



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

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

**“EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD
POR FRACTURA DE CADERA EN LA PERSPECTIVA DE VIRGINIA
HENDERSON”**

**PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

SUSANA JOSEFINA CAMPOS SALAZAR

No DE CUENTA: 91370321

DIRECTORA DEL TRABAJO

MTRA. IÑIGA PÉREZ CABRERA.

México, D. F.

2016.



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.

Dedicatorias

*Por sus manifestaciones de amor,
comprensión, alegrías, y solidaridad
durante mi proceso de aprendizaje.*

*A la Mtra. **Iñiga Pérez Cabrera:**
Quien con acierto me guío en mi camino.*

*A mi madre hermosa:
Ma. Antonia Salazar García
Quien me enseñó a vivir con libertad*

*A mi padre **Carlos J. Campos Rosales**
quien sembró su arbolito en mi corazón.*

*A mi esposo: **Delfino Salazar Galicia** que
con amor e incondicional apoyo me
acompaña.*

*A mi hija amada: **Dayana Salazar Campos** que con besos me dice al oído, te amo mami “eres la razón de mi vida”.*

Yo contesto “tú eres la razón de la mía”.

*A mi Hijo **Alexis Salazar Campos** que Dios me bendijo con su presencia y amor.
Mami “eres la razón de mi vida”.
Yo contesto “tú eres la razón de la mía”.*

A mis hermanos que con madurez y comprensión me apoyaron con paciencia, amor y alegría.

A todos mis seres queridos y a todas las personas con quienes he coincidido en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A la **UNAM**, gracias por ser parte de mi formación como profesional en enfermería.

A mis profesores que me impulsaron en mi proceso como profesional en Enfermería.

Por todo y cuanto me han ayudado con su amor y confianza.

Continuaré con el ejemplo de servir con amor y humildad.

INDICE

	Pág.
1. INTRODUCCION	
1.1. <i>Justificación</i>	7
1.2 <i>Objetivos</i>	8
1.3 <i>Metodología</i>	8
2. MARCO TEÓRICO	
2.1 <i>Concepto de geriatría</i>	10
2.2 <i>Importancia de la geriatría</i>	10
2.3 <i>Concepto de fracturas</i>	11
2.4 <i>Fractura de cadera</i>	11
2.4.1 <i>Aspectos Generales de las fracturas de cadera</i>	12
2.4.2 <i>Tipos de fracturas de cadera</i>	13
2.4.3. <i>Tratamiento</i>	15
2.5 <i>Proceso Atención de Enfermería. (PAE) Definición (NANDA)</i>	15
2.6 <i>Características del proceso atención de enfermería</i>	16
2.7 <i>Etapas del proceso atención de enfermería</i>	16
2.8 <i>Antecedentes de Virginia Henderson</i>	17
2.9 <i>Modelo conceptual de Virginia Henderson</i>	19
2.10 <i>Conceptos básicos de enfermería</i>	19
3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA	
3.1 <i>Valoración de las 14 necesidades</i>	35
3.2 <i>Necesidades alteradas</i>	37
3.3 <i>Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación de enfermería</i>	38
3.4 <i>Plan de alta</i>	51
CONCLUSIONES	
Sugerencias.....	55

Bibliografía

<i>Anexo 1.- Glosario</i>	57
<i>Anexo 2.- Síntomas de la fractura de cadera</i>	57
➤ <i>Manifestaciones clínicas de una fractura de cadera</i>	57
➤ <i>Complicaciones</i>	57
➤ <i>Complicaciones de la inmovilidad después de una cirugía de cadera</i>	57
➤ <i>Factores de riesgo de la trombosis venosa profunda (DVT)</i>	59
➤ <i>Síntomas de la trombosis venosa profunda (DVT)</i>	59
<i>Anexo 3.- Orientación para el alta de la paciente con fractura transtrocantérica</i> ...	60
<i>Anexo 4.- Pirámide de la alimentación para mayores de 70 años</i>	62

1. INTRODUCCION

En personas adultas mayores la incidencia de las fracturas de cadera es muy alta por la fragilidad ósea debido a la osteoporosis, que se produce por una menor cantidad de los componentes minerales y una disminución de la densidad de la parte interna del hueso que se vuelve porosa a causa de la pérdida de calcio principalmente.

La osteoporosis, enfermedad sistémica esquelética caracterizada por disminución de la densidad mineral ósea en la que la microarquitectura de los huesos aumenta la fragilidad y el riesgo de sufrir fracturas. Esta patología es asintomática y puede pasar desapercibida durante muchos años hasta que finalmente se manifiesta con una fractura, más comunes en mujeres que en hombres, porque éstas tienen menor masa ósea y a partir de la menopausia la pérdida de calcio y minerales es mayor por la baja de estrógenos,¹ lo que incrementa el riesgo de fractura ante una caída o un golpe fuerte. También son factores de riesgo que pueden llevar a una fractura, la vida sedentaria, mala nutrición y alteraciones periódicas del equilibrio.

A nivel mundial se estima alrededor de 1,700 000 casos de fractura de cadera; de los cuales el 70% suceden en mujeres. (Avellana 2007). En las últimas décadas la esperanza de vida después de los 60 años ha propiciado el crecimiento exponencial de fracturas de cadera, debido a los numerosos factores como reducción en densidad mineral ósea y aumento en el riesgo de caídas que se producen con la edad (Moreno, 2006). Para el año 2050, se prevé que ocurrirán alrededor de 6,300,000 casos (Avellana 2007).² De hecho, son la causa más frecuente de muerte por traumatismo, después de los 75 años de edad.

Ante estos casos y debido a que la población de adulto mayor ha aumentado en los últimos años siendo la geriatría en un futuro cercano en excelente campo de trabajo para el Licenciado de Enfermería y Obstetricia que exige una particular competencia profesional para otorgar cuidados de calidad, con criterios éticos.

El presente trabajo se realizó con la finalidad de mostrar cómo se aplica el proceso de atención de enfermería a una paciente adulta mayor con trastorno de la movilidad física debido a fractura de cadera con base en el modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson.

1.1 *Justificación.*

En términos generales, los profesionales de la disciplina de la enfermería son los responsables de ofrecer a la sociedad un cuidado de calidad y buscar las formas

¹ Zacarías Castillo, Rogelio; Reza Albarrán, Alfredo. Osteoporosis en la menopausia: Consideraciones fisiopatológicas. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 14, No. 3 Julio-Septiembre 2006 pp 156-158 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2006/er063g.pdf> Tomado el 4 de noviembre de 2015.

² Gallardo García, Gabriela, et-al. Diagnóstico y Tratamiento de las fracturas transtrocantericas de fémur en pacientes mayores de 65 años. México: D.F. Ed. www.cenetec.salud.gob.mx. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/267_GPC_FRACTURAS_TRANSTROCANTERICAS/TranstER.pdf, consultado el 24 de noviembre de 2015.

de mejorarlo. Por lo tanto, es indispensable un nivel de conocimientos propios de la profesión, las habilidades procedimentales y técnicas que le permitan un desempeño más autónomo con base en el modelo del proceso para mejorar e implementar las acciones acordes a los fenómenos relacionados con las necesidades de salud detectadas.

Lo anterior sirve de base para una atención integral mediante un cuidado humanista con pensamiento filosófico, con la finalidad de ofrecer cuidados más personalizados y de mejor calidad en beneficio de la sociedad.

1.2 *Objetivos*

- *Objetivo General*

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería con el modelo conceptual de las catorce necesidades de Virginia Henderson a un paciente con Fractura de Cadera Transtrocantérica.

- *Objetivos Específicos*

- Recopilar información necesaria mediante la observación, expediente clínico, entrevistas a, médicos, enfermeras y familiares para conocer mejor los datos sobre el paciente.
- Identificar a través de la valoración: la independencia o grado de dependencia de la persona.
- Reconocer las causas de dificultad (falta de fuerza, voluntad o conocimiento, en el caso de dependencia)
- Determinar con base a las causas de dificultad; los diagnósticos y el rol de enfermería para ayudar a la persona en la recuperación de su independencia.
- Planear teniendo como referencia los diagnósticos de enfermería los cuidados independientes, dependientes e interdependientes que ayudan a la persona a recuperar su independencia.
- Realizar las intervenciones con base en los diagnósticos de enfermería enfocadas al mantenimiento de las condiciones óptimas de salud.
- Evaluar el impacto de la ejecución de las intervenciones en función de la independencia y de la satisfacción de sus necesidades.
- Proporcionar una atención de enfermería integral con calidad y calidez.

1.3 *Metodología*

- Tipo de investigación
Observacional, aplicada, descriptiva.
- Universo de trabajo:
Paciente femenino de edad mayor de 76 años operado en el servicio de Cadera del HGR 2 Villa Coapa, México, D.F. en octubre del 2015.
- Variable dependiente
Fractura de Cadera Transtrocantérica
- Variable independiente

Sexo, edad, religión,

Para realizar este Proceso de Atención de Enfermería se consideró la teoría de Virginia Henderson, la cual establece catorce necesidades, los niveles de independencia –dependencia, y los requerimientos para alcanzar un nivel de salud e independencia con conocimiento, que permiten a las enfermeras individualizar el cuidado a cada situación específica del paciente.

Recursos:

- Materiales: ENEO, Biblioteca, CETIC.
- Humanos:
Pasante de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia de la ENEO.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 Concepto de Geriatría.

Geriatría del griego geron = vejez y tría = curación; Es la rama de la medicina interna, que estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades de la vejez en tanto que la Gerontología del griego geron = anciano y logos = tratado, estudio científico de la vejez y los fenómenos que la caracterizan.

La geriatría es la medicina del adulto mayor. Se dedica a la atención de su salud, previenen sus enfermedades, diagnostica y trata sus enfermedades dentro de un contexto socioeconómico, indica su rehabilitación y hace un seguimiento. En la actualidad esta especialidad se extiende a problemas que tiene que ver con su mente (Tanatología) y finalmente lo apoya en sus necesidades religiosas.³

2.2 Importancia de la geriatría.

La geriatría nace como una respuesta al abandono de pacientes ancianos, la mayoría reclusa, postergada y olvidada en cama de hospitales para enfermos crónicos; sin embargo, se vio que mucho de esos pacientes ancianos, tenían muchas posibilidades de tratamiento y por lo tanto de curación, y que la cronicidad de su enfermedad e invalidez estaba en la carencia de un atención médica oportuna y adecuada, que se convierte en un factor potencial que predispone al adulto mayor a presentar una luxación o hasta presentar una fractura de cadera.⁴

De acuerdo a los aspectos generales de envejecimiento: El envejecimiento es el proceso normal de cambios relacionados con el paso del tiempo, que inicia con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. La ancianidad es la fase final de la vida.

La definición de la ancianidad varía según el marco de referencia que se emplee. Así una persona de 35 años sería considerada como un anciano por su hijo de 10 años y como joven por sus padres de 65 años. De igual manera un individuo activo de 65 años opinaría que los 75 años son el inicio de la ancianidad.

El envejecimiento primario consiste en los cambios derivados del envejecimiento normal, y se caracteriza por su universalidad, progresivo, decreciente (cada vez menor) intrínseco (proveniente de la persona misma). Su carácter universal es el criterio principal que lo distingue del envejecimiento secundario o patológico. Con base en los rasgos citados, la enfermera puede diferenciarlos.

³ JA. Miguel., Ortiz H D. Gerontología, Geriatría y Medicina Interna. Publicación original. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM 2006: 7P. Disponible en [www.Facmed.unam.mx>05 Gerontologia](http://www.Facmed.unam.mx>05_Gerontologia). y <http://geriatriamed.blogspot.mx/> Consultado el 10 de octubre del 2015.

⁴ Hernández Cabrera, Remedios. PAE Aplicado a un paciente geriátrico, con trastorno para la movilidad física por fractura de cadera derecha, con base en el modelo de "Virginia Henderson", México: ENEO-UNAM, 2002. Pág. 8.

El secundario o patológico es resultado de factores de influencia ajenos a la persona. Las enfermedades, contaminación ambiental y luz solar son ejemplos de factores ambientales que suelen acelerar el envejecimiento. La enfermera puede coadyuvar en la eliminación o posposición del envejecimiento secundario.

Los cambios celulares y extracelulares en la etapa de la vejez deterioran la apariencia y función física. Existen cambios medibles en la forma y composición del cuerpo. Los adultos mayores se encogen, disminuyen el ancho de su espalda y aumentan la circunferencia torácica, el abdomen y el diámetro pélvico. La piel se torna delgada y arrugada. La masa corporal de apoyo disminuye y la masa grasa aumenta. La grasa (tejido adiposo) se redistribuye desde los tejidos subcutáneos y las extremidades, al tronco.

El mantenimiento del homeostasis dentro del cuerpo resulta creciente y difícil. Los sistemas orgánicos no pueden funcionar con toda su eficacia debido al déficit celular y tisular. Las células resultan menos capaces de reemplazarse a sí mismas porque se acumula un pigmento conocido como lipofuscina. Dentro del tejido conectivo, la degradación de elastina y colágeno ocasiona que los tejidos se hagan rígidos y menos elásticos.

