



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

**APLICADO A UN ADULTO MAYOR CON ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD
Y POSTURA, BASADO EN LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES
DE VIRGINIA HENDERSON.**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MANZANO ALDANA JUAN FRANCISCO

NUMERO DE CUENTA: 301178831

ASESORA: SANDRA SOTOMAYOR SÁNCHEZ.

ASESORA



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

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.	3
2. OBJETIVOS.	4
2.1. Objetivo General	4
2.2. Objetivos Específicos.	4
3. METODOLOGÍA.	5
4. MARCO TEORICO	6
4.1. Disciplina Enfermera	6
4.2. Importancia Del Cuidado	7
4.3. Teoría de Enfermería	9
4.4 Modelo de Virginia Henderson.	12
4.5 Proceso de Atención de Enfermería.	16
4.6 Importancia Del Proceso Atención De Enfermería	18
4.7 Adulto Anciano	18
4.8 Alteración En El Paciente: Movilidad Y Postura.	19
5. VALORACIÓN.	20
5.1. Síntesis De La Valoración De Cada Necesidad	21
5.2. Diagnósticos.	24
6. PLANEACIÓN.	25
7. PLAN DE ALTA.	34
8. CONCLUSIÓN.	42
9. GLOSARIO.	43
10. ANEXOS.	45
11. BIBLIOGRAFÍA.	54

1. INTRODUCCIÓN

El modelo conceptual de enfermería que plantea Virginia Henderson permite concebir un tipo de práctica enfermera basado en el que la única función de enfermería es ayudar al individuo sano o enfermero a mantener o recuperar su salud o proporcionar una muerte tranquila, basándose en el proceso de atención de enfermería para dirigir de manera ordenada los cuidados, ya que se trata de una metodología científica utilizada por el profesional de enfermería para brindar y evidenciar la atención proporcionada a una persona o familia en condiciones de salud o enfermedad.

El valor óptimo del cuidado de enfermería se mide por un enfoque crítico, capaz de asumir diversos roles de un sistema de salud cambiante y para un liderazgo que le permita participar en las decisiones en materia de salud, por ello el campo de enfermería que es el cuidado permite a la persona dominar los acontecimientos ligados a su experiencia de salud y mejorar su bienestar.

Por este motivo el presente trabajo se enfoca en el modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades que al integrarse con el proceso de enfermería forman un modelo de atención aplicado a una adulta mayor hospitalizada en el servicio de cadera, fémur y rodilla en el Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas, con el diagnóstico de Fractura de acetábulo izquierdo con evidencia de alteración de la movilidad que permitió determinar el grado de dependencia de las necesidades, para así establecer las intervenciones de enfermería necesarias para el mejoramiento de su salud y bienestar. Por lo cual el presente trabajo se elige como opción de titulación ya que refleja todo el conocimiento teórico conceptual y tecnológico adquirido durante la formación profesional de esta carrera.

2. OBJETIVOS.

Objetivo General.

Aplicar un proceso de enfermería a una persona con alteración de la movilidad basada en la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson con la finalidad de proporcionar cuidados holísticos y de calidad.

Objetivos Específicos.

- Identificar las necesidades mayormente alteradas que pongan en riesgo la salud de la persona.
- Realizar diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades alteradas que se identifican durante la valoración, para así establecer el plan de atención.
- Planear y ejecutar intervenciones de cuidado que logran resolver las necesidades alteradas.

3. METODOLOGÍA.

Este proceso se realizó a un paciente femenino de 75 años de edad en el Servicio de Cadera, Fémur y rodilla del Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas del IMSS en la cual fueron encontradas alteradas las siguientes necesidades: nutrición e hidratación, necesidad de movilidad y postura, necesidad de evitar peligros, necesidad de recreación; en un periodo de tiempo del 17 al 21 de Abril de 2008 con un horario de 7:00 a 13:00hrs.

Se realizó a través de la aplicación del instrumento de valoración elaborado por la Academia de Enfermería del Adolescente, Adulto y Adulto mayor II.

Se realizó con el apoyo de la Clasificación de la NANDA 2003 –2004, y el formato P.E.S.

La Planificación se elaboro con base en las necesidades mayormente alteradas.

Las actividades de ejecución se llevaron a cabo los días 19 y 20 de Abril.

La Evaluación Se realizó en relación con las intervenciones que se llevaron acabo.

Por ultimo se trabajo el plan de alta para cerrar el ciclo de intervenciones de enfermería, con el propósito de un enfoque que tienda hacia el autocuidado.

4. MARCO TEORICO.

4.1. Disciplina Enfermera

Para Donati (1983) la disciplina y la profesión no siempre avanzan a un mismo ritmo. Esto ha ocurrido con la evolución de una y otra en la enfermería, en algunos aspectos y momentos puede sufrir retraso, ir por delante y/o ser distorsionada. Para el desarrollo del todo es necesario el desarrollo de las partes y el progreso de la enfermería solo es posible con el crecimiento armónico entre conocimiento e intervenciones, entre teoría y práctica.

La construcción de la disciplina enfermera pasa por establecer el marco teórico que contemple la finalidad y el sentimiento de la enfermería (su contribución a la salud de las personas y los grupos) los aspectos metodológicos con los que se lleva a cabo esta contribución y la intervención en el campo enfermero.

El objetivo de estudio de la disciplina es constituido por:

- El marco teórico enfermero, las teorías y los modelos de cuidados enfermeros.
- El método para aplicarlos en la práctica enfermera, el proceso de atención de enfermería.

El inicio de la ciencia enfermera se sitúa cuando se empieza a desarrollar la investigación en el campo de la enfermería. Los resultados de la investigación se plasman en las teorías de las situaciones enfermeras y el método con el que deben ser aplicados en la práctica y en los resultados, se validan los conocimientos expresados en las construcciones teóricas¹.

¹ Bernavent Garces Ma. Amparo, Fundamentos de Enfermería, p. 72

4.2. Importancia del Cuidado

Los cuidados son fundamentales para el mantenimiento de la vida cuando el cuerpo esta siendo atacado por una enfermedad, determinando el mejoramiento o empeoramiento de la vida de una persona

“cuidar es un acto de vida, con una serie de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta se continúe y se reproduzca”²

Pero los cuidados no significan que necesariamente se debe tener un tratamiento o el visitar al doctor para poder obtenerlos , sino es algo que sin darse cuenta lo realiza cada persona de forma individual y lo mantiene con una vida sana , ya que desde que nos alimentamos, aseamos y ejercitamos ya estamos cuidándonos, por lo simple que suene; esto es debido a que nuestro cuerpo es como un motor de un auto él cual necesita de pequeños cuidados que son fundamentales para su desarrollo, ya que sino se proporcionan pueden ocasionar un mayor peligro.

Existen personas que descuidaron estos factores llegando a requerir de cuidados mas específicos , los cuales deben ser proporcionados por personas especificas como son médicos y enfermeras los cuales tienen los conocimientos adecuados para que la persona se recupere y solo necesite de los cuidados proporcionados por él mismo.

Por estos motivos existen dos tipos de cuidados los **cuidados de costumbre y habituales**: Care, representan todos los cuidados permanentes que tienen como función mantener la vida y reaprovisionarla de energía; y los **cuidados de curación**: cure. Tienen por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas.³

² Promover la Vida Lectura, pág. 43

³ Ibíd., pág.46, 67

Pero al hablar de enfermedad y de cuidados no solo involucra al individuo afectado y al personal especializado, sino también a la familia que se encuentra detrás de él, ya que en ocasiones ésta debe proporcionarle al enfermo los cuidados que requiere, significando que la familia también debe modificar gran parte de sus hábitos, estos cambios pueden llegar a ser muy repentinos para la familia, provocando en ocasiones conflictos que puede llegar a separarla.

Así pues, la enfermedad puede involucrar a muchas personas dentro de una sociedad las cuales pueden influir en la recuperación o empeoramiento del enfermo, ya que no solamente se necesita de un buen tratamiento, sino de un apoyo emocional.

Como se ve entonces la **sociedad** puede ser de gran relevancia en la formación y tratamiento de la enfermedad. Ya que desde la aparición del hombre se ha observado que depende casi completamente de ésta para poder satisfacer sus necesidades y obtener un cuidado, esto ha provocado que el hombre adquiriera las mismas características de su sociedad, como son los hábitos de limpieza y hasta el lugar donde habita.

Para ejemplificar este fenómeno se puede comparar la situación de una persona de bajos recurso con una de buena posición , ya que esta diferencia hace que el tipo de enfermedades con las que son atacados mas frecuentemente sean muy diferentes, ya que un empresario no se va a enfermar de desnutrición y un pobre de enfermedades del corazón por exceso de grasa.

La sociedad identifica como causas fundamentales de enfermedad aquellas que tiene la menor relación posible con la estructura social y que pueden ser atacadas sin cambiar a ésta. Esto indica que la sociedad no esta dispuesta aceptar que participa en la formación de enfermedades y ni a modificar su forma de actuar, dando como explicación para esos sucesos la formaciones de otros fenómenos que la causa de la aparición de la enfermedad.

