



*UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO*

*ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA*

ESTUDIO DE CASO

**DE UN ADULTO MADURO CON NECESIDADES BÁSICAS ALTERADAS DE
MOVILIDAD Y POSTURA, DE EVITAR PELIGROS Y DE COMUNICACIÓN,
SECUNDARIAS A FRACTURA DE CADERA.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

JOSAFAT POPOCA CASTRO

CTA. 412066971

Dirección De Trabajo de investigación:

Mtra. Teresa Sánchez Estrada



Ciudad de México, octubre 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.

AGRADECIMIENTOS.

*A la **Universidad Nacional Autónoma de México**: por el conocimiento verdaderamente multicultural y ser el espacio donde caben todos los saberes posibles.*

*A la **Escuela Nacional De Enfermería y Obstetricia**, donde a través de los docentes pude reafirmarme y comprender que el conocimiento es y será un constructo social.*

*A mi paciente a quien yo he llamado "**Don Pedro**" por la posibilidad de trascender el concepto de atención al paciente por cuidado a la persona.*

*A mi querida profesora: **Teresa Sánchez Estrada**, por demostrar día a día su entrega, su pasión por su universidad, por su escuela y por sus alumnos, sin importar nada y sin esperar nada a cambio, más que la satisfacción de ver realizados a sus alumnos. Por esa dedicación que tiene como toda una guerrera en el campo del conocimiento, por ser un conducto en la transmisión de conocimientos, base del desarrollo personal y profesional para todo ser. Mil gracias.*

"Hay hombres que luchan un día y son buenos. Hay otros que luchan un año y son mejores. Hay quienes luchan muchos años, y son muy buenos. Pero hay los que luchan toda la vida: esos son los imprescindibles."
Bertolt Brecht

*A todos y cada uno de mis profesores que tuve oportunidad de estar con ellos en esta carrera, por el conocimiento que siempre transmitieron en mí, por su profesionalismo y entrega, en especial al Profesor **Julio Hernández Falcón** y a la Profesora **Amanda Orozco Tagle** por sus valiosas observaciones a mi trabajo. Gracias a todos.*

*A la profesión de **Enfermería**, por cambiar mi sentido de ver a la persona y la importancia que tiene en la comunidad.*

DEDICATORIAS.

A mis padres: gracias por el "ser".

A mi madre: por ser la luz de mi camino, eternamente agradecido y porque no hay nada con lo que te pueda pagar, tu amor de madre, tu apoyo y tu comprensión, más que con mi amor y eterna lealtad y entrega hacia tí. Te amo mama.

A mi padre: Porque no hay plazo que no se cumpla. Te agradezco la educación y la entrega a tu familia, gracias papa, te amo.

In Memoriam.

A Carmen: por ser mi esposa, compañera y amiga. Gracias por todo lo recibido, el amor la comprensión y el apoyo brindado a lo largo de estos años, gracias. Te amo

A mis hermanos: su compañía no tiene precio, crecimos juntos y seguiremos juntos; a Pepe, Candé, Lúnda, Chela, Rita y Rosa las quiero.

A toda mi familia; por todas esas convivencias familiares que no tiene fin, en especial a mi cuñado Fedé y a mi sobrino David y a todas mis sobrinas: Licha, Ana. Diana, Andrea, Adriana, Sandra, Bere, Hannai, Jessica., Marcos, Luis. Con cariño para todas y todos.

A todos mis compañeros de generación, por coincidir en el espacio y tiempo, siempre se aprende de alguien algo y de ellos aprendí lo esencial, en especial a mi compañera y amiga Rocío Plasencia por los tiempos compartidos y por demostrar que sí se puede.

Este trabajo lo dedico y agradezco principalmente a Jímena: por ser la razón de mi existencia hoy en día. No hay palabras para describir lo que llegaste a hacer y ser en mi vida. Recuerda siempre que no hay imposibles, el camino nosotros lo trazamos, nada en este mundo es un regalo. Todo debe ser adquirido mediante el aprendizaje y el trabajo duro.

Te amo mi pequeña jíme hermosa.

