

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO  
A UNA PERSONA ADULTA MAYOR CON DIFICULTAD PARA LA  
MOVILIDAD Y LA DEAMBULACION**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
Presenta:**

**ARACELI DÍAZ RAMÍREZ  
Nº cta: 093119713**

**DIRECTOR ACADEMICO  
LIC. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ**

**México, Septiembre 2006**



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.



## INDICE

Introducción.....	4
Objetivos.....	5
Metodología del trabajo.....	6
Capitulo I MARCO TEÓRICO.	
1.1 Proceso Atención de Enfermería.....	8
1.1.1 Concepto.....	8
1.1.2 Objetivos.....	9
1.1.3 Ventajas.....	9
1.1.4 Características.....	10
1.1.5 Etapa de Valoración.....	10
1.1.6 Etapa de Diagnóstico.....	20
1.1.7 Planificación de los cuidados de enfermería.....	24
1.1.8 Etapa de Ejecución.....	26
1.1.9 Etapa de Evaluación.....	27
1.2 Teoría de Gordon Marjory .....	27
1.2.1 Concepto de Patrón Funcional de salud.....	28
1.2.2 Patrones de Salud Según Marjory Gordon.....	28
1.2.3 Patrón de percepción y control de salud.....	32
1.2.4 Patrón nutricional metabólico.....	33
1.2.5 Patrón de eliminación.....	34
1.2.6 Patrón de actividad y ejercicio.....	34
1.2.7 Patrón de sueño y descanso.....	34
1.2.8 Patrón cognitivo-perceptual.....	35
1.2.9 Patrón de autopercepción y autoconcepto.....	35
1.2.10 Patrón de rol y relaciones.....	36
1.2.11 Patrón de sexualidad y reproducción.....	36
1.2.12 Patrón de adaptación y tolerancia al estrés.....	37
1.2.13 Patrón de valores y creencias.....	37
1.3 Anatomía de la cadera.....	38
1.3.1 Anatomía osteoarticular.....	39
1.3.2 Anatomía muscular .....	40
1.3.3 Anatomía vascular.....	41
1.4 Fractura de cadera.....	42
1.4.1 Tratamiento de enfermería postoperatorio.....	46
CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.	
2.1 Valoración de Enfermería.....	48
2.2 Interacción con Base a los 11 Patrones Funcionales de Gordon.....	49
2.3 Historia Clínica.....	53
2.4 Exploración física .....	54
2.5 Plan de Cuidados de Enfermería.....	56
Conclusiones.....	68
Sugerencias.....	69
Glosario.....	70
Anexos.....	72

Bibliografia.....

83

## INTRODUCCION

La finalidad de este trabajo es poner en práctica nuestros conocimientos acerca de la aplicación del Proceso Atención de Enfermería enfocado al área de traumatología. La importancia de realizar este trabajo radica en que el Proceso Atención de Enfermería (PAE) es la base de nuestra formación como enfermeras, y es el instrumento más valioso para reconocer y valorar las necesidades de nuestros pacientes, para de esta manera poder brindar un trato justo, profesional y de manera individual, así como proporcionar los mejores cuidados de enfermería.

Durante la práctica realizada en el Hospital General de zona N° 32 “Villa Coapa” se eligió a una persona del servicio de Hospitalización Trauma. Para realizar la valoración se utilizó un instrumento basado en los once patrones funcionales de Gordon Marjory, se realiza una historia clínica, exploración física y de esta manera se obtuvieron los diagnósticos de enfermería

Una vez obtenidos los diagnósticos se creó un plan de cuidados de enfermería.

Finalmente se hace la evaluación para saber si los objetivos planeados se cumplieron satisfactoriamente y se dan las conclusiones generales del trabajo.

## METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Con la finalidad de aplicar y demostrar habilidades en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, se hizo la selección de un paciente de manera libre, siendo una paciente femenina de 73 años de edad del servicio Hospitalización Trauma en el Hospital General de Zona N° 23, Villa Guaymas con el diagnóstico de fractura de humero izquierdo por caída de su plano de sustentación.

Identificada la paciente se procedió a pedir la autorización de la misma, para la realización del estudio de caso. La valoración se llevó a cabo para el estudio de la lesión, teniendo como base para el equilibrio de la paciente.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Poner en práctica la aplicación del Proceso Atención de Enfermería con la finalidad de que el profesional de salud adquiera mayor habilidad en su aplicación cotidiana.

Conocer las características de una fractura en particular, proporcionando los cuidados adecuados para el tipo de fractura, ofreciendo disponibilidad y atención al paciente para brindar el mejor cuidado.

### PARTICULARES:

Conocer las características de una fractura en particular.

Proporcionar cuidados adecuados para el tipo de fractura.

Ofrecer disponibilidad y atención al paciente para brindar el mejor cuidado.

## METODOLOGIA DEL TRABAJO

Con la finalidad de afinar nuestras habilidades en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, se hizo la selección de un paciente de manera libre, siendo una paciente geriátrica de 73 años de edad del servicio Hospitalización Trauma en el Hospital General de Zona N° 32 "Villa Coapa" con el diagnóstico de fractura de cadera producido por caída de su plano de sustentación.

Identificada la paciente se procede a pedir la autorización de la misma, para la realización del Proceso Atención de Enfermería. La valoración se llevo a cabo bajo el modelo de Gordón Marjory, teniéndolo como base para el equilibrio Salud Enfermedad.

Así mismo se le explica al familiar el objetivo que se pretende alcanzar con la aplicación del Proceso Atención de Enfermería.

Con base en la valoración del modelo de Gordón Marjory y habiendo obtenido los datos necesarios se realizaron los diagnósticos y las intervenciones de enfermería enfocadas a cada necesidad; a cada uno se le dio una evaluación ya sea a corto o a largo plazo.

Las fuentes de recolección de datos fueron:

Fuentes directas a través de:

- Información obtenida por la paciente
- Información obtenida por los familiares
- Información obtenida de la valoración de enfermería con base en el Modelo de Gordón Morjory
- Hojas de enfermería

Fuentes indirectas a través de:

- Información obtenida del expediente clínico
- Información obtenida por las placas de RX
- Información obtenida de libros de consulta



• Información obtenida de libros de consulta

- Información obtenida de Internet

Se integro un marco teórico acerca de la enfermedad y una búsqueda del modelo para implementar la valoración del paciente adulto.

Se realiza un plan de alta en el cual se integran los cuidados que se deberán seguir en el hogar del paciente.

Por último se realizo la evaluación analizando si verdaderamente se cubrieron cada uno de los objetivos que se plantearon a lo largo de la estancia hospitalaria de la paciente.

# CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

## 1.1 Proceso Atención de Enfermería.

### 1.1.1 Concepto.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.<sup>1</sup>

Es un sistema de planificación en la ejecución de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

---

<sup>1</sup> <http://www.terra.es/personal/duñas/pae.htm>

- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

### **1.1.2 Objetivos**

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.<sup>2</sup> También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

### **1.1.3 Ventajas.**

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> <http://www.terra.es/personal/duñas/pae.htm>; p-2

<sup>3</sup> <http://www.terra>. Op cit. ; p-2

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.  
Crecimiento profesional.

#### **1.1.4 Características:**

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

### 1.1.5 Etapa de Valoración

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales.<sup>4</sup> Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

---

<sup>4</sup> <http://www.terra>. Op cit. ; p-3

- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, debemos de tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc....)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

### **Datos a recoger:**

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

## **Tipos de datos:**

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica.
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

## **Métodos para obtener datos.**

**A) Entrevista Clínica.** Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.



El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.<sup>5</sup>

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
  - Expresiones faciales
  - La forma de estar y la posición corporal
  - Los gestos

---

<sup>5</sup> <http://www.terra>. Op cit. ; p-6

- El contacto físico
- La forma de hablar.

Cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- **Empatía:** Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrel (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- **Calidez:** Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- **Respeto:** Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.
- **Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).
- Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador: La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

**B) Observación.** En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

**C) Exploración física.** La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

### **Validación de Datos.**

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

### **Organización de los Datos.**

En esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información recogida y validada, se organiza mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas.

### **Documentación y Registro de la Valoración.**

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- A) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.
- D) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma , tamaño, etc.
- E) La anotación debe ser clara y concisa.
- F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

#### **1.1.6 Etapa de Diagnóstico.**

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un

problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.<sup>6</sup>

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

---

<sup>6</sup> <http://www.terra>. Op cit. ; p-12



- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

### **1) Identificación de problemas:**

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

**2) Formulación de problemas.** Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1. Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
2. Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente. Las características que definen los diagnóstico reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

4. Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

### **Tipos de diagnósticos.**

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- Real: Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.<sup>7</sup>
- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir.

---

<sup>7</sup> <http://www.terra>. Op cit. ; p-16

Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).<sup>8</sup>

- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

### **1.1.7 Planificación de los Cuidados de Enfermería.**

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.<sup>9</sup>

La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas:

- Establecer prioridades en los cuidados. se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados,

---

<sup>8</sup> <http://www.terra>. Opcit. ; p-16

<sup>9</sup> *ibidem.* ; p-18

tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

- Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería. Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

### **Documentación en el Plan de Cuidados de Enfermería.**

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería. Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- cuidados individualizados,
- continuidad de los cuidados,
- comunicación, y
- evaluación

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:<sup>10</sup>

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

### **1.1.8 Ejecución.**

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.<sup>11</sup> La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

---

<sup>10</sup> <http://www.terra>. Op cit. ; p-28

<sup>11</sup> ibidem. ; p-30

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona.