Por lo tanto, el bienestar general de los ancianos depende de factores físicos, mentales, sociales y ambientales. La evaluación completa del estado de salud abarca los sistemas y aparatos corporales principales, estado mental y situación social, así como la capacidad para funcionar como persona independiente, no obstante la presencia de enfermedades crónicas.⁵

2.3 Concepto de fractura.

Una fractura es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea o cartilaginosa, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso. El término es extensivo para todo tipo de roturas de los huesos, desde aquellas en que el hueso se destruye amplia y evidentemente, hasta aquellas lesiones muy pequeñas e incluso microscópicas.⁶

El hueso es la parte más directamente afectada, pero también suelen estarlo otras estructuras; el resultado es edema en tejidos blandos, hemorragia muscular y articular, luxación, rotura de tendones, seccionamiento de nervios y lesiones vasculares. También pueden lesionarse vísceras por la fuerza que origina la fractura o los fragmentos de la misma.

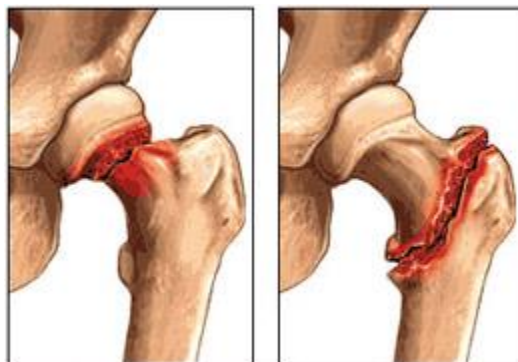
Estas lesiones tienen lugar cuando el hueso se ve sometido a esfuerzos mayores de los que puede soportar. Las fracturas pueden depender de golpes directos, fuerzas aplastantes, movimientos repentinos de torsión y contracturas musculares muy intensas.

⁵ *Ibidem*. Pág. 9-11.

⁶ Manejo de heridas. Disponible en: <http://lasheridas.blogspot.mx/2015/06/heridas-por-fracturas-una-fractura-es.html>. Tomado: 15 de octubre de 2015.

2.4 Fractura de cadera

Una fractura de cadera es una ruptura en los huesos de la cadera (cerca de la parte superior de la pierna). Puede suceder a cualquier edad, aunque es más común en las personas de 65 años o más. A medida que envejece, la parte interna de los huesos se vuelve porosa por perder masa ósea. Con el tiempo, esto debilita los huesos y hace que tengan más probabilidades de quebrarse. Las fracturas de cadera son más comunes en las mujeres porque tienen una masa ósea menor por naturaleza y pierden masa ósea más rápido que los hombres.⁷ Las fracturas de cadera por lo general son provocadas por una caída.



Fuente: <http://lasheridas.blogspot.mx/2015/06/heridas-por-fracturas-una-fractura-es.html>

Cuando se fractura la cadera se presentan o experimentan los siguientes síntomas:

- •Dolor intenso en la cadera o en el área pélvica.
- •Equimosis y/o edema

En el área de la cadera.

- •Incapacidad de soportar peso con la cadera.
- •Dificultad para caminar.
- •Es posible que la pierna lesionada se vea más corta que la otra pierna y que esté girada hacia afuera.⁸

⁷American Academy of Family Physicians certified 04/2014, HONcode, Fuente, Management of Hip Fracture: The Family Physician's Role, **Fractura de Cadera**. Disponible en: <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/hip-fractures.html> Consultado: 14 de Octubre 2015.

⁸American Academy of Family Physicians, certified 04/2014, HONcode, Fuente, Management of Hip Fracture: The Family Physician's Role, **Fractura de Cadera, síntomas**, consultado el 14 de Octubre 2015, y disponible en: <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/hip-fractures/symptoms.html>.

2.4.1 Aspectos Generales de las fracturas de cadera

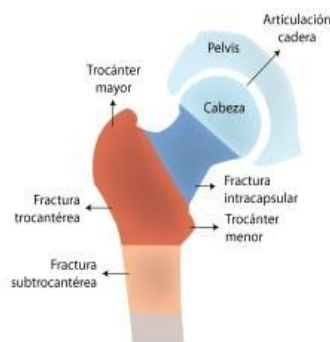
Como ya se mencionó a nivel mundial se estima alrededor de 1,700, 000 casos de fractura de cadera; de los cuales el 70 % suceden en mujeres. (Avellana 2007). En las últimas décadas la esperanza de vida después de los 60 años ha propiciado el crecimiento exponencial de fracturas de cadera, debido a numerosos factores como reducción en densidad mineral ósea y aumento en el riesgo de caídas que se producen con la edad (Moreno, 2006). Para el año 2050, se prevé que ocurrirán alrededor de 6, 300,000 casos (Avellana 2007).

En México, la pirámide poblacional muestra en la actualidad una inversión en los rangos de edad (INEGI); por consiguiente, la fractura transtrocantericas de fémur representará un problema de salud pública que requiere atención mediata por los subsistemas de salud. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se registraron en un hospital de tercer nivel un total de 1,365 fracturas para el año 2007. De las cuales, 912 correspondieron a fracturas transtrocantericas de fémur. Estas causaron el 90 % de la ocupación del servicio, con un promedio de estancia hospitalaria de 7.5 días. IMSS, UMAE (Unidad Médica de alta Especialidad) (Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez, 2007 (dato no publicado).

Con respecto a la mortalidad que causa esta fractura; se reporta alrededor del 20% en los pacientes durante el primer año (NZGG, 2007) New Zelanda Guidetlines group).⁹

2.4.2 Tipos de fracturas de cadera:

Las fracturas de cadera se clasifican según su localización anatómica y son: Fx. de cadera transtrocanterica, Fx. de cadera intertrocanterica, Fx. de acetábulo, Fx. de cadera basicervical, Fx. de cadera subcapital, Fx. de cadera subtrocanterica



Fuente: Vitalia. Expertos en Mayores. Disponible en: <http://www.vitalia.es/b5m38/fractura-de-cadera-tipos>

⁹Gallardo, García Gabriela, et-a. Diagnóstico y Tratamiento de las fracturas transtrocantericas de fémur en pacientes mayores de 65 años. México: D.F. Ed. www.cenetec.salud.gob.mx. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/267_GPC_FRACTURAS_TRANSTROCANTERICAS/TranstER.pdf, Consultado el 24 de noviembre de 2015.

- **Fracturas intertrocanteréas:** Se ubican entre el trocánter mayor y menor, son las más frecuentes del fémur proximal y habitualmente ocurren en pacientes de mayor edad por lo que, asociado a las enfermedades concomitantes, tienen alta morbi-mortalidad. Se caracterizan por ser fracturas extracapsulares que rara vez comprometen la irrigación de la cabeza del fémur, por lo tanto, el riesgo de necrosis es mínimo y un tratamiento quirúrgico precoz tiene en general buenos resultados. La incidencia de cada uno de estos tipos de fracturas es de 50%.
- **Fracturas del cuello femoral:** En general se deben a caídas en personas mayores con huesos osteoporóticos o fracturas en huesos patológicos, como por ejemplo, en tumores. No se debe olvidar que el paciente podría haber sufrido un accidente isquémico transitorio o un bloqueo aurículo-ventricular que haya generado una pérdida de conciencia y la posterior caída o por vértigo, que es frecuente en los ancianos por las insuficiencias vertebro-basilares. Las fracturas de cuello femoral son **fracturas intracapsulares** que comprometen la irrigación de la cabeza femoral y su viabilidad va a depender del grado de desplazamiento de los fragmentos, por lo tanto mientras más desplazados, mayor riesgo de necrosis.
- **Fracturas de cabeza femoral** resultan de impactos de alta energía, pueden asociarse a luxación de la cadera, fractura de cuello, pero hay que tener presente que junto con esta fractura puede haber compromiso de otro segmento u órgano del organismo.
- **Fracturas subtrocantéreas:** Son habitualmente fracturas asociadas a gente más joven en relación a las fracturas antes mencionadas. Son producidas por traumatismos de alta energía. El problema que tienen es que esta zona tiende a tener un retraso en su consolidación, por lo tanto genera cierta dificultad en la forma de evaluar el tratamiento y con alguna frecuencia van a evolucionar al retardo de consolidación o a la pseudoartrosis¹⁰.

En un estudio realizado en el hospital General Regional número dos Villa Coapa por el Dr. Téllez de las fracturas de cadera reportadas en el periodo comprendido de enero del 2010 al 2011 se reportó: Ciento cincuenta fracturas transtrocanteréas de cadera izquierda las cuales correspondieron al 27.8 % de las fracturas de cadera.¹¹ Este tipo de fracturas son las de mayor prevalencia en el hospital, información que coincide con la información que presenta el CENETEC.¹²

¹⁰ Fractura de cadera. Tipos Fractura de cadera. Vitalia. Expertos en mayores. Disponible en: <http://www.vitalia.es/b5m38/fractura-de-cadera-tipos> Tomado el 13 de enero de 2016

¹¹ Téllez, Factores de riesgo para infecciones de herida quirúrgica en pacientes operados por fractura de cadera en el HGR 2 Villa Coapa. México: D.F. 2011, Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2012/agosto/509227843/index.html> Consultado el 18 de noviembre del 2015.

¹² Centro Nacional de Excelencia Tecnológica de Salud. Guía de práctica clínica GPC, Intervenciones de enfermería en la atención del adulto mayor con fractura de cadera. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/gpc/IMSS . Consultado el 18 de noviembre del 2015.

2.4.3. Tratamiento

Tratamiento. La mayoría de las personas que tienen fracturas de cadera necesitan cirugía para asegurarse de que la pierna se cure en forma adecuada. El médico analizará con el paciente las opciones quirúrgicas.¹³

2.5 Proceso Atención de Enfermería. (PAE) Definición (NANDA).

El proceso de Atención de Enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite a los profesionales de esta disciplina prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.¹⁴

En el proceso de atención de enfermería se aplican los conocimientos a la práctica profesional. Esta práctica de los cuidados ha ido cambiando a lo largo de la historia; ha pasado de ser considerado como un oficio, a desarrollar un marco conceptual propio. Los cuidados de enfermería han tenido un importante desarrollo en los últimos años con el establecimiento de Procedimientos, Protocolos y Planes de Cuidado.

Esta profesionalización de los cuidados con actividades ejecutadas por enfermería, dan respuesta a una necesidad específica de salud en todos los campos: promoción, tratamiento y prevención. La organización de los recursos humanos en los servicios sanitarios no es un mero hecho de gestión sanitaria sino que contempla una filosofía de los cuidados.¹⁵

“Entre los cuidados más conocidos figuran:

- Cuidados funcionales o por tareas que se caracteriza porque el conjunto de tareas es distribuido a todo el personal de enfermería*
- Cuidados Progresivos se caracteriza por que los pacientes son distribuidos según su gravedad y cambian de unidad según su evolución, esta modalidad de cuidados no proporciona continuidad en los cuidados.*
- Cuidados globales o por paciente que se caracteriza porque el trabajo se realiza en equipo con una auxiliar de enfermería y se ocupan de un número determinado de pacientes.*

¹³American Academy of Family Physicians certified 04/2014, HONcode, Fuente, Management of Hip Fracture: The Family Physician's Role, Fractura de Cadera, Tratamiento, Consultado el 14 de Octubre 2015, y disponible en: <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/hip-fractures/treatment.html>

¹⁴ Actualización de Enfermería. NANDA, NIC NOC. Metodología Enfermería Disponible en <http://enfermeriaactual.com/metodologia-pae/> Consultado el 21 de noviembre de 2015.

¹⁵ Idem.

– *Cuidados integrales se caracteriza porque la enfermera se responsabiliza de los cuidados que necesita un paciente desde el ingreso hasta el alta.*¹⁶

El PAE utiliza una metodología que exige al profesional de enfermería conocimientos en las áreas de las ciencias biológicas, sociales y de comportamiento y, además, habilidades para poder valorar, decidir, realizar y evaluar la respuesta humana del sujeto(a) de atención hasta que alcance su potencial máximo de salud.¹⁷

2.6 Características Del Proceso Atención De Enfermería

- *Interpersonal*
- *Cíclico*
- *Universal*
- *Enfoque holístico*
- *Humanístico*

2.7 Etapas del proceso de atención de enfermería

El proceso de Atención de enfermería tiene 5 fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas:

- a. *Valoración,*
- b. *Diagnóstico de enfermería,*
- c. *Planeación,*
- d. *Ejecución-intervención,*
- e. *Evaluación.*

a.- *Valoración*

La valoración es la obtención de datos tanto objetivos como subjetivos, es la recogida de toda la información que necesitamos del paciente.

Las fuentes de información primarias: paciente, entrevista, observación, exploración física de enfermería (auscultación, inspección, palpación, percusión). En esta etapa determinamos el grado de dependencia/independencia en la satisfacción de cada una de las catorce necesidades, propuesta por Virginia Henderson: 1. Necesidad de Oxigenación. 2. Necesidad de alimentación e hidratación. 3. Necesidad de eliminación. 4. Necesidad de termorregulación. 5. Necesidad de evitar peligros. 6. Necesidad de moverse. 7. Necesidad de descanso y sueño. 8. Necesidad de uso de prendas de vestir. 9. Necesidad de protección a la piel. 10. Necesidad de comunicarse. 11. Necesidad de vivir según creencias. 12. Necesidad de trabajar y realizarse. 13. Necesidad de jugar y recreación. 14. Necesidad de aprendizaje.

b. *Diagnóstico de enfermería*

¹⁶ Ídem.

¹⁷ De Elorza Gustavo M., Manual de Enfermería Zamora, 4ª ed. Colombia: Ed. Zamora LTDA. MMXI Pág. 6.

