ejercicio: leve no en reposo no otros no

C Renal:

Litiasis renal no infecciones no retención no poliuria no

disuria no dispositivos urinarios no tipo _____
incontinencia no diurna no nocturna no de esfuerzo _____
se levanta por la noche a orinar si x no _____

D Gastrointestinal:

1.- Historia de la diabetes si _____ no x
se hace análisis de la glucosa si _____ no x en sangre _____ en orina _____
controlado con dieta no insulino dependiente no

Hipoglucemiantes orales no año en que es diabético _____

Educación anterior sobre diabetes si x no _____

2.- Numero de comidas al día 2 tentempiés 2/3 dieta especial _____

3.- Capacidad para comer solo x con ayuda _____ especificar _____

Dificultad para deglutir _____

El estado de animo influye en su alimentación e hidratación si x no _____
por estrés x ansiedad x conflictos x

4.- Cambios ponderales en los últimos seis meses ninguno x pérdida de _____ kg
aumento de _____ Kg.

5.- Experimenta nausea / vomitó si _____ no x relacionado con _____

6.- Sufre dolores abdominales no pirosis no dolor rectal no
gases si ultima deposición hace 2 días

7.- Deposición hora habitual _____ am x pm frecuencia diaria x
días alteros _____ incontinencia no uso de dispositivos no
estreñimiento nunca _____ ocasionalmente x frecuentemente _____
diarrea nunca _____ ocasionalmente x frecuentemente _____
color marrón x negra _____ blanquecina _____ otro _____

requiere ayuda en su nueva situación para acudir a realizar su deposición
si x no familiar x silla de ruedas _____ muletas _____

8.- Abdomen blando x no doloroso _____ no distendido _____
duro _____ doloroso _____ distendido x
ruidos intestinales presentes x ausentes _____

E Estado de la piel:

Color normal _____ palidez x cianosis _____ ictericia _____ otros _____

Temperatura caliente _____ fría _____ turgencia normal x mala _____

Edema si x no _____ descripción / localización dedos del pie izquierdo

Lesiones si x no _____ descripción / localización : raspaduras en pierna
derecha

Hematomas si _____ no x descripción / localización _____

Ulceras decúbito si _____ no x descripción / localización _____

Erupciones si _____ no x descripción / localización _____

Enrojecimiento si _____ no x descripción / localización _____

Otros Raspaduras en todo el cuerpo

F Músculo / esquelético:

Calambres x artritis _____ inflamación _____ otros _____

Función motora. Brazo derecho normal x espástico _____ flácido _____

Débil _____ parálisis _____ otro _____

Brazo izquierdo normal x espástico _____ flácido _____ débil _____ parálisis _____
otro _____

Pierna derecha normal x espástico _____ flácido _____ débil _____ parálisis _____
Otro _____

Pierna izquierda normal _____ espástico _____ flácido _____ débil _____ parálisis _____

Otro Inmovilización por aparato de yeso.

Estado del sistema:

Pérdida de la función x fuerza muscular _____ debilidad muscular _____

Descripción / localización : Miembro inf. Izquierdo por aparato de yeso (temporal)

Firmeza en la marcha _____ tono muscular x gama de movimientos _____

Postura adecuada: pie _____ sentado _____ acostado x otro _____

Necesita ayuda para deambular si x no _____

Mantenimiento de una postura correcta x coordinación voluntaria _____

Se considera persona activa x sedentaria _____

conciente, orientado, aunque un poco angustiado por no saber durante cuanto tiempo va a estar hospitalizado.

En la exploración física se observan raspaduras superficiales en diversas partes del cuerpo.

Durante La entrevista Gabriel relata que se considera una persona sana y fuerte, que es encargado de la manutención de su hogar, que no ha tenido problemas de salud importantes. Pregunta repetidamente si en esta ocasión su estancia hospitalaria no va a ser muy larga ya que, en el anterior accidente que fue hace 4 años y que estuvo internado en el hospital Magdalena de las Salinas aproximadamente 1 mes, su esposa paso por una crisis económica muy fuerte y no quiere que se repita. Menciona que le gusta ser una persona independiente y que sabe cuidar de si mismo.

Datos de independencia/ dependencia obtenidos a través de la entrevista y observación. Se mencionaran las 14 necesidades básicas .

1.-Necesidad de Oxigenación

Datos de independencia: Vías respiratorias permeables, mucosas de color rosado. Frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria normales.

Datos de dependencia: No se observaron.

2.-Necesidad de Nutrición e Hidratación

Datos de independencia: Dentadura en buen estado, le hacen falta dos piezas dentales, mucosa bucal rosa y húmeda, realiza dos comidas por día en su hogar , ya que por el tipo de trabajo que desempeña a veces come fuera de ella , ingiere suficientes líquidos de 1 a 1.5 litros al día. Talla de 1.65 cm. Peso de 66 Kg.

Datos de dependencia: No se observan.

3.- Necesidad de Eliminación

Datos de independencia: Eliminación urinaria: Frecuencia 4 a 5 veces al día sin problemas, coloración, olor, cantidad normal. Deposición 1 vez al día por la tarde.