Índice

Introducción.....	7
I. Objetivos:.....	10
II. Metodología:.....	11
III. Marco conceptual:	12
1). Paradigma	13
2). Metaparadigma.....	14
3). Paradigma, desde la filosofía de Virginia Henderson.	17
IV. Marco teórico.....	25
1). Corporeidad y proceso enfermero.....	25
V. Proceso de atención de enfermería. La perspectiva de Virginia Henderson.	36
a). Valoración:	39
b). Diagnóstico:.....	43
c). Planificación:	44
d). Ejecución:	47
e). Evaluación:	48
VI. Caso clínico.....	50
a). Valoración etnográfica sobre caso clínico:.....	50
b). Instrumento de valoración.....	53
i. Síntesis de la valoración de cada necesidad y grado de dependencia.....	69
ii. Jerarquización de las necesidades más afectadas y diagnósticos.....	71
iii. Intervención de enfermería.	72
iv. Plan de alta:.....	78
VII. Conclusiones.....	83
VIII. Anexos:.....	85
IX. Bibliografía	100

Introducción

“Muchas veces se ha dicho que toda mujer es una buena enfermera. No obstante, yo creo que los elementos verdaderos de la enfermería se desconocen”.

Florence Nightingale (1859) ¹

La Enfermería a un siglo de su nacimiento está seriamente abocada en definir y fundamentar epistemológicamente sus conceptos y categorías disciplinares. Esto no es sorprendente; enfermería existe para servir a la sociedad y debe modificarse conforme cambian condiciones y requerimientos socialmente determinados.²

La enfermería como disciplina se nutre de diversas ciencias como : la filosofía, la antropología, la psicología, la medicina; entre otras; para así dar origen a modelos teóricos que le permitan delimitar su objetivo de estudio, así como la teoría, los métodos, técnicas, procedimientos e instrumentos para llevar a cabo, todas aquellas acciones de enfermería integrales e individuales, a fin de que la persona, familia y/o comunidad, logren su independencia o autonomía físicas, mentales, emocionales , espirituales e inclusive sociales.

¹ Tomado de <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/nightins.PDF>.

² ROPER, L. Modelo de enfermería, Edit. McGraw-Hill Interamericana, Madrid España, 1993. Pág. 3

La Enfermería es una disciplina humanística; científica y tecnológica, cuyo objeto de estudio es el cuidado a la persona; desde sus fundamentos filosóficos en las dimensiones: a) ontológica, b) epistémica, c) ética, d) estética y; e) antropológica fundamentalmente; todo lo anterior conformado en un cuerpo disciplinar concretado, por ejemplo, en las teorías y modelos de enfermería instrumentados a través del método enfermero.

Dentro de las concepciones teóricas destaca la incorporación de la perspectiva antropológica que ha dado un giro a la concepción del cuidado a partir de teoría Madeleine Leininger con su teoría de la transculturalidad. Es ella, quien mejor ha explorado las concepciones y prácticas antropológicas del cuidado. Cabe acotar que por primera vez en un caso clínico de enfermería; se incluye el tema de la "corporeidad" en el paciente con necesidades alteradas; rubro que conforma una parte sustantiva del marco teórico desarrollado.

La corporeidad y su significado en el paciente; se abordan desde la perspectiva de la antropología del cuerpo. Se analiza la cuestión del significante de la corporeidad en diferentes autores como Michel Foucault, David Le Breton y Francisco de la Peña, desde el ámbito de la antropología y la sociología, para entender el proceso que afronta el paciente sobre su propio cuerpo.

El análisis sobre la corporeidad se enfoca en una persona con necesidades alteradas destacando su propio entorno; no solo el que vive en el tiempo de hospitalización, sino que también, se amplía al seno familiar y a su comunidad.

El estudio de caso es aplicado a un adulto maduro con necesidades alteradas basado en el modelo teórico de Virginia Henderson, utilizando el proceso enfermero en sus cinco etapas: la valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación. Se complementa el caso con los aspectos

de la propia enfermedad de la persona especificando la farmacoterapia y las escalas de valoración utilizadas.

Se consideran las cuestiones éticas y legales a las que todo profesionalista está obligado, se siguieron las normas y reglas para la protección de datos; por lo que al referirse a la persona cuidada se utilizará el pseudónimo de “Pedro”, con el acuerdo de la persona cuidada.