El diagnóstico de enfermería se formula al determinar la necesidad. Estos diagnósticos pueden ser: Reales, Potenciales y de Salud. Otra formulación para diagnósticos es la del formato P.E.S (P=problema, E= etiología, S=signos y síntomas)

c. Planeación Sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas. Elección del modo de intervención. Determinación de actividades que implique a la persona en su propio cuidado.

d. Ejecución Se refiere a la ayuda a la persona para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir en forma tranquila. Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona.

e. Evaluación establece los criterios que indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la ejecución. Permite a la persona conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las 14 necesidades lo más rápidamente posible. La enfermera y la persona deben establecer si el plan ha sido efectivo y si hay algún cambio en el mismo.

En resumen, la persona se beneficia del uso del proceso de enfermería. Es así como se define el ámbito de la práctica de enfermería, identifica normas de atención mayor satisfacción laboral y desarrollo profesional.¹⁸

2.8 Antecedentes de Virginia Henderson

Virginia Avenel Henderson, nació el 19 de marzo de 1897, fue la quinta hija de ocho hermanos, originaria de Kansas City, Missouri. Pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía la abogacía en Washington D.C

En 1918 ingresó a la escuela de Enfermería del ejército en Washington D. C. y se recibió en 1921 e ingresó como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York,

1922 Inicia su carrera como docente. 1926 Ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y máster en arte en 1934.

1929 Ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York. 1930 A su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.

¹⁸Salazar Hernández, Imelda Y. Proceso atención de enfermería P.A.E, México: Eneo, Disponible en <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf> Consultado el 21 de noviembre de 2015.

1948 Hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del *Textbook of the Principles and practice of nursing*, de Bertha Harmer, publicado en 1939.

1955 Publica la sexta edición de este libro que contenía la definición de Enfermería de Virginia Henderson.

1953 Ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.

1959 a 1971 Dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Éste fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.

1960 Folleto: *Basic Principles of Nursing Care*, International Council of Nurse.

1953 a 1958 Trabajó en el proyecto dirigido por Leo W. Simmons, quien editó durante cinco años una encuesta nacional sobre la investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.

1966 Publica su obra *The Nature or Nursing* aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

- Catholic University.
- Pace University.
- University of Rochester.
- University of Western Ontario.
- Yale University.
- Old Dominion University.
- Boston College.
- Thomas Jefferson University.
- Emory University.

Es honrada con el primer Premio Cristiane Reimann, con el premio Mary Adelaine Nutting de la National League for Nursing de Estados Unidos, fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.¹⁹

¹⁹ Pacheco Ana Laura A. Ma. Aurora García P, Sofía Rodríguez Jiménez. Fundamentación teórica para el cuidado, Antología, México D.F, Ed. DEO, ENEO-UNAM, 2005, pág.181-182.

2.9 Modelo Conceptual De Virginia Henderson

Este modelo está Influído por el paradigma de Integración, pertenece a la Escuela de Necesidades. Utiliza la Teoría de Necesidades y desarrollo humano (Maslow, Erikson, Piaget) para conceptualizar la persona. Se basa en la necesidad de responder y aclarar cuál es la función propia de las enfermeras: ¿Qué hacen? ¿Cuál es su ROL? dentro del equipo multidisciplinario. La organización conceptual de los cuidados enfermeros está basada en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona, con referencia al desarrollo óptimo de su independencia.

Parámetros del modelo de Virginia Henderson

- La persona tiene necesidades de ayuda para conservar su salud o recuperarla, recobrar su independencia o morir en paz.
- La persona cuidada es un ser biopsicosocial y espiritual.
- La persona, sana o enferma, experimenta ciertas necesidades cuya satisfacción es esencial para su supervivencia.
- La persona se relaciona con su familia y con la comunidad en la que vive.
- La salud depende, en gran parte, de la capacidad de la persona para mantenerse independiente frente a la satisfacción de sus necesidades.
- Los cuidados enfermeros se sitúan dentro de un enfoque científico de resolución de problemas y se dirigen a unos cuidados personalizados.
- Los cuidados enfermeros suponen la utilización de un plan de cuidados escrito.

2.10 Conceptos básicos de enfermería de Virginia Henderson.

- El rol de la enfermera

Ayudar al individuo sano o enfermo, al mantenimiento y a la recuperación de la salud o asistirle en sus últimos momentos, mediante la realización de tareas que él mismo llevaría a cabo si tuviera la fuerza y la voluntad para ello o poseyera los conocimientos requeridos.²⁰

- Independencia

La capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

- Dependencia

Puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, La ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado, puede ocurrir que se realicen actividades que no

²⁰ M. Phaneuf. La Planificación de los Cuidados Enfermos. Pág. 10-11.

resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

- Autodeterminación

Es la capacidad de determinarse, es decir, de decidir a actuar, a tomar una decisión. También incluye una independencia emocional que permite a la persona librarse de pensamientos y sentimientos que existen en su medio.

Sin embargo, en el enfermo intentar que sea autónomo no significa empujarle u obligarle a hacer por sí mismo cosas que él rechaza. Un principio importante es el respeto a la voluntad de la persona y a sus capacidades es siempre primordial. Dicho modelo propone ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades, intentar motivarla para que llegue a ser independiente.

- Necesidad

Una necesidad es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social y espiritual y de asegurar su desarrollo.

- Naturaleza de las fuentes de dificultad (causas o etiología) en Virginia Henderson.

En esta aplicación del modelo de V. Henderson, las fuentes de dificultad pueden ser de naturalezas física, psicológica (emotiva y cognitiva), sociocultural y espiritual, o estar relacionadas con el entorno (medio, condiciones económicas, etc.).²¹

Conceptos del metaparadigma de Enfermería

Un metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta. El *metaparadigma de enfermería* es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Los conceptos globales del metaparadigma enfermero son:

- La persona.
- La salud
- El entorno
- El cuidado

Persona

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

²¹ Phaneuf. M. La Planificación de los Cuidados Enfermos. Pág. 13-14.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia conforman una unidad.

Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

Salud

La salud es la calidad de vida.

La salud es fundamental para el funcionamiento humano.

La salud requiere independencia e interdependencia.

Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo

Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

Entorno

Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados. Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.

Las enfermeras han de formarse en cuestiones de seguridad.

Las enfermeras protegerán a los pacientes de lesiones mecánicas.

La enfermera reducirá al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.

Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.

La enfermera conoce las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

d) Cuidado: Está dirigido a suplir el déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales. Por lo cual Henderson la define en términos funcionales.²²

²² Henderson Virginia. El cuidado. Disponible en <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.mx/2012/06/virginia-henderson.html>

Tomado el 22 de enero de 2014.

“La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible”.²³

Influencia de los cambios propios del envejecimiento en la satisfacción de las necesidades del usuario geriátrico.

- *El paciente geriátrico y su necesidad de una buena oxigenación.*

La necesidad de la oxigenación en el adulto mayor está determinada. Por un lado. Por las propias limitaciones orgánicas producidas a raíz de los cambios biológicos propios del proceso de envejecimiento y, por otro lado, por la disminución del gasto individual.

Las manifestaciones que determinarán la independencia del anciano en la satisfacción de la necesidad de la oxigenación son:

1. El mantenimiento del ritmo respiratorio regular y con una frecuencia entre 15-25 respiraciones por minuto.
2. El mantenimiento de la frecuencia cardíaca entre 70 y 80 latidos por minuto.
3. La capacidad suficiente para expectorar y liberar las mucosidades que le permitan mantener permeables las vías respiratorias y, por tanto, la capacidad inspiratoria.
4. El intercambio gaseoso adecuado a sus requerimientos vitales que garantice un buen transporte de oxígeno al torrente circulatorio y a los tejidos.

La actuación de enfermería en la contribución del mantenimiento de la independencia del individuo adulto mayor, para que sea capaz de satisfacer sus necesidades de oxigenación, deben basarse en:

1. Objetivos:

- a) Conocer los hábitos de vida con respecto a la oxigenación: ejercicio físico, reposo, higiene, alimentación.
- b) Instruir al anciano para que sea capaz de adaptar sus necesidades a las limitaciones producidas por los cambios y modificaciones fisiológicas.
- c) Prepararte de forma conjunta programas de adaptación a estas limitaciones.

- 2. Acciones

²³ Pacheco, Arce, Ana Laura et al. Fundamentación teórica para el cuidado. Antología, México: D.F: ENEO-UNAM, 2005. pág. 184.

Las acciones de enfermería irán encaminadas básicamente al fomento de la prevención. Para ello se recomendará al adulto mayor:

La realización regular de ejercicio físico como caminar, gimnasia, etc. Así mismo efectuar ejercicios respiratorios utilizando la musculatura abdominal.

Combatir la obesidad adecuando la dieta al desgaste calórico.

Disminuir en lo posible el consumo del tabaco y el alcohol

Evitar el cansancio y el esfuerzo excesivo, proyectando de antemano las actividades cotidianas y distribuyéndolas a lo largo del día.

Evitar mantener las piernas cruzadas, así como la utilización de medias o calcetines que compriman la pierna, realizar ejercicios de flexión y extensión, y elevar las piernas después de caminar.

Evitar las situaciones de estrés, aprendiendo a controlar las emociones.

Realizar revisiones periódicas para controlar y prevenir posibles problemas (vacunación contra la gripe, control de colesterol, estudio del esputo, ECG., control de la TA., pulso, etc.).²⁴

- *El paciente geriátrico y su necesidad de una buena alimentación.*

Ingerir alimentos y bebidas es básico y necesario para el mantenimiento de la vida. El anciano sano no tiene necesidad de regímenes especiales, tan sólo debe procurar alimentarse para mantener la energía suficiente que le permita un buen funcionamiento orgánico. Aunque es cierto que el anciano no precisa él mismo aporte calórico que el adulto, ya que el gasto energético suele ser menor, no por ello debe variar la calidad de los alimentos que ingiera.

En la necesidad de alimentación se observa satisfecha en un usuario geriátrico independiente:

1. Cuando cuenta con la capacidad suficiente para elegir los alimentos y bebidas adecuados a sus necesidades, gustos y costumbres.
2. La posibilidad de adquirir, manipular e ingerir los alimentos.
3. El mantenimiento del apetito y la capacidad de que el acto de comer le resulte placentero.

²⁴ García Hernández, Misericordia. Enfermería Geriátrica. Pág. 44-45.

4. La capacidad de compartir el momento de la ingesta, manteniendo el significado de éste según su cultura, creencias y valores.

Los factores que intervienen en la independencia: son el estado físico, psíquico, social.

Estado Físico:

- a) El correcto estado de la boca y dientes, así como un buen ajuste de las prótesis dentales son las primeras premisas que permitirán al usuario geriátrico ingerir alimentos de forma satisfactoria.
- b) Un buen funcionamiento del aparato digestivo, teniendo en cuenta las posibles deficiencias funcionales, contribuirá a un buen proceso digestivo.
- c) La capacidad motriz suficiente para poder desplazarse y preparar y manipular los alimentos será una garantía para la autonomía del anciano.

Estado psíquico:

- a) Precisaré un nivel de comprensión suficiente, que le permita discernir entre los alimentos que le puedan perjudicar, para poder confeccionar dietas equilibradas.
- b) Nivel de conocimientos específicos para la manipulación, conservación y prácticas higiénicas referentes a la alimentación.
- c) Estado emocional equilibrado que permita al anciano la estimulación suficiente para la ingestión de alimentos.²⁵

Situación social:

- a) La accesibilidad a los alimentos, el clima y la situación geográfica de que disfrute el lugar de residencia del anciano son elementos capaces de contribuir al fomento de la independencia. -
- b) Las características de la vivienda, con un diseño apropiado a las posibles deficiencias del anciano, y la supresión de barreras arquitectónicas serán factores favorecedores de la independencia del anciano.
- c) La situación económica determinará el tipo de alimentos al alcance del anciano, así como las posibilidades para el mantenimiento de una boca sana.
- d) Las costumbres, tradiciones y la influencia del medio donde el Anciano se desenvuelva serán elementos decisivos que significarán una forma particular de concebir la vida, haciendo el momento de la comida una

²⁵ García Hernández, Misericordia. Enfermería Geriátrica. Pág. 46.

ocasión para cultivar las tradiciones e incluso un momento de intercambio y relación con los demás.

Acciones de enfermería con respecto a la ingestión de los alimentos, debe recomendarse al usuario geriátrico.

Que realice al menos cuatro comidas diarias e ingiera durante el día la cantidad suficiente de líquido que le permita mantenerse bien nutrido y bien hidratado.

Procurá que las comidas sean ligeras, digeribles y evitará la utilización innecesaria o excesiva de condimentos.

En cuanto a la selección de alimentos conocerá las necesidades óptimas de nutrientes recomendando:

- Entre 2.400 y 1.900 calorías/día para los hombres, y 1.780 y 1.600 para las mujeres, dependiendo la edad.
- El aporte de agua estará alrededor de 2 litros/día.
- En cuanto a proteínas, representará un 12% de las calorías totales, aunque sólo un 40 % deben ser de origen animal.
- Los Lípidos no sobrepasar el 25-30 % del aporte total.
- Los glúcidos representarán el 55-60% del valor calórico global.²⁶
- *El paciente geriátrico y su necesidad de una buena eliminación.*

La eliminación de las sustancias de desecho resultantes del metabolismo es vital para el buen funcionamiento del organismo. El desembarazarse de estas sustancias es una actividad que requiere la conjunción de diversos sistemas en el individuo anciano.

