

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA

“CUIDADOS A UNA MUJER CON ALTERACIÓN EN LA
MOVILIDAD POR PERDIDA DE LA CONTINUIDAD
DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO”

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A.
XOLALPA JIMÉNEZ BITIA ABIGAIL
Nº DE CUENTA: 401098369

DIRECTORA DEL TRABAJO
LIC. MARGARITA CARDENAS JIMÉNEZ

MÉXICO D.F. 2007



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

CONTENIDO	PAGINA
INTRODUCCIÓN.	3
I OBJETIVOS	4
II LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON	5
III PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA	17
IV DESCRIPCIÓN DEL PROLEMA DE SALUD	19
1- Definición de fémur	19
2 -Definición de fractura	23
3-Clasificación de fractura	24
V APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA	26
1- Valoración de enfermería con base a las 14 necesidades fundamentales	26
a) Exploración física	28
2- Diagnósticos de enfermería	33
3- Plantación de la intervención y ejecución	35
4- Evaluación del cuidado	47
5- Plan de alta	48
VI CONCLUSIONES	51
VII SUGERENCIAS	52
VII BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXO	55

INTRODUCCIÓN

El presente Proceso de Atención Enfermería está desarrollado con base en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Se le realizó a una mujer de la tercera edad que sufre una caída desde su propia altura teniendo como consecuencia una fractura de cuello de fémur; siendo esta fractura una de las más frecuentes en esta etapa de la vida, relacionada con algunos factores de riesgo como pueden ser: fragilidad de los huesos, osteoporosis, mala nutrición, tabaquismo, disminución de estrógenos, disminución de calcio, sedentarismo solo, por mencionar algunas causas.

La atención a su problema la ha recibido en el Instituto Nacional de Rehabilitación, primero en el área de urgencias y después de los estudios realizados, se le programó para una cirugía de una colocación de una prótesis de Thompson .

En este trabajo primero se aborda un marco teórico relacionado con conceptos de las necesidades fundamentales planteadas por Virginia Henderson, en un segundo apartado se profundiza en los aspectos teóricos relacionados con el proceso de Atención de Enfermería para concluir esta parte teórica en un rubro relacionado con las fracturas de cuello de fémur.

La segunda parte de este trabajo se relaciona con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería con todas las etapas trabajadas; para finalizar con las conclusiones y sugerencias del propio trabajo.

I OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar cuidados de enfermería fundamentados que permita brindar una atención integral para recuperar la movilidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer las necesidades específicas de la persona cuidada

Ofrecer cuidados en función de los problemas detectados

Contribuir a la rehabilitación, para una pronta reincorporación a su vida cotidiana.

II LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

Concepción de Enfermería.

La función propia de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, para que realice aquellas actividades que contribuyan a su salud o su recuperación (o a su muerte tranquila); tareas que el individuo realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios y todo ello de forma que el individuo se sienta capaz de llevarlas a cabo lo más pronto posible.¹

La enfermería se concibe como una ciencia y arte del cuidado. Es una profesión encaminada, al cuidado de la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida donde su campo de acción son todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atiende su salud.²

El Modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson nació en Kansas City en 1897, se gradúa en 1921 de enfermera en la escuela de enfermería en Washington y empieza a dar clases un año mas tarde en el Norfolk Protestant hospital de Virginia.

La principal preocupación de Henderson era que se observara la ausencia de determinación de la función propia de la enfermería .

1.- Koozier Barbara, Glenera, Erb. Enfermería Fundamental conceptos, proceso y práctica. México. Mc Graw Hill Interamericana, 1995 Pág. 3.

2.-Cárdenas Jiménez Margarita. Conceptualización de Enfermería. México ENEO. 1995 Pág. 1 –2.

Ella decide describirla en la publicación del libro *The Nature of Nursing* en 1956 como:

“Asistir al individuo sano o enfermo en la rehabilitación de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación, o a una muerte serena, actividades que realizará por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria “

Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de forma más rápida posible.

A partir de esta definición, se extrae una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson, que como marco conceptual son perfectamente aplicables en todas las etapas del proceso atención enfermería.

Henderson define los siguientes conceptos básicos que caracterizan a la enfermería.

1. Persona: caracterizada por catorce necesidades básicas.
2. Salud: Como la capacidad de independencia o dependencia y las causas de la dificultad o problema (fuerza, conocimiento y voluntad).
3. Rol profesional: referido a los cuidados básicos de enfermería y la relación con el estado de salud.
4. Entorno: Factores ambientales y factores socioculturales.³

La persona tiene catorce necesidades básicas (biológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales) que deben satisfacerse para lograr mantener su necesidad física y psicológica, proveer su desarrollo y crecimiento.

3.-[http\www teletine, terra. es\ enfermera teórica Hirginia Henderson](http://www.teletine.terra.es/enfermera_teorica/Hirginia_Henderson).

Las catorce necesidades básicas planteadas por Henderson son:

1. Necesidad de respirar.
2. Necesidad de comer y beber.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Necesidad de dormir y descansar.
6. Necesidad de vestir y desvestirse.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Necesidad de mantener la higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar peligros.
10. Necesidad de comunicación.
11. Necesidad de vivir de acuerdo a sus creencias y valores.
12. Necesidad de ocuparse de su propia realización.
13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.⁴

1. Necesidad de respirar.

Es un proceso de intercambio gaseoso entre el individuo y el entorno teniendo a su vez tres partes:

Valoración pulmonar, o entrada y salida de aire de la atmósfera, a los alvéolos pulmonares.

4.-Luis Rodrigo, María Teresa De la teoría a la práctica el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona. 2005. Pág.

Difusión de los gases (oxígeno y dióxido de carbono) entre los alvéolos y capilares pulmonares.

Transporte de oxígeno y dióxido de carbono por medio de la sangre desde las células capilares.⁵

Factores que influyen:

♣ Biofisiológicos: Edad, alineación corporal, talla, peso nutrición e hidratación, sueño, reposo, ejercicio, función cardíaca, función respiratoria y estado de la red vascular (arterial y venoso).

♣ Psicológicos: emociones como son, ira, miedo, tristeza, alegría, ansiedad, estrés, inquietud, irritabilidad, etc.

♣ Socioculturales: influencias familiares y sociales (hábitos de aprendizaje como el estilo de vida, hábitos de fumar, etc.) entorno físico próximo (trabajo, casa, habitación, hospital), entornos físicos de la comunidad (altitud, temperatura, clima, contaminación ambiental).

2. Necesidad de comer y beber.

Comer: es el conjunto de interacciones entre un organismo y los alimentos que consume.⁶

Factores que influyen.

♣ Biofisiológicos: Edad, talla, constitución corporal y patrón de ejercicio.

♣ Psicológicos: Emociones, ansiedad, estrés, estado de ánimo.

5.-Kozier,Barbara.Op cit, Pág 1168

6.- Ibíd. Pág.1055,1107

♣ Socioculturales: influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizaje) status socioeconómicos, entornos próximos (casa, comedor, cocina, olores), entornos físicos lejanos (clima, temperatura), región de trabajo (horario de tiempo disponible entre comida, comer solo o acompañado).