Datos de dependencia: Por incapacidad para la movilización requiere de su esposa o de la enfermera para que le proporcione el comodo.

11.- Necesidad de Vivir según sus Creencias y Valores

Datos de independencia.- Es católico no practicante.

Datos de dependencia.- No se observan.

12.- Necesidad de Trabajar y Realizarse

Datos de Independencia.- Se considera una persona sana y fuerte, esta de acuerdo con su imagen personal, y es conciente de sus valores y capacidades.

Datos de dependencia.- Manifiesta problemas económicos por la inactividad física y no poder proporcionar a su esposa dinero para la manutención de su hogar.

13.- Necesidad de Jugar/ Participar en Actividades Recreativas

Datos de independencia.- Es una persona sociable y con amigos. Sale con su familia por lo menos cada 15 días al parque.

Datos de dependencia.- No se observan.

14.- Necesidad de Aprendizaje

Datos de independencia.- Sabe por que lo han ingresado. Se muestra receptivo a todo lo que se informa.

Datos de dependencia.- Desconoce que medidas preventivas puede tomar acerca de su enfermedad y del yeso.

Fecha : 27/07/00

Realizado por: Rosalina Barrios Bautista

3.3.- Diagnóstico de Enfermería.

Necesidad.- de Moverse y Mantener una buena postura.

Definición.- relación de las diversas partes del cuerpo en reposo en cualquier fase de movimiento.

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la Movilidad Física relacionado con Fractura de Fémur manifestada por dolor, ansiedad , edema de miembro inferior izquierdo y hormigueo.

Diagnóstico de Enfermería: Posible complicación: trastorno neurovascular.

Necesidad.- de Higiene y Protección de la piel.

Definición.- ciencia que conduce a una buena salud y acción y efecto de proteger la membrana que cubre el cuerpo del hombre.

Diagnóstico de Enfermería: Déficit del auto cuidado: baño / higiene relacionada por la presencia de un aparato de yeso, manifestada por incapacidad de movimiento.

Necesidad.- de Descanso y Sueño.

Definición.- acto de dormir en la que se esta quieto.

Diagnóstico de Enfermería.- Alteración del patrón de sueño relacionado con la presencia de un aparato de yeso manifestada por insomnio, dolor y estrés.

Necesidad.- de Trabajar y Realizarse.

Definición.- ocuparse en un ejercicio u obra para hacer real o efectiva una cosa.

Diagnóstico de Enfermería.- Dificultad para el Mantenimiento del Hogar relacionado con fractura de fémur manifestada por la incapacidad para la movilización.

Necesidad.- Eliminación.

Definición.- acción de eliminar o apartar.

Diagnóstico de Enfermería.- Estreñimiento subjetivo relacionado con fractura de fémur manifestado por incapacidad de movimiento.

Necesidad.- Aprendizaje.

Definición.- tiempo durante el cual se aprende algún arte.

Diagnóstico de Enfermería.- Posibles alteraciones en el mantenimiento de la salud debido a una falta de conocimientos acerca de la enfermedad, los signos y síntomas de complicaciones, las restricciones en la actividad.

3.4 Planeación.

Priorización de las necesidades.

1. Necesidad.- de moverse y mantener una buena postura.

Diagnóstico de Enfermería: deterioro de la movilidad física relacionado con fractura de fémur manifestada por dolor, ansiedad y edema.

Objetivos: aplicar a Gabriel un analgésico para disminuir el dolor.

Que Gabriel mantenga una buena postura.

Diagnóstico de Enfermería: posible complicación: trastorno neurovascular

Objetivo.- detectar, controlar y reducir las complicaciones derivadas de las fracturas.

2. Necesidad.- de descanso y sueño.

Diagnóstico de Enfermería.- alteración del patrón de sueño relacionado con la presencia de un aparato de yeso manifestada por insomnio, dolor y estrés.

Objetivos: identificará Gabriel y su esposa las medidas a aplicar para reducir/eliminar el dolor e insomnio.

Promover su comodidad a Gabriel.

Comprobar que Gabriel descanse.

3. Necesidad.- de higiene y protección de la piel.

Diagnóstico de Enfermería: déficit del autocuidado: baño / higiene relacionada por la presencia de un aparato de yeso, manifestada por incapacidad de movimiento.

Objetivos: la esposa de Gabriel demostrará habilidad en la realización del baño de esponja.

Gabriel participara en su autocuidado en la medida de sus posibilidades.

4. Necesidad.- eliminación.

Diagnóstico de Enfermería.- estreñimiento subjetivo relacionado con fractura de fémur manifestado por incapacidad de movimiento.

Objetivo: Gabriel aprenderá a realizar sus necesidades fisiológicas en un cómodo.

5. Necesidad.- aprendizaje.

Diagnóstico de Enfermería.- posibles alteraciones en el mantenimiento de la salud debido a una falta de conocimientos acerca de la enfermedad, los signos y síntomas de complicaciones, las restricciones en la actividad.