Manifestaciones de dependencia

1. Suficiente capacidad orgánica de eliminación urinaria, fecal y de transpiración.
 2. Mantenimiento de los hábitos eliminatorios e higiénicos relacionados con ellos, evitar infecciones.
 3. Suficiente coordinación psicomotriz que permita al anciano actuar frente al estímulo –respuesta.²⁷
- *Necesidad de moverse y mantener una buena postura:*

La satisfacción autónoma de la necesidad de movimiento denota de forma muy patente la independencia del anciano e influye directamente en la posibilidad realizar el resto de actividades vitales.

²⁶ García Hernández, Misericordia. Enfermería Geriátrica. Pág. 47.

²⁷ Ibidem. Pág. 48.

Las manifestaciones de independencia en la satisfacción de la necesidad de movimiento en el usuario geriátrico son:

1. Posibilidad de desplazamiento autónomo y mantenimiento de una postura alineada.
2. Destreza de movimientos y mantenimiento de agilidad motriz para realizar las actividades de la vida cotidiana.
3. Capacidad de llevar a cabo actividades recreativas adecuadas a sus requerimientos y limitaciones.
4. Motivación y estabilidad emocional.²⁸

Factores que intervienen en la independencia:

1. Estado físico:

Un buen funcionamiento muscular esquelético y del sistema nervioso es esencial para la independencia en la movilización del anciano.

El mantenimiento de la fuerza muscular y la motilidad suficiente de las articulaciones colaborarán en la capacidad de moverse y mantener una buena postura.

2. Estado psíquico:

Un buen funcionamiento de un grado de inteligencia suficiente que permita una buena coordinación psicomotriz.

Un buen estado anímico y un estado mental equilibrado influirán en una respuesta motriz correcta.

3. Situación social

- a) Las creencias, valores y cultura serán factores que favorecerán o impedirán el movimiento, reflejando los impulsos y motivaciones individuales.
- b) La influencia climática, el tipo y lugar de residencia, así como las condiciones de la vivienda y del entorno (rural o urbano), y la supresión de las barreras arquitectónicas representan factores que favorezcan o reducen las posibilidades de movilidad del anciano.

La colaboración de enfermería en la independencia de la satisfacción de la necesidad de movimiento debe basarse en:

Objetivos:

Conocer los hábitos relativos a las actividades cotidianas de ejercicio, postura, alimentación, hidratación, higiene y utilización del tiempo libre. Instruir al anciano en lo referente al mantenimiento de posturas adecuadas, ejercicio físico, dieta equilibrada y supresión de hábitos tóxicos.

²⁸ Ibídem. Pág. 50

Las acciones de enfermería estarán basadas en la recomendación de:

- a) Tomar medidas que prevengan las malas posturas.
- b) Utilizar un calzado adecuado y plantillas en el caso de necesitarlas.
- c) Aconsejar la realización de ejercicio físico de forma regular, la práctica de algún deporte de la preferencia del paciente geriátrico y los paseos teniendo en cuenta que, según la época del año, variará la hora de practicarlo. En verano es aconsejable durante las primeras horas de la mañana o las últimas de la tarde, porque son los momentos del día de menos calor. Por el contrario, en invierno las horas preferibles serán las del mediodía o primeras de la tarde, porque hace menos frío.
- d) Explicar la importancia del uso de vestidos adecuados, que no compriman y protejan al anciano de las inclemencias del tiempo, y de prendas especiales para cubrir la cabeza, especialmente en los hombres con calvicie, para evitar el enfriamiento en invierno y la insolación o pequeñas quemaduras en verano, cuando practican algún deporte o durante los paseos.
- e) Cuidar a diario los pies, vigilando la aparición de heridas, zonas enrojecidas, callos o uñas encarnadas.
- f) Realizar controles periódicos posológicos, así como del metabolismo óseo.

Manifestaciones de dependencia

La coordinación entre las actividades muscular, nerviosa y ósea será la base para conseguir una movilización independiente; por tanto, cualquier fallo en esta conjunción determinará la dependencia en la satisfacción de esta necesidad. Los problemas más frecuentes son:

Problemas originados por déficit. Serán todos aquellos que generan inmovilidad, asociados a incoordinación, anquilosis, atonía muscular, atrofas, úlceras artrosis, dolor y depresiones.

Problemas originados por sobrecarga. Son los que generan hipertrofias, asociados a fracturas, artritis, tumores, reumatismo, desequilibrios orgánicos y problemas del sistema nervioso, musculares o articulares.²⁹

- *El paciente geriátrico y su necesidad de reposo y sueño.*

El reposo y el sueño son factores esenciales para la reparación del desgaste diario del organismo del anciano, que le ayudan a recuperar la energía necesaria para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana.

²⁹ García Hernández, Misericordia. Enfermería Geriátrica. Pág. 50-51.

Por lo general, en los ancianos suele modificarse el sueño tanto en cantidad como en calidad, ya que a menudo es más ligero y superficial.

Manifestaciones de independencia

El anciano independiente suele dormir de forma regular y suficiente; su sueño es reparador, de forma que al día siguiente se siente recuperado, después de haber dormido entre 5 y 7 horas.

Se mantiene activo durante el día, hecho que le facilita el descanso nocturno.

Ingiere alimentos en cantidad y calidad suficientes, para mantener su energía y permitirle el sueño continuado.

Actuación de enfermería

- a) Enseñanza y práctica de técnicas de relajación y de medios naturales inductores del sueño como el baño antes de acostarse, la ingestión de bebidas calientes como infusiones o leche siempre que no exista enuresis.
- b) Recomendar la no utilización de medicación hipnótica o tranquilizante, salvo prescripción médica por necesidad, así como evitar la ingesta de sustancias estimulantes.
- c) Procurar el uso de prendas de vestir adecuadas y confortables que permitan al anciano el mantenimiento de la temperatura corporal.
- d) Mantener la temperatura ambiental en la habitación evitando las temperaturas extremas.
- e) Recomendar la micción antes de acostarse, para evitar tener que levantarse durante la noche.
- f) En caso de despertarse por la noche sin causa justificada, se recomendará al paciente geriátrico que haga alguna actividad, en lugar de quedarse en la cama preocupado por no poder volver a conciliar el sueño.
- g) Una alternativa a dormir toda la noche puede ser el efectuar la siesta de forma regular, con lo que se conseguirá el número total de horas de sueño reparador.

Manifestaciones de dependencia

La dependencia en la satisfacción de la necesidad de reposo y sueño estará sujeta a la existencia de problemas intrínsecos y extrínsecos del usuario geriátrico que le influirán directa o indirectamente en las posibilidades de conciliación de sueño.

Problemas originados por déficit: insomnio asociado a desequilibrios orgánicos, incontinencia, disnea, hipotermia, situaciones de pérdida afectiva, comunicación ineficaz, déficit alimentario.

Problemas originados por sobrecarga: hipersomnolia asociada a dolor, ansiedad, estrés, hipertermia, problemas cerebrales, problemas circulatorios.³⁰

- *El paciente geriátrico y su necesidad de higiene y arreglo personal.*

Mantener la piel limpia y en buen estado, y utilizar el vestido y calzado adecuados a las características individuales son dos facetas básicas en la independencia de la satisfacción de las necesidades de higiene y arreglo personal, que contribuirán al mantenimiento de la salud y del bienestar del usuario geriátrico.

El paciente geriátrico tiene la necesidad de una atención muy cuidadosa en lo referente a su piel, ya que según se ha visto, no está suficientemente nutrida ni hidratada, hecho que la hace mucho más vulnerable a las agresiones del medio.³¹

El paciente geriátrico y su necesidad de mantener la temperatura corporal.

El sistema regula la temperatura corporal se vuelve menos eficaz en el transcurso del proceso de envejecimiento; por tanto, no hay un descenso de la temperatura en condiciones normales. Es fácil, pues, que el anciano sienta el frío o el calor en diferente grado que el adulto. Si a ello se le añaden la disminución de la actividad física, la lentitud en la transmisión de impulsos al hipotálamo y la menor ingestión de calorías en las comidas, resulta un tanto difícil el mantenimiento equilibrado de la homeostasia corporal.

Acciones de enfermería

Estarán basadas en la prevención de la pérdida de calor o su aporte innecesario o excesivo.

Aconsejar la toma de precauciones ante los cambios de temperatura externa, evitando la exposición a corrientes de aire o al sol excesivo.

Para el aislamiento del frío se recomienda: utilización de vestidos de abrigo que calienten, pero no sean pesados; ingestión de bebidas y alimentos calientes; realización de ejercicios, y mantenimiento de una temperatura en la vivienda de alrededor de 21°C.

Para evitar el calor se recomienda: disminución de la actividad, fundamentalmente en las horas de mayor insolación; menor ingesta de alimentos de alto valor calórico (disminuir grasas y azúcares), y utilización de vestidos ligeros y de colores claros.³²

El paciente geriátrico y su necesidad de evitar peligros.

³⁰ García Hernández, Misericordia. Enfermería Geriátrica. Pág. 51-53.

³¹ García Hernández, Misericordia. Enfermería Geriátrica. Pág. 53.

³² García Hernández, Misericordia. Enfermería Geriátrica. Pág. 57.

El anciano, más que cualquier otro individuo de edad más joven, y debido a sus limitaciones, tiene necesidad de mantener un entorno seguro que le prevenga de las agresiones y accidentes, y le proporcione seguridad y estabilidad.

Acciones de enfermería: La enfermera puede intervenir en el mantenimiento de la independencia para satisfacer la necesidad de evitar los peligros aconsejando al usuario:

En el mantenimiento de un entorno lo más sano posible, utilizando sistemas de calefacción que no sean tóxicos no funcionen con fuego directo (braseros, estufas de butano o eléctricas, etc.); asimismo se debe aconsejar que las instalaciones de los hornos de las cocinas estén elevadas para evitar quemaduras.³³

- *El paciente geriátrico y su necesidad de comunicarse.*

La comunicación representa el vehículo de la inteligencia humana. La necesidad de comunicarse responde a un proceso dinámico del desarrollo del individuo, y la imposibilidad de satisfacer esta necesidad por el usuario geriátrico es la causa de múltiples problemas.

Las acciones de enfermería es recomendar al usuario geriátrico la posibilidad de relacionarse acudiendo a lugares a los que asistan otras personas.

Participar en actividades lúdicas, como juegos, excursiones, etc., que le permitan mantener contacto y relacionarse con los demás.

Mantener una higiene y arreglo personal, de forma que ello no sea causa de aislamiento social.

Utilizar los medios de comunicación a su alcance para que le permitan mantenerse informado de los acontecimientos y así sentirse integrado y poder opinar.

Practicar una religión o formar parte de asociaciones de ayuda social.

Expresar su sexualidad, ya que para el anciano son tan importantes el contacto y comunicación a través de caricias y abrazos como el mismo coito.³⁴

El paciente geriátrico y su necesidad de expresión de la sexualidad.

A los 60 años no se produce una pérdida de la función sexual, como suele creerse. Los efectos del proceso de envejecimiento en la satisfacción de esta necesidad son menores de lo que suponen personas más jóvenes, si el individuo mantiene sus capacidades, tienen apetencias sexuales y es capaz de expresarlas. En general, es posible una sexualidad satisfactoria para la gente mayor que así lo desee. Ciertos estudios demuestran que más de la mitad de parejas casadas,

³³ García Hernández, Misericordia. Enfermería Geriátrica. Pág. 58-59.

³⁴ García Hernández, Misericordia. Enfermería Geriátrica. Pág. 59-61

mayores de 60 años, mantienen relaciones sexuales a intervalos que van desde una vez al mes a tres veces por semana.

Actuación de enfermería: facilitar la comunicación ya sea de la enfermera con el usuario geriátrico y viceversa, ya sea entre los propios usuarios geriátricos.

Utilizar medios no verbales para comunicarse, caricias, tomar la mano, etc.

Facilitar la intimidad.

Iniciar o estimular al anciano en técnicas de expresión corporal.

Colaborar en la aceptación de las limitaciones.

Orientar al paciente en caso de dificultades sexuales, dirigiendo sus cuestiones al área de otros profesionales si fuera preciso.³⁵

- *El paciente geriátrico y su necesidad de elegir según las creencias y valores*
 - a) En el anciano la satisfacción de está muy acentuada. Plantearse lo bueno y lo malo suele pasar a primer plano, radicalizándose posturas mantenidas a lo largo de la vida (escepticismo o religiosidad extrema) o cambiando, en otros casos, de forma de pensar.
 - b) Acciones de enfermería aconsejará al usuario geriátrico sobre la importancia de conseguir un equilibrio espiritual mediante la expresión de sus creencias: asistencia religiosa, lecturas y tranquilidad emocional.
 - c) Las realizaciones de actividades recreativas y de ayuda relacionadas con la forma de percibir su espiritualidad.
 - d) Exteriorización de sus emociones, sentimientos y opiniones en un medio receptivo.

- *El paciente geriátrico y su necesidad de autorrealización.*

El planteamiento de ocupación del tiempo en el anciano no trata tan sólo le llenar el ocio, sino que en general se trata de ocupar el tiempo.

Por eso, la autorrealización del adulto mayor conjuga dos necesidades: la de estar ocupado, hecho que le permitirá realizarse como persona, y la de divertirse o recrearse, facilitándole igualmente su realización personal.