3. Necesidad de eliminación.

Eliminación fecal: es esencial para la salud la eliminación de los productos de desecho de la digestión del organismo. Estos productos de desecho excretados se conocen como heces.

Eliminación urinaria: es el proceso de vaciado de vejiga urinaria.⁷

Factores que influyen

♣ Biofisiológicos: Emociones, ansiedad, estrés, estado de ánimo.

♣ Socioculturales: Organización social (servicios públicos, cumplimiento de normas de salubridad), estilo de vida, influencias familiares y sociales (hábitos de aprendizaje, aspectos culturales).

4. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas.

La capacidad de moverse libremente, sin dificultades, de forma rítmica y voluntaria, es un proceso fundamental de la vida. La movilidad es vital para la autonomía e independencia de la persona⁸

7.- Ibíd. Pág.1238.1274

8.- Ibíd. Pág. 897

. Factores que influyen:

♣ Biofisiológicos: Constitución y capacidad física (nivel de energía individual, edad crecimiento y desarrollo físico).

♣ Psicológicos: Emociones personalidad de base y estado de ánimo.

♣ Socioculturales: Influencias familiares y socioculturales de hábitos de aprendizaje, raza valores y creencias, costumbres de rol social, organización social, tiempo dedicado a la actividad, hábitos de aseo, trabajo, entorno físico lejano, (clima, temperatura y altitud, entorno físico.).

5. Necesidad de dormir y descansar

El descanso y el sueño son esenciales para la salud. El descanso requiere de tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad

El sueño se a considerado un estado de conciencia en el cual la percepción y la relación del entorno está disminuida.⁹

Factores que influyen

♣ Biofisiológicos: Edad, ejercicios, alimentación e hidratación.

♣ Psicológicos: Estados emocionales, ansiedad estrés, estado de ánimo, hipnograma (características del sueño de la persona).

9.- Ibíd. Pág. 1005

♣ Socioculturales: Influencias familiares y sociales hábitos de aprendizaje, normas sociales, practicas culturales, siestas, trabajo, entorno próximo, o del hábitat (iluminación, ruido, colores, mobiliario), entorno lejano (clima, altitud, temperatura), creencias y valores, estilo de vida (horario de trabajo).

6. Necesidad de vestir y desvestirse.

Factores que influyen

♣ Biofisiológicos: Edad, desarrollo psicomotor, talla, tipo de actividad, ejercicio, movimiento, temperatura corporal.

♣ Psicológicos: Emociones (alegría, tristeza), personalidad de base, estado de animo y auto imagen.

♣ Socioculturales: Pudor, creencias, (uso de dolor negro para expresar luto), religión significado personal de la ropa, entorno próximo, (temperatura del hábitat), entorno lejano (clima temperatura, medio rural o urbano), modas.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

La temperatura corporal es el equilibrio entre la producción de calor por el cuerpo y su pérdida.¹⁰

10.- Ibíd. Pág. 349

Factores que influyen

- ♣ Biofisiológicos: Edad, sexo, ejercicio, tipo de alimentación, ritmo cardiaco.
- ♣ Psicológicos: Ansiedad y emociones.
- ♣ Socioculturales: Estado físico próximo (casa, lugar de trabajo, habitación), entorno físico lejano (clima, temperatura), raza o procedencia, étnica o geográfica, status económico.

8. Necesidad de mantener la higiene y protección de la piel

La higiene personal es el cuidado que la gente toma sobre sí misma, en consideración de su salud.¹¹

Factores que influyen

- ♣ Biofisiológicos: Edad.
- ♣ Psicológicos: Emociones, estado de animo, auto imagen.
- ♣ Socioculturales: cultura, educación, corrientes sociales organización social (casa), influencias familiares (hábitos y aprendizaje)

9. Necesidad de evitar peligros

La capacidad de las personas para protegerse a si mismas de la lesión está afectada por una serie de factores.¹²

11.- Ibíd. Pág. 538

12.- Ibíd. Pág. 519

Factores que influyen

- ♣ Biofisiológicos: Edad, etapa de desarrollo, mecanismo de defensa fisiológicos termorregulación, sistema inmunológico, estabilidad psicomotora.
- ♣ Psicológicos: Mecanismos de defensa, método de afrontamiento, competencias personales, estrés, estabilidad psíquica, personalidad de base, emociones y diferentes estados de ánimo.
- ♣ Socioculturales: Sistema de apoyo familiar y social, cultural, religión, educación, status socioeconómico, rol social y estilo de vida, organización social, entorno lejano (iluminación, mobiliario y ruidos), lugar de trabajo.

10. Necesidad de comunicación

La comunicación generalmente se lleva a cabo de dos formas diferentes: verbales; utilizando la palabra hablada o escrita, y no verbales; utilizando formas, tales como gestos o expresiones faciales.¹³

Factores que influyen

- ♣ Biofisiológicos: Integridad de los órganos de los sentidos, edad, etapa en desarrollo.
- ♣ Psicológicos: Inteligencia, percepción, memoria, conciencia (atención, orientación, carácter, estado de ánimo, humor de base, auto concepto y pensamiento).

13.- Ibíd. Pág. 271

♣ Socioculturales: Entornos físicos próximos (personas, lugares), entornos físicos lejanos (vías de acceso, viviendas), status social, rol, nivel educativo, influencias familiares y socioculturales (hábitos de aprendizaje, valores, creencias de la familia o grupo social), profesión.

11. Necesidad de vivir sus creencias y valores.

Las creencias espirituales y religiosas son importantes para la vida de muchas personas teniendo estas una relación con un poder superior, fuerza creativa, ser divino o fuente infinita de energía.¹⁴

Factores que influyen

- ♣ Biofisiológicos: Edad, etapa de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular.
- ♣ Psicológicos: Emociones, actitudes, estado de ánimo, personalidad de base, pensamiento, inteligencia,
- ♣ Socioculturales: Cultura, región, creencias (sentido de la vida y de la muerte, deseos de comunicarse con un ser supremo, deseos de vivir una filosofía o ideales personales, noción de transferencia), influencias familiares y sociales de los hábitos (aprendizajes, patrones de la comunidad)

14.- *Ibíd.* Pág. 830

12. Necesidad de ocuparse de su propia realización.

Es aquella que necesita un cambio de conducta o un vacío entre la información que conoce un individuo y la información necesaria para la realización de una función o un cuidado para sí mismo.¹⁵

Factores que influyen

- ♣ Psicológicos: Emociones, inteligencia, estado de ánimo.
- ♣ Socioculturales: Educación, cultura, rol, status, posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio.

13. Necesidad de participar en actividades recreativas

Conjunto de operaciones o tareas propias de una persona basadas en realizar cosas alegres, divertidas o fuera de la rutina.¹⁶

Factores que influyen

- ♣ Biofisiológicos: Edad en desarrollo, constitución, capacidad física.
- ♣ Psicológicos: Madurez personal, sensopercepción, inteligencia, pensamiento, emociones, motivación, personalidad de base, estado de ánimo y auto concepto.
- ♣ Socioculturales: Cultura, rol social (trabajo u oficio), influencias familiares y sociales (hábitos de aprendizaje estructuras de recursos y servicios), estilo de vida.