Objetivo: Gabriel y su esposa conozcan los signos y síntomas de las complicaciones que pudieran existir.

6. Necesidad.- de trabajar y realizarse.

Diagnóstico de Enfermería.- dificultad para el mantenimiento del hogar relacionado con fractura de fémur manifestada por la incapacidad para la movilización.

Objetivo: Que Gabriel sienta que su incapacidad para caminar no es un impedimento para su realización.

Gabriel entenderá que puede seguir trabajando.

3.5.- Ejecución.

El plan de cuidados se llevo a cabo en tres guardias.

A continuación se mencionan.

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad: De moverse y mantener una buena postura.

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la movilidad física relacionada con fractura de fémur manifestada por dolor, ansiedad y edema de miembros inferiores y hormigueo.

Objetivo: Aplicar a Gabriel un analgésico para disminuir el dolor.

Que Gabriel mantenga una buena postura .

Intervenciones de Enfermería	Fundamento de las Intervenciones de Enfermería	Evaluación
<p>1.- Aliviar el dolor</p> <p>a) Se administrara medicamentos (analgésicos) para que el dolor disminuya, ya sea vía oral o parenteral</p>	<p>*Vía Oral.- La absorción de fármacos administrados por vía oral generalmente se realiza en el intestino delgado³⁶</p> <p>*Vía Parenteral.- El tiempo de acción de los fármacos depende de la velocidad de ingresos al torrente circulatorio, concentración efectiva y velocidad de eliminación³⁷</p>	<p>A Gabriel se le ministró analgésico por referir dolor a las 22 hrs. , además el coopero en mantener una buena postura (supina) y el miembro pélvico izquierdo elevado.</p> <p>Durante las dos guardias siguientes la ministración de analgésicos disminuyen y esto hace que Gabriel continúe en mantener una buena postura.</p>

³⁶ Rosales, Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería. Editorial El Manual Moderno, México, D.F. 1991; 304

³⁷ Op Cit. Rosales: 307

Intervenciones de Enfermería	Fundamento de las Intervenciones de Enfermería	Evaluación
Acetaminofen (paracetamol) 500 Mg. Vía oral cada 8 hrs. 6-14-22 hrs.	*Producto metabólico tanto de la fenacetina, como de la acetanilido. Es absorbido rápidamente tras la administración oral ³⁸	
Naproxen (naxen) 250 Mg. Cada 12. Vía oral 6 y 18 hrs.	Efectos debido a la inhibición en la biosíntesis de prostaglandinas. Efectos colaterales: irritación gastrointestinal, posible toxicidad hepática y renal, reacciones alérgicas ³⁹	
Dextropropoxifeno (darvon) una cápsula cada 6 hrs. Por Razón Necesaria. (PRN)	Narcótico de potencial intermedia para el dolor moderado. Potencial adictivo ⁴⁰	

³⁸ Rahway, N.J. El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. 6ª edición Editorial Merck Sharp & Dohme Research Laboratories. E.U.A. 1981: 2038-2039.

³⁹ Harrison, T.R, Perterford, Robert G. Principios de Medicina Interna. 6ª edición. Volumen I Editorial Mc Graw-Hill. México. 1986: 16

⁴⁰ Op. Cit. Harrison: 17

Intervenciones de Enfermería	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación
<p>Nalbufina (nubain) ampula 10 Mg. 5 Mg. subcutánea y 5 Mg. intramuscular . PRN.</p> <p>b) Observar la reacción del paciente al terminar de aplicar el medicamento</p> <p>c) Estudiar el dolor que no desaparece con medicación analgésica u otras medidas de alivio.</p>	<p>Analgésico opiode agonista-antagonista. La supresión brusca después de la administración prolongada puede ocasionar síndrome de supresión: hipotensión, bradicardia, hipertensión intracraneal, sedación, vómito, mareo y confusión⁴¹</p> <p>La observación sistemática y científica incrementa la calidad de atención de enfermería⁴²</p> <p>El dolor implacable puede ser indicativo de compresión neurovascular debido a embolia, edema o hemorragia⁴³</p>	

⁴¹ Aguilar, S. Carlos, Prado, O. Eduardo y cols. Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de Urgencias, 3ª edición. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana .1997: 851.

⁴² Ibidem. Rosales: 305

⁴³ Carpenito, Linda. Planes de Cuidados y Documentación de Enfermería, 3ª edición. Editorial Interamericana/ Mc Graw-Hill. Madrid. 1994: 313

Intervenciones de Enfermería	Fundamento de las Intervenciones de Enfermería	Evaluación
<p>2.- Reducir el movimiento de la extremidad fracturada durante los tres primeros días después de la lesión</p> <p>a) Elevar la pierna izquierda</p>	<p>La inmovilización reduce una mayor lesión tisular y el riesgo de desplazamiento de la embolia⁴⁴</p> <p>La elevación reduce el edema y el dolor por compresión y facilita el retorno venoso⁴⁵</p>	

⁴⁴ Op Cit. Carpenito: 317

⁴⁵ Ibidem. Carpenito:318

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad: De moverse y mantener una buena postura.