Las acciones de enfermería se aconsejarán al paciente geriátrico en cuanto a su pertenencia a un grupo o asociación de su agrado, según sus preferencias y/o aficiones.

Se le animará a realizar trabajos útiles que le reporten satisfacción personal como jardinería, manualidades, enseñanza, etc.

³⁵ García Hernández, Misericordia. Enfermería Geriátrica. Pág. 62-63.

Que mantengan sus aficiones ayudando a fomentar sus hobbies.³⁶

- *El usuario geriátrico y su necesidad de aprender.*

La capacidad de aprendizaje suele estar determinada por la dificultad retentiva que a *priori* presenta el usuario geriátrico; sin embargo, el grado de motivación y el bagaje personal colaborarán en el interés individual por aprender, con todo lo que ello comporta.

Acciones de enfermería se aconsejará al usuario facilitando la información precisa de los recursos y medios que cuenta para aprender.

Reforzando en el adulto mayor los aspectos del aprendizaje más relevante, así como sus habilidades, y colaborando en el desarrollo de los aspectos que representen mayor dificultad como la memoria, facilitando su nivel de comprensión.

Aconsejando al adulto mayor la asistencia a actos culturales de su interés y que se realicen en su entorno.

Fomentando la lectura y el estar informado de los acontecimientos cotidianos para aumentar sus conocimientos, participación social y su nivel de interés.

³⁶ García Hernández, Misericordia. Enfermería Geriátrica. Pág. 65-66.

Niveles de dependencia/independencia

Independencia			Dependencia		
Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
La persona se satisface por si misma las necesidades de modo aceptable que permite asegurar que su homeostasis sigue adecuadamente o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis de ayuda.	La persona necesita a alguien para que le enseñe cómo hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar que su hemostasia y para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda.	La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento o para utilizar un aparato, dispositivo de apoyo o una prótesis.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento pero no puede participar mucho en ello.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades para su tratamiento y apenas puede participar en ello.	La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades o para aplicar su tratamiento y no puede de ningún modo participar en ello. ³⁷

³⁷Dr. Francisco Rojas, Alemán, Jiménez, Segunda Edición, México, Editorial Prado; 2004. Pp. 17-81. Geriátrica – ensayos de calidad - - ClubEnsayo.com, disponible en: <https://www.clubensayos.com/Psicolog%C3%ADa/Gereatria/1961659.html>
Consultado el 10 de octubre 2015.

• 3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Nombre: María N

Expediente: 01783401526F

Edad: 76 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Hogar

Escolaridad: 1° primaria

Religión: católica

Fecha de Nacimiento: 29 mayo 1939

Peso: 77 kg

Talla 1.70 cm

Familiar responsable: V.V. Rosa (hija)

Fecha de ingreso: 23 octubre 2015.

Nivel socio económico: Medio.

Información: Directa (entrevista)

No de cama: 225 HGR # 2

Presentación Del Caso

Valoración

M.R. es una mujer morena clara de 76 años, con una historia de enfermedad de artritis reumatoide (A.R.), hipertensión, osteoporosis con tratamiento, una placa con tornillos en ambos tobillos, una hace 20 años y la otra hace 15 años. Sin limitaciones intelectuales, no refiere alergias a medicamentos. Proveniente de su domicilio en ambulancia, donde sufrió una caída de su propia altura al ir al baño y resbalar el bastón, la cual le causo una fractura de cadera derecha, se dijo ser una persona autónoma, por el momento se siente incapaz de preparar sus comidas y de sus actividades de diarias, así como de su cuidado personal de manera independiente debido al dolor a la movilidad por la fractura, insomnio por las noches (alrededor de las 3:00 am., por lo que ingiere una tableta de diazepam, Por el momento se apoya en sus 6 hijos, el estado neurológico de M.R. está dentro de los límites normales. Los signos vitales son: presión sanguínea de 110/80 mm Hg, sin fiebre 36.6 ° C., Pulso apical de 78 y regular, respiraciones 19

por minuto, glucosa de 124 mg/dl, creatinina de 0.7 mg/dl, hemoglobina de 13.8, urea 56.0 mg/dl.

A la exploración física; consciente, orientada, bien hidratada, sin palidez de piel y tegumentos, signos vitales dentro de parámetros normales, edema en miembro pélvico derecho, equimosis, dolor a la movilización, obesidad.

3.1 Valoración de las 14 necesidades.

NECESIDADES	MANIFESTACIONES
1.- Necesidad de oxigenación.	Datos objetivos: No referidos Datos subjetivos: No referidos Fuente de dificultad: Ninguna Grado de dependencia: 0
2.- Necesidad de nutrición .	Datos objetivos: talla 1.70 m., peso 77 kg. Datos subjetivos: refiere hasta antes de su accidente preparar sus alimentos y alimentarse bien, por el momento ingiere la dieta que le proporciona el hospital (hipo sódico). Fuente de dificultad: parcialmente dependiente de su hija. Grado de dependencia: 3
3.- Necesidad de Eliminación.	Datos objetivos: peristalsis presente, abdomen distendido. Datos subjetivos: refiere no presentar estreñimiento, si hemorroides y a veces dolor al evacuar. Fuente de dificultad: parcialmente dependiente. Grado de dependencia: 3
4.- Necesidad de termorregulación	Datos objetivos: No referidos. Datos subjetivos: No referidos Fuente de dificultad: Parcialmente dependiente. Grado de dependencia: 3
5.- Necesidad de moverse y mantener buena postura.	Datos objetivos: presenta mialgias y artralgias al movilizar la pierna derecha, Eva 6. Datos subjetivos: refiere dolor al movilizar la pierna derecha. Fuente de dificultad: parcialmente dependiente Grado de dependencia: 4
6.- Necesidad de descanso y sueño	Datos objetivos: Insomnio

	<p>Datos subjetivos: Refiere dormir de 11pm a 6 am., y padecer de insomnio alrededor de las 3am. Por preocupaciones familiares y ahora por su fractura y tomar media tableta de diazepam.</p> <p>Fuente de dificultad: Parcialmente dependiente de su hija.</p> <p>Grado de dependencia: 3</p>
7.- Necesidad de higiene y arreglo personal.	<p>Datos objetivos: se presenta con medidas de higiene no adecuadas, cabello seborreico, acepta el uso de bata hospitalaria.</p> <p>Datos subjetivos: refiere elegir su vestuario y accesorios normalmente, por el momento utilizó la bata, y necesitó que la cambiaran.</p> <p>Fuente de dificultad: Totalmente dependiente</p> <p>Grado de dependencia: 4</p>
8.- Necesidad de higiene y protección de la piel.	<p>Datos objetivos: se presenta con piel deshidratada,</p> <p>Datos subjetivos: refiere baño diario en casa y el uso de cremas. También refiere no bañarse desde hace varios días, desde su internamiento en el hospital.</p> <p>Fuente de dificultad: Totalmente dependiente</p> <p>Grado de dependencia: 4</p>
9.- Necesidad de evitar riesgos y peligros	<p>Datos objetivos: barandales abajo.</p> <p>Datos subjetivos: Refiere no conocer las medidas de seguridad del hospital.</p> <p>Fuente de dificultad: parcialmente dependiente</p> <p>Grado de dependencia: 3</p>
10.- Necesidad de comunicarse	<p>Datos objetivos: mantiene buena comunicación, con afecto con su hija.</p> <p>Datos subjetivos: Refiere mantener buena comunicación con su esposo, hijos y familia, normalmente.</p> <p>Fuente de dificultad: parcialmente dependiente.</p> <p>Grado de dependencia: 2</p>
11.- Necesidad de vivir según creencias	<p>Datos objetivos: se presenta con</p>

y valores	angustia, disconfort, temor. Datos subjetivos: Refiere estar muy afectada y sentirse desesperada, quisiera estar en casa. Fuente de dificultad: Ninguna Grado de dependencia: 0
12.- Necesidad de trabajar.	Datos objetivos: se presenta tranquila durante el cuestionamiento. Datos subjetivos: Refiere no trabajar, desde siempre se dedica a su hogar y la manutención la obtiene de su marido jubilado. Fuente de dificultad: dependiente. Grado de dependencia: 4
13.- Necesidad de recreación.	Datos objetivos: se presenta alegre al referirse a sus actividades. Datos subjetivos: Refiere acudir al cine, al teatro en ocasiones y acudir a los partidos de sus nietos. Fuente de dificultad: Ninguna Grado de dependencia: 3
14.- Necesidad de aprendizaje.	Datos objetivos: presenta capacidad auditiva y visual, desconocimiento sobre el manejo de las actividades de la vida diaria con una lesión como la fractura de cadera. Datos subjetivos: refiere tener la mejor disposición para seguir indicaciones que le ayuden a su recuperación. Fuente de dificultad: Ninguna Grado de dependencia: 0

3.2 Necesidades alteradas

Desequilibrio **Nutricional** relacionado con: aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por: peso corporal de 77 Kg + osteoporosis.

Deterioro de la **movilidad** física relacionado con pérdida de la integridad de las estructuras manifestado por EVA 6 (Escala de valoración del dolor), limitación de la amplitud de movimientos, temblor inducido por el movimiento.

Disconfort físico relacionado con la enfermedad, manifestado por, ansiedad, insomnio, e inconformidad.

Déficit de **autocuidado** relacionado con deterioro músculo-esquelético manifestado por desalineo corporal.

Déficit de **autocuidado** relacionado con deterioro de la movilidad manifestado por mala higiene tras la evacuación.

Riesgo de **estreñimiento** relacionado con actividad física insuficiente, debilidad de los músculos abdominales, estrés emocional, uso inadecuado del cómodo, antiinflamatorios no esteroide obesidad, y hemorroides.

Riesgo de deterioro de la **integridad cutánea** relacionado con inmovilización física, hidratación, cambios en la turgencia de la piel, obesidad, factores mecánicos (fuerzas de cizallamiento), prominencias óseas, presión, humedad.

Ansiedad relacionada con cambio en el estado de salud y necesidades no satisfechas manifestado por trastorno del sueño, deterioro de la atención y anorexia.

3.3 Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación De Enfermería

Objetivo: La paciente será capaz de llevar a cabo y aplicar las acciones fundamentales requeridas para el buen desarrollo de su tratamiento relacionado con su cirugía de cadera con ayuda de su primer cuidador y apoyo de su familia. El primer cuidador contará con la información necesaria y conocimiento para aplicar cada una de las acciones que ayuden a su familiar a realizar en lo posible las actividades de la vida diaria durante su convalecencia y contribuir con la pronta recuperación del paciente y evitar complicaciones, y de esta forma reintegrarlo al seno familiar y social en óptimas condiciones de salud.

Desequilibrio nutricional

Necesidad: Nutrición

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 1 Ingesta

Código: (00001)

Diagnóstico: **Desequilibrio Nutricional**

Desequilibrio **Nutricional** relacionado con: aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por: peso corporal de 77 Kg + osteoporosis.

NOC “Resultados especiales” (conductas, Estado y/o percepciones)

Dominio: 2 Salud Fisiológica

Clase: Regulación Metabólica (Peso masa corporal)

(Resultados que describen la capacidad de una persona para controlar el metabolismo corporal).

Definición: grado en el que el peso, el musculo y la grasa corporal son congruentes con la talla, la constitución, el sexo y la edad.

Indicador: -1006

Escala: 1.- Desviación Grave del rango normal.

2.- Desviación Sustancial del rango normal.

3.- **Desviación moderada del rango normal.**

4.-Desviacion leve del rango normal.

Puntuación diana del Resultado: Mantener a 3 aumentar a 5

100696 (Porcentaje de grasa corporal)³⁸

NIC Interacciones de Experiencia:

Manejo de la nutrición (1100)

Definición: Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.

Actividades:

- Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.
- Determinar las preferencias alimentarias del paciente.
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Ayudar al paciente a determinar las directrices o las pirámides de alimentos (p. ej., pirámide de alimentos vegetarianos, pirámide de los alimentos para personas mayores de 70 años) más adecuadas para satisfacer las necesidades y preferencias nutricionales. (anexo 3).
- Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida (p. ej., limpio, bien ventilado, relajado y sin olores fuertes).
- Realizar o ayudar al paciente con los cuidados orales antes de comer.
- Administrar medicamento antes de comer (p. ej., analgésicos), si es necesario.
- Enseñar al paciente sobre las necesidades dietéticas específicas en función del desarrollo o la edad (p. ej., aumento del calcio, aumento de la ingesta de fibra para prevenir el estreñimiento en los adultos mayores).

³⁸ Moorhead, Sue, Johnson Marión, L. Maas, Swanson Elizabeth, Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Medición de resultados en salud. 5ª Ed. En Español, España, Ed. Elsevier, 2014, pág. 452.

- Asegurarse de que la comida se sirva de forma atractiva y a la temperatura adecuada para el consumo óptimo.
- Derivar al paciente a los servicios necesarios (nutrición).³⁹

Fundamentación:

Es importante seguir una dieta equilibrada con menos calorías para adaptarla a la disminución de la tasa metabólica y la disminución de la actividad física.

Es importante tomar cantidades adecuadas de calcio y vitamina D para prevenir la osteoporosis.⁴⁰

Evaluación

Toma alimentos compatibles con la dieta prescrita por la nutrióloga del hospital, reconoce los beneficios. El paciente siguió las recomendaciones dietéticas.

La paciente hizo conciencia de la importancia de ingerir una dieta de acuerdo a sus necesidades y gusto, e ingirió su dieta durante su estancia en el hospital.