Por lo tanto existe una relación muy estrecha entre el individuo-la sociedad-los especialistas, esto se debe a la aparición de estados como la enfermedad, la salud y los cuidados, ya que son términos que dependen de como el individuo se esta desarrollando personal y socialmente. Aun que los especialista no sean muy apegados, estos son esenciales cuando el individuo tiene un desequilibrio consigo mismo o con su entorno proporcionándole los cuidados específicos⁴.

4.3. Teoría De Enfermería.

El desarrollo de las teorías es considerado por muchas enfermeras como una de las labores más cruciales a las que se enfrenta la profesión hoy en día. Históricamente los conocimientos utilizados por las enfermeras se derivan de las ciencias físicas y de las ciencias de la conducta. Debido a que es una profesión que esta emergiendo, la enfermería, está profundamente involucrada, ahora, en la identificación de su base única de conocimientos (que es el conocimiento para la práctica de enfermería) o la también llamada ciencia de la enfermería. Para la identificación de la base del conocimiento se requiere el desarrollo y el reconocimiento de los conceptos y teorías específicas de la enfermería.

La teoría del desarrollo tuvo su momento en los años 60 y ha progresado marcadamente desde entonces con la ayuda de muchas enfermeras teóricas y la participación de las enfermeras en las conferencias sobre la teoría y en la investigación para clasificar o hacer validas las teorías. Se pueden hacer tres tipos de planteamientos para desarrollar la teoría de enfermería:

- 1.- Tomar prestado el marco conceptual de otras disciplinas y aplicarlos en los problemas de enfermería. El problema de este planteamiento es que muchas teorías no son fácilmente aplicables a la práctica de enfermería

⁴ Rojas Soriano Raúl, Proceso salud enfermedad, Pág. 13-19.

2.- Utilizar un planteamiento inductivo; que es, observando varios aspectos de la enfermería en su ambiente de práctica, describir las teorías y conceptos que expliquen los temas importantes para enfermería.

3.- Usar un planteamiento deductivo; que es, buscar la compatibilidad o acoplamiento de una teoría general de la enfermería con varios aspectos de ella.

Las teorías de enfermería tienen varios propósitos esenciales. La teoría de la enfermería (King 1978):

- Genera conocimientos que facilitan mejorar la practica
- Organiza la información en sistemas lógicos
- Descubre agujeros de conocimiento en el campo específico del conocimiento
- Descubre el funcionamiento para la recogida de datos, fiable y veraz, sobre el estado de salud de los clientes, los cuales son esenciales para que la decisión y su cumplimiento sean efectivas
- Aporta una medida para evaluar la efectividad de los cuidados de enfermería
- Desarrolla una manera organizada de estudiar la enfermería
- Guía la investigación en enfermería para ampliar los conocimientos

La implantación de un marco o modelo conceptual es una forma de enfocar (conceptualizar) una disciplina de manera inequívoca (por ejemplo, la enfermería y lo que está implica), que incluye un lenguaje común y comunicable a otros. Aun que la mayoría de la enfermeras tiene una idea muy clara de su profesión es necesario quede bien definida de cara a otros profesionales de la salud y el público. La profesionalidad y el deseo de conseguir un status colegiado con otros profesionales de la salud han originado la necesidad de un modelo conceptual. Para hacer considerada profesionales de la salud, las enfermeras deben establecer cual es su rol dentro de un equipo interdisciplinario.

Los conceptos que mas significativamente influyen a la enfermería incluyen la persona, entorno, salud y las acciones de enfermería, estos conceptos juntos, forman el metaparadigma de la enfermería.

Un modelo conceptual aporta direcciones claras y explícitas a las tres áreas de enfermería: la práctica, la educación y la investigación.

Una teoría está formada por conceptos, proposiciones e hipótesis. Mientras que, un marco conceptual aporta guías, una teoría sirve para generar conocimientos en un campo.

Los tres componentes básicos de los modelos de enfermería son: suposiciones, un sistema de valores y unas unidades principales. Las siete unidades principales de los modelos de enfermería (compuestas de presunciones y valores) son la meta de la enfermería, el cliente, el rol de la enfermera, la fuente de dificultad del cliente, el foco de la acción, los modos de acción y las consecuencias de la actividad de la enfermería.

Los modelos conceptuales de enfermería son manejados por el proceso de atención de enfermería. Este proceso se divide en cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

La enfermería incluye ver al individuo holísticamente. El modo como las enfermeras ven a los seres humanos influyen el modo en como ellos valoran e intervienen.

El conocimiento de las necesidades humanas ayuda a la enfermera a comprender la conducta, puede aportar un marco para aplicar las partes del proceso de atención de enfermería, y puede ayudar a las enfermeras a disminuir las preocupaciones y ayudar a la gente a desarrollarse y crecer.

Muchas teorías aparte de las teorías de enfermería, tienen también un impacto en la práctica de la enfermería.⁵

⁵ Kozier Bárbara, Enfermería Fundamental conceptos, procesos y práctica p. 62-72

4.4. Modelo De Virginia Henderson.

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1º. - Respirar con normalidad.
- 2º. - Comer y beber adecuadamente.
- 3º.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º.- Descansar y dormir.
- 6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º.- Mantener la temperatura corporal.
- 8º.- Mantener la higiene corporal.
- 9º.- Evitar los peligros del entorno.
- 10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas.

Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionadas a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos:
 - Falta aguda de oxígeno.
 - Conmoción (incluye colapsos y hemorragias.)
 - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
 - Una enfermedad transmisible.
 - Estado preoperatorio.
 - Estado postoperatorio.
 - Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
 - Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería.

Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería sobre la base de las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

- Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal / física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

-Entorno.

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

-Salud.

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

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia,

4.5. Proceso Atención De Enfermería.

El proceso de atención de enfermería consiste en pensar como enfermeras/os. Es el crecimiento, la capacidad constante esencial que a caracterizado a la enfermera desde el principio de la profesión.⁶

Con los años dicho proceso a cambiado y evolucionado y, por ende, adquirido mayor capacidad y comprensión.

El proceso de atención de enfermería consta de cinco pasos esenciales:

1.- VALORACIÓN:

¿Qué lo trae al hospital?

Déjeme inspeccionarlo.

Describa lo que siente.

⁶ Murria Mary, Atkinson Leslie. *Proceso de Atención de Enfermería*, Pág.1 de 120.

2.- DIAGNOSTICO:

¿Cuál es el problema?

¿Cuál es la causa?

¿Cómo lo sé?

3.- PLANEACIÓN:

¿Qué puedo hacer al respecto?

¿Qué es lo más importante?

¿Qué quiero que suceda, y cuando?

4.- REALIZACIÓN:

Ponerse en acción y ejecutar el plan.

5.- EVALUACIÓN:

¿Funciono?

¿Por qué sí o por qué no?

¿Esta resuelto el problema, o necesito volver a empezar?

Estos pasos son esenciales, por que toda enfermera utiliza estos cinco pasos en toda su interacción con un paciente, por más breve que sea el contacto.

Las enfermeras expertas han dominado este proceso en tan alto grado que incluso aplican inadvertidamente cada uno de los pasos.

4.6. Importancia Del Proceso Atención De Enfermería

Es importante por que todas las enfermeras, como todos los prestadores de salud, son sensibles a las demandas de un servicio de calidad por parte del consumidor, continuamente están buscando formas de mejorar sus prácticas y la satisfacción de los pacientes que atienden.

El proceso de atención de enfermería constituye un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del cuidado que presta y los mejore.

Y su trascendencia en el presente es que es una forma muy confiable para poder brindar un mejor cuidado a las personas tanto sanas como enfermas que tengan insatisfechas algunas de sus necesidades de vida.

4.7. ADULTO ANCIANO.

El anciano adulto, tal como se considera en este texto, es el individuo mayor de 65 años. A menudo, esta etapa se denomina senectud o ancianidad.

Gracias a los avances de la medicina y de las diversas y a la promoción y protección de la salud, las personas en la actualidad, viven más años.

En 1960 la esperanza de vida al nacer era de 70 años. Hacia 1987, la esperanza de vida había aumentado hasta 71.5 años en varones y 78.3 años en mujeres.

A causa del aumento de la esperanza de vida, puede ser útil dividir la edad adulta en tres periodos: 65-74 años, la joven vejez, 75-84 años, la media vejez; y más de 85 años, la vieja vejez.⁷

⁷ Kozier Bárbara, Op.cit., p.710.

4.8. ALTERACIÓN EN EL PACIENTE: MOVILIDAD Y POSTURA.

El aparato locomotor está compuesto por huesos, articulaciones y músculos, y sus funciones se centran en proporcionar el sostén y permitir la movilidad del organismo. Los movimientos no sólo contribuyen a disfrutar de la vida, sino que además son esenciales para su conservación.

El movimiento es esencial para la salud del paciente geriátrico. La inmovilidad provoca:

- Disminución de la fuerza y tono muscular.
- Aumento del riesgo de infecciones y embolias.
- Problemas respiratorios.
- Problemas urinarios.
- Estreñimiento.
- Úlceras por presión.
- Aumento de la osteoporosis, etc.

Para prevenir la aparición de estos problemas, es fundamental asegurar una movilidad adecuada y el mantenimiento de posturas correctas.