Diagnóstico de enfermería: Posible complicación: trastorno neurovascular.

Objetivo: Detectar, controlar y reducir las complicaciones derivadas de las fracturas.

Intervenciones de Enfermería	Fundamento de las Intervenciones de Enfermería	Evaluación
<p>1.- Enseñar a Gabriel y a su esposa a detectar los signos y síntomas de trastorno neurovascular, comparando los datos de la pierna izquierda con los de la pierna derecha</p> <p>a) Disminución o ausencia de los pulsos pedios</p> <p>b) Entumecimiento u hormigueo</p> <p>c) Tiempo de llenado capilar superior a tres segundos</p> <p>d) Palidez, manchas blancas, cianosis, frialdad.</p>	<p>El traumatismo provoca edema y pérdida de sangre que reduce la perfusión tisular⁴⁶</p> <p>Una circulación inadecuada y edema lesionan los nervios periféricos produciendo un descenso sensorial del movimiento y de la circulación⁴⁷</p>	<p>Gabriel coopero ya que se le tomo en cuenta como individuo independiente, por que participo él y su esposa en la detección temprana de signos y síntomas de trastornos neurovasculares. Los cuales, durante las dos guardias estuvieron pendientes de estos sin que hasta el momento se presentaran.</p>

⁴⁶ Ibidem. Carpenito:316

⁴⁷ Ibidem. Carpenito:316

Intervenciones de Enfermería	Fundamento de las Intervenciones de Enfermería	Evaluación
<p>2.- Enseñarle a Gabriel y a su esposa a buscar signos y síntomas de embolia grasa</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Taquipnea b) Brusca aparición de dolor torácico o distal c) Intranquilidad, aprensión d) Confusión e) Aumento de la temperatura f) Aumento de la frecuencia del pulso. g) 	<p>Una fractura puede liberar médula ósea al torrente sanguíneo donde forma una embolia que puede obstruir la circulación (distal, cerebral o pulmonar). Los síntomas dependerán del lugar de la obstrucción ⁴⁸</p>	<p>La cooperación en la detección de signos y síntomas fue importante. Ya que en las dos guardias no se detectó ninguna sintomatología.</p>
<p>3.- Gabriel y su esposa cooperaran en buscar signos y síntomas de hemorragia/shock:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aumento de la frecuencia del pulso con una tensión arterial normal o ligeramente baja. 	<p>El hueso esta muy vascularizado; la pérdida sanguínea es importante; la respuesta de compensación a la disminución del volumen circulatoria de oxígeno en la sangre mediante el incremento de la frecuencia</p>	

⁴⁸ Ibidem. Carpenito:317

Intervenciones de Enfermería	Fundamento de las Intervenciones de Enfermería	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> b) Diuresis mayor a 30ml. L/h. c) Intranquilidad, agitación, cambios mentales. d) Aumento de la frecuencia respiratoria. e) Disminución de los pulsos periféricos. f) Piel fría, pálida o cianótica. g) sed 	<p>Cardiaca y respiratoria y la disminución de la circulación en las extremidades (disminución del pulso y piel fría). La disminución de oxígeno puede producir cambios mentales⁴⁹</p>	

⁴⁹ Ibidem. Carpenito:317

PLAN DE CUIDAOS

Necesidad: De descanso y sueño.

Diagnostico de Enfermería: Alteración del patrón de sueño relacionada con la presencia de un yeso manifestada por insomnio, angustia y dolor.

Objetivo: Identificara Gabriel y su esposa las medidas a aplicar para reducir / eliminar el insomnio y dolor.

Promover su comodidad a Gabriel.

Comprobar que Gabriel descanse.

Intervenciones de Enfermería	Fundamento de las Intervenciones de Enfermería	Evaluación
<p>1.- Brindar un ambiente tranquilo y cómodo a Gabriel para favorecer el sueño y descanso.</p> <p>a) Un ambiente carente de estimulantes (disminuyendo la luz y el ruido)</p> <p>b) Proporcionar una cama limpia, cómoda y firme.</p>	<p>El establecimiento de un ambiente favorable al sueño promueve la relajación física y mental⁵⁰</p> <p>El sentir que la cama sea cómoda y las sábanas limpias propicia un sueño favorable⁵¹</p>	

⁵⁰ Du Gas, Witter Beverly. Tratado de Enfermería Práctica. 4ª edición. Editorial Interamericana. México 1986:434

⁵¹ Op Cit. Du Gas:434

Intervenciones de Enfermería	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación
<p>c) Se mantendrá la cama con ropa limpia, sin humedad ni sucia.</p> <p>2.- Aliviar el dolor:</p> <p>a) colocar una almohada entre las piernas y sostener la pierna afectada en posición segura.</p>	<p>La ropa húmeda o sucia predispone a alteraciones e infecciones de la piel⁵²</p> <p>El dolor es una sensación causada por estímulos de naturaleza perjudicial. La percepción del dolor puede alterarse por algunos factores físicos y emocionales⁵³</p> <p>El mantener una postura adecuada, hará que se relaje y descanse durante la noche⁵⁴</p>	<p>Gabriel identifico las medidas aplicadas en las intervenciones de enfermería por lo que su angustia, ansiedad, insomnio y dolor disminuyeron.</p> <p>Así mismo su esposa participo en todas las intervenciones y en la segunda guardia Gabriel durmió la mayor parte de la noche.</p>