Además, comprendió la importancia de incorporar e ingerir alimentos ricos en fibra calcio y vitamina D.

Se logró que se alimentara de acuerdo a los horarios establecidos.

Necesidad:

Dominio: 12 Confort

Clase: 1 Confort Físico

Código: 00214

Discomfort físico relacionado con la enfermedad, manifestado por, ansiedad, insomnio, e inconformidad.

Definición: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las distancias físicas, Psico-espiritual, ambiental, cultural y social.⁴¹

NIC: manejo ambiental: confort (6482)

Definición: Manipulación del entorno del paciente para facilitar comodidad óptima.

³⁹ M.Bulechek Gloria, K. Butcher Howard, M. Dochterman Joanne, M. Wagner Cheryl, Clasificación de Intervenciones d Enfermería (NIC). 6a Ed., Español, España, 2004. Pág. 285.

⁴⁰ Kosier Bárbara, et-al. Planes de cuidados en Geriatría Ed. Interamericana Mc Graw Hill, Madrid España 1994, Pág. 430.

⁴¹ T. Healthier Herdman, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación, España: Ed. Elsevier, 2013, pág. 473.

Actividades:

- Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.
- Preparar la transición del paciente y de la familia dándoles una cálida bienvenida al nuevo ambiente.
- Atender inmediatamente la llamada del timbre, que siempre debe de estar al alcance del paciente.
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo
- Proporcionar un ambiente limpio y seguro
- Ofrecer la elección, siempre que sea posible, de actividades sociales y visitas.
- Determinar las fuentes de incomodidad como ropa de cama arrugada, y factores ambientales irritantes.
- Ajustar la iluminación de forma que se adopta a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.
- Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (secar las cejas; aplicar cremas dérmicas, o limpieza corporal, de pelo y la cavidad bucal).
- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad utilizando principio de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, (férulas para la parte dolorosa del cuerpo).
- Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.
- Evitar exponer la piel o las mucosas a factores irritantes (heces diarreicas o drenaje de heridas).
- Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones a los pacientes y sus familias, según corresponda.⁴²
- Ayudar al cliente a identificar los factores que causan o contribuyen al insomnio.
- Animar al cliente para fijar y mantener una rutina horaria para irse a dormir.
- Animar al cliente a utilizar trucos para dormir, como la lectura, los masajes de espalda o escuchar música suave.
- Enseñar al paciente a utilizar soporíferos, como la leche y alimentos ricos en proteínas, antes de irse a la dormir.
- Enseñar a los pacientes técnicos de relajación.
- Recomendar a los pacientes que eviten los estimulantes con cafeína antes de irse a la dormir.

⁴² T. Healtheri Herdman, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación. España Ed. Elsevier, 2013, pág., 256.

Fundamentación:

El conocimiento de los factores causales puede permitir al cliente empezar a contralazarlos.

La rutina puede ayudar a inducir el sueño.

Estos trucos favorecen la relajación muscular y emocional.

La leche y los elementos ricos en proteínas contienen triptófano, un precursor de la serotonina que se cree que induce y mantiene el sueño.

Las técnicas de relajación inducen sueño.

Los estimulantes inhiben el sueño.⁴³

Evaluación

La paciente expresó sus incomodidades que le generan irritación, además describió sus inquietudes. como que; si iba a tardar mucho la cirugía, que siente mucho dolor, que desea estar lo más pronto en su casa, refiere creer que será pronto como en sus otras dos cirugías de ambos tobillos, que tiene la mejor aptitud para que esta situación pase pronto.

A la observación se muestra con una aptitud cooperadora, abierta a la comunicación, deja ver un halo de esperanza para recuperar pronto su salud, reflejando confianza y seguridad de la atención recibida. La paciente expresa confianza durante el Manejo del confort, permite la alineación corporal, apoyo con almohadas y la aplicación de farmacoterapia para el alivio del dolor. Refiere agradecimiento

Necesidad: Higiene/Protección de la piel.

Dominio: 11 Seguridad y Protección.

Clase 2: Lesión Física.

Código: (00047)

Diagnóstico: **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea** relacionada actividad física insuficiente, debilidad de los músculos abdominales, estrés emocional, uso inadecuado del cómodo, antiinflamatorios no esteroide obesidad, y hemorroides.

Definición: Riesgo de alteración de la epidermis y/o en la dermis. ⁴⁴

NIC Interacciones de Experiencia:

⁴³ Kosier Bárbara, et-al. Planes de cuidados en Geriatria Ed. Interamericana Mc Graw Hill, Madrid España 1994, Pág. 1021.

⁴⁴ T. Healthier Herdman, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación, Ed. Elsevier, España, 2013, pág., 428.

Cambio de posición

Definición: Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico.

Actividades:

- Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.
- Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, según corresponda.
- Animar al paciente a participar en los cambios de posición, según corresponda.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
- Premedicar al paciente antes de cambiarlo de posición, según corresponda.
- Colocar en la posición terapéutica especificada
- Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada.
- Colocar en posición de alineación corporal correcta.
- Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, según corresponda.
- Colocar en una posición que alivie la disnea (posición de semi-Fowler), cuando corresponda.
- Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo escrotal), según corresponda.
- Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos de rango de movimiento, si resulta apropiado.
- Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello
- Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.
- Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente
- Gira al paciente en bloque.
- Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso.
- Elevar el miembro afectado 20° o más, por encima del nivel del corazón, para mejorar el retorno venoso, según corresponda.
- Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.
- Desarrollar un protocolo para el cambio de posición, según corresponda.
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según el programa específico, según corresponda.
- Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros (rodillo de mano y rodillo para el trocánter).
- Colocar los objetos de uso frecuentes al alcance.
- Colocar la luz de llamada al alcance.⁴⁵

⁴⁵ M. Bulechek, Gloria, et-al. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). España: 6a Ed., Español, 2004. Pág. 117.

Fundamentación:

Los ejercicios de movilidad articular ayudan a mantener el tono muscular y la movilidad.⁴⁶

La movilización activa aumenta la masa, el tono y la fuerza de los músculos y mejora las funciones cardíacas y respiratorias.

La respiración ineficaz puede provocar atelectasis o neumonía.

El ejercicio fortalece los músculos y mejoran el estado funcional.

Considerar la disminución de la fuerza muscular y la coordinación, y tiempo de reacción más largo; el centro de gravedad cambia.

Evaluación

La paciente refiere sentir tranquilidad al realizar las medidas preventivas para evitar las úlceras por presión.

Necesidad: Higiene/Arreglo personal.

Déficit de **Autocuidado**

Necesidad: Higiene y Arreglo personal.

Dominio: 4 Actividad/Reposo

Clase: 5 Autocuidado

Código: (00108)

Definición: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño/higiene.

Diagnóstico:

Déficit de **autocuidado** relacionado con deterioro músculo-esquelético manifestado por desalineo corporal.

Fundamentos: La buena higiene es necesaria para la salud en general, la piel sana e íntegra es la primera línea de defensa del cuerpo para disminuir las infecciones.

⁴⁶ Kosier Bárbara, et-al., Enfermería fundamental. España: Madrid, Ed. Interamericana Mc Graw Hill, 1994, Pág. 939.

NIC Interacciones de Experiencia:

Ayuda con el autocuidado: Baño/higiene (1801)

Definición: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

Actividades:

- Considerar la cultura del paciente al fomentar la actividad de autocuidado.
- Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
- Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.
- Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso.
- Facilitar que el paciente se bañe él mismo, según corresponda.
- Controlar la integridad cutánea del paciente.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.⁴⁷

BAÑO (1610)

Definición: Limpieza corporal con fines de relajación, limpieza y curación.

Actividades:

- Ayudar con la ducha en silla, bañera, baño con paciente encamado, ducha de pie o baño de asiento, según corresponda o se desee.
- Lavar el cabello, si es necesario y se desea.
- Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.
- Ayudar con el cuidado perineal, si es necesario.
- Realizar el lavado de los pies si es necesario.
- Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de la piel seca.
- Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas.
- Aplicar polvos secantes en los pliegues profundos de la piel.
- Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.
- Controlar la capacidad funcional durante el baño.⁴⁸

⁴⁷ M. Bulechek R. Clasificación de Intervenciones d Enfermería (NIC). Pág., 108.

⁴⁸ M. Bulechek Gloria, et-al., Clasificación de Intervenciones d Enfermería (NIC). España: 6a Ed., Español, 2004, Pág. 115.

Necesidad: Eliminación.

Dominio: 4 Actividad/Reposo

Clase: 5 Autocuidado

Código: (00108)

Definición: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de evacuación.

Diagnóstico:

Déficit de **autocuidado** relacionado con deterioro de la movilidad manifestado por mala higiene tras la evacuación.

NIC Interacciones de Experiencia:

Ayuda con el auto cuidado: micción/defecación

Definición: Ayudar a otra persona en las eliminaciones.

Actividades:

- Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
- Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
- Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.
- Ayudar al paciente en el inodoro/inodoro portátil/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados.
- Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad.
- Facilitar la higiene tras miccionar/defecar después de terminar con la eliminación.
- Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación.
- Tirar de la cadena/limpiar el utensilio de la eliminación (inodoro portátil cuña).
- Enseñar al paciente/allegados la rutina de eliminación.
- Controlar la Integridad cutánea del paciente.

Fundamentación: La eliminación de las sustancias de desecho resultantes del metabolismo es vital para el buen funcionamiento del organismo.

Evaluación

La paciente refiere no sentirse muy cómoda al utilizar el cómodo además de que le causa incomodidad, más, sin embargo; refiere sentirse aliviada por poder evacuar y evitar el uso de pañal y mantener el control de la eliminación, aunque con un poco de estreñimiento.

Deterioro de la **movilidad**

Necesidad: Necesario movilizarse y mantener buena postura.

Dominio: 4 Actividad/Reposo

Clase: 2 Actividad/Ejercicio

Código: (00085)

Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Diagnóstico: Deterioro de la **movilidad** física relacionado con pérdida de la integridad de las estructuras óseas, manifestado por EVA 6, limitación de la amplitud de los movimientos, temblor inducido por el movimiento.⁴⁹

NOC "Resultados especiales

Dominio: 1 Salud Funcional

Clase: 2-C **Movilidad**

(Resultados que describen la movilidad física de una persona y las secuelas de la restricción de movimientos.

0204 consecuencias de la inmovilidad fisiológica.⁵⁰

Definición: Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.

Indicador: - 020401 Úlceras por presión

020402 Estreñimiento

Escala: 1.- Desviación Grave del rango normal.

2.- Desviación Sustancial del rango normal.

3.- Desviación moderada del rango normal.

4.- **Desviación leve del rango normal.**

5.- Ninguno

⁴⁹ T. Healthier Herdman, Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación, España: Ed. Elsevier, 2013, pág.226.

⁵⁰ Moorhead, Sue, et-al, Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Medición de resultados en salud. España: Ed. Elsevier, 2014^a Ed. en Español, pág. 54-55.

Puntuación diana del Resultado: Mantener a 4 aumentar a 5.⁵¹

NIC Interacciones de Experiencia:

Nivel 1 Fisiológico: Básico

Cuidados del paciente encamado

Definición: fomento de la comodidad y la seguridad, así como prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.

Actividades:

- Explicar las razones del reposo en cama.
- Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.
- Colocar a paciente con una alineación corporal adecuada.
- Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Colocar en la cama una base de apoyo para los pies.
- Subir las barandillas.
- Colocar la luz de llamada al alcance de la mano.
- Colocar la mesilla de noche al alcance del paciente.
- Fijar un trapecio a la cama, según corresponda.
- Cambiar de posición al paciente, según lo indique el estado de la piel.
- Vigilar el estado de la piel.
- Enseñar ejercicios de cama según corresponda.
- Ayudar con las medidas de higiene (p. ej. uso de desodorante o perfume).
- Ayudar con las actividades de la vida diaria.
- Aplicar medidas profilácticas tromboembolias.
- Monitorizar la aparición de complicaciones del reposo en cama (p. Ej.; hipotonía muscular, dolor de espalda, estreñimiento, aumento de estrés, depresión, confusión, cambios del ciclo del sueño, infecciones del tracto urinario, dificultad en la micción neumonía.)⁵²
- Ofrecer al cliente suplementos alimenticios ricos en proteínas y vitaminas.

Fundamentación:

- Los ejercicios de movilidad articular ayudan a mantener el tono muscular y la movilidad.

⁵¹ Moorhead, Sue, et-al, Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Medición de resultados en salud. España: Ed. Elsevier, 5ª Ed. en Español 2014, pág. 242.

⁵² M. Bulechek, Gloria, et-al. Clasificación de Intervenciones d Enfermería (NIC). España.6a Ed., en español, 2004. Pág.159.

- Los ejercicios isométricos hacen que los músculos se contraigan sin que participen las articulaciones y ayudan a conservar la fuerza y la masa muscular.
- La independencia mejora la autoestima y aumenta la actividad muscular y la fuerza.
- Las proteínas y las vitaminas son necesarias para la cicatrización ósea y para mantener el equilibrio de nitrógeno positivo.⁵³
- La movilización activa aumenta la masa, el tono y la fuerza de los músculos y mejora las funciones cardíacas y respiratorias.
- La movilización pasiva mejora la actividad articular y circulación.
- La actividad, la movilidad y la flexibilidad son parte integrante del estilo de vida de la persona.
- Fomentando la sensación de control y autodeterminación del paciente se puede mejorar el cumplimiento de los programas de ejecución.⁵⁴

Necesidad: Aprendizaje

Dominio: 5 Percepción/Cognición

Clase: 4 Cognición

Código: (00161)

Definición: la presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada.⁵⁵

NIC Interacciones de Experiencia:

FACILITAR EL APRENDIZAJE

Definición: Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.