5. VALORACIÓN.

DATOS GENERALES:

NOMBRE: F. P. M. L. *EDAD:* 75 AÑOS

SEXO: Femenino *N. AFILIACIÓN:* 07 04 66 00 13

OCUPACIÓN: Hogar *ESTADO CIVIL:* viuda *RELIGIÓN:* Católica

ESCOLARIDAD: Bachillerato Completo

DOMICILIO: 3ra. Cda. De Azafrán # 3 Col. Granjas México

INSTITUCIÓN DE SALUD A LA QUE ACUDE: Hospital de especialidades de traumatología Magdalena de las Salinas

FECHA DE INGRESO: 11 Abril del 2008.

SOBRENOMBRE: Malu. *IDIOMA:* Castellano.

DIAGNOSTICO: Fx. De acetábulo izquierdo.

RELACIÓN DEL INFORMANTE CON EL PACIENTE: Mismo

TELEFONO: 53-94-47-99

N. DE CAMA: 635

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLINICO:

Adulto mayor del sexo femenino, de 75 años de edad, viuda, hace 2 años, ingresa a urgencias con dolor del miembro pélvico izquierdo que se irradia por toda la pierna, mencionando que tubo una caída al resbalar en su casa y a causa del dolor no tolerable decidió venir al hospital en compañía de su hija, posterior mente pasa al servicio de cadera, Fémur y Rodilla para programarla y realizarle una cirugía, en miembro inferior izquierdo, manteniendo una Temperatura de 36.5°C a 37°C, mantiene cifras de T/A de 140/80, 150/90 y 160/90, una Frecuencia Respiratoria de 18 – 21 respiraciones por minuto, una Frecuencia Cardíaca de 72-86 por minuto y Exámenes de laboratorio. Química sanguínea normal, Biometría hemática, normal.

5.1. SÍNTESIS DE LA VALORACIÓN DE CADA NECESIDAD.

1.- OXIGENACIÓN.

DATOS DE DEPENDENCIA: No se observan

DATOS DE INDEPENDENCIA: Se encontró que el llenado capilar era de 2", tórax simétrico, parrilla costal integras (costillas), campos pulmonares bien ventilados.

2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

DATOS DE DEPENDENCIA: No se observan

DATOS DE INDEPENDENCIA: Hábitos alimenticios adecuados (3 veces al día), ingiere pocas frutas y verduras por lo regular cada tercer día, ingiere de 2 – 2.5 vasos de agua al día.

3.- ELIMINACIÓN.

DATOS DE DEPENDENCIA: No se observaron.

DATOS DE INDEPENDENCIA: Refiere evacuar de 3 – 4 veces a la semana y orinar por lo menos 2 veces al día.

4.-MOVILIDAD Y POSTURA.

DATOS DE DEPENDENCIA: Tiene dificultad para moverse por si sola debido a su fractura y es por ello que depende del personal de enfermería y camilleros para poder movilizarla y realizar cambios de posición.

DATOS DE INDEPENDENCIA: Arcos de movimiento libremente en miembros torácicos y un poco de movimiento de los dedos y rodilla de la pierna derecha.

5.- DESCANSO Y SUEÑO.

DATOS DE DEPENDENCIA: No se observaron.

DATOS DE INDEPENDENCIA: Menciona que duerme sin ningún contra tiempo de 8 a 10 Hras. y solía referir que descansaba muy bien.

6.- VESTIDO.

DATOS DE DEPENDENCIA: No se observaron.

DATOS DE INDEPENDENCIA: No necesita ayuda para cambio diario de su camisión después de su baño y refiere vestir de acuerdo a su edad y al clima.

7.- EVITAR PELIGROS.

DATOS DE DEPENDENCIA: Depende del personal de enfermería y de su familiar como apoyo para poder llevar acabo su auto cuidado, dado que refiere en este momento no conocer medidas para evitar peligros.

DATOS DE INDEPENDENCIA: Hay cooperación por parte de la paciente gracias a que comprende su estado de salud y los peligros a los que puede estar expuesta.

8.- TERMORREGULACIÓN.

DATOS DE DEPENDENCIA: No se observaron.

DATOS DE INDEPENDENCIA: Temperatura corporal dentro de los parámetros normales siendo los parámetros que la señora M. L. maneja de 36⁵ °C a 37 °C.

9.-HIGIENE, ESTADO DE LA PIEL Y LOS TEGUMENTOS.

DATOS DE DEPENDENCIA: cambios de gasas, apósitos y vendajes en el momento que perciba suciedad o sangrado en los mismos.

DATOS DE INDEPENDENCIA: hábitos higiénicos adecuados, baño diario, cambio de ropa, cepillado de dientes, peinado, Hx. Limpia a nivel de acetábulo izquierdo, sin características de infección.

10.-COMUNICACIÓN.

DATOS DE DEPENDENCIA: No escucha muy bien y a consecuencia de esto hay que hablarle un poco fuerte y esto hace que la comunicación sea un poco mas tardada.

DATOS DE INDEPENDENCIA: Habla coherentemente y esta ubicada en sus tres esferas.

11.- CREENCIAS.

DATOS DE DEPENDENCIA: En el transcurso de su casa al hospital le pidió a su familiar que cada día rezara y pidiera por ella si algo se complicaba.

DATOS DE INDEPENDENCIA: Antes de ingresar al hospital, profesaba la religión católica acudiendo a la iglesia cada domingo. Aunque refiere estar confundida por que al hospital llevo de visita una monja y le dijo que ella no era católica a causa de no comulgar cada ocho días, y por ello dice que no sabe si sigue siéndolo o no.

12.- AUTORREALIZACIÓN.

DATOS DE DEPENDENCIA: No se observaron.

DATOS DE INDEPENDENCIA: Ella comenta con sus familiares que se siente autorrealizada con lo que ella hasta este momento ha hecho.

13.- RECREACIÓN.

DATOS DE DEPENDENCIA: No se observaron.

DATOS DE INDEPENDENCIA: Refiere ser muy amigüera y salir a parques en compañía de sus familiares, le gusta jugar domino y lotería. Actualmente por su estancia en el hospital refiere aburrimiento por la falta de movilidad.

14.- APRENDIZAJE.

DATOS DE DEPENDENCIA: No se observaron.

DATOS DE INDEPENDENCIA: es autosuficiente y menciona que a pesar de su edad nunca a dejado de aprender.

5.2. DIAGNOSTICOS.

NECESIDADES	DIAGNOSTICOS.
1.- MOVILIDAD Y POSTURA.	<p>Dx. Deterioro de la movilidad en cama R/C estado postoperatorio M/P deterioro de al habilidad para pasar de cubito supino a cualquier otra posición.</p> <p>Dx. Deterioro de la habilidad de traslación R/C herida quirúrgica en miembro pélvico izquierdo M/P incapacidad para trasladarse de la cama a la silla.</p>
2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.	<p>Dx. Riesgo de estreñimiento R/C poca ingesta de líquidos (2 vasos al día) y poca actividad física.</p>
3.- EVITAR PELIGROS.	<p>Dx. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilización de la extremidad afectada.</p> <p>Dx. Riesgo de caída R/C dificultad para la movilidad física.</p>
4.- RECREACIÓN. 5.-CREENCIAS.	<p>Dx. Déficit de actividad recreativa R/C hospitalización prolongada M/P verbalización del problema y deseos de actividad.</p> <p>Dx. Riesgo de sufrimiento espiritual R/C información confusa por parte de una monja.</p>

6. PLANEACIÓN.

Dx.

Deterioro de la movilidad en cama **R/C** estado postoperatorio **M/P** deterioro de al habilidad para pasar de cubito supino a cualquier otra posición.

OBJETIVO: La señora M. L. mantendrá un Rango de movilidad aceptable.

Fundamentación de Dx.:

- El reposo prolongado en cama ocasiona rigidez articular, atrofia muscular, problemas cardiocirculatorios, estreñimiento, alteraciones relativas al descanso y sueño, complicaciones trombolíticas, infecciones hipostáticas en pulmones o vías urinarias y úlceras por presión¹.

Estrategias de intervención. :

- La identificación oportuna de necesidades y problemas en el paciente en relación con la mecánica corporal, permite trazar un plan de atención de enfermería, como ejercicios activos y pasivos, cambios de posición.
- Cambiar ala señora M. L. de posición constantemente por lo menos cada 2 Hrs.
- Masaje de miembro torácicos y pélvicos.
- Dar masaje en todo el cuerpo.
- Explicarle la importancia de la movilización.

¹ Ibíd., p. 955

Fundamentación de las intervenciones:

- El cambio de posiciones en la paciente ayuda a que no se le formen úlceras por presión.
- El masaje de miembros superiores e inferiores, como el de todo el cuerpo ayuda a una mejor circulación en el organismo.
- La movilización continua influye en la circulación, respiración, eliminación, apetito y estado anímico².

EJECUCIÓN.

- Realización de movilizaciones pasivas cada 2 horas.
- Realización de masajes en miembros torácicos y pélvicos
- Se brinda la información sobre la importancia de la realización para disminuir el riesgo de hipotrofia muscular por la disminución de movimiento.