15.- Ibíd. Pág. 747,944

16.- Ibíd. Pág. 943

14. Necesidad de aprender.

Es un cambio en la disposición humana o en la capacidad que persiste durante un periodo de tiempo y que no puede ser lo único que responda del desarrollo. Un aspecto importante del aprendizaje es el deseo individual de aprender y trabajar.¹⁷

Factores que influyen

♣ Biofisiológicos: Edad, etapa de desarrollo, capacidad física.

17.-. Ibíd. Pág 303

III PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA

Introducción

Un proceso es una serie de actuaciones planificadas u operacionales dirigidas hacia un resultado en particular.

Concepto: Es un método sistematizado y racional de planificar y dar cuidados de enfermería, su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales de la persona, establecer planes para resolver las necesidades identificadas, y actuar de forma específica para resolverlas. El proceso es cíclico, esto es sus componentes siguen una secuencia lógica, aunque suelen solaparse unos con otros.

Consiste en los siguientes pasos:

Valoración

Diagnostico

Planeación

Ejecución

Evaluación.¹⁸

18.- Ibíd. Pág 181-183

*** VALORACIÓN.**

Consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud de la persona. La información de los aspectos físicos, emocionales, del desarrollo, sociales, intelectuales y espirituales, se obtienen de varias fuentes, y es la base de la actuación y la forma de decisiones en fases siguientes. Para realizar esta primer paso del proceso, son esenciales las técnicas de observación, comunicación y entrevista.

*** DIAGNÓSTICO**

Es un proceso que tiene como resultado un informe diagnóstico o diagnóstico de enfermería, el cual constituye una relación de las alteraciones, actuales o potenciales, del nivel de salud del paciente. El análisis lleva implícita una afirmación sobre las respuestas del paciente que las enfermeras estén autorizadas a tratar.

*** PLANEACION**

Implica una serie de fases, en las cuales la enfermera establece las prioridades, anota los objetivos o las respuestas esperadas, y escribe las actividades de enfermería seleccionadas para solucionar los problemas identificados, y para coordinar el cuidado prestado por todos los miembros del equipo de salud. En colaboración con el paciente, desarrolla acciones específicas para cada diagnóstico de enfermería.

*** EJECUCIÓN**

Consiste en llevar a cabo el plan de cuidados. Durante esta fase, la enfermera continúa recogiendo datos y validando el plan realizado. La recogida continua de información es esencial, no sólo para descubrir los cambios en el estado del paciente, también para obtener aquellos datos que permitan la evaluación de los objetivos en la siguiente fase.

Para validar el plan, la enfermera determina: (a) si el plan de los cuidados es realista y ayuda al cliente a lograr las respuestas o metas deseadas, (b) si han considerado las prioridades del cliente, (c) si el plan está individualizado para cubrir las necesidades particulares de éste

*** EVALUACIÓN**

Se valora la respuesta del paciente a las actuaciones de la enfermera y después se compara esta respuesta a los estándares fijados con anterioridad. Con frecuencia, estos estándares se refieren a criterios de respuesta o criterios de evaluación. La enfermera determina en que medida los objetivos o las respuestas esperadas han sido alcanzadas, o no conseguidas y en este caso es imprescindible reajustar el plan de cuidados. Este reajuste debe implicar cambios en alguna o todas las fases del PAE.¹⁹

19.- Ibíd. Pág 185

IV DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD

1- Definición de fémur

El fémur es el hueso mayor y más robusto de nuestro cuerpo, localizándose el interior del muslo, del que constituye su armazón esquelética. El fémur está formado por una porción tubular central (diáfisis) y dos extremos. El superior o proximal, esférico, llamado cabeza del fémur, articula con una cavidad esférica de la pelvis (acetábulo o cotilo) formando la cadera. Próximos se hallan dos prominencias óseas, trocánter mayor y menor. El extremo inferior o distal es ensanchado y forma dos eminencias, los cóndilos femorales, que articulan con la tibia formando la rodilla.²⁰

- a) La diáfisis (o cuerpo) de forma prismática triangular y en cuyo interior se excava el condilo medular lleno de medula ósea; constituye el tronco que une las dos epífisis superior e inferior. A lo largo del contorno posterior de la diáfisis femoral transcurre en sentido vertical, la llamada línea áspera en la que se insertan varios músculos del muslo.

20.- master medical. com. art. D: / femur htm

- b)** La epífisis (cabeza o extremidad superior) o proximal; en esta zona se distingue también la cabeza femoral de forma redonda, que representa las dos terceras partes de una esfera completa y dirigida hacia arriba , dentro y adelante, encajándose en la cavidad cotilo idea situada en la cara externa del hueso iliaco correspondiente, con el que se forma la articulación coxofemoral o de la cadera. Mediante la cual se articula cada una de las extremidades inferiores con el tronco el cuello anatómico o mejor conocido como el cuello del fémur, es la zona más adelgazada que separa y sostiene el mismo y la une a la cabeza de los trocánteres; el mayor o externo y el menor o el interno, constituidos por dos tuberosidades en los que se insertan numerosos músculos de la región glútea y del muslo.
- c)** La epífisis (cabeza o extremidad inferior o distal) que se compone de la tróclea y los dos cóndilos (externo e interno) que forman parte de la articulación de la rodilla, ya que en la tróclea se encaja la creta obtusa de la cara posterior de la rotula y los dos cóndilos se introducen en las dos cavidades glenoideas de la tibia.²¹

FÉMUR



2- Definición de fractura

La fractura es la rotura en un hueso o en un cartílago osificado.

Las fracturas simples o cerradas no son visibles en el exterior. Las fracturas complicadas o abiertas implican la solución de continuidad de la piel por lo que es frecuente la exposición del hueso.

La fractura es simple o conminuta según el número de roturas presentes en el mismo hueso. Las fracturas son completas si la rotura abarca todo el hueso, o incompletas ('tallo verde') si la fractura no interrumpe del todo su continuidad, con desviación o aplastamiento del hueso. La mayor parte de las fracturas están causadas por un traumatismo.²²

Los síntomas comunes de una fractura son dolor local intenso, hipersensibilidad e inflamación, con algún grado de deformidad. El único medio que permite detectar y definir con precisión el tipo de fractura son los rayos X.

Cuando se quiebra el hueso se produce inmediatamente cierto grado de lesión de las partes blandas, con hemorragia secundaria en ella y en el tejido óseo. Después del dolor inicial, el miembro queda en estado de shock local por el espacio de diez a treinta minutos.

Durante los cuales los músculos están relajados y los miembros casi anestesiados, pero muy pronto se produce una exudación inflamatoria en las partes blandas del sitio de la fractura y sobreviene un espasmo muscular seguido de edema inflamatorio y de acumulación de coágulos sanguíneos.

Debido a la necrosis hística y al exudado inflamatorio se produce una reducción local de PH asociado a este aumento de acidosis local, y tiene un proceso de descalcificación de los extremos de los fragmentos óseos.