Actividades:

- Comenzar la instrucción solo después de que el paciente demuestre estar preparado para aprender.
- Establecer metas de aprendizaje realistas con el paciente.
- Identificar claramente los objetivos del aprendizaje y en términos mensurables.
- Ajustar la instrucción al nivel de conocimiento y comprensión del paciente.

⁵³ Kosier, Bárbara, et-al. Planes de cuidados en Geriatría. España: Madrid, Ed. Interamericana Mc Graw Hill, 1994, vol. 4, Pág. 936.

⁵⁴ Jefferi Carolina, Tamayo R. Trastorno de la movilidad física: Diagnóstico de enfermería e intervención. Colombia: Manizales, Universidad de Caldas. [anorte.eresmas.com/archivos >tabaj_t...](http://anorte.eresmas.com/archivos/tabaj_t...)

⁵⁵ T. Health Herdman. Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación, España, Ed. Elsevier, 2013, pág.270.

- Adaptar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y/o afectivas del paciente.
- Disponer un ambiente que induzca el aprendizaje.
- Establecer la información en una secuencia lógica.
- Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida/rutina del paciente.
- Relacionar la información con los deseos y necesidades personales del paciente.
- Proporcionar información que sea adecuada con los valores y creencias del paciente.
- Proporcionar información acorde con la situación de control del paciente.
- Asegurarse de que el material de enseñanza está actualizado.
- Utilizar un lenguaje familiar.
- Explicar la terminología que no sea familiar.
- Fomentar la participación activa del paciente.
- Evitar establecer límites de tiempo.
- Fomentar la expresión libre de opiniones e ideas diferentes.
- Mantener sesiones de enseñanza cortas, según corresponda.
- Simplificar las instrucciones, siempre que sea posible.
- Repetir la información importante.
- Proporcionar avisos/recordatorios verbales, según corresponda.
- Utilizar demostraciones y pedir al paciente que las realice él, siempre que sea posible.
- Corregir las malas interpretaciones de la información, si es el caso.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comente sus inquietudes.
- Responder a las preguntas de una forma clara y concisa.⁵⁶

Fundamentación:

Reforzar los conocimientos que la paciente ya tiene sobre este problema.

La paciente necesita tiempo para comprender los fundamentos de la enfermedad y su tratamiento.⁵⁷

Evaluación

Disposición para mejorar los conocimientos relacionados con expresión de interés en el aprendizaje.

⁵⁶ M.Bulechek Gloria, K. Butcher Howard, M. Dochterman Joanne, M. Wagner Cheryl, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6a Ed., Español, España, 2004. Pág. 115.

⁵⁷ Kosier, Bárbara, et-al. Enfermería Fundamental. España: Madrid, Ed. Interamericana Mc Graw Hill, 1994, vol. 4, Pág. 1000.

ANSIEDAD

Necesidad: EVITAR RIESGOS Y PELIGROS

Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase: 2 Respuestas de afrontamiento

Código: (00146)

Diagnóstico:

Ansiedad relacionada con cambio en el estado de salud y necesidades no satisfechas manifestado por trastorno del sueño, deterioro de la atención, anorexia.⁵⁸

NIC Interacciones de Experiencia:

Disminución de la ansiedad (5820)

Definición:

Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud con una fuente no identificada de peligro.

Actividades

- Utilizar un enfoque que dé seguridad.
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso.⁵⁹

Fundamentos:

La ansiedad es el sentimiento de incertidumbre y temor sin estímulo manifiesto y acompañado de cambios fisiológicos.

Los sentimientos son reales y es mejor sacarlos al exterior que quedárselos dentro.

La relación con el cliente le hace sentirse más seguro y le permita expresar sus problemas.⁶⁰

La información que se le proporciona al paciente favorecerá en disminuir la ansiedad.

El conocimiento ayuda a disminuir la ansiedad.⁶¹

Evaluación

La paciente se siente tranquila y apoyada por sus familiares en todo momento, sin embargo, ya en casa presenta somnolencia durante el día, anorexia, además de referir estreñimiento.

⁵⁸ T. Healthier Herdman, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación, España: Ed. Elsevier, 2013, pág.351, ⁵⁹ M. Bulechek Gloria, et al, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). España: 6a Ed., en Español, 2004. Pág. 115.

⁵⁹ M. Bulechek Gloria, et al, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). España: 6a Ed., en Español, 2004. Pág. 115.

⁶¹ Ramírez Ruiz, Luz Carmen. Pae de enfermería en pacientes con fractura. Chancay Perú: 2013, y disponible en <http://es.slideshare.net/hospitaldechancaysbs7pae-de-fractura>, Consultado el 9 de Noviembre de 2015.

3.4 Plan de alta

Limitaciones de conocimientos para el alta del paciente a su hogar

Fundamentación científica.

Antes del alta, se requiere planear el egreso del paciente con los cuidadores primarios y junto con estos explicarles

La forma como se va a movilizar de la camilla a su cama. La cama va a estar en posición horizontal No es suficiente con decirle "tómelo con calma". Deben estar conscientes de cualquier signo o síntoma desfavorable que deban informar al médico. Si tienen dificultades, deben saber dónde y cómo obtener ayuda. El papel de la enfermera es de gran importancia en la enseñanza a estos pacientes antes de que salgan del hospital.

Intervenciones de enfermería

- 1.- Evaluar el ambiente hogareño para la planeación del regreso a casa.
- 2.- Alentar al sujeto para que manifieste preocupaciones acerca de los cuidados en el hogar, explorar con las posibles soluciones a los problemas.
- 3.- Evaluar la disponibilidad de ayuda física para los cuidados en el hogar.
- 4.- Instruir sobre el régimen de cuidados en el hogar a la persona que se encargue de ellos.
- 5.- Instruir al interesado sobre los cuidados pos hospitalario:
 - 1 Limitación de actividades
 - 2 refuerzo de las instrucciones sobre ejercicios.
 - 3 Uso seguro de los dispositivos auxiliares de la marcha.
 - 4 Cuidados de la incisión.
 - 5 medidas de optimización de la salud (nutrición y cuidados de la incisión).
 - 6 Medicamentos, si los hay.
 - 7 Posibles problemas o complicaciones.
 - 8 Continuidad de la supervisión y tratamientos asistenciales.

FUNTAMENTACION CIENTIFICA

1.-Las barreras físicas (especialmente escaleras y baños) pueden limitar la capacidad del paciente para caminar en el hogar y encargarse de los cuidados personales en él.

2.-El sujeto quizá tenga problemas especiales que es necesario identificar y solucionar.

3.- En virtud de la limitación de su movilidad, el lesionado quizá requiera ayuda en los cuidados personales en el hogar.

4.- La comprensión del régimen de rehabilitación es necesaria para su acatamiento.

5.-La falta de conocimientos y preparación deficiente para los cuidados en el hogar contribuye a la ansiedad e inseguridad del paciente y su falta de acatamiento del régimen terapéutico.

EVALUACIÓN

Se iniciaron modificaciones necesarias en el hogar cuando la paciente llegó a él.

El paciente pareció relajado y elaboró estrategias para solucionar problemas identificados.

Acata el programa de cuidados en el hogar y no faltó a las consultas de vigilancia.

CONCLUSIONES

Al término de la aplicación del proceso de atención de enfermería en la paciente con fractura de cadera, a la que se realizó tratamiento quirúrgico. Por sus condiciones propias de la edad se logró: que la paciente participara activamente en las actividades enfocadas a su tratamiento, además de concientizarse en la importancia de ingerir su dieta, movilizarse en cama cada 2 hrs, utilizar el cómodo para realizar la evacuación y evitar el uso de pañal, mantener una comunicación abierta y franca.

Los adultos mayores presentan complicaciones derivadas tanto de la fractura de cadera y del encamamiento prolongado, y aparición de descompensaciones de enfermedades crónicas, lo cual implica pérdida de autonomía, alto riesgo de pérdida de la capacidad funcional y gran mortalidad, esto se conoce como la cascada de dependencia.⁶²

Será de gran importancia el cuidador primario apoye en los servicios de un profesional de la atención al paciente geriátrico en beneficio de éste, para la restauración a las actividades de la vida diaria a nivel de independencia o a una muerte serena.

Esto facilitó que solicitara apoyo cuando lo requería por lo que refirió sentirse más cómoda después del baño en cama, utilizó sus medias Ted antitrombóticas.

La aplicación de la heparina, anticoagulante profiláctico de acuerdo al esquema indicado. Debe aplicarse por vía intravenosa, ya sea en inyección intermitente o en venoclisis o bien por vía subcutánea profunda, preferentemente arriba de la cresta iliaca o en la zona grasa abdominal. La administración intramuscular debe evitarse por la aparición frecuente de hematomas en el lugar de la inyección.⁶³

Debido a que la recuperación en los pacientes operados de Fractura de cadera es lenta, requiere de un cuidador primario, comúnmente un familiar cercano, que realice las actividades de cuidado que el adulto mayor no puede realizar por sí mismo. Este cuidado debe enseñársele para que se realice de manera adecuada y con la persistencia requerida para evitar las complicaciones.

La preparación implica un cambio de actitud profesional y confiere amplias expectativas en el campo de acción de esta disciplina, haciendo posible la práctica de una atención individualizada con el método del proceso de atención de enfermería.

⁶² Fernández-Jaimes, Intervención educativa a cuidador primario para disminuir las complicaciones de cirugía de cadera en adultos mayores en un hospital de la Ciudad de México. Sin referencia.

⁶³ S.S.A. Catálogo de medicamentos intercambiables para farmacias y público en general al tres de agosto de 2007. Disponible en http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gj_2k8/prods/PRODS/Heparina%20s%C3%B3dica.htm consultado el 15 de octubre del 2015.

Sugerencias

Para la enseñanza y aprendizaje del cuidado del paciente en el posoperatorio y la recuperación en el hogar, es necesario la ayuda de un profesional, con el fin de apoyarlo, en la manejo en casa y alcance su máximo nivel de independencia.

Importante la dieta específica para personas mayores de 65 años encaminados a vivir el proceso de envejecimiento desde una perspectiva de salud, conocimiento y plenitud. Se agrega pirámide de los alimentos recomendados.

BIBLIOGRAFÍA

JA. Miguel., Ortiz H D. Gerontología, Geriátría y Medicina Interna. Publicación original. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM 2006: 7P. Consultado el 10 de octubre del 2015, disponible en WWW.Facmed.unam.mx>05_Gerontologia

Hernández, Cabrera Remedios, PAE Aplicado a un paciente geriátrico, con trastorno para la movilidad física por fractura de cadera derecha, con base en el modelo de "Virginia Henderson", México, ENEO-UNAM, 2002, 79p.

Phaneuf, M. La Planificación de los Cuidados Enfermeros, México: McGraw-Hill Interamericana, 2000.

De Elorza, Martínez, Gustavo. Manual de Enfermería Zamora, 4ª ed. Colombia: Ed. Zamora LTDA. MMXI. 1168p.

Pacheco, Arce, Ana Laura et al. Fundamentación teórica para el cuidado, Antología, México: D.F: ENEO-UNAM, 2005. 402 p.

García Piña, Ma. Aurora, Verónica Flores Fernández, Luz Ma. Hernández Ramírez, Unidad I y II, Sofía Jiménez Rodríguez, Leticia Sandoval Alonso, Luz Ma. Hernández Ramírez Unidad III. Método Científico y proceso de Enfermería, paquete didáctico, México: D.F, Ed. ENEO-SUA, UNAM, 2008, 2a reimpresión 267 p.

Healthier T. y Herdman, Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación, NANDA Internacional, Edición hispanoamericana 2012-2014, España: Ed. Elsevier, S.L., 2013, Tr. D. Paul Carter., 533p.

American Academy of Family Physicians certified 04/2014, HONcode, Fuente, Management of Hip Fracture: The Family Physician's Role, Fracture de Cadera. Disponible en: <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/hip-fractures.html> Consultado: 14 de Octubre 2015.

AMERICAN Academy of Family Physicians, certified 04/2014, HONcode, Fuente, Management of Hip Fracture: The Family Physician's Role, **Fractura de Cadera, síntomas**, consultado el 14 de Octubre 2015, y disponible en:

<http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/hip-fractures/symptoms.html>

AMERICAN Academy of Family Physicians certified 04/2014, HONcode, Fuente, Management of Hip Fracture: The Family Physician's Role, Fractura de Cadera, Tratamiento, consultado el 14 de Octubre 2015, y disponible en: <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/hip-fractures/treatment.html>

AMERICAN Academy of Family Physicians, certified 04/2014, HONcode, Fuente, Management of Hip Fracture: The Family Physician's Role, Trombosis profunda, Consultado el 14 de Octubre 2015, y disponible en: <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/deep-vein-thrombosis/prevention.html>

Moorhead, Sue, Johnson Marión, L. Maas, Swanson Elizabeth, Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Medición de resultados en salud. España: Ed. Elsevier, 2014, 5ª Ed. En Español, 736p.