EVALUACIÓN.

- Al realizar las movilizaciones pasivas planeadas la señora Maria Luisa refirió poco dolor manifestando tolerancia ante dicho ejercicio.
- Se obtuvo una comprensión de la importancia de las movilizaciones, ya que se le hicieron preguntas con relación al tema sin referir dudas.
- Sus extremidades presentaron menor rigidez y menos probabilidades de presentar úlceras por presión.

² Ibíd., p.953

Dx.

Deterioro de la habilidad de traslación R/C herida quirúrgica en miembro pélvico

Izquierdo M/P incapacidad para trasladarse de la cama a la silla.

OBJETIVO: La señora M. L. aumentara la movilidad para desplazarse a diferentes lugares.

Fundamentación de Dx.

Las personas sometidas a una intervención quirúrgica, tienden a presentar desgaste físico, así como una debilidad a causa de la anestesia la cual imposibilita al cliente para responder a los estímulos externos, aunque el grado de conciencia del paciente es variable. En la mayoría de los casos, la cirugía en si misma traumatiza el cuerpo disminuyendo su energía y resistencia.³

Estrategias de intervención:

- Verificar si la señora M. L. no presenta mareos, fatiga o cansancio.
- Realizar movimientos pasivos poco a poco en el miembro afectado para aumentar la movilidad del mismo.
- Dar apoyo a la señora M. L. para poder trasladarse de la cama a la silla.
- Pedir la cooperación del familiar para que de apoyo a la señora Maria Luisa.

Fundamentación de las intervenciones:

- La posición vertical brusca en el paciente puede causar desvanecimientos por la presión ortostática.

³ Ibíd. p. 1458

- El apoyo al paciente es fundamental ya que le hace sentir que no estas solo y le ayuda a una mejor recuperación.
- El apoyo de los familiares servirá para evitar lesiones traumatismos en el paciente.
- El paciente puede pensar que esta molestando al personal o a su familiar para pedir ayuda. se le debe insistir en la disponibilidad del personal y familiar para ayudarle.⁴

EJECUCIÓN.

- Se realizaron las intervenciones sin ningún problema.

EVALUACIÓN:

Se incremento la movilidad de la señora M. L. sin ninguna alteración.

Dx.

Riesgo de estreñimiento R/C poca ingesta de líquidos (2 vasos al día) y poca actividad física.

Objetivos:

- La señora M. L. mantendrá una buena ingesta de líquidos para evitar problemas en su salud.

⁴ Ibíd., p.1471

Fundamentación:

El agua es el nutriente más esencial y el primer líquido para la vida humana. Dos terceras partes del cuerpo están compuestas de agua. Los músculos y el cerebro están compuestos por agua en sus $\frac{3}{4}$ partes. Se puede sobrevivir meses sin comer pero sin agua nos moriríamos en 12 días.

A parte del aire, el agua es el único elemento que entra en el organismo todos los días de la vida. Está presente en cada célula y tejido del cuerpo y *juega un papel vital en casi todos los procesos biológicos incluyendo la digestión, absorción, circulación y excreción.*

El agua es la base del líquido sanguíneo y el líquido linfático, regula la temperatura corporal, mantiene la piel joven y elástica, los músculos fuertes y lubrica todas las articulaciones y órganos manteniéndolos en perfectas condiciones de uso.⁵

Estrategias de intervención:

- Fomentar la constancia en el consumo de líquidos apropiados para ayudar a mantener un nivel de hidratación óptimo y evitar problemas a su salud.
- Dar masajes abdominales para estimular el peristaltismo correcto y evitar el estreñimiento.
- Informarle a la señora M. L. de la importancia del consumo de líquidos.
- Proporcionarle agua o té para que lo ingiera.

⁵ Ibid., p.1108, 1109

Fundamentación de las intervenciones.

- El agua juega una función crucial en la digestión, reblandeciendo las heces fecales y eliminando los productos tóxicos del cuerpo.
- La información ayuda a una mayor participación por parte del informado.

EJECUCIÓN.

- No se obtuvo mayor problema con la realización de estas intervenciones, ya que no requerían de mayor ciencia.

EVALUACIÓN:

La señora M. L. refiere una mejora en su eliminación aun cuando no tenía problemas en este caso.

Dx.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilización de la extremidad
Afectada.

OBJETIVO: La señora M. L. mantendrá una buena integridad de la piel.

Fundamentación del Dx.

La piel es la primera barrera de protección del cuerpo por tal motivo se tiene que cuidar y la inmovilización y los puntos de presión son dañinos para la piel.

Estrategias de intervención.

- Utilizar la escala de Norton para evitar úlceras por presión.
- Informar tanto al paciente como al familiar de la importancia de la movilización y protección de prominencias óseas.

- Protección de prominencias óseas.
- Alineamiento corporal.
- Informar al familiar de aplicar cremas y masajes para mejorar la hidratación de la piel y mejorar la circulación.

Fundamentación de las intervenciones.

- La información es un punto importante para el mejoramiento de los pacientes.
- El masaje favorece el metabolismo tisular, incrementa el riego sanguíneo periférico y elimina el exceso de líquido.
- La movilización frecuente de una posición correcta previene lesiones neuromusculosqueléticas y formación de úlceras por presión.
- La participación de la familia es la base del éxito de todo programa de masaje, ejercicios, movilización y transferencia.

EJECUCIÓN.

- Se realizó la plática informativa sin ningún problema, explicando las dudas que se presentaran.
- Para la protección de prominencias óseas se emplearon en un principio bolsas de sol. Salina forradas con gorros; también se utilizaron sabanas y cobertores para mantenerla en diferentes posiciones, en un momento dado se le recomendó al familiar realizar almohadas rellenas con alpiste, para utilizarlas en lugar de las bolsas de solución.
- No surgió ningún problema con la realización de las intervenciones.

EVALUACIÓN.

La señora M. L. conservo íntegra su piel.

Dx.

Riesgo de caída R/C dificultad para la movilidad física.

OBJETIVO:

La señora M. L. se mantendrá libre de caídas durante su hospitalización.

Fundamentación de Dx.

Regularmente los pacientes postrados en cama denotan debilidad y un poco de desorientación de espacio por lo cual al darse alguna vuelta se pueden caer de la cama.

Estrategias de intervención.

- Informar sobre la importancia de las medidas de protección para los pacientes en este tipo de situación.
- Resolver dudas sobre este tema.
- Elevar barandales a ambos lados de la cama.
- Pedir ayuda a su familiar para que cuando pase tiempo con ella no deje los barandales abajo.

Fundamentación de intervenciones.

- El uso de barandales en las camas de pacientes débiles nos sirve para salvaguardar la integridad del paciente y a prevenir cualquier traumatismo o lesión del paciente.
- El apoyo del familiar nos ayuda a evitar cualquier lesión y nos ayuda a una pronta recuperación

EVALUACIÓN.

La señora M. L. se mantuvo libre de lesiones en su estancia en el hospital.

Dx.

Déficit de actividad recreativa R/C hospitalización prolongada M/P verbalización del problema y deseos de actividad.

OBJETIVO: La señora M. L. obtendrá niveles óptimos de distracción.

Estrategias de intervención.

- Platicar con los familiares para que le proporcionen medios de distracción a la señora M. L., como revistas, juegos de mesa entre otras cosas.
- Platicar por momentos con el paciente para distraerlo un momento y estimularlo para que se ponga a imaginar y así mismo se distraiga.

Fundamentación de las intervenciones.

- Estas intervenciones sirven para que el paciente centre la atención en otras cosas, evite el aburrimiento y se olvide por un momento del problema que lo aqueja.
- La estimulación es algo fundamental dado que ayuda a una recuperación más rápida y con menores contratiempos haciendo que el paciente se sienta apoyado.
- Con la platica el familiar se sentirá parte del mejoramiento de su paciente y se estará mas comprometido o identificado con él y con ello podemos progresar ya que en algún momento que estemos ocupados el familiar puede hacer la estimulación y con ello mejorar el estado de salud del paciente.

EVALUACIÓN.

Al realizar lo ya planeado se obtuvo que la señora Maria Luisa expreso menos aburrimiento en la estancia en el hospital.

7. PLAN DE ALTA.

1.- Orientar a los familiares con relación a los cuidados que deben de tener con el paciente durante y posteriormente que salga del hospital, para ayudar a que mejore y no vuelva a tener algún problema de salud de la misma índole.

2.- Cuidados de la herida.

- Explicarle los cuidados que se deben de tener con una herida.
- No perder de vista cualquier signo o síntoma de infección como: Enrojecimiento, inflamación, dolor, fiebre, secreción purulenta.
- Se debe de tener vital importancia en la realización del cambio diario de apósitos, gasas y aplicación de vendaje, después del baño.
- No aplicar ninguna crema o sustancia en la herida sin prescripción médica ya que pueden ocasionar irritación.

3.- Medidas higiénicas.

- Procurar lo menos posible el yeso o fijadores para prevenir alguna infección a causa de la humedad.
- Realizar el baño sentado para evitar cualquier riesgo de caída, dolor movimiento, y fuerzas perjudiciales e innecesarias.
- Si por algún motivo se tiene que manipular la herida, se tiene que lavar las manos.