⁵² Ibidem. Du Gas:463

⁵³ Ibidem. Du Gas:463

⁵⁴ Ibidem. Du Gas:463

Intervenciones de Enfermería	Fundamento de las Intervenciones de Enfermería	Evaluación
<p>b) Dejar a Gabriel en posición supina. Colocar una almohada debajo de la pierna lesionada desde la parte media del muslo hasta el tobillo y una bolsa de arena debajo de la almohada al lado de la pantorrilla lesionada.</p>		

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad: De higiene y protección de la piel.

Diagnostico de Enfermería: Déficit del autocuidado: baño / higiene relacionada por la presencia de un aparato de yeso, manifestada por falta de movilidad.

Objetivo: La esposa de Gabriel demostrara habilidad en la realización del baño de esponja.

Gabriel participara en su autocuidado en la medida de sus posibilidades.

Intervenciones de Enfermería	Fundamento de las Intervenciones de Enfermería	Evaluación
<p>1.- Mantener y fomentar en Gabriel los buenos hábitos de higiene:</p> <p>a) Su esposa participara en el baño de esponja.</p> <p>b) Se estimula a Gabriel para la realización de su aseo dental.</p>	<p>Las medidas higiénicas contribuyen a que los pacientes se sientan cómodos y descansados⁵⁵</p> <p>La estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea. El agua y jabón eliminan el polvo, la grasa y las células que se descaman constantemente en la piel⁵⁶</p> <p>Un buen cepillado dental evita que las bacterias se acumulen entre los espacios dentales⁵⁷</p>	<p>Gabriel y su esposa comprendieron que la higiene proporcionada en su cama lo hizo sentir cómodo y fresco, la piel no se deterioro, se le lubricaba constantemente, no existían zonas de enrojecimiento en la prominencias óseas, por los cambios de postura durante el día.</p>

⁵⁵ Ibidem. Rosales: 250

⁵⁶ Ibidem. Rosales: 250

⁵⁷ Ibidem. Rosales: 250

Intervenciones de Enfermería	Fundamento de las Intervenciones de Enfermería	Evaluación
<p>2.- Orientar a su esposa para que mantenga la piel y mucosas sanas e íntegras de Gabriel.</p> <p>a) Se proporcione a Gabriel la cantidad suficiente de agua y alimentos.</p> <p>b) A la esposa se le orienta para secar perfectamente la piel y la lubrique.</p> <p>3.- Observar el estado de la piel con frecuencia en busca de signos de presión o fricción sobre las prominencias óseas.</p>	<p>La piel y mucosas son las primeras líneas de defensa contra agentes patógenos.⁵⁸</p> <p>La piel y las mucosas dependen de una nutrición e ingestión de líquidos adecuados⁵⁹</p> <p>El uso de emolientes proporciona humedad y vitalidad a la piel⁶⁰</p> <p>La presión sobre prominencias óseas produce deterioro de la piel y la presión sobre el nervio ciático popíteo externo puede causar pie péndulo⁶¹</p>	<p>Además se sintió mas confiado y seguro, ya que su esposa lo baño en los siguientes dos días.</p>

⁵⁸ Ibidem. Rosales: 244

⁵⁹ Ibidem. Rosales: 244

⁶⁰ Ibidem. Rosales: 244

⁶¹ Bruner, S. Lillian. Manual de Enfermería, 3ª edición. Editorial Interamericana / Mc Graw-Hill. México. 1991: 958

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad: De eliminación.

Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento subjetivo relacionado con aparato de yeso manifestado por incapacidad para la movilidad.

Objetivo: Gabriel aprenderá a realizar sus necesidades fisiológicas en un cómodo

Intervenciones de Enfermería	Fundamento de las Intervenciones de Enfermería	Evaluación
<p>1.- Orientar a la esposa , para que proporcione un cómodo a Gabriel.</p> <p>a) Procurar la intimidad, para dar tiempo suficiente para el proceso y no apresurarlo.</p> <p>2.- Platificar con Gabriel para que no se sienta angustiado o con estrés por hacer sus necesidades fisiológicas en un cómodo.</p>	<p>Para el funcionamiento eficaz del cuerpo es esencial que la eliminación sea normal. Mantener la individualidad de cada paciente⁶²</p> <p>La angustia, ansiedad, estrés y otras emociones intensas pueden alterar la función intestinal⁶³</p>	<p>La orientación y la privacidad proporcionada a Gabriel resultado eficaz, ya que su estreñimiento disminuyo.</p> <p>Coopero tanto en la ingesta de alimentos ricos en fibra y de líquidos abundantes, como en los ejercicios intestinales para la tercer guardia el evacuaba normal.</p>