Al mismo tiempo comienza un proceso de reparación por proliferación de fibroblastos siendo las mallas de fibrina. Se produce simultáneamente un desarrollo de capilares y formaciones de osteoides y fosfatasa por los osteoblastos, con el aumento de la circulación la resorción de los residuos hísticos y la organización del coágulo, el PH pasa a ser alcalino creando un medio en la fosfatasa, aumenta la concentración local del Ion fosfórico.

En estas condiciones disminuye la solubilidad de los fosfatos de calcio, que se precipita en osteoides. Así forma el primer callo óseo.

22.- Encarta.2006

3- Clasificación de fractura.

El cuello femoral se fractura a diversos niveles y es variable el grado de desplazamiento en el lugar de la fractura. Estos dos factores afectan el pronóstico de la fractura

♥ Fracturas subcapilares y transcervicales:

En el interior de la cápsula de la articulación de la cadera (intra capsulares).

ξ Fracturas basales:

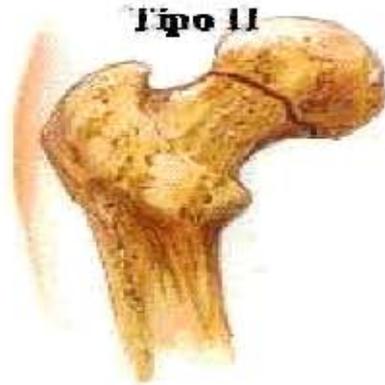
En la base del cuello (extracapsulares).

*** Fracturas intertrocantericas y subtrocantericas:**

Estas son en realidad fracturas de la diáfisis , pero se exponen aquí a causa de que el tratamiento es similar.

CLASIFICACION DEL DESPLAZAMIENTO DE LA FRACTURA.

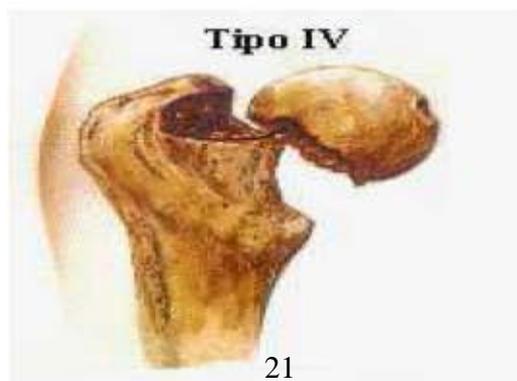
GRADO 1: Esta fracturada una cortical (a menudo en clavada)



GRADO 2: Están fracturadas ambas corticales (desplazamiento mínimo).



GRADO 3: Están fracturadas ambas corticales (desplazamiento acentuado)



V APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

1- Valoración de enfermería con base en las 14 necesidades fundamentales

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: A.C.G.M. Edad : 60 años sexo: femenino Servicio: Ortopedia
Ocupación: comerciante Estado civil: Casada Religión: Católica
Domicilio: Ira cerrada de jacarandas #12 San José Tláhuac.
Escolaridad: secundaria N° de cama : 621
Fecha de ingreso 17-09-2004 Nacionalidad: Mexicana

Femenino de apariencia igual a la cronológica y con sueño fisiológico, despierta al estímulo verbal con respuesta verbal coherente y congruente, interesada y amable, mantiene contacto visual y pronunciación clara.

La señora A vive con su esposo de 65 años, el cual ejerce el oficio de chofer con un sueldo de \$850.00 semanales aprox., su hijo A soltero de 25 años, profesor de primaria con un sueldo de \$2500.00 quincenales.

Debido a la ocupación de cada una de los integrantes de esta familia solo se ven los fines de semana (domingos) y por tal motivo la convivencia es mínima.

Su vivienda es propia, y está construida; las paredes de tabiques, el techo de loza, cuenta con un pequeño patio, dos recámaras, sala, cocina y un baño contando con ventilación suficiente ya que las recámaras (2) cuentan con una ventana grande, cuenta con los siguientes servicios sanitarios: Agua potable, pasa el carro recolector de basura dos veces por semana, y cuenta con drenaje, luz eléctrica, pavimentación de las calles cercanas, línea telefónica transporte publico a dos cuadras y centro de salud.

Cuenta con su esquema de vacunación completo durante la infancia en la actualidad cuenta con toxoide titánico aplicado en enero del 2004.

Es alérgica a los aromas muy fuertes.

Algunos datos de importancia que refiere la señora A es que su padre diabético finado hace dos años (89 años) y un hermano con obesidad y diabético sin control.

Inicia su padecimiento actual el día 17 de Septiembre de 2006 refiere haber resbalado en su negocio ya que llovía y el piso estaba muy mojado al ir caminando simplemente cayó sobre

su costado derecho dejando caer todo su peso sobre su pierna, refiere un dolor intenso y no poderse levantar ni mover su pierna. Por tal motivo es ingresada a esta unidad por urgencias y después de tomar una radiografía de miembro pélvico derecho le diagnostican fractura de cuello de fémur, siendo internada de inmediato.

Refiere mucho miedo pues cree que con este accidente no podrá volver a caminar y no podrá volver a sus actividades cotidianas.

a) Exploración física

SOMATOMETRIA Paciente femenina de 60 años de edad. Peso de 58 Kg.

Estatura de 1.60 mts.

SIGNOS VITALES: Presión arterial 90/ 50, Temperatura:36.5 ° C, Pulso: 76 X'

Respiración: 19 X'.

GRUPO SANGUÍNEO: a +

Exámenes de laboratorio

	Cifras Normales	cifras del paciente	Observaciones
Glucosa	60-100 Mg.	98 Mg.	Normal
Urea	17-35 Mg.	35mg	Normal
Creatinina	0.75-12 Mg.	1.0 Mg.	Normal
Hemoglobina	15-20 Mg.	10.5 Mg.	Bajo
Hematocrito	40-60 ml	30ml	Bajo
Leucocitos	5000-10000	4600	normal

Examen de gabinete

Tipo: rayos X (radiografía) del miembro inferior derecho.

OBSERVACIONES: Presenta fractura de cuello de fémur.

1. Respirar normalmente

Cuenta con narinas simétricas, hidratadas, permeables, mucosa nasal de color rosa, no hay prurito, sin datos de inflamación u obstrucción, intercambio aéreo por fosas nasales libre sin ruidos.

El tórax y los pulmones no muestran adenomegalias supraclaviculares, ni axilares, movimientos de apleción y amplexación normales, frecuencia respiratoria rítmica, sin presencia de estertores ni secreciones.

2. Comer y beber adecuadamente

Sus labios son rosados, hidratados, sus encías sin datos de gingivitis, lengua de color rojo claro, con papilas definidas, sus piezas dentales están completas, con buena masticación.

Manifestaciones de independencia: toma alrededor de 5 vasos de agua al día

Manifestaciones de dependencia : su dieta habitual es:

Desayuno: toma un jarro de atole con tamal o pan dulce y una gelatina.

Comida: sopa de pasta y algún guisado

Cena: 1 taza de leche o café negro con un pan de dulce.