4.- Promover la dieta equilibrada adecuada a su estado de salud, para favorecer la cicatrización del hueso y tejidos blandos.

- Alimentos ricos en vitamina A (lácteos y sus derivados).
- Vitamina C (frutas y vegetales frescos).
- Vitamina K (hojas verdes).

- Zinc (vísceras, pescado, huevo).
- Hierro (hígado, carne magra, leguminosas, cereales).
- Evitarse alimentos descalcificantes como refresco de cola o tabaco.

FUNCIÓN DE LAS VITAMINAS EN LA RECUPERACIÓN DE UNA HERIDA.

- VITAMINA “A “: Síntesis y creación de colágeno cicatrización y crecimiento de células epiteliales sobre superficie erosionada.
- VITAMINA “C”: Para síntesis de colágeno formación de capilares proporcionando cicatrización.
- VITAMINA “K “: Para la coagulación.
- ZINC. Para la utilización del hierro en la síntesis de la hemoglobina y formación de pigmentos y mielinización nerviosa.
- HIERRO: Componentes de la hemoglobina y la mio globulina.¹

5.- Enfatizar en las instrucciones referidas a la cantidad de peso que puede soportar la extremidad afectada.

6.- Realización de ejercicios de rehabilitación, bajo supervisión de algún familiar y los cuales deben de ser prescritos por el personal de salud.

7.- El uso correcto de aparatos como muletas, andadero o bastón.

8.- Informar sobre la toma y el horario establecido de medicamentos prescritos a su salida del hospital.

¹ Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas del IMSS tríptico Informativo: La Función de las Vitaminas.

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS:

RANITIDINA

- **Ranitidina 50 mg IV c/12 Hras. (*Inhibidor del H₂*).**

La Ranitidina pertenece a una clase de medicamentos llamados bloqueadores H₂. Reduce la cantidad de ácido producido en el estómago se usa para prevenir y tratar los síntomas de la pirosis, también conocida como acidez, asociada con indigestión ácida y con un sabor agrio en la garganta o la boca.

La Ranitidina viene en tabletas, tabletas efervescentes, gránulos efervescentes y un jarabe para tomar por vía oral. Se toma generalmente una vez al día a la hora de acostarse o dos a cuatro veces al día.

Para prevenir los síntomas, se toma 30-60 minutos antes de comer o beber alimentos que podrían provocar calor estomacal.

No use más ni menos que la dosis indicada ni tampoco más seguido que lo prescrito por su doctor.

La Ranitidina puede causar efectos secundarios. Díglele a su doctor si cualquiera de estos síntomas se vuelve severo o si no desaparece:

- Dolor de cabeza (cefalea).
- Estreñimiento.
- Diarrea.
- Malestar estomacal.
- Vómitos.
- Dolor de estómago.

CAPTOPRIL

- **Captopril 25 mg. V.O. c/12 Hras. (*Inhibidor de la ECA*)(antihipertensivo).**

Es un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), la cual convierte la angiotensina I en angiotensina II, que es una potente sustancia vasoconstrictora endógena.

INDICACIONES TERAPEUTICAS

Debe tomarse una hora antes de las comidas y la dosis debe individualizarse.

- **HIPERTENSIÓN.** Es efectivo solo y en combinación con otros agentes antihipertensivos, especialmente con los diuréticos del tipo de las tiacidas. Los efectos sobre la reducción de la presión sanguínea del Captopril y las tiacidas son prácticamente aditivos.
- **INSUFICIENCIA CARDIACA.** Aunque el efecto benéfico del Captopril en la insuficiencia cardiaca no requiere de la presencia de la digital, la mayoría de los estudios clínicos con Captopril han sido en pacientes que reciben tratamiento con digitalicos y diuréticos.
- **INFARTO AL MIOCARDIO.** El Captopril esta indicado después del infarto al miocardio en pacientes estables con disfunción Asintomática o sintomática del ventrículo izquierdo para mejorar la supervivencia , demorar el inicio de la insuficiencia cardiaca sintomática, reducir los procesos de revascularización coronaria o infarto al miocardio recurrente .
- **NEFROPATIA DIABÉTICA.** Esta indicado porque en estos pacientes previene la progresión de la enfermedad renal y reduce las secuelas clínicas (diálisis peritoneal, transplante renal y muerte).

REACCIONES SECUNDARIAS.

- Tos.
- Rash.
- Taquicardias, palpitaciones y dolor torácico.
- Alteración del gusto (disgeusia)
- Anemia, trombocitopenia y neutrocitopenia / agranulocitosis.
- Astenia, ginecomastia.
- **Captopril** sublingual en caso de T/A diastólica mayor a 110 mm Hg.

METAMIZOL

- **Metamizol 1 g. Iv c/8 Hras. (Analgésico y desinflama torio articular).**

El metamizol sódico se utiliza para el tratamiento asintomático de cualquier afección caracterizada por dolor agudo y fiebre. Alivio general del dolor agudo o crónico de diversas etiologías como cefalalgia, ciática, neuralgia y en varios tipos de afecciones reumáticas. Brinda rápido alivio a dolor y de la desinflamación articular.

CONTRAINDICACIONES.

Insuficiencia hepática, renal aguda o crónica, hipersensibilidad e idiosincrasia al medicamento.

GLIBENCLAMIDA.

- **Glibenclamida V.O 1 Tab. Después de cada alimento. (Hipo glusemiante oral).**

INDICACIONES TERAPEUTICAS.

Diabetes mellitus tipo II no insulino dependiente cuando los niveles de glucosa no puedan ser controlados adecuadamente a través de la dieta, ejercicio físico y reducción de peso.

Como toda sulfonilurea estimula el tejido insular a secretar insulina. Causa degranulación de las células beta, fenómeno asociado a mayor secreción de insulina. Es ineficaz en los pacientes pancreatectomizados e insulino dependientes.

La actividad hipoglucemiante de 5 mg. de Glibenclamida es equivalente a 1 g de tolbutamida o a 250 mg. de clorpropamida.

La Glibenclamida se absorbe muy rápidamente por vía oral y se une a proteínas plasmáticas, su vida media es de aproximadamente de 5 horas su pico máximo lo alcanza de 2 a 4 horas posteriores a su administración.

EFFECTOS SECUNDARIOS.

- Hipoglucemia.

ENOXAPARINA

- **Enoxaparina 40 mg. Subcutánea c/24 Hras.(anticoagulante).**

La Enoxaparina se usa para prevenir el desarrollo de coágulos en aquellos pacientes que están en reposo o que han sido sometidos a un reemplazo de caderas, de rodillas o que han tenido cirugía en el estómago. Se usa en

combinación con aspirinas para impedir las complicaciones relacionadas con la angina (dolor en el tórax) y los ataques cardíacos. También se usa en combinación con warfarina para tratar los coágulos en las piernas. La Enoxaparina pertenece a una clase de medicamentos llamados heparinas de bajo peso molecular. Funciona al detener la formación de sustancias que provocan la formación de coágulos.

La Enoxaparina viene envasada en forma de inyección en una jeringa para ser administrada debajo la piel (en forma subcutánea), pero no en el músculo.

Por lo general se administra dos veces al día. Usted probablemente empezará a usar este medicamento mientras está en el hospital y luego tendrá que utilizarlo por un total de entre 10 y 14 días.

Para inyectar la Enoxaparina, siga las siguientes instrucciones: Lávese las manos y el área donde administrará la inyección. Mire la jeringa para tener la seguridad de que el medicamento es de color claro e incoloro o amarillo pálido. Remueva la tapa de la aguja. No expulse el aire o el medicamento fuera de la jeringa antes de administrar la inyección a menos que su médico así lo indique. Acuéstese y pellizque un pliegue de la piel entre sus dedos índice y pulgar. Inserte toda la aguja en la piel y luego presione el émbolo de la jeringa para inyectar el medicamento. Mantenga apretada la piel entre los dedos mientras administra la inyección. No frote el área después de que administre la inyección.

Aunque los efectos secundarios de este medicamento no son comunes, podrían llegar a presentarse.

- Malestar estomacal.
- Fiebre
- Irritación o ardor en el sitio donde se administró la inyección.
- Sangrado o moretones inusuales.
- Heces negras o con sangre.
- Sangre en la orina.
- Inflamación de los tobillos y/o de los pies.

La Enoxaparina impide la coagulación de la sangre por lo que puede tardar más que lo usual detener una hemorragia si se ha cortado o si ha tenido un accidente. Evite las actividades que tiene un riesgo alto de provocar lesiones.

KETOROLACO

- **Ketorolaco 30 mg. Iv c/8 Hras. (*Analgésico a nivel de músculo liso*).**

El Ketorolaco se usa para aliviar el dolor y reducir la inflamación. Se usa por un tiempo corto (no más de 5 días) para tratar el dolor de dientes, las lesiones deportivas y otras afecciones que producen dolor. Siga cuidadosamente las instrucciones en la etiqueta del medicamento y pregúntele a su doctor o farmacéutico cualquier cosa que no entienda.

El Ketorolaco debe comenzarse como una inyección administrada en un hospital o centro médico de otro tipo.