### **1.1.9 Evaluación.**

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.<sup>12</sup>

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

## **1.2 Teoría de Gordon Marjory**

La valoración, punto de partida y base de todas las etapas siguientes de la actuación de enfermería, ha sido considerada un proceso continuó y dirigido hacia un fin que incluye diversas acciones: obtención de información, interpretación de la misma y organización de toda la información reunida.

La organización de la información consiste en un ejercicio de síntesis para llegar a identificar el problema o problemas de la persona o grupo. Esta actividad puede

---

<sup>12</sup> <http://www.terra>. Op cit. ; p-31

ser muy compleja, debido a que los profesionales de enfermería pueden poseer diferentes conocimientos, experiencia y marco teórico de referencia. Para evitar estas deferenencias, es necesario disponer de una clasificación conceptual sistematizada en un formato de registro que unifique y proporcione uniformidad a la información recogida. Existen varias clasificaciones; una de ellas propuesta por Marjory Gordon a mediados de los setenta, centrada en patrones funcionales de salud.

De acuerdo con la autora, el modelo, proporciona un formato de valoración estándar para los datos básicos independientes de la edad, el nivel de cuidados o la enfermedad médica de la persona, y puede ser adaptable a cualquiera de los modelos teóricos enfermeros de referencia.<sup>13</sup>

El formato esta diseñado para facilitar la recogida de datos sistemáticos a fin de determinar la presencia de problemas tratables para el tratamiento y diagnóstico enfermero.<sup>14</sup>

### **1.2.1 Concepto de Patrón Funcional de Salud**

El concepto de Patrón Funcional de Salud puede definirse como un constructo teórico que sirve para describir un estado de salud.<sup>15</sup>

Representa una función humana integradora que incluye órganos y sistemas. Debe entenderse que un patrón es más que las partes que lo conforman. Además de los aspectos fisiológicos, cada patrón es una expresión psicosocial y espiritual.

El termino patrón funcional para Marjory Gordon igual que el de “estilo de vida”, constituye un objetivo primordial en las actividades de promoción, asistencia y rehabilitación de enfermería.

---

<sup>13</sup> Fornes Vives Joana. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. P- 48.

<sup>14</sup> Mantik Lewis Sharon. Enfermería medicoquirúrgica. P-33

<sup>15</sup> *Íbidem.* ; p 48



### **1.2.2 Patrones de Salud Según Marjory Gordon**

Un patrón de salud podría entenderse en el sentido de Gordon como aquella respuesta o grupo de respuestas que describen un grado de función corporal que contribuye a mantener el estado de salud, la calidad de vida y la realización del potencial humano; es decir, lo que esta persona es capaz de hacer y obtener.

Gordon identifica 11 patrones de salud; señalando que dicha división es artificial, pues el funcionamiento humano debe verse de forma integral. Por consiguiente, todos los patrones deben considerarse interrelacionados, interactivos e interdependientes; tanto en funcionamiento como en las intervenciones destinadas a este fin.

Debido a la constante interrelación de los patrones, todos los problemas de salud deben ser interpretados desde un punto de vista holístico, pero sin olvidar que cada tipo de problema requiere una intervención de enfermería diferente.

#### **Información sanitaria importante**

La información sanitaria importante proporciona una visión de los trastornos y los tratamientos del pasado y el presente. En esta parte de la historia se incluyen la historia clínica de salud anterior, las medicaciones y las intervenciones quirúrgicas.

Historia clínica de salud anterior. Esta proporciona información sobre el estado de salud previa del paciente. Se le pregunta específicamente sobre las principales enfermedades, lesiones, hospitalizaciones, operaciones, regímenes terapéuticos, viajes, hábitos y uso de dispositivos de apoyo en su infancia y vida adulta.

Medicaciones. Se obtienen detalles específicos relacionados con las medicaciones pasadas y presentes. Esto incluye el uso de fármacos de venta libre, vitaminas, productos naturistas y suplementos dietéticos. Con frecuencia los pacientes no consideran que los productos naturistas o plantas medicinales y los suplementos

dietéticos sean fármacos. Dado que pueden interactuar adversamente con las medicaciones existentes, es importante preguntar específicamente sobre su utilización.<sup>16</sup>

La descripción y la evaluación de estos patrones permiten a la enfermera determinar si la función de aquéllos es positiva, o si por el contrario existe disfunción. En este proceso de recogida de datos, realizado a través de la historia y examen de enfermería, es preciso tener en cuenta, según Gordon, que no todos los patrones son observables, y que deben ser construidos a base de intercambio de información y operaciones cognitivas; pues el significado de un patrón o los aspectos que lo conforman pueden variar de unos individuos a otros.<sup>17</sup>

Los problemas de salud detectados dan paso a los diagnósticos de enfermería.

Los 11 patrones de salud descritos por M. Gordon son, por orden, los siguientes:

1. Patrón de percepción y control de la salud.
2. Patrón nutricional – metabólico.
3. Patrón de eliminación.
4. Patrón de actividad y ejercicio.
5. Patrón de sueño y descanso.
6. Patrón cognitivo – perceptual.
7. Patrón de autopercepción y autoconcepto.
8. Patrón de rol y relaciones.
9. Patrón de sexualidad y reproducción.
10. Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés.
11. Patrón de valores y creencias.

### **Factores que Influyen en el funcionamiento de los Patrones de Salud.**

---

<sup>16</sup>Mantik Lewis Sharon. Op cit. ; p-33-34

<sup>17</sup>Fornes Vives Joana. Op cit. ; P-50

En el funcionamiento de los patrones de salud influyen múltiples factores, algunos generales y otros específicos. La mayoría de estos factores pueden incluirse en cinco grandes categorías referidas a la edad, el estado de salud, los recursos disponibles y el ambiente, tanto físico como sociocultural.<sup>18</sup>

1. **Edad.** Constituye una categoría de interés porque cada una de las etapas de desarrollo de la persona posee ciertas características y debilidades que la hacen más o menos vulnerable.
2. **Estado de salud.** El funcionamiento en condiciones idóneas requiere también de un buen estado de salud tanto desde el punto de vista físico como mental. Un fallo en cualquiera de estas áreas condicionará el desarrollo y la felicidad personal.
3. **Recursos disponibles.** Además del estado de salud, podemos considerar como recurso importante que favorece la consecución de patrones óptimos de salud: los recursos económicos, las redes de apoyo y las habilidades personales para satisfacer las necesidades y a enfrentarse a situaciones críticas.
4. **Ambiente físico.** Categoría que incluye aspectos y condiciones del contexto físico más próximo que pueden hacer variar, en sentido positivo o negativo, nuestro equilibrio psicobiológico. En este sentido, las condiciones de luz, la temperatura, el ruido, el grado de saneamiento, la polución o el espacio disponible, pueden ser variables que actúen como facilitadoras o bloqueadoras de la salud.
5. **Ambiente sociocultural.** Las personas que nos rodean y la cultura son dos condicionantes importantes para alcanzar buenos patrones de funcionamiento a todos los niveles.

En el proceso de valoración, la enfermera deberá tener en cuenta estas variables para determinar su grado de influencia en la funcionalidad de cada uno de los patrones.

---

<sup>18</sup> Fomes Vives Joana. Op cit. ; P-51

## **Construcción de un Patrón Funcional de Salud.**

En toda valoración en la que se obtienen datos para llegar a juicios sobre la funcionalidad o disfuncionalidad de los patrones de salud intervienen: la descripción de la persona, las observaciones de la enfermera y una serie de operaciones cognitivas.

- a) **Descripciones del cliente.** Son importantes para determinar el valor del dato obtenido, En algunos casos estas descripciones constituyen el núcleo principal de la cadena de información.
- b) **Observaciones de la enfermera.** A través de ellas la enfermera puede detectar signos y síntomas objetivos de la persona en cuestión.
- c) **Operaciones cognitivas.** Están representadas por preguntas o reflexiones para aclarar y verificar determinadas informaciones.

### **1.2.3 Patrón de Percepción y Control de la Salud.**

Este patrón describe la percepción que tiene la persona sobre su estado de salud general y las prácticas que lleva a cabo para mantenerla. Las dimensiones que interactúan en este patrón son: las percepciones y creencias de la persona sobre salud – enfermedad, los conocimientos específicos sobre el tema y las habilidades para reaccionar, con la finalidad de mantener un determinado nivel de salud.

Las preguntas para este patrón también pretenden identificar los factores de riesgo mediante la obtención de historia familiar, historia de hábitos sanitarios y la exposición a riesgos ambientales.

Si el paciente esta hospitalizado, se debe determinar sus expectativas sobre dicha hospitalización.<sup>19</sup>

El objetivo de la valoración de este patrón consiste, en obtener datos acerca de las percepciones que tiene la persona sobre su estado de salud, la forma de controlarla.<sup>20</sup>

#### **1.2.4 Patrón Nutricional – Metabólico<sup>21</sup>**

El funcionamiento de este patrón viene descrito por la ingesta habitual de alimentos y líquidos realizada por la persona. Incluye los hábitos (cantidad y tipos) de comida, se suele obtener una lista de lo que recuerda haber comido el paciente durante las 24 horas anteriores, y el consumo de líquidos relativo a las necesidades metabólicas diarias, así como preferencias alimentarias, horas de comida diarias y uso de vitaminas o nutrientes suplementarios. A partir de esta información la enfermera puede evaluar la cantidad y calidad de los alimentos y líquidos que consume.