⁶² Ibidem. Du Gas: 329

⁶³ Ibidem. Du Gas: 328

Intervenciones de Enfermería	Fundamento de las Intervenciones de Enfermería	Evaluación
<p>3.- Vigilar que la dieta sea alta en fibra (verduras, cereales) y rica en proteínas, así como la ingesta de líquidos sea suficiente.</p> <p>4.- Orientar a Gabriel y esposa sobre las rutinas de ejercicios intestinales que consisten en:</p> <p>Posición dorsal, con la mano derecha iniciar con movimientos rotatorios sobre el abdomen iniciando en el colon descendente, durante 10mn, dejar descansar 30mn si no hay efecto volver a iniciarlo. Se realiza dos veces, si no hay efecto colocar bolsa de agua caliente en el abdomen. Si los resultados son negativos aplicar enema evacuante.</p>	<p>La fibra hace que el peristaltismo intestinal estimule las terminaciones nerviosas sensitivas en recto y se presente el reflejo de la defecación⁶⁴</p> <p>El estreñimiento se agrava por la inactividad y un tono muscular deficiente⁶⁵</p>	

⁶⁴ Ibidem. Rosales:256

⁶⁵ Ibidem. Du gas:329

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad: De aprendizaje.

Diagnostico de Enfermería: Posibles alteraciones en el mantenimiento de la salud debido a una falta de conocimientos acerca de la enfermedad, los signos y síntomas de complicaciones, las restricciones en la actividad.

Objetivo: Que Gabriel y su esposa conozcan los signos y síntomas de las complicaciones que pudieran existir.

Intervenciones de Enfermería	Fundamento de las Intervenciones de Enfermería	Evaluación
<p>1.- Enseñar a Gabriel y a su esposa a buscar y notificar inmediatamente lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dolor agudo b) Hormigueo, entumecimiento c) Decoloración cutánea d) Frialdad en las extremidades <p>2.- Orientar y fomentar a Gabriel la realización de ejercicios con la pierna sana.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Enseñar a Gabriel a cambiar lentamente de postura. 	<p>Estos signos indican comprensión neurovascular⁶⁶</p> <p>Los ejercicios de las piernas ayudan a aumentar el retorno venoso; evitar la presión externa ayuda a impedir la estasis venosa⁶⁷</p>	<p>Gabriel y su esposa comprendieron la importancia que tuvo el que conocieran los signos y síntomas de su padecimiento, así como la realización de los movimientos de la pierna sana y como cambiar de postura durante las dos guardias.</p>

⁶⁶ Ibidem. Carpenito:319

⁶⁷ Ibidem. Carpenito:317

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad: De trabajar y realizarse.

Diagnostico de Enfermería: Dificultad para el mantenimiento del hogar relacionado con fractura de fémur manifestada por incapacidad de movimiento.

Objetivo: Que Gabriel sienta que su incapacidad para caminar es temporal.

Gabriel entenderá que puede seguir trabajando.

Intervenciones de Enfermería	Fundamento de las Intervenciones de Enfermería	Evaluación
1.- Orientar a Gabriel a que pueda ingresar y participar en un grupo de terapia recreativa.	Pertenece al grupo de terapia hace que su autoestima aumente ⁶⁸	Gabriel aumento su autoestima y entendió que el seguirá proporcionando lo necesario para el mantenimiento de su hogar.
2.- Orientarlo y estimularlo, en que puede desarrollar actividades manuales y venderla entre sus propios familiares.	En sentirse independiente y continuar con el mantenimiento de su hogar hace que aumente su autoestima ⁶⁹	Comprendió que le ayudara, el emprender nuevas enseñanzas sobre actividades manuales y desarrollarlas. Así como tener que usar maletas.
3.- Orientarlo en que existen varios auxiliares para la deambulaci3n, para que pueda adquirir movilidad y mantener la estabilidad (muletas).	Usar maletas para la deambulaci3n lo hace sentirse independiente e integrarse a su 3mbito familiar ⁷⁰	

⁶⁸ Normark, Madelyn T. Y Rohweder, Ann W. Bases Científicas de la Enfermería. 2ª edición. Editorial. La Prensa Medica Mexicana. México 1979:597.

⁶⁹ Op Cit. Normark:597

⁷⁰ Ibidem. Normark:598

3.6 Evaluación.

Este apartado se llevó a cabo en el plan de cuidados anteriormente mencionados y se realizó por cada necesidad detectada.

IV CONCLUSIONES

México actualmente sufre cambios muy importantes, dentro de su contexto político-económico-social, en lo que se refiere a la educación, todo individuo debe tener una mejor preparación para así fortalecer mas al país con acciones positivas. Esas acciones se reflejaran en el Sector Salud, por ende la enfermería adquiere un sentido de mayor responsabilidad con la sociedad, así que la finalidad que se debe tener, es proporcionar una atención de enfermería que sea eficiente, eficaz y de gran calidad. Por lo que retomar el Proceso de Atención de Enfermería es de suma relevancia.

La importancia del Proceso de Atención de Enfermería es que tiene como meta identificar necesidades de cuidados actuales y potenciales para la salud de los pacientes.