El Ketorolaco viene envasado en forma de tabletas para tomar por vía oral. Por lo general se toma cada 4-6 horas, según sea necesario para el dolor, hasta un máximo de 5 días.

- Este medicamento puede provocar somnolencia (sueño).
- El Ketorolaco puede provocar malestar estomacal por lo que se recomienda tomarlo con alimentos o leche.

Aunque los efectos secundarios de este medicamento no son comunes, podrían llegar a presentarse.

- Cefalea (dolor de cabeza).
- Mareos.
- Nerviosismo.
- Malestar estomacal.
- Dolor de estómago o retortijones.
- Vómitos.
- Diarrea.
- Estreñimiento (constipación).
- Gases.

Si usted experimenta alguno de los siguientes síntomas, llame a su doctor de inmediato:

- Vómitos con sangre.
- Diarrea con sangre o heces negras y alquitranadas (de color petróleo).
- Pitido en los oídos.
- Visión borrosa.
- Inflamación en las manos, los pies, tobillos o piernas.
- Sarpullido (erupciones en la piel).
- prurito (picazón).

- **Insulina** con esquema de dextrostix c/ 4 Hras.

- **175 - 200-----> 4UI.**

- **200 – 250 -----> 8 UI.**

Hras.

- **250 - +++++ -----> 12 UI.**

Soluciones

* Fisiológica de 500 cc p/24.

8. CONCLUSIONES.

Con la realización de este trabajo puedo concluir, que la elaboración del proceso me deja una buena experiencia, ya que me permitió obtener una mayor habilidad en la detección de problemas en las necesidades de los pacientes hospitalizados, al igual que, la intervención más adecuadas para la satisfacción de esas necesidades. otra de las habilidades que me deja este trabajo es la adquisición de terminología medica.

El proceso de atención de enfermería es muy fácil de utilizar por ser una serie de pasos ordenados y sistematizados que nos ayudan a evaluar de una manera rápida a las personas detectando sus alteraciones en su salud y con ello brindar los cuidados pertinentes para el mejoramiento o prevención de alteraciones.

De esta manera se tuvo una evaluación favorable de la señora Maria Luisa sin complicaciones y con una buena recuperación.

Con respecto al modelo utilizado para la realización de este trabajo considero que fue una herramienta muy útil, ya que me permitió realizar una valoración mas objetiva de las necesidades alteradas y con ello brindar un mejor cuidado.

En la actualidad este modelo sigue vigente ya que se puede aplicar en cualquier parte del mundo por su forma tan objetiva de valorar las necesidades de vida de cualquier individuo ya que toma en cuenta desde lo biológico, psicológico, social e incluso lo espiritual.

9. GLOSARIO.

Acidosis: situación que se produce cuando en la sangre aumenta el ácido carbónico o disminuye el bicarbonato; pH en sangre por debajo de 7.35.

Acidosis respiratoria: es un estado de exceso de dióxido de carbono en el cuerpo.

Afasia: es la incapacidad de comunicarse por el habla, los signos, o la escritura, que resulta de una lesión o enfermedad.

Alcalosis: es un estado de aumento de bicarbonato en la sangre o disminuye en la sangre el ácido carbónico; pH en sangre por encima de 7.45.

Alcalosis respiratoria: es un estado de pérdida excesiva de dióxido de carbono del cuerpo.

Alveolo: dilatación de tipo de saco o cavidad en el cuerpo.

Anoxemia: un estado en el que el nivel de oxígeno en sangre está por debajo de lo normal.

Anoxia: ausencia o reducción sistémica de oxígeno en los tejidos corporales por debajo de los niveles fisiológicos.

Ansiedad: un estado de intranquilidad mental, miedo o terror, que produce un aumento en el nivel del despertar debido a una amenaza inminente o anticipada al yo o a las relaciones significativas.

Antibiótico: una sustancia producida por microorganismos que tienen la capacidad de inhibir el crecimiento o matar a otros microorganismos.

Antipirético: una sustancia que es eficaz en aliviar la fiebre.

Antiséptico: un agente que inhibe el crecimiento de algunos microorganismos.

Asepsia: liberar de infección o de materia infecciosa.

Auscultar: Escuchar, aplicando el oído inmediatamente, o por medio de instrumentos adecuados, los sonidos que se producen en el cuerpo, especialmente en el pecho y abdomen.

Capacidad inspiratoria: la máxima cantidad de aire que puede inspirarse después de una inspiración normal.

Capacidad pulmonar total: el máximo volumen al que pueden expandirse los pulmones.

Capacidad residual funcional: volumen de aire que permanece en los pulmones después de una expiración normal.

Deshidratación: Pérdida excesiva de líquidos corporales.

Escara: un esfaleo de proteínas plasmáticas secas y células muertas; Producidas a menudo por las quemaduras, aplicación corrosiva o gangrena.

Fómite: un objeto inanimado diferente a la comida que pueda alojar microorganismos causantes de enfermedad y transmitir una infección.

Inmovilidad: restricción prescrita o inevitable del movimiento en cualquier área de la vida de una persona.

Palpación: Método exploratorio consistente en aplicar los dedos o la mano sobre las partes externas del cuerpo o las cavidades accesibles.

Posición semi – fowler: una posición de sentado en la cama en la que la cabecera se encuentra elevada por lo menos 30 ° con o sin flexión de las rodillas; También llamada posición fowler baja.

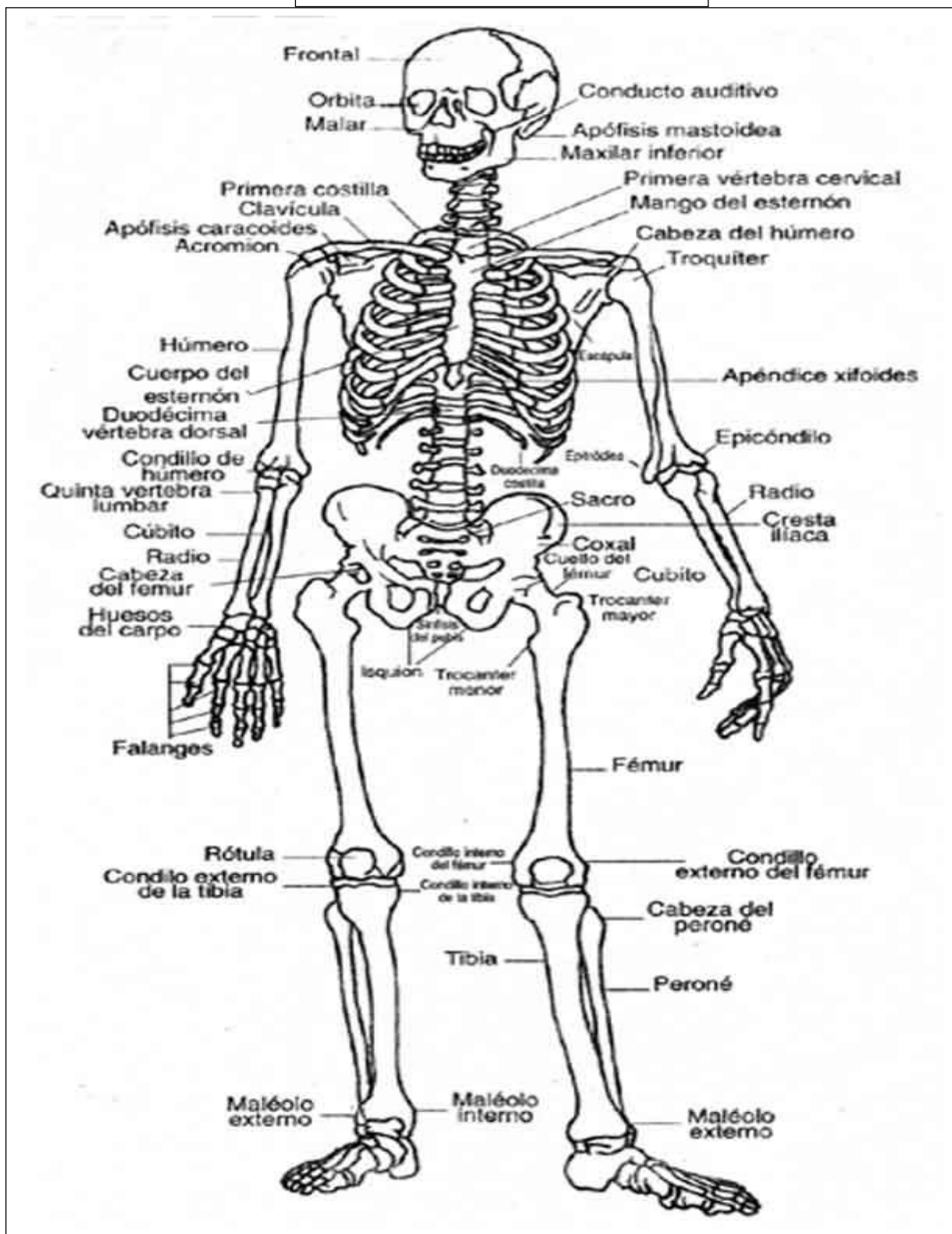
Proceso de enfermería: un proceso sistémico en cinco pasos usados para planificar y brindar cuidados de enfermería.