En la propuesta de Gordon este patrón incluye también referencias de temperatura corporal, altura, peso, cualquier lesión de la piel y la capacidad de cicatrización, así como referencias a la condición de la piel, pelo y uñas.

El objetivo de la valoración es recoger datos acerca del patrón típico de consumo de comida y líquidos, además de indicadores amplios de necesidades metabólicas.<sup>22</sup>

#### **1.2.5 Patrón de Eliminación.**

---

<sup>19</sup> Mantik Lewis Sharon. Op cit. ; p-35

<sup>20</sup> Fornes Vives Joana. Op cit. ; P-56

<sup>21</sup> Mantik Lewis Sharon. Op cit. ; p-35

<sup>22</sup> ibidem. ; p-61

Describe, según Gordon, la función excretora del individuo, tanto intestinal como vesical y cutánea; y ello desde el punto de vista de la regularidad y el control. Incluye también la percepción del individuo respecto a la regularidad de dicha función, el uso de laxantes y los dispositivos para el control de la excreción. En la valoración se tiene en cuenta los posibles cambios o alteraciones temporales.<sup>23</sup>

### **1.26 Patrón de Actividad y Ejercicio.**

Este patrón incluye el movimiento en general y una amplia gama de aspectos que atañen a las actividades específicas que necesitan un gasto de energía. Es uno de los patrones funcionales más importantes, puesto que permite a la persona controlar su entorno físico más inmediato y además es un buen indicador del estado emocional de la persona.

Comprende las actividades normales de la vida diaria, como la comida, el descanso, el aseo personal, el mantenimiento del hogar, etc., así como las actividades de ocio y entretenimiento, incluido los deportes.<sup>24</sup>

Incluye todo el tipo como la cantidad y calidad del ejercicio, además de las habilidades de la persona y los deseos de entretenerse en actividades de consumo de energía.

### **1.2.7 Patrón de Sueño y Descanso.**

Describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día. Incluye también la percepción de la calidad y cantidad de sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna.

El objetivo de la valoración del sueño y descanso es describir la efectividad del patrón desde la perspectiva de la persona con el fin de intervenir eficazmente

---

<sup>23</sup> Mantik Lewis Sharon. Op cit ; p- 61

<sup>24</sup> Fornes Vives Joana. Op cit. ; P-63

sobre la disfunción.<sup>25</sup> Para ello es importante determinar qué tipo de manifestaciones se presenta: dificultad para conciliar el sueño interrumpido, despertar precoz, somnolencia excesiva, cansancio o falta de energía diurna.

### **1.2.8 Patrón Cognitivo – Perceptivo.**

Este patrón recoge el funcionamiento y adecuación tanto de los órganos de los sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto) como las capacidades senso perceptivas y cognitivas (conciencia, atención, orientación, memoria, percepción, pensamiento y lenguaje). Describe además habilidades cognitivas como el juicio y la toma de decisiones.<sup>26</sup>

### **1.2.9 Patrón de Auto percepción y Autoconcepto.**

Este patrón define la percepción y el concepto que tiene de sí misma la persona según cuatro variables principales: imagen corporal, estimación propia, cumplimiento de cometido e identidad personal. Incluye información sobre el estado de ánimo, ideas y actitudes sobre uno mismo y sus competencias (cognitivas, afectivas o físicas), además de comportamientos verbales y no verbales como posturas, contacto ocular, tono de voz y lenguaje.<sup>27</sup>

El objetivo de la valoración de este patrón persigue conocer la respuesta emocional general de la persona, así como sus creencias y posteriores evaluaciones relativas a su valía personal.

### **1.2.10 Patrón de Rol y Relaciones.**

---

<sup>25</sup> ibidem. ; p- 70

<sup>26</sup> idem.; p- 74

<sup>27</sup> Fornes Vives Joana. Op cit. ; p- 82

Describe el patrón de compromisos (roles, papeles, responsabilidades) y relaciones de la persona con los demás.<sup>28</sup> Puesto que la persona se compromete en diferentes niveles de relaciones, este patrón se pone en evidencia el proceso de comunicación que establece la persona con su entorno inmediato (familia, amigos, trabajo, etc.). Incluye la percepción de los principales roles y responsabilidades en situaciones normales de la vida y su grado de satisfacción. Por consiguiente engloba tanto problemas familiares como problemas en el trabajo o en los vínculos sociales (entre amigos, en el juego, en grupos comunitarios, etc.) relacionados con estos roles.

El objetivo de la valoración de este patrón incluye la descripción de los roles familiares, los roles de estudiantes, los roles laborales y los roles sociales.<sup>29</sup>

#### **1.2.11 Patrón Sexualidad y Reproducción.**

Este patrón refleja la identidad sexual de la persona y abarca su capacidad para expresar su sexualidad y lograr relaciones interpersonales e individuales satisfactorias. El estudio de su funcionamiento se refiere también a las preocupaciones y al estado de la persona respecto a su capacidad procreadora.

El objetivo de la valoración de este patrón consiste en describir la percepción de problemas (reales o potenciales), posibles factores contribuyentes, acciones llevadas a cabo y efecto percibido o consecuencias de estas acciones.<sup>30</sup>

#### **1.2.12 Patrón de Adaptación y Tolerancia al Estrés.**

Este patrón se refiere a la capacidad del individuo, familia o grupo para enfrentarse con los distintos factores y niveles de estrés asociados a la vida diaria. Entendemos el concepto de estrés en sentido amplio, bajo cuyo epígrafe se engloban términos como tensión ansiedad, angustia o estrés.

---

<sup>28</sup> Ibidem.; P-89

<sup>29</sup> íbidem. ;

<sup>30</sup> Fornes Vives Joana. Op cit. ; p- 97



El patrón incluye la capacidad de adaptación a los cambios, las formas de controlar el estrés, el soporte familiar o de otros sistemas y la percepción de habilidad que tiene la persona para controlar las situaciones estresantes.

En este patrón Gordon hace referencia a tres conceptos estrechamente relacionados: estrés, adaptación y tolerancia.<sup>31</sup> En donde nos referiremos al estrés como un estímulo o acontecimiento que desencadena la respuesta de estrés. Un suceso se considera estresante cuando amenaza o cambia la integridad del ser humano. La forma en que las personas generalmente responden a los acontecimientos vividos como amenazas conforma su patrón de adaptación.

El concepto de adaptación implica un equilibrio entre las demandas y expectativas planteadas por una situación dada y las capacidades de una persona para responder a tales demandas. El resultado entre las demandas y capacidades da lugar a un patrón de adaptación que puede ser efectivo en términos de salud o inefectivo. El grado de tolerancia predice, hasta cierto punto, el potencial de adaptación efectiva.

### **1.2.13 Patrón Valores y Creencias.**

Describe los valores, sentimientos o creencias (incluida la espiritual), metas y compromisos que una persona, familia o comunidad elige en su vida y que pueden explicar su postura frente a los acontecimientos. Incluye la percepción de lo que una persona considera importante en la vida y cualquier conflicto percibido en los valores, creencias o expectativas relacionadas con la salud y el bienestar.<sup>32</sup>

A medida que los seres humanos se desarrollan van construyendo un sistema de creencias y valores que proporciona la guía para tomar decisiones importantes en la vida y para elegir formas de comportamiento concretas. Este sistema de

---

<sup>31</sup> ídem. ; p-102

<sup>32</sup> Fornes Vives Joana. Op cit. ; P-109

creencias y valores incluye opiniones acerca de lo que es correcto, apropiado o significativo para la persona.

En el momento actual, en que es evidente la mezcla constante de diferentes culturas, especialmente en el continente europeo, el choque de valores puede generar conflictos que la enfermera deberá tener presentes en su práctica profesional.

### 1.3 Anatomía de la Cadera.

La cintura pélvica (cadera) está formada por los huesos de la cadera o coxales (coxa = cadera). La cintura pélvica proporciona un sostén fuerte y estable para las extremidades inferiores, sobre las que trasmite el peso del cuerpo. La cadera es una diartrodia, de tipo enartrosis que posee dos superficies óseas, la cavidad cotiloidea o acetábulo y la cabeza del fémur cubiertas por cartílago hialino, una cápsula y una membrana sinovial.<sup>33</sup> Esta articulación efectúa los siguientes movimientos: flexión, extensión, abducción, aducción, rotación interna, rotación externa y circunducción.<sup>34</sup>

#### 1.3.1 Anatomía Osteoarticular.

Los huesos de la cadera están unidos anteriormente por la articulación llamada sínfisis del pubis y posteriormente se unen al sacro.

Cada uno de los dos coxales del recién nacido está formado por tres componentes; uno superior, el ilion, uno inferior y anterior, el pubis, y uno inferior y posterior, el isquion. Estos tres huesos distintos acaban por fusionándose en uno solo. La zona de fusión es una fosa profunda y lateral llamada acetábulo, que actúa como cavidad para recibir la cabeza del fémur.

---

<sup>33</sup> Magee J David. Ortopedia. ; p-652.