El Proceso de Atención de Enfermería y El Método Científico tienen como objetivo sentar las bases metodológicas de la investigación en la que el personal de enfermería fundamente sus acciones.

La atención de enfermería requiere identificar los elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados..

El Proceso de Atención de Enfermería es de suma utilidad en el ámbito profesional de enfermería, pero existe el problema que a pleno siglo XXI, aún sigamos manejando al paciente en forma de que el siga dependiendo de nosotros, sin hacerlo participe de las acciones. En la actualidad existe personal de enfermería lo suficientemente preparado (Lic. En Enfermería), sin embargo prefieren continuar en el manejo del paciente, donde el medico es el que da la orden y ella lo ejecuta. otros piensan, que una de las causa es falta de reconocimiento a la carrera, por sobrecargas de trabajo, no contar con el material adecuado. Por lo que el personal se vuelve apático y la atención proporcionada es a través de actividades técnicas.

En toda unidad hospitalaria lo ideal sería que el Proceso de Atención de Enfermería se manejara, pero existen diversos factores que intervienen entre ellos

es el económico. El hospital donde laboro es de un segundo nivel, tiene una población grande y no existe el suficiente recurso material y humano, en el turno nocturno tienen que improvisarse las cosas para la atención al paciente además de que es muy poco el personal ya que les vienen tocando de 17 pacientes por equipo, hay pisos que hasta 22 . Así que llevar a cabo el proceso se les hace imposible, le dedican un poco de atención al paciente en cuanto a escucharlo, sin que se lleve a cabo las etapas del Proceso de Atención. El piso de Traumatología cuenta con 43 camas y dejan 2 enfermeras generales y 2 enfermeras auxiliares, en ocasiones 2 y 1, por el tipo de Diagnósticos (fracturas), las intervenciones de enfermería son bastantes y aquí sería ideal el manejo del Proceso de Atención de Enfermería , también hace falta que el personal conozca y sepa que es el proceso y en que consiste cada una de las etapas, que debemos ver al paciente con una visión holística y aprender a identificar sus necesidades para que de acuerdo a cada una de ellas tener el Diagnóstico de Enfermería, ya que los desconocemos y como profesionales que somos nos independicemos de los médicos en ciertas actividades o trabajemos a la par con ellos en cuanto a la atención a los pacientes, que las intervenciones de enfermería sean con fundamentos y como dice Virginia Henderson " La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por si misma si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma mas rápida posible"

El modelo de Virginia Henderson que retome para la realización del Proceso de Atención de Enfermería , me llevo a cuestionarme en que me actualice en varios conceptos, ya que hace 23 años en las escuelas de enfermería se manejaban a los pacientes de acuerdo a las necesidades de Maslow, en las se les daba prioridad a las fisiológicas, en cambio con Henderson aprendí a detectar mas fácil de acuerdo a sus 14 necesidades, en cuanto al Proceso se me hizo un poco complicado, ya que no manejaba todas las etapas, fue de gran importancia realizar esta investigación para que en lo futuro continúe haciéndolo, ya que el

marco teórico ya lo tengo establecido y las etapas del proceso ya están bien identificadas. A Gabriel (paciente) resulto agradable que fue tomado en cuenta desde la primer etapa del Proceso de Atención de Enfermería y continuando con cada una de ellas. Menciona que para él, es la primera vez que alguien se interese y tome en cuenta como individuo, ya que anteriormente ha estado internado y que a su esposa solo quería que estuviera con él para realizar actividades como colocarle el cómodo, que deambulara, que se tomara la pastilla que le daban etc. Sin que nadie le explicara el por qué de lo que hacía. Sin embargo esta ocasión hacia lo mismo pero sabía que su participación era importante tanto de ella como de él.

Así mismo aprendí que el proceso de enfermería se basa en principios y reglas que se han comprobado en la efectividad de la calidad de los cuidados, la eficiencia y la satisfacción del paciente. Dedicando un tiempo para aplicar estos principios sabré solucionar los problemas, tomar decisiones y maximizar oportunidades y recursos. Tendré la satisfacción de lograr los objetivos trazados en la planeación, permitir a los individuos a manejar sus propios cuidados de salud.

GLOSARIO

Agonista.- Se dice de los músculos esenciales para un movimiento.

Analizar.- Examinar y clasificar fragmentos de información para determinar donde podrían situarse en la "imagen completa".

Antagonista.- Dícese principalmente de los músculos y nervios de acción contraria que tienden a neutralizarse en sus efectos.

Aposición.- Poner los extremos en contacto.

Cuidados.- Método de administración de cuidados de salud que se centra en reducir al mínimo las estancias en el hospital mediante la identificación temprana de objetivos, la utilización óptima de los recursos y la coordinación de los servicios.

Cuidados de calidad.- Servicios del cuidado de la salud del cliente que aumenta la posibilidad de lograr los resultados deseados y reducen la probabilidad de resultados indeseables.

Datos.- Fragmentos de información.