Úlcera por decúbito: úlcera de la piel y tejidos subyacentes producidas por presión prolongada.

Valoración de enfermería: datos recogidos durante la entrevista entre la enfermera y el cliente.

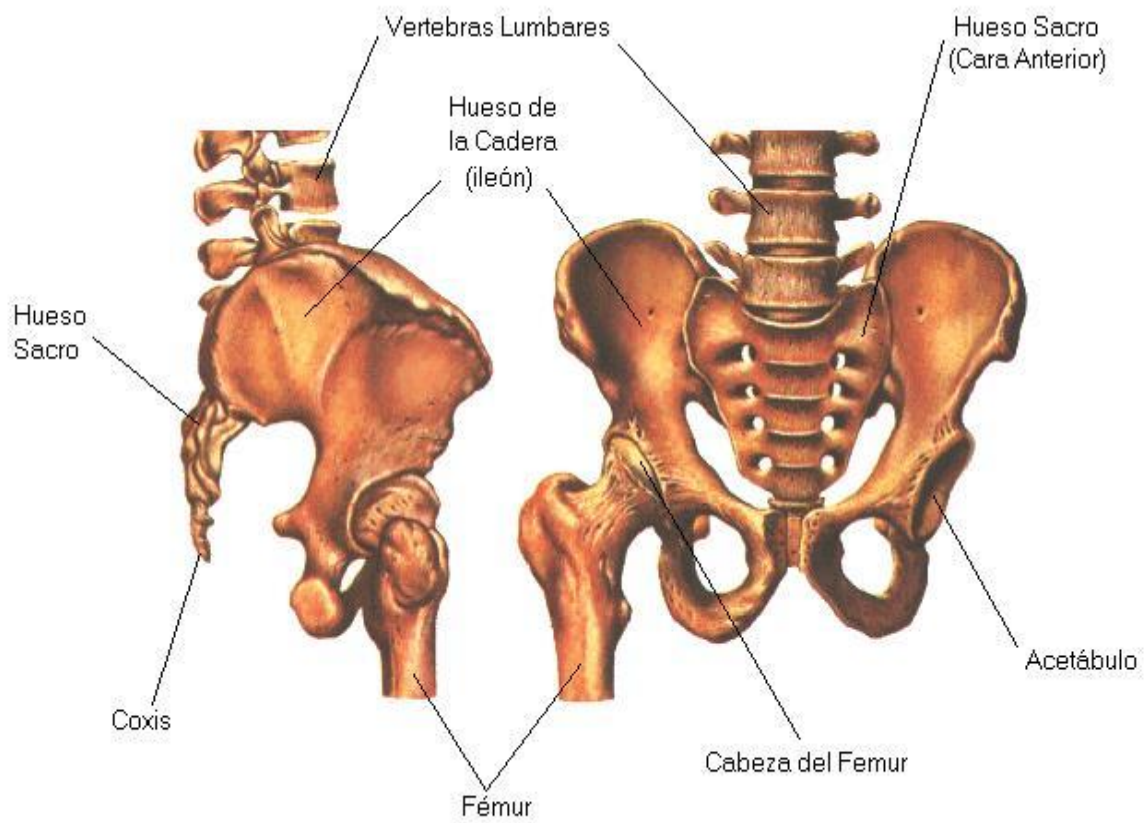
Volumen corriente: es el volumen de aire que se inspira y expira normalmente.

SISTEMA OSEO



ANEXO 2.

PELVIS¹



¹ Tomado de trabajo de exposición de Fx. De Cadera.

ANEXO 3 Reglas básicas para movilizar correctamente a la persona mayor con problemas de movilidad

El familiar y el cuidador también deben adoptar posiciones correctas para evitar problemas musculares y de columna vertebral. Debemos recordar que los músculos de las piernas son más fuertes que los de la espalda. Por tanto, para levantar a un enfermo, conviene doblar siempre las rodillas, manteniendo la espalda recta e inclinada hacia delante desde las caderas.

Los pies del cuidador se colocan separados, bloqueando uno, a su vez, los pies del enfermo y situándose en la dirección del movimiento.

Cuando el paciente es demasiado pesado o está muy incapacitado, se pueden utilizar medios mecánicos, como grúas, que son de gran utilidad.

Movilización correcta en las distintas posiciones en que se puede encontrar una persona mayor inmovilizada

Giros en la cama: La persona mayor tiende a moverse poco en la cama y convencerle de que lo haga, y que lo haga en giros. Es más fácil dar la vuelta sobre un colchón firme.

Los ancianos que aún conservan cierta movilidad pueden hacer los giros por sí solos. Para ello, deben doblar las rodillas y apoyar los pies sobre la cama, ladear las piernas hacia el lado sobre el que se va a realizar el giro, entrelazar las manos y levantarlas estirando los codos al mismo tiempo para, finalmente, girar la cabeza y desplazar los brazos hacia ese mismo lado

En caso de que el paciente esté más incapacitado, el familiar o el cuidador deben ayudarlo a realizar el giro colocándose a su lado. Siguiendo los pasos descritos anteriormente, se le sujetan los brazos por las muñecas y las piernas por las rodillas y se tira con suavidad del enfermo hacia el lado del giro. Al paciente se le pide que mire sus manos durante el giro para que mueva su cabeza al mismo tiempo.

Levantarse de la cama: Los ancianos dependientes pero con movilidad pueden: mover las piernas hasta el borde de la cama, apoyarse en el codo y en la mano, levantar la cabeza y bajar los pies al suelo quedando sentados en la cama.

- Si el enfermo necesita ayuda, nos colocamos frente a él con las caderas flexionadas y nuestras rodillas pegadas a las suyas, bloqueando sus pies con los nuestros.

Pasamos los brazos a su espalda por debajo de las axilas, invitándole a que intente levantarse y, en ese momento, tiramos hacia arriba hasta colocarle de pie.

El sedentarismo: Afecta una parte importante de la población anciana, aun gozando de buena salud y autonomía en su movilidad, sufre afecciones crónicas como problemas articulares, debilidad muscular, en especial para la sustentación del tronco, problemas circulatorios y falta de coordinación motora.

En muchos casos, los ancianos ocupan una butaca durante bastantes horas al día. A continuación se anotan algunas recomendaciones de cómo deben de ser las sillas y los sillones de las personas mayores con problemas de movilidad:

- Los reposabrazos son fundamentales para una mayor comodidad y para facilitar los movimientos de sentarse y levantarse. Existen sillas recomendables de distintos tipos y alturas.
- El respaldo debe proporcionar un buen soporte a la espalda y a los hombros, lo que implica apoyo lumbar y torácico.
- En los sillones de descanso, es conveniente que el respaldo sea lo suficientemente alto como para apoyar la cabeza.
- La firmeza del acolchado es un factor clave para proporcionar comodidad y facilitar la entrada y salida del asiento.
- La tapicería debe ser fácil de limpiar.

Postura correcta del anciano sentado: Es permanecer con la espalda apoyada en el respaldo de la silla. Distribuir la carga del peso del cuerpo por igual en ambas caderas. Caderas, rodillas y pies, en flexión de noventa grados. Apoyar totalmente los pies en el suelo y evitar que queden colgando. Si es necesario, se coloca un banquillo para apoyar toda la planta del pie.

Levantarse de la silla: La mayoría de los ancianos tiende a apoyarse en su bastón o a sujetarse en cualquier objeto que tenga delante cuando va a incorporarse de una silla.

Esto puede ser peligroso, además de mucho más difícil e incomodo.

- El sujeto debe desplazarse hasta el borde de la silla y llevar el tronco y la cabeza hacia delante. Con los pies bien apoyados sobre el suelo y ligeramente separados, se da un pequeño impulso sujetándose con las manos a los brazos del sillón.
- A los ancianos con un brazo impedido o limitado más que el otro les resulta más fácil levantarse apoyando su brazo sano en el brazo de la silla e impulsándose sobre su pierna sana.
- Nunca se debe tirar del enfermo para ayudarlo a levantarse por rutina; hay que animarlo a que lo haga por sí mismo. Si esto no fuera posible, se le ha de prestar la ayuda mínima, dándole un pequeño impulso desde la espalda o sujetándole por la cinturilla del pantalón.
- Cuando el paciente está más incapacitado, se le ayuda a incorporarse sujetándole por la espalda. Se bloquea la parte externa de la rodilla del paciente, con la rodilla del familiar o cuidador, colocando uno de los pies del familiar o cuidador entre ambos pies del paciente.

Sentarse en la silla: El anciano no debe nunca arrojarse sobre la silla, sino aproximarse lo suficiente hasta tocarla con la parte posterior de las rodillas. En esta posición, debe coger con las manos los brazos del sillón, inclinarse hacia adelante y doblar las rodillas hasta sentarse. Cuando el anciano está más incapacitado y necesita la ayuda de una persona, se le sujeta por la espalda bloqueando las rodillas y los pies del anciano.

Para que mantenga la postura correcta y se impida que se deslice en la silla, se le sujeta el tronco por debajo de sus brazos hasta pegar su espalda por completo al respaldo del sillón.