<sup>34</sup> [http://www.puc.cl/sw\\_educ/acc/html/botonera.html](http://www.puc.cl/sw_educ/acc/html/botonera.html)

El ilion es la mayor de las tres subdivisiones del coxal. Su borde superior, la cresta ilíaca acaba por delante en la espina ilíaca anterosuperior. Por debajo de ésta se encuentra la espina ilíaca anteroinferior. Por detrás, la cresta acaba en la espina ilíaca posterosuperior, por debajo de la cual existe una espina ilíaca posteroinferior. Las espinas sirven como zonas de inserción para los músculos. Por debajo de la espina ilíaca posteroinferior se encuentra la escotadura ciática mayor. La superficie medial del ilion contiene la fosa ilíaca, concavidad donde se inserta el músculo ilíaco.

Por detrás de esta fosa existe una superficie articular, que se articula con el sacro para formar la articulación sacroilíaca.<sup>35</sup>

El isquion es porción inferior y posterior del hueso de la cadera. Contiene una prominente espina isquiática, una escotadura isquiática menor por debajo de la espina y una tuberosidad isquiática. El resto del isquion, la rama, se une al pubis y juntos rodean el agujero obturador, que es el mayor agujero del esqueleto.<sup>36</sup>

El pubis forma la parte anterior e inferior del hueso de la cadera.

**Cápsula articular.** En sentido proximal, se fija en el contorno de la cavidad cotiloidea y distalmente viene a insertarse por delante en la línea oblicua o intertrocantérea del fémur y por detrás cruza la parte media del cuello de este hueso. Por lo tanto, la superficie anterior del cuello del fémur en su totalidad, es intracapsular mientras que solamente se encuentra dentro de la cápsula la mitad medial de la superficie posterior. Además de sus fuertes fibras intrínsecas propias, la cápsula de la articulación de la cadera se halla reforzada por otros ligamentos.

- a. Ligamento iliofemoral
- b. Ligamento pubofemoral
- c. Ligamento isquiofemoral

---

<sup>35</sup> Stanley W Jacob. Anatomía y fisiología Humana.p-113

<sup>36</sup> Ibídem. ; p-114

También existe el ligamento redondo del fémur, que se inserta en la fóvea de la cabeza femoral y que contiene la arteria del ligamento redondo derivada de la arteria obturatriz.

El reborde del cotilo se encuentra reforzado por un rodete cotiloideo o labrum que se completa en su parte inferior con el ligamento transverso que cierra la escotadura acetabular.

**Sinovial.** Tapiza la cara interna de la cápsula. En sentido proximal, cubre ambas superficies del rodete cotiloideo.

### **1.3.2 Anatomía Muscular.**

El músculo psoasíaco se inserta en el trocánter menor siendo un potente flexor de la cadera y rotador externo del fémur. Por detrás están los músculos piramidal de la pelvis, cuadrado crural, obturador interno y géminos que son rotadores externos del fémur a nivel de la cadera.

Desde el punto de vista funcional, el principal músculo de la cadera es el glúteo medio que se inserta distalmente en el trocánter mayor. Su función es la abducción de la cadera, aunque sus fibras anteriores también ayudan en la flexión. Este músculo estabiliza la cadera y la pelvis durante la marcha. El glúteo menor ayuda en la acción del glúteo medio pero su eficiencia es mucho menor. Por otra parte el glúteo mayor se inserta hacia la parte posterior del fémur proximal siendo principalmente extensor de la cadera.<sup>37</sup>

### **1.3.3 Anatomía Vascular.**

**Vascularización de la cadera.** Las arterias de la articulación de la cadera proceden de las circunflejas externa o anterior e interna o posterior, ramas de la femoral. La arteria obturatriz rama de la ílfaca interna (hipogástrica) da origen a la

---

<sup>37</sup> <http://www.puc>. op cit

arteria del ligamento redondo llegando a la cabeza del fémur pero su participación en la irrigación de la cabeza femoral es mínima.

Las arterias circunfleja anterior y posterior forman un anillo a nivel de la base del cuello femoral y de allí dan ramas hacia él, perforando la inserción capsular. La arteria circunfleja posterior a través de los vasos posterosuperiores otorga la mayor irrigación a la epífisis femoral. Desde las arterias epifisarias nacen microarteríolas que en forma de arcadas terminan por irrigar hasta la superficie de la cabeza femoral.<sup>38</sup>

## FEMUR

**Anatomía.** Cada una de las dos extremidades inferiores posee 30 huesos. Estos últimos abarcan el fémur en el muslo, rótula, tibia y peroné en la pierna, y huesos del tarso, metatarsianos y falanges en el pie.

El fémur se encuentra en el muslo y es el más largo, pesado y resistente del cuerpo. Su extremo proximal se junta con el acetábulo del hueso coxal, el distal con la tibia y la rótula. La diáfisis del fémur se angula en sentido interno.

El extremo proximal del fémur posee cabeza esférica, que se ensambla con el acetábulo del hueso coxal en la articulación de la cadera. El ligamento de la cabeza del fémur une este hueso con el acetábulo. El cuello femoral es una región más angosta que se sitúa de manera distal a la cabeza.

Los trocánteres mayor y menor son prominencias que sirven como puntos de convergencia de tendones y de algunos músculos del muslo y glúteos. El trocánter mayor es la protuberancia que se siente y observa en sentido anterior a la depresión en el lado de la cadera.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> <http://www.puc>. op cit.

<sup>39</sup> Tortora Grabowski. Principios de Anatomía y Fisiología ed.9ª. p-235

El trocánter menor está en posiciones inferior e interna al mayor. En la cara anterior entre uno y otro trocánter se ubica la angosta línea oblicua o intertrocantérica anterior.

El extremo distal del fémur se expande e incluye los cóndilos interno y externo, que se unen con sus similares de la tibia. Superior a los cóndilos, se ubican las tuberosidades interna y externa. La fosa o escotadura intercondilea es una depresión de la cara posterior entre los cóndilos.

#### **1.4 Fractura de Cadera**

El término fractura de cadera generalmente se aplica a la de los huesos que participan en la articulación de la cadera, ya sea cuello, cabeza o región trocantérea del fémur, así como los huesos que forman el acetábulo.<sup>40</sup>

Su incidencia ha aumentado debido en parte a que las personas son más longevas. La disminución de la masa ósea por osteoporosis (más frecuente en las mujeres), así como la tendencia creciente a las caídas predispone a las fracturas de la cadera en ancianos.

Constituyen un problema mayor debido a la naturaleza incapacitante de estas lesiones, estas fracturas forman casi la mitad de los costos hospitalarios totales de todas las fracturas y más de la mitad de los costos de atención de enfermería a domicilio. Además se requiere de atención eficaz y pronta con el fin de evitar la muerte demasiado frecuente en el paciente anciano con fractura de cadera. Así esta lesión justifica la tensión más actualizada para reducir al mínimo no sólo el costo, sino también el sufrimiento humano.<sup>41</sup>

Son dos tipos principales de fracturas de la cadera:

---

<sup>40</sup> Ibidem. ;

<sup>41</sup> Skinner. B Harry. Diagnóstico y tratamiento en Ortopedia. P-130

- Las fracturas intracapsulares: son las fracturas del cuello
- Las fracturas extracapsulares: son las de la región trocantérea y subtrocantérea

Las fracturas extracapsulares intertrocantéreas tienen riego sanguíneo excelente y cicatrizan con rapidez. Sin embargo, puede haber daño extenso a los tejidos blandos al momento de la lesión.

**Manifestaciones Clínicas.** Con las fracturas extracapsulares del fémur :

- La extremidad presenta acortamiento significativo.
- Rotación externa mayor que con las intracapsulares.
- Espasmos musculares que dificultan la colocación de la extremidad en posición neutra.
- Hematomas de gran tamaño.
- Equimosis.<sup>42</sup>

**Diagnostico.** Se hace clínicamente y se confirman con radiografías.

**Tratamiento.** La selección del tratamiento definitivo depende de la condición general del paciente y del patrón de fractura. La tasa de enfermedad y muerte es baja cuando la fractura se fija de manera interna, ya que permite la movilización temprana.

El tratamiento inicial en el hospital debe ser la tracción cutánea cuidadosa para disminuir el dolor y el desplazamiento adicional.

El tratamiento quirúrgico se indica tan pronto como el paciente sea médicamente capaz de soportar la operación. El objetivo es lograr una fijación lo bastante

---

<sup>42</sup> Smeltzer C Suzanne. Enfermería Médico – Quirúrgica. P-2094.

segura como para permitir la movilización temprana y suministrar un ambiente para que la fractura cicatrice en buena posición.<sup>43</sup>

Dicho tratamiento consiste en: 1) reducción abierta y fijación interna de la fractura o 2) reemplazo de la cabeza femoral con una prótesis (hemiartroplastia),

Es más fácil lograr la fijación interna mediante tornillo deslizante y placa lateral, pues el tornillo puede deslizarse en el barril de la placa lateral, permitiendo que la fractura se enclave en la posición estable.

El paciente puede abandonar la cama al día siguiente e iniciarse el apoyo del peso corporal con muletas o con estribo tan pronto como lo permita el dolor. La fractura cicatriza casi siempre en 6 a 12 semanas.

Las complicaciones incluyen infección, falla del dispositivo, pérdida de la reducción e irritación por bursitis sobre el extremo del tornillo deslizante.