Enyesado largo de pierna.- Desde la parte superior del muslo hasta la base de los dedos, el pie se coloca en ángulo recto en posición neutral.

Intervención.- Acción realizada para prevenir, curar o controlar un problema de salud.

Litigio.- Pleito, altercación judicial, discusión.

Holístico.- Qué concierne a todas las dimensiones del hombre y su entorno.

Necesidad.- Requerimiento de una persona que, cuando se satisface, alivia o reduce el sufrimiento o promueve una sensación de adecuación y bienestar.

Pie péndulo.- Trastorno en el que permanecen contraídos involuntariamente los músculos gemelos y sóleos.

Posición Supina.-El paciente reposa sobre la espalda, con la cabeza y hombros ligeramente elevados, las piernas se conservarán alineadas con una manta arrollada debajo de las caras laterales del muslo bajo el trocánter del fémur, deben estar ligeramente flexionadas para máxima comodidad.

Tracción. - Es la aplicación de una fuerza que tira a una parte del cuerpo. Se utiliza para alinear e inmovilizar los huesos fracturados.

Signo. - Dato objetivo que indica una anomalía.

Síntoma. - Dato subjetivo que indica una anomalía.

Validación. - Proceso de confirmación de que la información o los datos que se han recogido son verdaderos y se basan en hechos.

Yeso. - Dispositivo para inmovilizar compuesto de capas de yeso o "fibra de vidrio" (resina de poliuretano activada por agua), moldeados a la parte del cuerpo que rodean.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, S. Carlos., Prado, O. Eduardo y Cols. Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de Urgencias. 3ª edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. 1997.

Alfaro, Rosalynda. Aplicación del Proceso de Enfermería. 3ª edición . Editorial Mosby. Barcelona. 1989.

Alvarado, Cerva Raúl. Manual de Trauma. 1ª edición. Editorial J.G.H. Ciencia y Cultura Latinoamericana, S.A. de C.V. México, DF. 1996.

Beare, G. Patricia. Myers, L. Judith. Enfermería Principios y Práctica. 1ª edición, tomo 3. Editorial Panamericana. Madrid. 1993.

Brunner, Sholtis Lilian. Manual de Enfermería. 3ª edición. Editorial Interamericana/ Mc Graw-Hill. México. 1991.

Campbell, Cirugía Ortopédica. 7ª edición. Editorial Panamericana, 2º tomo, Buenos Aires. 1992.

Carpenito, Lynda. Diagnóstico de Enfermería. 2ª edición. Editorial Interamericana. México, DF. 1988.

Carpenito, Lynda. Planes de cuidados y documentación en enfermería. 1ª Edición, Editorial Mc Graw – Hill / Interamericana de España. Madrid. 1994.

Donahoo, Clara A., Dimon, Joseph H. Enfermería Ortopédica. Ediciones Científicas la Prensa Médica Mexicana, México, DF. 1980.

- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Editorial Salvat. 1975.
- Du Gas, Beverly Witter. Tratado de Enfermería Práctica. 4ª Edición, Editorial Interamericana. México. 1986.
- Echeverría, Zuno Santiago y cols. Guía de Diagnóstico y Tratamiento en Ortopedia y Traumatología 1ª edición. IMSS. México,DF. 1997.
- Fernández, Ferrin Carmen y Novel, M. Gloria. El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Barcelona 1989.
- Harrison, T. R., Petersdorf, Robert G. y Cols Principios de Medicina Interna. 6ª edición, volumen I. Editorial Mc Graw – Hill. México 1986.
- Iyer, P.W.B.J. Taptich, D. Bernochi-Losey. Proceso y Diagnóstico de Enfermería 3ª edición. Editorial Mc. Graw-Hill Interamericana. Barcelona. 1995.
- Kozier, Bárbara. Enfermería fundamental, conceptos, procesos y prácticas. 2ª edición. Editorial Interamericana. México. 1989.
- Marriner, Ann. El Proceso de Atención de Enfermería. Un enfoque científico. Editorial . El Manual Moderno, México,DF. 1983.
- Marriner, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. 1ª edición. Editorial Rol S.A. Barcelona, España. 1989.
- Mc. Rae, Ronald. Tratamiento Práctico de Fracturas. 3ª edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. Madrid, España 1998.

Nordmark, Madelyn T. Bases Científicas de la Enfermería. 2ª Edición, Editorial La Prensa Médica Mexicana. 1987.

Phaneuf, Margot. La Planificación de Cuidados: Tercera etapa del Proceso de Cuidados en: López, Glez. Carlos y López, Ruiz Julia. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Mc Graw – Hill. Madrid. 1993.

Price, Alice L. Tratado de Enfermería. 3ª edición. Editorial Interamericana, México,DF. 1972.

Rahway, N. J. El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. 6ª edición, Editorial Merck Sharp & Dohme Research Laboratories. E.U.A. 1981

Rosales, B Susana y Reyes, G. Eva. Fundamentos de Enfermería. Editorial Manual Modemo, México,DF. 1991.

Walter, F. Ballinger y Rutherford, Robert. Traumatología. Editorial Interamericana, México,DF. 1986.