Bipedestación: Constituye la actitud normal del ser humano que se sostiene con dos pies. La tendencia del anciano en esta posición es adoptar una actitud encorvada en exceso. Por ello, es importante recordarle que auto corrija esa postura y se mantenga lo más erguido posible.

La posición idónea en bipedestación supone: colocar los pies separados, uno de ellos avanzado ligeramente con respecto al otro; Mantener las caderas paralelas y el tronco erguido, aunque con una ligera flexión y las plantas de los pies apoyadas por completo en el suelo.

Para los ancianos que han perdido su capacidad para la deambulación, pero que aún pueden levantarse solos de una silla, es importante que mantengan la bipedestación durante algunos minutos. Para dar la máxima seguridad al paciente y prevenir posibles caídas es conveniente realizar esta actividad frente a una mesa estable. En esta posición, el apoyo alternativo de las piernas proporciona mayor estabilidad y relajación. Debe animarse al anciano a que se levante y se siente cuantas veces sea posible para prevenir la aparición de escaras. Para los ancianos hemipléjicos, que han perdido el control del equilibrio, es muy importante que mantengan sus miembros en una buena posición: manos colocadas sobre la mesa y plantas de los pies totalmente apoyadas sobre el suelo.

En los ancianos con fractura de cadera conviene evitar, en lo posible, la tendencia a la rotación externa (es decir, punta del pie hacia afuera), recordándoselo y ayudándoles a corregir la postura.

Cuando el anciano no tiene el equilibrio necesario para mantenerse en bipedestación, es preciso permanecer a su lado. No ha de olvidarse que, al menor síntoma de cansancio o dolor, debe sentarse.

La marcha: La deambulación constituye una de las manifestaciones elementales del ser humano y es importante para conseguir una calidad de vida suficiente. La marcha puede verse dificultada en el anciano por diversas razones: enfermedades físicas o psíquicas, el propio proceso de envejecimiento o razones de tipo social. En gran número de ocasiones se hace necesario, o al menos aconsejable, la utilización de un medio auxiliar (bastón, muleta, etc.).

Cuando el anciano no precisa ninguna ayuda y puede caminar de forma independiente, debe orientársele para que mantenga una postura erguida y relajada, acompañada del balanceo de sus brazos. Como el anciano tiende a arrastrar los pies por el suelo, es preciso recordarle que debe levantarlos apoyando primero el talón y luego la punta.

Cuando tenga una marcha inestable y necesite ayuda, el familiar o el cuidador debe caminar a su lado sujetándole por las dos manos para proporcionarle la máxima seguridad.

Los medios mas utilizados por los ancianos son:

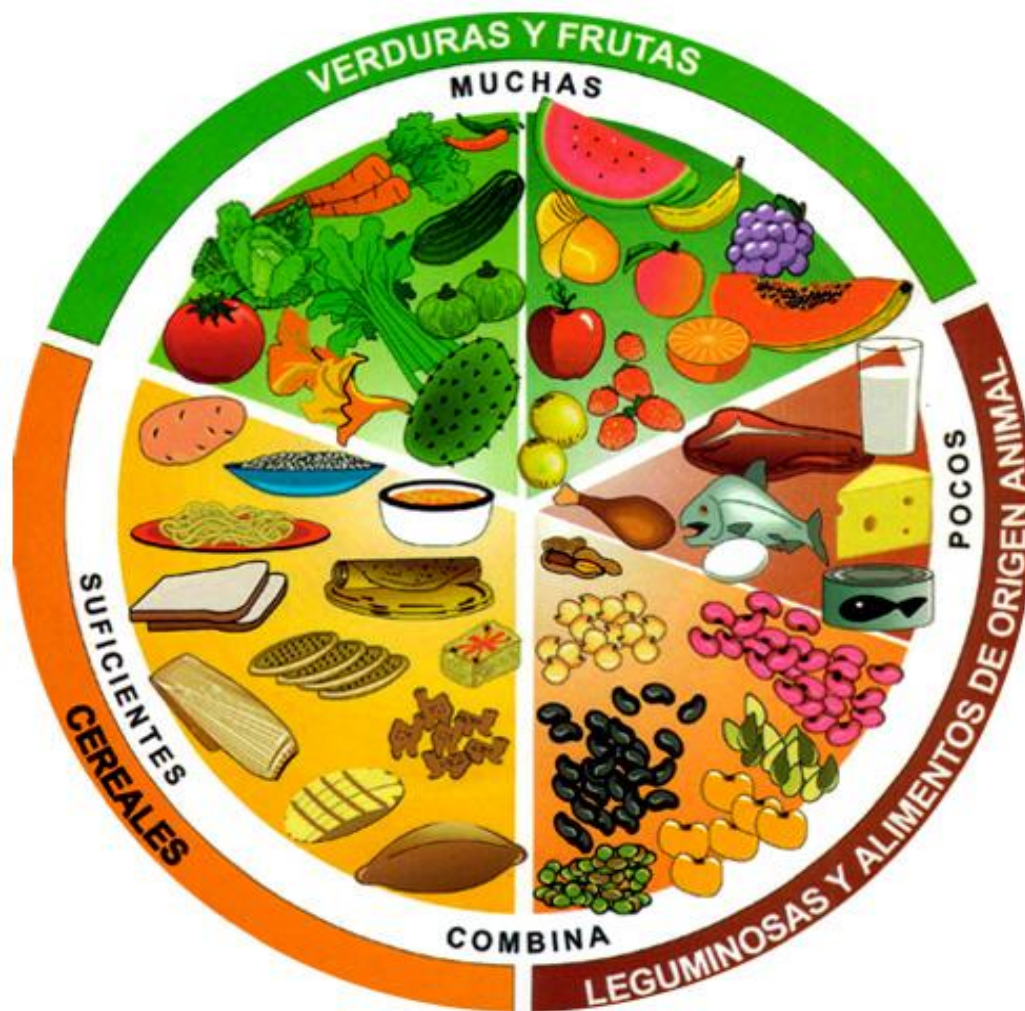
* Muletas con codo. Son las de manejo más sencillo, pero en ocasiones no proporcionan la estabilidad necesaria, por lo que son rechazadas por algunos ancianos. Es muy importante su utilización correcta, colocando bien el brazo en la abrazadera y la mano en la empuñadura.

* Bastones. Es el medio más común. El bastón debe prolongar al brazo contrario a la pierna afectada, aumentando así la base de sustentación, para lo cual se utiliza ligeramente adelantado y en paralelo al cuerpo. Es necesario tener en cuenta la altura y el peso de cada individuo y comprobar que la punta lleva una goma antideslizante.

El bastón es útil como punto de apoyo si se utiliza como tal y no si se arrastra.

* Trípode y bastones de cuatro patas. Son más estables. Están indicados sobre todo en personas de edad avanzada y con gran inestabilidad. Es importante que tengan la altura adecuada.

* Andadores. Pueden llevar ruedas o no. Para manejarlos de manera adecuada, es necesario tener prensión y fuerza en las dos manos, agarrarlos por la empuñadura y situarse cerca de ellos. El anciano tiende a colocarse a más distancia, favoreciendo el riesgo de caídas. Están indicados en fases agudas o cuando existe una inestabilidad elevada.



ANEXO 5 VALORACIÓN SUBJETIVA DEL PACIENTE ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

- Padre finado por complicaciones de diabetes mellitus tipo II.
- Madre aparentemente sana.
- 6 Hermanos aparentemente sanos.
- 2 hijos aparentemente sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

- Habita en casa propia cuenta con todos los servicios de urbanización, consta de dos plantas, cuenta con 15 escalones sin desniveles, la distancia del baño a la cama es de aproximadamente de 4 metros.
- Utiliza bastón para caminar desde hace tres meses en mano derecha.
- Esquema de vacunación al corriente.
- Niega tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Diabetes Mellitus tipo II de 15 años de evolución, controlada con Glibenclamida 1 tab. C 12 Hras.

Hipertensión Arterial Sistémica, de un año de evolución actualmente controlada con Nifedipino.

11. BIBLIOGRAFÍA.

- Colliere Marie Françoise, Promover la vida, 1ª ed, Madrid, Ed Mc Graw Hill, 1993, 395 p.
- Kozier Bárbara, Enfermería Fundamental conceptos, procesos y practica, 4ª Ed. México Mc Graw Hill Interamericana 1999 1597 p.
- Luís F. Maria Teresa, Diagnósticos Enfermeros, Ed. Barcelona España, Masson, 163 - 164 p.
- Murria Mary, Atkinson Leslie, Proceso Atención De Enfermería, 5ª. Ed Mc Graw Hill Interamericana. México, 1996, 1 – 120 p.
- NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, Ed Madrid España, Elsevier, 2003, 287 p.
- Rojas Soriano Raúl, Proceso Salud-Enfermedad, 2 ed. México D.F, Plaza y Valdez, 1997, 220p
- Rosales Barrera S, Reyes Gómez E. Fundamentos de Enfermería, 3ª edición. México, Ed. Manual moderno. 2004. 636 p.
- Tortora Gerard J., Reynolds Grabowski, Principios de anatomía y fisiología, México, Ed.Oxford University Press, 2002, 1178 p.