Datos que deban considerarse: la señora compra sus alimentos cerca de donde trabaja, desconoce que su dieta es rica en carbohidratos faltando aumentar vitaminas, minerales etc.

3. Eliminar por todas las vías corporales

Abdomen con piel hidratada, de color rosada, blando a la palpación, con cicatriz umbilical, normoperistalsis, con estrías.

Manifestaciones de independencia: micción con frecuencia, orina de color claro

Manifestaciones de dependencia: evacuaciones escasas siendo estas de 2 a 3 por semana, con un poco de dificultad, (colocación del cómodo).

Datos que deban considerarse: debe permanecer en reposo.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

Miembro pélvico derecho con ligero edema de tobillo y molestia a la movilización, herida quirúrgica lateral a nivel de la cresta iliaca y parte media del fémur (por incrustación de prótesis de Thompson) en fase de cicatrización, miembro pélvico Izquierdo normal en cuanto movimiento.

Manifestaciones de dependencia : por el momento permanece en reposo absoluto con limitantes a la movilización.

Datos que deban considerarse: no debe mover su pierna hasta nueva indicación medica, revisando llenado capilar, rubor, coloración y temperatura del miembro afectado.

5. Dormir y descansar

Manifestaciones de independencia: duerme de 7 a 8 horas sintiéndose descansada por la mañana del día siguiente

Manifestaciones de dependencia: En algunas ocasiones la despierta el dolor, desapareciendo este en cuanto se le administra su analgésico.

6. Escoger la ropa adecuada, vestir y desvestirse

Manifestaciones de independencia: no se observan ya que por el momento usa bata hospitalaria

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente

Datos que deban considerarse: Estar pendiente de que su temperatura permanezca dentro de los límites normales ya que la elevación de esta podría indicarnos datos de infección.

8. Manteniendo la higiene corporal y la integridad de la piel

Piel con palidez (facial).

Anexos de la piel, pelo escaso distribuido sobre su cuero cabelludo, color canoso, largo, lacio, delgado, uñas cortas y limpias.

Manifestaciones de dependencia : aspecto limpio baño de esponja todos los días.

Datos que deban considerarse: no se puede movilizar

9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas

Manifestaciones de independencia: se vacuna contra el tétanos acude al médico cuando se siente mal sin recetarse nunca ningún tipo de medicamento.

Manifestaciones de dependencia : la señora A ha requerido la ayuda total tanto de las enfermeras como camilleros y su esposo ya que por el momento no puede estar en movimiento de su miembro inferior derecho.

Datos que deban considerarse: esto es temporal ya que hay que esperar resultados posteriores a la cirugía.

10. Comunicarse con los demás, expresando sus emociones, necesidades y temores u opiniones

Manifestaciones de independencia: permanece en constante comunicación con su esposo que siempre está pendiente de ella y en algunas ocasiones con otras pacientes y personal del hospital

Datos que deban considerarse: su hijo la visita lo más que su trabajo se lo permite siendo la visita de uno o dos días a la semana (información brindada por el mismo familiar).

11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores

Manifestaciones de independencia: menciona “sentirse en completa tranquilidad con su vida que ha llevado hasta ahora pues gracias a Dios ha tenido una familia y tranquilidad con esta”.

Datos que deban considerarse: Es católica asistiendo a misa todos los domingos acompañada por su esposo.

12. Ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal

Manifestaciones de independencia: se siente útil ayudando un poco con los gastos del hogar sin tener que ser dependiente de sus familiares.

Datos que deban considerarse: La venta de sus plantas le ayuda a distraerse y no estar sola en casa todo el día.

13. *Participar en actividades recreativas*

Datos que deban considerarse: asiste a misa todos los domingos.

14. *Aprender*

Descubrir o satisfacer la curiosidad que la conduce a un desarrollo normal y utilizar los recursos disponibles

Manifestaciones de independencia: pregunta sobre su cirugía, el tiempo que permanecerá con la pierna inmovilizada, y sobre su terapia física que llevará a cabo.

Manifestaciones de dependencia: que tanto requerirá de ayuda para poder realizar ella misma sus propias actividades.

2- Diagnósticos de enfermería.

EVITAR PELIGROS

1.-Diagnóstico de enfermería

Posible alteración de constituyentes sanguíneos relacionado con anemia y pérdida sanguínea manifestada por disminución de la hemoglobina así como palidez de tegumentos.

2.-Diagnóstico de enfermería

Dolor relacionado con incisión quirúrgica manifestado por gestos forzados, palidez de tegumentos e inquietud general

MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

3.-Diagnóstico de enfermería

Riesgo de mala consolidación de prótesis de hueso y mala alineación del miembro

ELIMINACIÓN

4.-Diagnóstico de enfermería.

Riesgo de estreñimiento relacionada con disminución de la actividad física así como falta de fibra en su dieta manifestado por ausencia de defecación

MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES

5.- Diagnósticos de enfermería

Riesgo de alteración de la temperatura corporal relacionado con posible infección en herida quirúrgica.

MANTENER LA HIGIENE PERSONAL Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

6.-Diagnóstico de enfermería

Riesgo de infección relacionado con herida quirúrgica a nivel coxofemoral.

OCUPARSE DE SU PROPIA REALIZACION

7.-Diagnóstico de enfermería

Intolerancia a la actividad relacionado con el reposo en cama manifestada por debilidad general

APRENDIZAJE

8.-Diagnóstico de enfermería

Manejo adecuado del régimen terapéutico relacionado con conocimiento sobre el mismo, manifestado por seguimiento del tratamiento prescrito (rehabilitación).

3- Planeación de intervención y ejecución

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

EVITAR PELIGROS

1.-Diagnóstico de enfermería

Posible alteración de constituyentes sanguíneos relacionado con anemia y pérdida sanguínea manifestada por disminución de la hemoglobina así como palidez de tegumentos.

Objetivo: mejorar la coloración de tegumentos, así como niveles de hemoglobina e implementar una dieta rica en hierro.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA
Vigilar cifras de hemoglobina por medio de resultados de laboratorio (se observa una hemoglobina de 10g / 100 ml)	Las cifras normales de hemoglobina son: Hombres 14-16 g/ 100 ml Mujeres 12-16 g /100 ml La hemoglobina es el principal constituyente en los glóbulos rojos, hasta un 95 % de su masa celular y permite que realicen su función principal, que es la de transportar oxígeno entre los pulmones y los tejidos. Es necesario vigilar los niveles de hemoglobina para detectar si se presenta anemia.
Transfundir paquete globular y soluciones por indicación medica	El desequilibrio en las cantidades y composiciones tisulares causadas por traumatismos o intervenciones quirúrgicas es importantes corregirlas para devolver líquidos y elementos figurados con

<p>Registro de signos vitales cada dos horas.</p>	<p>previa valoración de compatibilidad y factor RH.</p> <p>Los signos vitales son manifestaciones que se pueden medir o percibir en un organismo vivo en forma constante, permite detectar complicaciones como hipertensión o hipotensión arterial, taquicardia , fiebre, etc.</p>
<p>Registrar cifras tensionales (90/50)</p>	<p>La hipotensión es el llenado del ventrículo izquierdo bajo y el gasto cardiaco normal es importante regularizar la presión arterial, pues esto es causa de shock hipovolémico y constituye un signo de insuficiencia cardiaca.</p>
<p>Explicar a la señora A que función tiene en nuestro cuerpo el hierro .</p>	<p>El hierro es un componente esencial de la molécula de hemoglobina, dentro de la cual transporta el oxígeno a los tejidos. La falta de éste puede producir anemia.</p>
<p>Explicar cuales son los alimentos ricos en hierro.</p>	<p>Pechuga de pollo, hígado de ternera, atún de lata ,espinacas, puré de ciruelas, pasas, pan de trigo, cereales (copo de salvado, avena)cacahuates, huevo, jarabe de maíz</p>

Evolución

La transfusión sanguínea y administración de soluciones ayudan a recuperar el volumen sanguíneo y se estabiliza la tensión arterial.