### **Complicaciones.**

- Las complicaciones neurovasculares ocurren debido a la lesión directa de nervios y vasos sanguíneos o por aumento de la presión hística, por lo tanto se debe vigilar el estado neurovascular de la pierna afectada.
- Trombosis venosa profunda: es la complicación más común; para evitarla, se realizan ejercicios de tobillo y pie y se fomenta el consumo de líquidos y se da tratamiento anticoagulante profiláctico. Se deben valorar las piernas del paciente cada 4 horas para buscar signos de trombosis venosa profunda.
- Complicaciones pulmonares: son una amenaza para los ancianos sometidos a cirugía de la cadera, su prevención se da con los ejercicios de respiración profunda, cambios de posición al menos cada 2 h y uso de la espirometría por incentivo.

---

<sup>43</sup>Skinner. B Harry. Op cit. ; P-133



- Maceración cutánea suele encontrarse en pacientes ancianos .Las ampollas son ocasionadas por circulación deficiente y tienden a permanecer en una sola posición.
- A menudo ocurre retención urinaria, por lo que la enfermera debe animar a un consumo abundante de líquidos dentro de la tolerancia cardiovascular del paciente.
- Las infecciones retrasadas incluyen: infección, falta de unión, necrosis avascular de la cabeza femoral.

## **Rehabilitación.**

El objetivo de la rehabilitación después de las lesiones en cadera es que el paciente retorne lo más pronto posible al nivel funcional previo, función del miocardio, fuerza en extremidades superiores, balance y motivación.<sup>44</sup>

### **1.4.1 Tratamiento de Enfermería Postoperatorio.**

En el posoperatorio inmediato, los cuidados de pacientes con fracturas de la cadera prestan atención a la prevención de problemas médicos secundarios y a la movilización temprana, de modo que pueda restaurarse la independencia funcional.

Durante las primeras 24 a 48 horas se centra en la atención en:

- El alivio del dolor
- Prevención de complicaciones respiratorias. Debe fomentarse los ejercicios de respiración profunda y tos.
- Flexión del pie cada 1 a 2 h.
- Se emplean antibióticos por vía intravenosa con fines profilácticos.
- Vigilar el estado de hidratación, nutrición general y gasto urinario
- La trombosis venosa profunda es la complicación más común; para evitarla, se realizan ejercicios de tobillo y pie y se fomenta el consumo de líquidos.

---

<sup>44</sup> Skinner B. Harry. Op cit. ; p-135

Se prescriben medias elásticas, dispositivos de compresión en secuencia y tratamiento anticoagulante profiláctico. La enfermera debe valorar las piernas del paciente por lo menos cada 4 horas para buscar signos de trombosis venosa profunda.

- Se coloca una almohada entre las piernas para conservar la alineación y proporcionar el apoyo necesario cuando se gira el cuerpo del paciente.
- Cambios de posición: la enfermera debe girar al paciente sobre la extremidad afectada o no afectada según indicaciones.
- Fomento de ejercicios de fortalecimiento: animar al paciente a ejercitarse mediante el trapecio, para fortalecer los brazos y los hombros en preparación para la ambulación protegida. El primer día del postoperatorio, el paciente se transfiere a una silla con asistencia e inicia la ambulación asistida.<sup>45</sup>
- La maceración cutánea suele encontrarse en pacientes ancianos con cadera fracturada. Las ampollas ocasionadas por la cinta se relacionan con la tensión del edema de tejidos blandos debajo de la cinta no elástica. Por lo general los pacientes con fracturas de la cadera tiene circulación deficiente y tienden a permanecer en una sola posición de modo que son comunes las úlceras por presión. La presión constante se alivia con cuidados apropiados de la piel, en especial la de espalda, talones, sacro y hombros. Un colchón de hule espuma de alta densidad, aire estático u otro colchón especial suele brindar protección al distribuir la presión más uniformemente.<sup>46</sup>
- Las complicaciones retrasadas de las fracturas de la cadera incluye infección, falta unión, necrosis avascular de la cabeza femoral. Debe suponer la presencia de infección si el paciente señala dolor moderado de la cadera y hay un aumento ligero de la velocidad de eritrosedimentación.

---

<sup>45</sup> Smeltzer C Suzanne. Op cit. ; p-2095.

<sup>46</sup> Smeltzer C Suzanne. Op cit. ; p-2103

## **CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.**

### **2.1 Valoración de Enfermería.**

#### **Ficha de Identificación:**

NOMBRE: L C A

EDAD: 73 años

SEXO: femenino

EDO CIVIL: casada

RELIGION: católica

OCUPACION: Trabajadora social (pensionada), actualmente se dedica al hogar.

NACIONALIDAD: Mexicana

DIRECCIÓN: Cocotitlan Municipio de Chalco. Estado de México

FAMILIAR RESPONSABLE: Lucio Coyotzi Hernández. (Esposo).

#### **Resumen clínico**

Se trata de una paciente femenina de 73 años, originaria del estado de México. Esta pensionada como trabajadora social, por lo que ahora se dedica al hogar. Su estado civil es casada. Su aspecto es integro, bien conformada, de complexión delgada y estatura baja. Su edad aparente no corresponde a la cronológica (aparente menor edad).

Se encuentra orientada en las tres esferas.

A la exploración física encontramos: Cara simétrica, con buena coloración de tegumentos. Su tórax presenta ruidos cardiacos sin compromiso, con movimientos toracoabdominales normales y con focos pulmonares sin compromiso. Sus mamas son simétricas y sin datos de alteración.

Su abdomen es de forma globosa, de tamaño regular, panículo adiposo; blando, depresible con dolor en región inguinal izquierdo.

En sus antecedentes obstétricos encontramos: menarca a los 22 años, con ciclos irregulares. Presentando Útero infantil, razón por la cual no pudo tener hijos, sin embargo adopto a cuatro niñas.

Extremidades superiores normales sin hallazgos.

Extremidades inferiores: el miembro pélvico del lado izquierdo se encuentra con rotación externa y abducción con acortamiento de la extremidad, no hay equimosis, no hay movilidad por el dolor, por lo que acude a urgencias para manejo integral. Posteriormente le realizaron estudios de laboratorio y gabinete para programarla para cirugía. Recibió tratamiento quirúrgico que consistió en colocación de tornillo deslizante.

Actualmente la paciente se encuentra estable después de recibir una segunda intervención quirúrgica por problemas con la placa que le ocasionaban fuertes dolores, además de la falta de consolidación del hueso, razón por la cual se encuentra en terapia física de manera frecuente.

## **2.2 Interacción con Base a los 11 Patrones Funcionales de Gordon.**

### **I. Patrón Percepción de Salud – Manejo de salud**

1. En los últimos seis meses considera su estado de salud Malo, a raíz del nerviosismo que le ocasiona el problema cardíaco que presento su esposo.
2. Anteriormente ha padecido resfriados, y actualmente la fractura de cadera.
3. Generalmente no acude con frecuencia al médico.
4. Solo cuando esta muy enferma, ya que se cura con remedios caseros.
5. A lo largo de su vida ha sufrido accidentes o enfermedades que han necesitado mayor atención médica: por fractura de un pie, apendicitomía, por sinusitis 2 veces, levantamiento de párpados inferiores, amigdalectomía.

## **II. Patrón Nutricional – Metabólico**

La paciente menciona que alimentos fueron los que comió un día anterior al día en que fue internada.

DESAYUNO: Fruta con yoghurt Light, cereal con leche, té con pan, y un poco de comida del día anterior.

COMIDA: Verduras como: calabaza, chayote, papa, chicharos, ejotes, brócoli, jitomate, cebolla, cilantro. Frutas acostumbra comer de todas.

Carnes: pollo.

Salmón, salchicha, sardina, muy poca carne roja, es lo que más acostumbra comer.

CENA: Té, chayote, papaya.

OBSERVACIONES: Durante su estancia en el hospital come poco porque no le gusta la comida del hospital, pero en general ella no tiene problema con su dieta.

Le gusta tomar agua natural y jugos naturales pero menos de un litro al día.

Procura llevar una alimentación balanceada en cuanto a frutas, verduras, carnes. Y es aumentada en soya y muy poca carne roja.

No tiene problemas con ningún alimento.

Generalmente come en casa, solo come fuera de la casa cuando acude a alguna reunión de amigos.

Considera su peso actualmente un poco bajo, ya que los problemas de salud de su esposo la preocupan mucho y durante la enfermedad de él bajo 4 kilos.

## **III. Patrón de eliminación**

La paciente refiere que sus evacuaciones son de características normales, que nunca ha tenido problemas, y que el estreñimiento que ha presentado es solo en esta ocasión durante su estancia hospitalaria, la cual puede ser por diversas circunstancias.

En cuanto a la eliminación urinaria fisiológicamente no tiene ningún problema, pero actualmente prefiere aguantarse y no orinar para evitar el dolor que le ocasiona la colocación del cómodo.

#### **IV. Patrón Actividad – Ejercicio**

Para hacer ejercicio camina 30 minutos diarios y da 50 pedaleadas en una bicicleta fija.

La paciente refiere ser independiente para realizar las siguientes actividades: alimentarse, bañarse, arreglarse, moverse en la cama, vestirse, cuidarse, administrarse, etc.

#### **V. Patrón Sueño – Descanso**

Duerme al día aproximadamente 8 hrs. En el hospital duerme bien, solo cuando hay mucho movimiento se le dificulta un poco.