La metodología incluye la valoración, los diagnósticos enfermeros, planeación; y fundamentalmente las intervenciones con su evaluación en las respuestas de “Pedro”. Finalmente se describen las conclusiones y se incorpora las fuentes bibliográficas requeridas.

I. Objetivos:

1) General

Desarrollar habilidades teóricas y prácticas cognitivas; con sentido crítico-reflexivo (filosófico), para planear y ejecutar cuidados holísticos mediante el proceso enfermero, enriquecido desde la antropología social.

2) Específicos

- Valorar las necesidades de cuidado integral elaborando los diagnósticos enfermeros pertinentes.
- Establecer prioridades con base en las necesidades identificadas.
- Brindar los cuidados generales y específicos atendiendo la necesidad alterada de movilidad y postura r/c fractura de cadera.
- Evaluar resultados asociados a las intervenciones de Enfermería.
- Realizar un plan de alta para “Pedro y su familiar” respecto al cuidado en el hogar, considerando su entorno sociocultural.
- Asegurar que el familiar de “Pedro” comprenda los cuidados que le brindará en el hogar resolviendo sus dudas sobre la fractura de cadera en fase posquirúrgica.

II. Metodología:

Después de hacer una revisión de varios pacientes que se encontraban en el servicio de traumatología del INR y observando la disponibilidad que tenían los mismos, opté por el caso clínico del señor “Pedro” a quien se diagnosticó con fractura de cadera, a quien que conocí un lunes; procediendo a la valoración de Enfermería; utilizando el formato de las necesidades de Virginia Henderson. Como fuente complementaria de información se revisó el expediente clínico. La entrevista fue directa e indirecta por medio del familiar (su mamá) quien comedidamente se “adelantaba” y ofrecía la información referente a la condición de salud de su hijo (Pedro). Posteriormente obtuve información agregada del propio personal de enfermería del servicio de traumatología, del turno vespertino; quien ya conocía al señor Pedro puesto que el paciente ya contaba con una estancia de nueve días en el Instituto de Rehabilitación.

Estuve con el paciente toda la semana; sin embargo a causa de un cuadro de hipertensión, lo que motivo incluso la suspensión de la cirugía de reducción de fractura, se mantuvo en observación continua por un periodo de tres días consecutivos (aunque la valoración siempre estuvo presente durante toda la relación terapéutica; que sostuve con el señor Pedro), se identificaron las necesidades alteradas y los diagnósticos enfermeros pertinentes , así mismo me dispuse a realizar el plan de cuidados con la colaboración del señor “Pedro” y su Familiar. La intervención culminó con el Plan de Alta para el cuidado en el hogar dirigido tanto al paciente como al familiar.

III. Marco conceptual:

- **Teoría:** es aquella que se constituye de conceptos y proposiciones, con el objetivo de generar conocimientos en un determinado campo.
- **Modelo conceptual:** es la manera concreta de trabajar con una realidad compleja, presentada esquemáticamente con el fin de considerarla globalmente y de captar las relaciones entre sus elementos intrínsecos y sus relaciones con el exterior.³

Riehl y Roy dos autoras de enfermería, en 1980, definen el Modelo Conceptual como: “Un grupo de conceptos construidos en forma sistemática, con bases científicas y una relación lógica, que identifica los componentes esenciales de la práctica de enfermería junto con las bases teóricas de dichos conceptos y los valores que el practicante requiere para su uso...”⁴

- **Filosofía:** viene de filos (amor) y sofía (sabiduría), es amor a la sabiduría. Es una tendencia natural de la humanidad. Estudia las causas supremas de todas las cosas, es decir, los fundamentos últimos de la realidad entera.⁵

La primera Teoría de enfermería nace con Florencia Nightingale, dando origen a nuevos modelos con el objetivo de entender la enfermería y el

³ M. PHANEUF, La Planificación de los Cuidados Enfermeros, Edit. McGraw Hill Interamericana, México, Pág. 8.

⁴ Marriner A. y Tomey, Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid, España. Editorial Mosby/Dogma Libros. 1994. Págs.: 104-105.