En el segundo examen de laboratorio se observa el aumento en la cantidad de hemoglobina, aceptando favorablemente los alimentos.

2.-Diagnóstico de enfermería

Dolor relacionado con incisión quirúrgica manifestado por gestos forzados, palidez de tegumentos e inquietud general.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Valorar y anotar la descripción, localización, duración y características del dolor de la paciente.	El dolor es una experiencia personal y la enfermera debe confirmar en la descripción que hace la paciente para poderla tratar eficazmente
Mantener un contacto frecuente con la paciente y escuchar atentamente sus quejas.	Las normas culturales pueden empujar a algunos clientes a adoptar una conducta extraña.
Reducir o eliminar los factores que producen dolor, como el miedo, la ansiedad, la falta de conocimiento, ropa húmeda o posturas inadecuadas.	Eliminar los factores causantes que reducen la incidencia del dolor, utilizando técnicas de distracción, como por ejemplo ejercicios de reparación lenta.
Prevenir el dolor y en cuanto sea posible aliviarlo.	La interpretación y la valoración del dolor depende de los factores fisiológicos ya que cada individuo reacciona diferente Hay una alteración sensitiva de conducción. Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas libres, distribuidas superficiales de la piel y los tejidos internos, los músculos y los tejidos poseen una sensibilidad para el dolor , se percibe de manera consiente y se cree que la corteza

<p>Administrar los analgésicos prescritos</p>	<p>cerebral es la que localiza el dolor.</p> <p>Los analgésicos alteran la percepción y la interpretación del dolor deprimiendo el sistema nervioso central al nivel del tálamo.</p>
<p>Administrar una ampolla de dorixina (100mg) por vía intravenosa cada seis u ocho horas según intensidad del dolor</p>	<p>El dorixina es un analgésico no narcótico que bloquea el efecto sobre estímulos dolorosos por parte del cerebro en las terminaciones periféricas.</p>

EVOLUCION

Con cada administración de analgésico disminuye notablemente el dolor y el intervalo entre la aplicación de un analgésico y otro es menos frecuente.

MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

3.-Diagnóstico de enfermería

Riesgo de mala consolidación de prótesis de hueso y mala alineación del miembro

Objetivo: Limitar la movilidad física del miembro con intervención quirúrgica los primeros tres días.

Recuperar al máximo la capacidad funcional el tiempo más breve posible .

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Dar cambios de posición solo con almohadas evitando movilidad de la pierna operada.	Durante la cirugía se usó cemento para adherir la prótesis de Thompson al hueso y tarda en cerca de dos a tres días por lo que es necesario tener alineada la pierna, y una almohada entre las piernas y por ningún motivo cruzar ambas piernas pues esto causaría luxación de prótesis y la pierna quedaría mal alineada.
Dar apoyo a la pierna operada solo con almohadas para evitar úlceras por presión.	La presión de esta zona impide la fluidez de la sangre, produce congestión de la misma lo que disminuye la actividad de las células ya que no les llega ni oxígeno ni nutrientes y los tejidos mueren originando úlceras o escaras.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p data-bbox="220 394 675 427">Dar masajes en miembros inferiores</p> <p data-bbox="220 555 786 640">Después del reposo iniciar el movimiento de miembros inferiores con ejercicios pasivos.</p>	<p data-bbox="810 394 1375 533">El masaje favorece el riesgo sanguíneo en la zona y alivia la tensión promoviendo la relajación.</p> <p data-bbox="810 555 1375 745">Estos ejercicios se realizan de manera suave con el fin de aplicar el arco de movimiento y mejorar la fuerza muscular en la cadera y la pierna operada.</p>

Evaluación: La movilización del miembro afectado ayudó en la fijación de la prótesis y la paciente logra ahora una mejoría de su movilidad, aumenta su independencia en los cambios de posición y participa en el programa de ejercicios.

ELIMINACIÓN

4.-Diagnóstico de enfermería.

Riesgo de estreñimiento relacionado con disminución de la actividad física así como falta de fibra en su dieta manifestado por ausencia de defecación

Objetivo: Facilitar la función de eliminación.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
Observar el número de evacuaciones, en cantidad así como en frecuencia	Se denomina estreñimiento cuando el número de evacuaciones es menor a tres veces por semana Para que el organismo funciones eficazmente es necesario eliminar residuos alimenticios y gases que se encuentran en el conducto gastrointestinal las heces fecales contienen bacterias muertas, células epiteliales descamadas, residuos alimenticios, pigmento biliar y moco.
Fomentar la ingesta de líquidos templados por la mañana como té.	El aumento de la ingesta de líquidos reduce la incidencia de estreñimiento y los líquidos calientes estimulan el peristaltismo.
Estimular la ingesta de alimentos rica en fibra, frutas y verduras en la dieta diaria.	Los alimentos ricos en fibra estimulan las contracciones colónicas favoreciendo la eliminación fecal.
Explicar a la paciente que debe hacer de tres a cuatro comidas (balanceadas) al día	Comer a intervalos regulares favorece la regularidad en la defecación

MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES

5.- Diagnósticos de enfermería

Riesgo de alteración de la temperatura corporal relacionado con posible infección en herida quirúrgica.

Objetivo: valorar la temperatura como un signo vital

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
Tomar la temperatura cada dos horas	La temperatura corporal es el grado de calor del cuerpo, es el equilibrio entre el calor producido como resultado de la oxidación de los alimentos y el calor perdido por: transpiración, respiración y expiración. El centro de la regulación de la temperatura (termo regulador), se encuentra en el hipotálamo; su función puede alterarse por la acción de sustancias pirógenas (generadores de fiebre)

MANTENER LA HIGIENE PERSONAL Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

6.-Diagnóstico de enfermería

Riesgo de infección relacionado con herida quirúrgica a nivel coxofemoral.