Ahora en el hospital se siente cansada, con dolor de espalda, de glúteos, etc.

No acostumbra tomar nada para dormir.

#### **VI. Patrón Cognitivo – Perceptual**

No tiene dificultades para oír.

No tiene dificultades para ver

No le resulta difícil tomar decisiones.

#### **VII. Patrón Auto percepción. Auto concepto**

Se considera una buena persona, muy estricta, pero eso le ayuda a vivir bien.

Se siente útil en su familia.

Cuando se sentía enfadada anteriormente era muy rencorosa, y vengativa, pero desde que participa en un grupo católico, toma las cosas con calma y es más relajada.

Nunca ha perdido la esperanza, solo se desespera en momentos pero sabe que Dios no la abandona.

### **VIII. Patrón Rol – Relaciones**

Vive Con su esposo únicamente

Trata los problemas dependiendo la situación lo resuelve con su esposo únicamente, con sus hijos, o con la participación del resto de la familia.

La familia la trata de manera excelente.

No tiene problemas con la persona con la que vive

Tiene muchos amigos cercanos

No se siente solo.

### **IX. Patrón Sexualidad – Reproducción**

Su primera menstruación se presento a los 22 años.

Se caso a los 35 años. Su menopausia se presento antes de los 50 años.

La paciente no pudo tener hijos por un problema de útero infantil, le dieron tratamiento pero no dio resultados. Sin embargo la señora adopto a cuatro niñas, las cuales quieren a doña Angelina como su madre, la respetan y cuidan.

### **X. Patrón de Adaptación – Tolerancia al estrés**

Platica cosas privadas con su sobrino y una hermana

No se encuentra tensa la mayor parte del tiempo.

Maneja sus problemas con la familia.

### **XI. Patrón Valores – Creencias**

Para ella los valores más importantes son los que le brindan la religión.

Es católica.

Es muy importante la religión porque su fundador fue Jesús.

Su religión no le exige una forma de vestir.

Utiliza símbolos religiosos: una cadenita con Cristo y el espíritu santo, además un escapulario.

Los valores y creencias influyen en su vida porque la han enseñado a respetar y exigir que la respeten.

## **2.3 Historia Clínica**

### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Madre fallecida a los 98 años de senilidad, aparentemente sana.

Padre fallecido a los 88 años de senilidad

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Cuenta con una casa propia que tiene todos los servicios y la comparte con su esposo.

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Tabaquismo y alcoholismo negados

Traumáticos: fractura metatarsiana de pie derecho hace 15 años con tratamiento conservador. Transfuncional negado.

Quirúrgicos: amigdalectomía a los 6 años, septoplastia hace 13 años por sinusitis crónica.

Patológicos: Previa neuralgia del trigémino izquierdo.

**Padecimiento Actual.** Inicio el día 13 de mayo en domicilio posterior a sufrir una crisis de neuralgia del trigémino. Sufre caída de su plano de sustentación con traumatismo de cadera izquierda con imposibilidad de deambular y dolor de la cadera por lo que acude a urgencias para manejo integral.



## 2.4 Exploración física.

### 1. Aspecto externo.

Conformación	Buena y completa
Compleción	Estatura media y delgada
Orientación	En tiempo, lugar y espacio
Estado de ánimo	Muy bueno
Facie	A veces de cansancio
Lenguaje	Fluido
Edad	No aparente a la cronológica, se ve más joven.

### Exploración céfalo – caudal

**CABELLO:** Implantación normal, color cano con rastros de tintes. Buena resistencia, abundante, de tamaño corto.

**CABEZA:** Forma redonda, sin hundimientos, sin cicatrices.

#### CARA

**Piel:** coloración normal, buena hidratación, con presencia de lunares.

**Implantación de cejas:** normal y pobladas.

**Ojos:** simétricos, conjuntiva pálida. Pestañas cortas. Utiliza meticel para lubricar.

**Nariz:** recta, permeable. Coloración de la mucosa pálida.

**Boca:** labios delgados, coloración rosada. Mucosa íntegra. La mucosa en buenas condiciones, falta de piezas dentales (4) del lado derecho.

**Coloración de la lengua:** roja, paladar de color rosado, ninguna lesión.

**Oídos:** pabellones auriculares simétricos, íntegros y limpios.

CUELLO: simétrico, con movilidad, pulsos simétricos, traquea móvil y central, presencia de ganglios no inflamados.

TORAX: Forma normal, movimientos de respiración normales. Mamas de coloración normal, pezones simétricos y bien formados, sin secreciones ni dolor, No hay presencia de abscesos.

ABDOMEN: De forma globosa, tamaño regular, con panículo adiposo, blando, depresible. Con dolor en región inguinal izquierdo.

EXTREMIDADES SUPERIORES: Normales, sin hallazgos.

EXTREMIDADES INFERIORES: Miembros Pélvicos Inferiores se encuentra con rotación externa y abducción con acortamiento de la extremidad, no hay Equimosis, no hay movilidad por el dolor. Resto de exploración normal.

SIGNOS VITALES: TA 110/70 FR: 22 FC: 70 TEMP: 37 °C

RX Se encuentra fractura de cadera izquierda extracapsular, transtocanérica tipo III de tronzo.

PLAN: Estudios de laboratorio y gabinete para programar. Tratamiento quirúrgico consiste en colocación de un tornillo deslizante.

#### TRATAMIENTO ACTUAL

- Dieta normal
- Diclofenaco 1 tab. 100 mg v.o C/ 24 hrs.
- Paracetamol 500 mg v.o C/8 hrs.
- Metamizol 1 amp I.M C/8 en caso de dolor importante.

- Ranitidina 150 mg v.o C/12 hrs.
- Fisioterapia pulmonar C/8 hrs.
- Mantener elevada la extremidad y con vendaje elástico.
- Enoxoparina 40 mg sc C/24 hrs.

## **2.5 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

---

### **PATRON ALTERADO**

Patrón Autopercepción – Autoconcepto

---

### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA**

Alteración de la percepción relacionado con una estancia prolongada en el hospital, manifestado por fatiga, aburrimiento y no querer interactuar con las personas de su entorno.

---

### **FUNDAMENTACION DE DIAGNOSTICO**

La estancia prolongada en un lugar como lo es un hospital ocasiona alteraciones como fatiga, aburrimiento, ansiedad y en muchos casos estrés. Estas sensaciones son abrumadoras, sostenidas y disminuyen la capacidad del individuo para mantener el equilibrio, además pueden originar quejas físicas, irritabilidad emocional, disminución para concentrarse, así como desinterés por el entorno.

---

### **OBJETIVOS**

- Favorecer la adaptación del paciente a su entorno
  - Proporcionar comodidad
- 

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA y FUNDAMENTACION CIENTIFICA**

- Proporcionar un ambiente adecuado para el paciente.

El proporcionar la mayoría de los servicios, como equipos, mobiliario, iluminación, temperatura, ventilación, personal adecuado, etc., ofrecen una situación de comodidad, seguridad y atención al paciente y familiares.

Además el personal de enfermería como parte del equipo de atención a la salud debe promover la participación de los pacientes, familiares y personas del entorno, según las necesidades de cada paciente.

- Desarrollar una relación de ayuda

Por otra parte el personal de enfermería debe ofrecer una relación de ayuda, entendiendo que la relación de ayuda es aquella en la que una persona facilita el desarrollo personal de la otra, le ayuda a madurar, a adaptarse, a integrarse y a abrirse a sus propias experiencias.

- Propiciar la comunicación del paciente con las personas del entorno.

---

## EVALUACION

- En relación a proporcionar un ambiente adecuado, dentro de las posibilidades se logro, estando al tanto de las necesidades del paciente para poder satisfacerlas en el momento.
- En cuanto a la relación de ayuda creo que se logro una buena empatía con la paciente, aspecto que se favoreció la buena disponibilidad de la misma al comunicarnos.
- La integración de la paciente con las personas de su entorno no se logro totalmente. Son contadas las personas con las que se comunica, con el resto de las personas ella prefiere mantenerse al margen para evitar conflictos.

---

## PATRON ALTERADO

Patrón Actividad – Ejercicio

---

## DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Alteración de la movilidad física relacionado con inmovilidad, manifestado por disminución del tono muscular.

---

## FUNDAMENTACION DEL Dagnostico

Los seres humanos necesitamos de reposo y sueño para funcionar óptimamente, pero también requerimos de actividades y ejercicios para la salud. Se ha demostrado que la inactividad corporal da origen a traumatismos. Y se han identificado varios efectos adversos importantes, por ejemplo, la inmovilidad puede ser causa de contracturas que se deben a la atrofia muscular que origina incompetencia, disminución de la fuerza, la coordinación y la resistencia muscular; anquilosis (consolidación e inmovilización de una articulación), etcétera

---

## OBJETIVO

- Favorecer la movilidad de la paciente
  - Ejercitar su musculatura
- 

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

- Promover la realización de ejercicios pasivos y dentro de lo posible activos.

En casos de interrumpir algunas o todas las actividades de la vida cotidiana, se debe prestar atención a las articulaciones no empleadas o su uso esta limitado, realizando ejercicios de arcos de movimiento que pueden ser pasivos o activos.

Los ejercicios pasivos: se les da el nombre a los medios manuales o mecánicos de movimiento de articulaciones y tejidos afines.