M. Bulechek Gloria, K. Butcher Howard, M. Dochterman Joanne, M. Wagner Cheryl, Clasificación de Intervenciones d Enfermería (NIC). España: Ed. Elsevier, 2014.6a Ed., en español, 634p.

Kosier Bárbara, et-al. Enfermería Fundamental España: Madrid Ed. Interamericana Mc Graw Hill, 1994, Pág. 430.

Téllez, Factores de riesgo para infecciones de herida quirúrgica en pacientes operados por fractura de cadera en el HGR 2 Villa Coapa. México: D.F. 2011. Disponible <http://132.248.9.195/ptd2012/agosto/509227843/Index.html>, consultado el 18 de noviembre del 2015.

Gallardo García, Gabriela et al. Diagnóstico y Tratamiento de las fracturas transtrocantéricas de fémur en pacientes mayores de 65 años. México: D.F. Ed. www.cenetec.salud.gob.mx. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/267_GPC_FRACTURAS_TRANSTROCANTÉRICAS/TranstER.pdf, consultado el 24 de noviembre de 2015.

García Hernández, Misericordia: Enfermería Geriátrica. España: Barcelona Ed. Masson, 1995 Pp. 185.

Nutrición y dietas. Disponible en:

<http://www.nutricion-dietas.com/2011/04/29/economia-sociedad-y-alimentacion/piramide-alimenticia-economia-sociedad-y-alimentacion/piramide-alimenticia-para-mayores-de-70-anos/>

Consultado: el 17 Oct. del 2015.

ANEXO 1.- Glosario

Homeostasia: La capacidad del cuerpo para recuperar su equilibrio en situaciones de apremio (stress).

Dominio: “Una esfera de conocimiento, influencia o investigación (Merriam-Webster, Inc., 2009).

Clase: “Un grupo, conjunto o tipo que comparte atributos comunes.”

Etiquetas: Término que se utiliza para representar la formulación del diagnóstico.

Diagnóstica Es un término o frase concisa que representa un patrón de indicios relacionados. Puede incluir modificadores.

Anexo 2.- Síntomas de la Fractura de cadera

Las fracturas de cadera por lo general son provocadas por una caída. Si se fractura la cadera, es posible que experimente los siguientes síntomas:

Manifestaciones clínicas de una fractura de cadera

- Dolor intenso en la cadera o en el área pélvica.
- Equimosis y/o edema en el área de la cadera.
- Incapacidad de soportar peso con la cadera.
- Dificultad para caminar.
- Es posible que la pierna lesionada se vea más corta que la otra pierna y que esté girada hacia afuera.

Complicaciones

Una fractura de cadera es una lesión grave, pero las complicaciones provocadas por ésta pueden ser graves o incluso poner la vida en peligro. Si usted está inmóvil durante un período prolongado después de la cirugía, o si está en tracción, tiene riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda. La trombosis venosa profunda (que también se llama DVT, por sus siglas en inglés) es un coágulo de sangre en una vena profunda en el interior del cuerpo. Por lo general, estos coágulos se producen en las venas de la pierna. Si el coágulo de sangre se rompe y se desplaza por el torrente sanguíneo, podría obstruir un vaso sanguíneo en los pulmones. Esta obstrucción es la embolia pulmonar, la cual puede ser mortal.

Complicaciones de la inmovilidad después de una cirugía de cadera incluyen:

- Úlceras por presión.
- Neumonía.

- Debilitamiento muscular o atrofia.
Infecciones del tracto urinario⁶⁴
- Trombosis venosa profunda

⁶⁴ Fractura de cadera. Disponible en :
http://www.smo.edu.mx/consulta/descargas/cadera05_fracturas_cadera.pdf
Tomado: 15 de octubre de 2015.

Factores de riesgo de la trombosis venosa profunda (DVT):

- Tener 60 años o más.
- Inactividad por un período prolongado, como cuando vuela en un avión, tiene un viaje largo en automóvil o se recupera en cama después de una cirugía.
- Herencia de afección que provoca un aumento en la coagulación de la sangre.
- Lesión o cirugía que reduce el flujo de sangre a una parte inferior del cuerpo.
- Embarazo o puerperio inmediato.
- Sobre peso u obesidad.
- Várices de miembros inferiores.
- Píldoras anticonceptivas o terapia hormonal, para síntomas posmenopáusicos.
- Catéter venoso central.

Síntomas de la trombosis venosa profunda (DVT).

Algunas personas no presentan síntomas. La mayoría tiene algo de edema en una o ambas piernas. A menudo, hay dolor o dolor al tacto en una pierna (podría producirse solo cuando está parado o camina). Es posible que también note que, en la pierna afectada, la piel se siente tibia, o está roja o con una alteración del color. Si se presenta alguno de estos síntomas, llamar al médico de inmediato.⁶⁵

El riesgo de tener DVT aumenta si usted tiene varios factores de riesgo al mismo tiempo.⁶⁶

Medicamentos que se usan para tratar la trombosis venosa profunda

Metas principales en el tratamiento de la DVT:

- Evitar que el coágulo se agrande.
- Prevenir que el coágulo se desprenda y se desplace a los pulmones.
- Prevenir cualquier coágulo de sangre futuro.

⁶⁵ Trombosis venosas profunda. Disponible en: <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/deep-vein-thrombosis/symptoms.html> Tomado: 15 de octubre de 2015.

⁶⁶ Riesgo de presentar trombosis venosa profunda. Disponible en: <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/deep-vein-thrombosis/causes-risk-factors.html> Tomado: 15 de octubre de 2015.

Varios medicamentos se utilizan para tratar o prevenir la DVT. Los más comunes son los anticoagulantes (que también se llaman "diluyentes de la sangre"), como la warfarina o la heparina. Los anticoagulantes diluyen la sangre, a fin de que no se formen coágulos. La warfarina se toma en forma de píldora y la heparina se da por vía intravenosa (en las venas). Si usted no puede recibir heparina, es posible que su médico recete otro tipo de anticoagulante que se llama inhibidor de la trombina.⁶⁷

Para la aplicación del anticoagulante (enoxaparina):

- El paciente deberá estar en decúbito supino.
- La administración de enoxaparina debe ser realizada mediante inyección subcutánea profunda, normalmente en la pared abdominal antero-lateral o postero-lateral, alternativamente del lado derecho y del lado izquierdo.
- La aguja deberá introducirse verticalmente en toda su longitud, en el espesor de un pliegue cutáneo tomado entre el pulgar y el índice del operador.
- Cuando se usan jeringas precargadas de 20mg y 40mg no expulse la burbuja de aire de la jeringa previamente a la inyección, para evitar la pérdida de fármaco.
- Este pliegue cutáneo se debe mantener mientras se administra la inyección.
- No frote el sitio de inyección después de la administración.⁶⁸



Anexo 3. Orientación para el alta de la paciente con fractura transtrocantérica.

Los efectos psicosociales de las caídas y fracturas de cadera sobre el paciente y la familia. Desarrolla un miedo persistente a caer que llevará a una pérdida de confianza y aumento de la dependencia, lo cual supone una crisis para los cuidadores, por la culpa, temor a la dependencia e incapacidad para encarar el problema.

⁶⁷ Medicamentos que se usan para tratar la trombosis venosa profunda. Disponible: <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/deep-vein-thrombosis/treatment.html>
Tomado: 15 de octubre de 2015.

⁶⁸ Correcta administración de las heparinas de bajo peso molecular.
https://www.murciasalud.es/preavid.php?op=mostrar_pregunta&id=14215&idsec=453

Para disminuir esos temores las enfermeras orientan las formas de cuidado en el hospital y en el hogar a los cuidadores primarios que se identifiquen para ayudar al paciente en esta etapa de dependencia. Las especificaciones del plan de alta requieren minimizar el estrés o la ansiedad en la paciente, por el temor a la muerte o a una incapacidad permanente.

Superada la cirugía y con una evolución favorable del tratamiento quirúrgico, la enfermera enseña a los pacientes y familiares las medidas para que los resultados tengan menos riesgo de complicación. Tanto el paciente como los cuidadores son figuras centrales en la planificación del alta y sus necesidades serán tomados en cuenta.

Para el egreso de la paciente, se colocará en posición decúbito dorsal y colocar la camilla paralela a la cama cuidando que ambas estén frenadas, una persona se coloca en el lado externo de la camilla, mientras otra se coloca en la cabecera sujetando al enfermo por los hombros, levantándolos y acercándole hacia la camilla. Con sabana inferior sujeta los miembros inferiores de la paciente y realiza en un solo movimiento el traslado.

Explica claramente aspectos de la medicación analgésica a base de paracetamol, diclofenaco como antiinflamatorio lo que favorece la movilización precoz y una pronta alta hospitalaria... Respecto a la movilidad en el hogar se recomienda cambio de posición cada dos horas de lateral a decúbito dorsal.

La rehabilitación multidisciplinaria debe comenzar dentro de las 24 horas de inicio del postoperatorio en la mayoría de los casos para fomentar la recuperación precoz e impedir las complicaciones tales como las úlceras por decúbito y la trombosis venosa profunda.

Realizar los ejercicios del plan de fisioterapia; a) ejercicios de cuádriceps, b) fortalecimiento de glúteos, C) Flexión dorsiplantar, D) amplitud de movimiento de las extremidades superiores y la inferior no afectada.

Explicar las técnicas de traslado y los métodos de movilidad: trapecio, andador, muletas y bastón. Colocar y verificar medias anti embólicas, se analizó la capacidad para andar y realizar las actividades cotidianas. La mayoría de los pacientes debería tolerar la carga sobre la extremidad afectada a los pocos días. Se prestará consideración a la prevención secundaria con atención a los peligros potenciales de hogar familiar, técnicas de traslado y provisión de sistemas de

alarma apropiados.⁶⁹ El mejor ejercicio posible es aquel que habiendo demostrado su especificidad y su utilidad, es tolerado por el paciente y ahí es el paciente el que tiene mucho que decir.



http://accidentesdetraficoyconsecuencias.blogspot.com.es/2011_11_01_archive.html

Anexo 4. Pirámide alimenticia para mayores de 70 años

Las pirámides alimenticias son una de los mecanismos preferidos por las instituciones públicas con intereses en el campo de la salud para hacer llegar las recomendaciones nutricionales a las poblaciones.

Al ser *distintos los requerimientos nutricionales en cada persona* en función de multitud de factores, existen diferentes pirámides nutricionales para cada colectivo que puede presentar necesidades comunes.

Uno de estos colectivos es el de las *personas de edad avanzada*, alrededor y por encima de los 70 años, que es *uno de los grupos de población como mayor prevalencia de desnutriciones*.

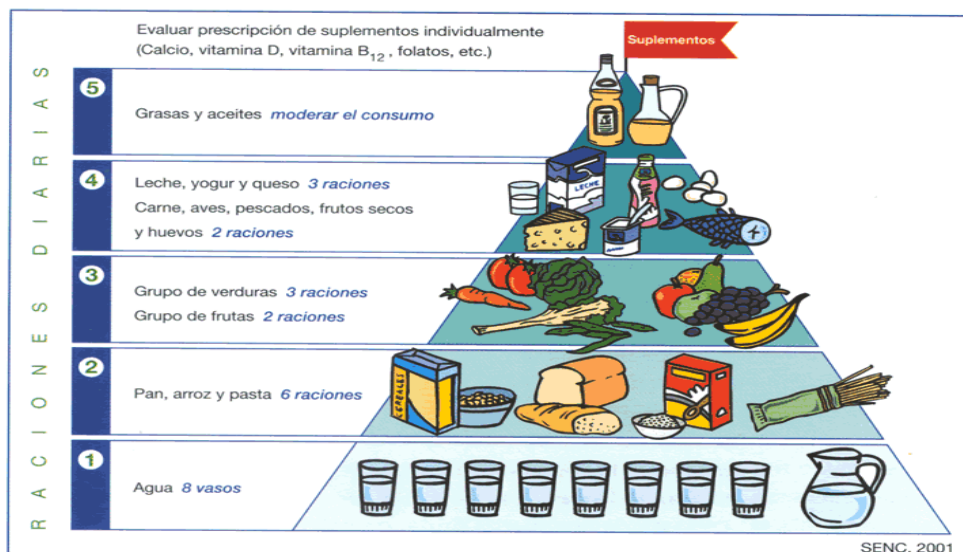
Las causas son múltiples, pero es, en cualquier caso, fundamental que estas personas consuman dietas equilibradas con una amplia variedad de alimentos que incluyan *cereales integrales, verduras y hortalizas, leguminosas, frutas, carne, pescado y lácteos y una cantidad adecuada de agua*, que suele ser uno de los puntos más débiles, al debilitarse con edad la sensación de sed.

También es muy importante realizar *una actividad física regular* acorde con las posibilidades de cada uno. Permanecer innecesariamente inactivo puede suponer un riesgo para la salud.

⁶⁹ PUBLICACIONES DEL S.I.G.N. (Documento nº 15) Tratamiento de los pacientes de la 3ª edad con fracturas de cadera. Disponible en:

<http://ortopedia.rediris.es/docus/download/sign15sp.pdf> consultado 18 01-2016.

Pirámide de la alimentación para personas mayores de 70 años



⁷⁰Nutrición y dietas. Disponible en:

<http://www.nutricion-dietas.com/2011/04/29/economia-sociedad-y-alimentacion/piramide-alimenticia-economia-sociedad-y-alimentacion/piramide-alimenticia-para-mayores-de-70-anos/>

Consultado: el 17 Oct. del 2015.