Objetivo: evitar infección en herida quirúrgica así como favorecer el proceso de Cicatrización.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
Asesorar a la paciente sobre el cuidado de la herida	El conocimiento que tiene la paciente de los cuidados de su herida capacita a la enfermera para realizar las prácticas apropiadas impidiendo las posibles prácticas dañinas.
Instruir a la paciente para que mantenga el apósito limpio y seco.	La humedad o suciedad o ambos, de los apósitos, aumenta la posibilidad de infección.
Instruir a la paciente en el cambio de apósito y la valoración diaria de la herida buscando signo de infección (rubor, dolor calor)	El conocimiento precoz de la infección puede capacitar a la paciente para obtener un tratamiento rápido.
Instruir a la paciente sobre alimentos de alto contenido proteico o de vitamina C, o ambos y estimularle una ingesta adecuada.	Las proteínas y la vitamina C son esenciales para la cicatrización de los tejidos.
Realizar curación de herida quirúrgica para eliminar las células muertas, sudor y excreción y mantenerla cubierta.	La limpieza de la piel y de las cavidades del cuerpo son fundamentales para la eliminación de sustancias de desechos, sudor, exceso de grasa descamación celular

Realizar baños de esponja	y microorganismos. Las medidas higiénicas contribuyen a sentirse cómodo. Esto reduce el riesgo de infección.
Explicar a la paciente que debe evitar tocarse la herida quirúrgica.	Una herida es puerta de entrada a microorganismos al organismo del paciente.
Observar el punto de inserción para evitar posibles signos de inflamación	La inflamación de la piel puede ser signo de infección ósea.

Evaluación: las técnicas asépticas en las curaciones, los baños de esponja y el cuidado de la incisión disminuyen la aparición de infección y permite que el proceso de cicatrización siga su curso.

OCUPARSE DE SU PROPIA REALIZACION

7.-Diagnóstico de enfermería

Intolerancia a la actividad relacionado con el reposo en cama manifestada por debilidad general.

Objetivo: Evitar complicaciones para que su rehabilitación y tratamiento transcurran sin problema y pueda integrarse a sus actividades cotidianas.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
Recordar a la paciente sobre sus actividades y su importancia para un equilibrio	Para mantener el equilibrio hemostático es necesario que el individuo tenga actividades recreativas que le ayudaran a mantener una mente sana
Explicarle que poco a poco se va poder integrar a su trabajo si continua con sus ejercicios de rehabilitación de una manera constante y sin esfuerzos.	La capacidad para aceptarse a sí mismo con las limitaciones y capacidades esto constituye a la realización satisfactoria de su vida.

APRENDIZAJE

8.-Diagnóstico de enfermería

Manejo adecuado del régimen terapéutico relacionado con conocimiento sobre el mismo, manifestado por seguimiento del tratamiento prescrito (rehabilitación).

Objetivo: Que la paciente comprenda la enfermedad y lleve a cabo el tratamiento y orientarla sobre su programa de rehabilitación.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
Indicar que debe realizar diariamente sus ejercicios de rehabilitación para su propia recuperación	Los ejercicios realizados al pie de la letra, son fundamentales para conservar los movimientos funcionales de la articulación de la cadera y favorecer los músculos que participan en la abducción de la misma.
Explicar que la rehabilitación es cuestión de tiempo y constancia	Para volver a fortalecer y readiestrar los músculos se logran después de cierto tiempo siempre y cuando sea constante la rehabilitación.
La paciente debe colocarse una almohada entre las rodilla cuando este acostado o en decubito lateral.	Con esto se previene una posible luxación de cadera (en ningún momento cruzar las piernas).

4- Evaluación del cuidado

Al ingreso la paciente se encuentra en un estado delicado por la pérdida de sangre ocasionada por la ruptura de vasos sanguíneos del fémur.

El tratamiento y los cuidados de la fractura compensando las pérdidas de volumen sanguíneo evitan que se presenten shock hipovolemico y otras complicaciones, se canaliza a la paciente a quirófano donde se coloca una prótesis de Thompson para restaurar la fractura y permitir la de ambulación.

Durante el tratamiento se mantuvo una comunicación enfermera paciente obteniendo la confianza y colaboración de la paciente así mismo se han resuelto sus dudas en cuanto a su padecimiento y evolución.

La herida quirúrgica cicatriza satisfactoriamente y la consolidación de la prótesis con el hueso quedando la pierna bien alineada.

Esto nos da paso a iniciar la terapia de rehabilitación por medio de ejercicios.

5- Plan de alta

Se da de alta con indicaciones en cuanto a dieta, medicamento, terapia de rehabilitación y cita con el ortopedista.

DIETA

Se brinda algunos ejemplos de dietas hiperproteicas, con distintos alimentos para adaptar a sus necesidades y preferencias.

DIETA DE 2500kcal

Desayuno	Comida	Cena
Un vaso de leche o atole Un vaso de jugo natural Un huevo tibio Fruta picada Gelatina Pan	Un plato de sopa de pasta Verduras al gusto Pescado frito Frijoles Agua de fruta Pan o tortilla	Fruta cocida Yogurt Un vaso de leche Una pieza de pan Flan Pollo frito

Lista de alimentos que podrá elegir para variar su menú.

Jugos	Carnes	Frutas	Verduras	Cereales	Lácteos
Naranja	Pollo	Manzana	Calabaza	Avena	Queso
Zanahoria	Pescado	Pera	Ejotes	Arroz	Yogurt
Betabel	Hígado	Uvas	Chicharos	Tortilla	Crema
Jitomate	de res	Papaya	Zanahorias	Maíz	Leche

Manzana	Soya	Fresas	Papas	Solla	
Melón		Sandía	Nopales	Lentejas	
			Chayotes		

REHABILITACIÓN

Medidas para prevenir complicaciones

- a)** Llevar el régimen terapéutico y el logro de la rehabilitación plena. El paciente debe responsabilizarse de su participación primordial en su rehabilitación
- b)** Ingerir dieta con ingreso adecuado de vitaminas y proteínas.
- c)** Usar medias elásticas que lleguen hasta la ingle (esto favorece el retorno venoso)
- d)** Evitar el encurvamiento mayor de noventa grados.
- e)** Uso de andadera en tres tiempos, (1 avanzar la andadera, 2 avanzar la pierna operada al mismo tiempo apoyar el peso del cuerpo en miembros torácicos, 3 posteriormente avanzar la pierna sana).
- f)** Nunca cruzar la pierna con prótesis.
- g)** Colocar una almohada entre las rodillas al estar acostada.
- h)** No dormir del lado operado.
- i)** Ingerir los medicamentos indicados para evitar infección de la herida.

NOTA: Recordar que los huesos no se curan con la misma rapidez que los tejidos blandos por lo que necesita más tiempo para su recuperación.

Los clavos y las placas y otros dispositivos de fijación interna no tienen resistencia suficiente para el apoyo del peso corporal se puede doblar o romper si se somete a esfuerzos excesivos.

MEDICAMENTOS

ANTIBIÓTICO

Cefalexina de 500 mg tomar 1 capsula cada 8 horas por 8 días.

ANALGESICOS

Ketorolaco 10 mg. Tomar una cada 8 horas por 8 días.

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

1. Temperatura mayor de 38 ° C
2. Piel fría.
3. Dolor muy acentuado al caminar o al realizar sus ejercicios.
4. Cambios de coloración de la piel.
5. Disminución del llenado capilar.
6. Valorar las condiciones de la herida post- quirúrgica.
7. Vigiar signos de hemorragia por medio de los signos vitales o por la aparición de moretones
8. Rigidez y edema del miembro afectado.
9. Falta de sensibilidad en la zona afectada.
10. Incapacidad para mover el miembro afectado.