Los ejercicios activos: son los del arco de movimientos de las articulaciones que inicia la propia persona.

- Evitar la fatiga

Todo lo anterior sin olvidar que no se debe llegar al exceso, para evitar la fatiga, y que se debe empezar poco a poco y con lentitud, ya que movimientos irregulares y de sacudida resultan molestos para al paciente.

---

- Hacer participar a la paciente en sus cuidados

Tareas cotidianas como bañarse, comer, vestirse y escribir, provocan la utilización de grupos musculares que mantienen muchas articulaciones en un arco de movimiento (un arco de movimiento es el que normalmente puede producir una articulación) eficaz, por lo que la participación del paciente en estas actividades resultan muy importantes para la salud.

---

## EVALUACION

- La sugerencia que se le hizo a la paciente de que realizará movimientos se consiguió, ya que ella misma tomaba la iniciativa de realizarlos y esto la hacia sentirse muy bien.
  - Los movimientos y ejercicios se realizaron por tiempos muy cortos, hasta donde la paciente lo tolerara, y de esta manera se evito la fatiga y una posible lesión.
  - En cuanto a la participación no hubo ningún problema, la paciente se mostró muy dispuesta a participar.
-

## **PATRON ALTERADO**

Patrón Nutricional – Metabólico

---

### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la falta de cambio de postura y posición, manifestado por irritación, enrojecimiento y posibles úlceras.

---

### **FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO**

Por lo general los pacientes con fracturas de la cadera tienden a permanecer en una sola posición, de modo que son comunes la irritación cutánea, enrojecimiento y las úlceras por presión por lo que es necesario protegerlo contra las lesiones. Este problema es importante no sólo por sus factores causantes, sino también porque se ha constatado su influencia como agravante en otros procesos, aumentando la mortalidad y morbilidad, empeorando la calidad de vida, prolongando el tiempo de hospitalización de los enfermos y aumentando los costos de salud. Y sobre todo es un problema importante porque la prevención es altamente eficaz.

---

### **OBJETIVOS**

Llevar a cabo medidas de prevención para el cuidado de la piel.

---

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y FUNDAMENTACION CIENTIFICA**

- Cambio de posición frecuente.

Las posiciones que mantienen el alineamiento correcto facilitan el funcionamiento corporal contribuyendo al bienestar físico y psicológico del paciente. La fuerza de gravedad hace que las diversas partes del cuerpo no estén alineadas a menos

que se brinde sostén adecuado, por lo tanto una buena posición protege al organismo.

Cambiar frecuentemente la posición. En pacientes encamados como máximo cada dos horas.

- Mantener la piel limpia y seca.

El mantener seca y limpia la piel evita que la humedad y la suciedad predispongan a las soluciones de continuidad y las infecciones de la piel.

La higiene debe ser diaria con agua y jabón neutro para eliminar todo el resto de sudor y secreciones que favorecen la proliferación microbiana. El objetivo es limpiar sin alterar el PH ácido superficial de la piel sin privarla de su emulsión natural para mantener integra su función de defensa frente al ambiente exterior.

- No someter a la piel a fricción

Mantener la limpieza y sequedad de las ropas con cambios frecuentes de la ropa de cama, utilizando sábanas suaves, limpias y sin arrugas, cuerpos extraños o partículas, ya que las popas rasposas o arrugadas contribuyen a concentrar la presión en ciertas zonas.

La fricción de la piel se puede evitar cuando movemos al paciente no deslizándola sobre las sábanas.

---

## EVALUACION

- Se realizaron cambios de posición en cada oportunidad que se presento y además de que la paciente descansaba, se previno el daño de la piel.
- Mantener la piel limpia y seca fue fácil pues la paciente se ocupo siempre de estar limpia y por lo tanto seca de su piel y de su ropa.
- Durante la movilización de la paciente se cuido no irritar la piel ni hacer fricción.

---

## PATRON ALTERADO



## DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Alteración de la movilidad relacionado con la falta de movimiento, manifestado por dolor de espalda.

---

## FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO

Se ha demostrado que la inactividad corporal da origen a traumatismos físicos y psicológicos en el paciente, teniendo un afecto adverso sobre la salud de las personas cuya actividad se restringe. Uno de estos efectos adversos se da a nivel músculo esquelético donde la inmovilidad causa contracturas, que originan disminución de fuerza, dolor, resistencia muscular y cansancio.

---

## OBJETIVO

Mantener el funcionamiento corporal en equilibrio.

---

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y FUNDAMENTACION CIENTIFICA

### - Realizar ejercicios pasivos

Como ya se menciona anteriormente, los movimientos pasivos son los producidos al paciente, sin que éste realice esfuerzo.

### - Movilización de la paciente

La movilización es de suma importancia ya que las úlceras son lesiones producidas en la piel y partes blandas cuando se mantienen comprimidas durante un tiempo prolongado entre una prominencia ósea y una superficie dura. Siendo la Inmovilidad el principal factor de riesgo para la aparición de úlceras por presión.

- Activar la circulación a través del masaje en la espalda.

El masaje de la espalda hace las veces de un acondicionador corporal general, activa la circulación de los tejidos al producir vasodilatación, que aumenta la afluencia de sangre en la zona y, gracias a ello, mejora el aporte de nutrientes y oxígeno; se puede emplear con fines de estimulación o relajación, o ambos. Y el masaje de la espalda también brinda a la enfermera posibilidad de observar la piel en busca de anormalidades, además de que mejora la circulación, el descanso y la comunicación con el paciente por medio del tacto.

Se realiza con movimientos circulares, lentos de manera delicada pero firme; cada sesión ha de durar un mínimo de 10 minutos usando para ello una pomada grasa o alcohol. Se empleará la mano moviendo la piel y el tejido celular subcutáneo sobre la prominencia ósea que está debajo. Cuando se cambie de posición el masaje se debe realizar sobre las zonas que el enfermo ha estado apoyado y donde la presión ha causado estancamiento sanguíneo.

Tipos de masaje: Rozamiento; en espalda. Amasado; en talones, maleolos, codos y región sacra. Despegue: en región sacra.

---

## EVALUACION

- Los ejercicios y la movilización de la paciente se realizo favorablemente.
  - En cuanto al masaje de espalda, la paciente se mostró encantada porque la relajaba y desaparecía el cansancio, además de que le permitía dormir sin molestias.
- 

## **PATRON ALTERADO**

Patrón de eliminación

---

## DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Déficit urinario relacionado con dolor al realizar movimientos necesarios para la colocación del cómodo, manifestado por retención urinaria voluntaria.

---

## FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que aparece como consecuencia de la lesión de los tejidos. El dolor puede ser expresado de diversas formas: posiciones antiálgicas, comportamientos protectores, expresión facial del dolor, trastornos del sueño y conductas evitadoras como en el caso de esta paciente.

---

## OBJETIVO

Favorecer la eliminación urinaria

---

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

- Brindarle a la paciente la confianza para que orine cada vez que sea necesario. El control voluntario de la micción se limita a su inicio, su restricción e interrupción. Se cree que la restricción es un fenómeno subconsciente que ocurre cuando el volumen de orina presente en la vejiga es escaso. Sin embargo, al retrasar la micción continúa llenándose la vejiga, por lo que poco después pueden surgir molestias a causa de la dilatación excesiva y la necesidad de orinar se vuelve impostergable.

---

- Proporcionarle los cómodos con mayor frecuencia y tener mucho cuidado al colocarlo
- 
- 

## EVALUACION

La paciente siguió prefiriendo aguantarse para evitar el dolor a la colocación del cómodo. Solo en algunas ocasiones accedió a que le colocará el comodo

---

## **PATRON ALTERADO**

Patrón de eliminación

---

## DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Alteración intestinal relacionado con falta de actividad, manifestado por la disminución en cantidad de heces fecales y aumento de su consistencia.

---

## FUNDAMENTACION DEL DIAGNOSTICO

La inmovilidad provoca trastornos del apetito, la ingestión de alimentos, el metabolismo de las proteínas, porque la inactividad muscular normal del aparato digestivo se vuelve más lenta en este tipo de personas, lo cual con frecuencia origina estreñimiento, trastornos de los reflejos de la defecación e incapacidad para expulsar las heces y los flatos adecuadamente.

---

## OBJETIVO

Favorecer la eliminación intestinal

---

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

- Administración de los medicamentos indicados para facilitar la eliminación.

En caso de que no se brinde alivio, se debe considerar el uso de medios artificiales para estimular la defecación. Sin embargo se debe recurrir a ellos como último recurso, ya que existe el riesgo de que el paciente se vuelva dependiente de ellos para la defecación.

- Vigilar una ingestión abundante y adecuada de líquidos.

La ingestión de líquidos suficientes es importante para prevenir el endurecimiento y la sequedad de las heces. En igual forma estimulan el peristaltismo las comidas abundantes y calientes.

- Dar masaje al abdomen.

El brindar un mensaje abdominal favorece a la defecación ya que estimula los movimientos peristálticos.

En caso de que no se brinde alivio, se debe considerar el uso de medios artificiales para estimular la defecación. Sin embargo se debe recurrir a ellos como último recurso, ya que existe el riesgo de que el paciente se vuelva dependiente de ellos para la defecación.

---

## EVALUACIÓN

- Durante los primeros cinco días de hospitalización no pudo evacuar la paciente por lo que se recurrió a la administración de senosidos y dieron muy buenos resultados.
- En los días siguientes la paciente tomo agua de manera normal, se le dio masaje a su abdomen sin referir dolor, pero aún así ya en el tercer día no había evacuado.

## CONCLUSIONES

Una vez finalizado este Proceso Atención de Enfermería puedo concluir diciendo que el modelo propuesto por Marjory Gordon, resulta muy útil para el profesional de salud, ya que nos proporciona un formato de valoración muy completo y flexible que permite determinar la presencia de problemas y así crear diagnósticos enfermeros y su tratamiento; además de ver las necesidades del paciente de una manera integral y de esta manera contribuir a mantener el estado de salud, la calidad de vida y el desarrollo del potencial humano.

Con respecto a los objetivos planteados en el trabajo, éstos se cumplieron de manera satisfactoria, ya que tuve a mi alcance todas las condiciones necesarias para poder aplicar el Proceso Atención de Enfermería. Se logro crear con la paciente un ambiente de calidez al tiempo de brindar los cuidados de enfermería, dándome cuenta de que gran parte del éxito de nuestros cuidados depende de nuestros conocimientos, de nuestras habilidades al brindar cuidados de calidad, pero sobre todo de la actitud y la atención que le demos a nuestros pacientes, ya que he observado que cuando ofrecemos un trato humano y amable los pacientes cooperan de manera incondicional en su cuidados obteniendo de esta manera mejores resultados entorno a su salud. Por otra parte tenemos la oportunidad de crear lazos de amistad, en mi caso tuve el privilegio de mantenerme en contacto con la paciente, la cuide en una segunda operación a la que fue sometida, mostrando un gran agradecimiento por mis cuidados, y en general mantenemos comunicación y estamos al tanto de lo que pasa en nuestra vidas.

Cabe mencionar que la realización del Proceso Atención de Enfermería representa un gran reto porque es un proceso simultáneo y se dificulta el plasmarlo de manera escrita, sin embargo, si ponemos un poco más de dedicación en nuestras acciones y aplicamos el proceso de atención de enfermería de manera habitual será más sencillo alcanzar la profesionalización de la enfermería.

## **SUGERENCIAS**

Considero importante que el profesional de enfermería debería de realizar de manera constante la aplicación del Proceso Atención de Enfermería en cada uno de sus pacientes con la finalidad de adquirir habilidad, destreza, y de manera simultánea brindar servicios de calidad en materia de la salud, así como un seguimiento de cada paciente.

Debido a la demanda social de servicios de calidad entorno a la salud es importante que el estudiante de Enfermería reflexione, ya que la enfermería no solo es una carrera, es un estilo de vida, y se debe estar dispuesto a comprometerse con su profesión, la cual cada día exige mayor preparación, desarrollo de habilidades y destrezas y sobre todo conocimientos que nos lleven a alcanzar la profesionalización de la carrera.

Por último me gustaría decir que en cada acción que realicemos como enfermeras(os) le dediquemos tiempo, compromiso, conocimiento, comprensión y sobre todas las cosas amor a la persona que deposita en cada uno de nosotros sus esperanzas e ilusiones de prevenir, mantener o recuperar su salud.



## **GLOSARIO**

**Arco de movimiento:** La amplitud de movimiento (grado de recorrido) o desplazamiento angular/axial total permitido por cualquier par de segmentos corporales adyacentes.

**Cotiloidea:** Cavidad articular grande, en forma de copa, situada en la unión del ilion, isquion y pubis que se articula con la cabeza esférica del fémur. Denominada también cavidad cotiloidea.

**Coxa vara:** Es aquella posición de la cadera en la cual el ángulo cervicodiafisario está disminuído.

**Diartrodia:** Articulación de libre movimiento.

**Enartrosis:** Articulación movable de la parte esférica de un hueso que encaja en una cavidad.

**Equimosis:** Coloración violácea que se produce por sangre bajo la piel en el intersticio.

**Férula:** Elemento que ayuda a la inmovilización de un segmento.

**Necrosis:** Muerte celular.

**Osteosíntesis:** Es la unión de dos segmentos óseos fracturados con un elemento de fijación. Por ejemplo placas, tornillos, clavos endomedulares, etc.

Prótesis parcial: Se denomina prótesis parcial a aquella que reemplaza solo la cabeza y cuello del fémur y prótesis total a la que reemplaza el cotilo y la cabeza y cuello del fémur.

Seudoartrosis: Es la falta de consolidación permanente de una fractura.

Xifosis: La curva normal de la columna dorsal vista lateral es de convexidad posterior.

## **ANEXOS**

### **VALORACION DE ENFERMERIA**

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

EDO CIVIL:

RELIGION:

OCUPACION:

NACIONALIDAD:

DIRECCIÓN:

FAMILIAR RESPONSABLE:

#### INTERACCION CON BASE A LOS 11 PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

##### I. Patrón Percepción de Salud – Manejo de salud

1. En los últimos seis meses ¿cómo considera su estado de salud?
2. ¿Se ha enfermado últimamente?
3. ¿Acude al médico cuando sufre de algún padecimiento?
  4. ¿Cada cuándo acude al médico?
  5. ¿Ha sufrido accidentes o enfermedades que hayan necesitado mayor atención médica?

##### II. Patrón Nutricional – Metabólico

Mencionar la ingesta habitual de alimentos y líquidos realizada por la persona

DESAYUNO

COMIDA

CENA:

## OBSERVACIONES

- ¿Realiza algún tipo de dieta?
- ¿Algún alimento le hace daño?
- ¿Generalmente come en casa?
- ¿Cómo considera su peso actualmente?

### III Patrón de eliminación

Se valoran características de la orina: frecuencia, color, olor, alguna alteración como: dolor, hematuria, incontinencia urinaria.

Se valoran características de las heces: consistencia, color, presencia de moco o sangre, frecuencia; alguna alteración como: diarrea, estreñimiento, hemorroides.

### IV Patrón Actividad – Ejercicio

¿Hace ejercicio?

Tipo

Frecuencia

Duración

### V Patrón Sueño – Descanso

¿Cuántas horas duerme al día?

¿Se siente descansado y preparado para las actividades diarias después de dormir?

¿Toma algún medicamento para dormir?

## VI Patrón Cognitivo – Perceptual

¿Tiene dificultades para oír?

¿Tiene dificultades para ver?

¿Le resulta difícil para tomar decisiones?

## VII Patrón Auto percepción. Auto concepto

¿Cómo se considera a sí misma?

¿Se siente útil en su familia?

¿Cómo se siente cuando esta enfadada?

¿Alguna vez ha perdido la esperanza?

## VIII Patrón Rol – Relaciones

¿Con quien vive?

¿Cómo trata los problemas generalmente?

¿Cómo la trata la familia?

¿Tiene problemas con la persona con la que vive?

¿Tiene amigos cercanos? .

¿Se siente sola con frecuencia?

## IX Patrón Sexualidad – Reproducción

¿A qué edad fue su primera menstruación?

IVSA

Gestas, Abortos. Cesáreas.

Menopausia.

## X Patrón de Adaptación – Tolerancia al estrés

¿Con quién platica cosas privadas?

¿Se encuentra tenso la mayor parte del tiempo?

¿Cómo maneja sus problemas?

## XI Patrón Valores – Creencias

¿Qué Valores son importantes para usted?

¿Practica alguna religión, y cuál?

¿Es muy importante la religión para usted?

¿Su religión le exige una forma de vestir?



## BIBLIOGRAFÍA

Fornes Vives Joana. Enfermería de salud Mental y Psiquiátrica. ed. 1°. Ed. Médica Panamericana. España, 2001. pp. 159

Gustillo B. Ramón. Manual de la clasificación de las fracturas. Ed. Mosby, España, 1991. pp. 173.

[http://www.puc.cl/sw\\_educ/acc/html/botonera.html](http://www.puc.cl/sw_educ/acc/html/botonera.html)

<http://www.terra.es/personal/duñas/pae.htm>

Magee J. David. Ortopedia ed 2ª. Ed Interamericana Mc Graw – Hill, México, 1994. pp. 652

Rosales Barrara Susana. Fundamentos de enfermería ed. 2ª. Ed. Manual Moderno, México, 1999. pp. 556.

Skinner B Harry. Diagnóstico y tratamiento en Ortopedia. Ed Manual Moderno, México D. F, 1998. pp. 780.

Smeltzer C Suzanne. Enfermería Medico – Quirúrgica. ed. 9ª Vol. 2. Ed. Mc Graw – Hill. pp. 2313.

Tortora Grabowski . Principios de Anatomía y Fisiológica ed 9º Ed. Oxford, México, 2002. pp. 1175

Wolf Lewis. Enfermería Moderna ed. 4ª. Ed Harla, México, 1992. pp. 1105.

Kozier Barbara. Enfermería Fundamental conceptos, procesos y práctica.ed. 4ª. Ed. Vol. I, II. Interamericana MC Graw-Hill, España, 1993. pp. 1597.

Alfaro-Lefevre Rosalinda. Aplicación del Proceso Enfermero. ed. 5ª. Ed. Masson, Barcelona, 2005. pp. 274.

Atkinson D. Leslie. Proceso Atención de Enfermería. Ed. El Manual Medoerno, México, 1983. pp. 141.