VI CONCLUSIONES

Al desarrollar este Proceso Atención Enfermería aprendí a brindar un cuidado holístico ya que, este es individualizado hacia la persona; ya que gracias a sus etapas que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación y complementado con las 14 necesidades de Virginia Hendersón pude detectar sus necesidades, así como poder jerarquizarlas para poder atender cada una de ellas en orden adecuado priorizando aquellas que pudiesen tener repercusiones y complicaciones para tratar de prevenir estas.

De esta manera se tuvo una evaluación favorable la señora x sin complicaciones y una buena recuperación.

VII SUGERENCIAS

Considero de gran importancia que en el programa de estudios de la licenciatura de enfermería se incluya más acerca del Proceso de Atención de Enfermería tanto teórica como prácticamente ya que al desarrollarse este proceso no siempre se tiene el tiempo necesario ya que la asignación de servicios se rolan en un tiempo muy corto, (tanto comunitario como hospitalario, a una persona sana o enferma.

VIII BIBLIOGRAFÍA

ATKINSON, Murray, *Guía clínica para la planeación de los cuidados*. Mc Graw Hill Interamericana. México. 1997.

C.P. Anthony. G.A. Thibodeau, *Anatomía y Fisiología..* Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México 2002.

Fuentes electrónicas

[http\www.biomet.mx](http://www.biomet.mx)

[http\www.mastermedical.com](http://www.mastermedical.com). art

[http\www teletine,terra.es](http://www.teletine,terra.es)\ enfermera teórica virginia henderson.

J.A. Gasling, P.H. Harris, *Anatomía Humana*. 2Ed Mc Graw Hill Interamericana. México 1998.

GERARD J. TORTORA, *Principios de anatomía y fisiología*. Harla. México.2000.

KOZIER Bárbara, GLENORA Erb, *Enfermería fundamental. Conceptos. Proceso y Práctica*. 4 Ed Mc Graw Hill Interamericana. México.1994.

LUIS RODRIGO Maria Teresa. *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*, 3 Ed. Barcelona España, Masson 2005.

PIÑEIRO PEREZ Legua, *Diccionario de enfermería*, México Mc Graw Hill Interamericana.1995.

POTER Patricia. *Teoría y Practica de enfermería. Fundamentos de enfermería.* 5 Ed Mc Graw Hill Interamericana Madrid.

R. ALFARO, *Aplicación Proceso de enfermería*, Guía practica, 2 Ed, Doyman Enfermería 1992

ROSA LES REYES. *Fundamentos de Enfermería.* 1 Ed, Manual moderno. México. 1991.

TAMAYO TAMAYO. Mario. *El proceso de la investigación Científica* Limusa México 1995.

THOMSON PLM. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. 2002.

ANEXO

GLOSARIO DE TERMINOS

ACIDOSIS.- Estado anómalo debido a un aumento de la acidez o disminución de la alcalinidad tanto en la sangre como en los tejidos.

ADENOMEGALIAS.- Hipertrofia de una glándula o ganglio.

ANEMIA.- Reducción por debajo del límite normal del número de eritrocitos por mm de la concentración de hemoglobina o del volumen de eritrocitos por desequilibrio entre la producción y destrucción de estas células.

ANSIEDAD.- Angustia o intranquilidad que suele acompañar a ciertas enfermedades que impide el sosiego de los enfermos.

CALLO OSEO.- Cicatriz que se forma en la reunión de un hueso fracturado.

CONDUCCIÓN.- Transmisión de las ondas sonoras, impulsos nerviosos y electricidad de un lugar a otro.

COTILO.- Cavidad de un hueso en que entra la cabeza de otro.

COXOFEMORAL.- Relativo a una cadera y al muslo.

COAGULO.- Masa blanda semisólida, formada por la coagulación de un fluido sobre todo de sangre

DIFUSIÓN.- Propiedad de determinadas sustancias de diseminarse por el medio que las contiene o de distribuirse por todos los tejidos.

DESGARRO.- Solución de continuidad de los bordes generalmente desiguales producida por un estiramiento.

DEFORMIDAD.- Alteración o malformación total o parcial del cuerpo.

ESTRÓGENOS.- Hormona sexual femenina.

EMINENCIAS.- Cualquier altura o elevación que se aprecia en la superficie de una región u órgano corporal, especialmente en los huesos.

EXUDACIÓN.- Salida de humor por los poros o grietas.

EXOSTOSIS.- Crecimiento óseo benigno que sobresale al exterior de la superficie de un hueso cubierto característicamente por cartílago.

ESPASMOS.- Contracción involuntaria de los músculos, producida generalmente por mecanismos de reflejo.

FOSFATASA.- Cualquier enzima que catalice la liberación de fosfato inorgánico de los esteres fosforicos.

HIPNOGRAMA.- Características del sueño de una persona.

HISTICA.- Pertenciente o relativo a los tejidos o de su naturaleza.

HIPERSENCIBILIDAD.- Estado de reactividad alterada en la que el organismo reacciona a una sustancia extraña con una respuesta inmunitaria excesiva.

INFLAMACIÓN.- Alteración patológica en una parte cualquiera del organismo caracterizado por trastornos de la circulación de la sangre y frecuentemente por aumento de calor enrojecimiento, hinchazón y dolor.

INSERCIÓN.- Sitio donde se fija el músculo al hueso para ponerlo en movimiento.

LUXACIÓN.- Dislocación de un hueso trastorno que consiste en que un hueso sale de su articulación.

NECROSIS.- Conjunto de cambios morfológicos que indica muerte celular producida por la acción degradante progresiva de enzimas, puede afectar a grupos de células, parte de una estructura o un organismo.

OSTEOMIELITIS.- Inflamación simultánea del hueso de la médula ósea.

OSTEOBLASTOS.- Célula que se origina de un fibroblasto, productora de tejido óseo, localizado en las lagunas óseas.

OSIFICACION.- Formación de hueso o de sustancias óseas.

PH.- Concentración de iones de hidrógeno de una solución.

PROLIFERACIÓN.- Multiplicación de formas semejantes especialmente de células y quistes mórvidos.

PROTEIS.- Procedimiento mediante el cual se repara articularmente la falta de un órgano.

PRURITO.- Comezón o picazón.

RINOREA.- Secreción de mucosidad fluida por la nariz.

RESORCION.- Absorción de todo tipo de sustancias excretadas o secretadas en el seno de los tejidos.

SOMATOMETRIA.- Medición de las dimensiones corporales.

SENSITIVA.- Que es capaz de percibir y transmitir una serie de sensaciones.

SEPTICEMIA.- Enfermedad infecciosa generalizada debido a la presencia de microorganismos patógenos y sus toxinas de la sangre.

TRAUMATISMO.- Lesión de los tejidos por agentes mecánicos generalmente externos.

FIBROBLASTOS.- Célula del tejido conectivo.