⁵ GUTIERREZ, S. R., Historia de las Doctrinas Filosóficas, Edit. Esfinge, Edo. México, 1997, Pág. 11

cuidado, debido a que era considerada como una ocupación basada en el conocimiento común. A partir del libro de Florencia Nightingale, "Notas de Enfermería", es como las enfermeras concentran su atención e interés por adquirir nuevos conocimientos científicos como teóricos, dando paso al desarrollo de modelos o estructuras conceptuales, en un intento por identificar los conceptos principales, únicos para que enfermería fuera considerada como profesión, más no como ocupación.⁶

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrollo una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante el periodo de 1950 a 1996 que surge la filosofía de Virginia Henderson.⁷

El interés de Virginia Henderson, por enfermería surgió de la asistencia al personal militar durante la Primera Guerra Mundial. En 1996 define enfermería en su libro llamado "The Nature of Nursing".⁸ No utilizo la frase modelo de enfermería mucho menos teoría en sus escritos, no presentó un modelo como tal, consideró su trabajo como filosofía, pero no hay duda de que fue pionera de la determinación de los conceptos básicos de la disciplina.

1) Paradigma

El término paradigma se origina en la palabra griega (paradigma), que significa "modelo o ejemplo". Adam Smith lo define como "un conjunto compartido de

⁶ <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/nightins.PDF>.

⁷ Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol. 4. No. 1 Año 4 Enero- Abril 2007.

⁸ Op cit.

suposiciones. Es la manera como percibimos el mundo. Nos explica el mundo y nos ayuda a predecir su comportamiento”.⁹

Thomas Kuhn ante las dificultades derivadas de las múltiples connotaciones dadas al término paradigma, construye una generalización y señala que: “el paradigma es aquello que comparten los miembros de una comunidad científica en particular” (ésta definición es quizá la más aceptada).¹⁰

El paradigma en enfermería nos permite reconocer la disciplina de enfermería claramente diferenciado de lo que es la disciplina médica, ya que la de enfermería tiene una orientación, hacia la persona como un todo y la interacción constante con el entorno.

El Paradigma guía la práctica y sirve de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia en enfermería. Los conceptos que integran el paradigma son:

2) Metaparadigma.

El Metaparadigma representa la estructura más abstracta y global de nuestra disciplina. Integra las definiciones conceptuales de persona, entorno, salud y Enfermería, dotando así, a la profesión de un significado concreto y exclusivo.¹¹

a) Persona:

Es un ser humano único y complejo, es un todo formado por la suma de sus partes. Un ser biopsicosocial y espiritual, diferente a los demás, y a la vez con

⁹ Adam Smith, Los poderes de la mente. ed. Pomaire. (1979)

¹⁰ Thomas Khun, las estructuras de las revoluciones científicas, Breviarios 213 Fondo de Cultura Económica 1971

¹¹ Sarabia, A., Rojas, L., Meléndez, R.M. Teoría: alcances y niveles para explicar la práctica de Enfermería. Biblioteca Las casas. 2011; Vol. 7, Nº 3. Disponible en:
<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0622.php>

las mismas necesidades básicas de satisfacer. Es el objetivo primordial del cuidado de enfermería. Es parte fundamental de toda la sociedad donde percibe y se relaciona con su entorno, manteniendo un equilibrio.

b) Entorno:

Es el espacio vital, en donde se desarrolla como tal. Es todo aquello que rodea a la persona, que se puede controlar y manipular, todos aquellos factores que alteran el equilibrio, en relación al estado de salud de la persona, familia y/o comunidad.

c) Salud:

El término lo definimos como la ausencia de enfermedad. Cada persona define la salud tal y como la percibe. La OMS, la define como el estado de completo bienestar físico y social, y no solo la ausencia de enfermedad.¹² Es una cualidad de la vida, que es básica para un óptimo funcionamiento del organismo humano.

d) Cuidado:

Es el carácter propio e independiente de enfermería, es la propia definición de enfermería, una intervención que la enfermera realiza a través de reglas aprendidas, así como de sus conocimientos y habilidades, con el objetivo de mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones.

Kristen Swanson plantea en el año 1991 la "Teoría de los Cuidados", la autora concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Propone cinco procesos básicos (Conocimientos, estar con, hacer

¹² Tomado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

por, posibilitar y mantener las creencias). Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería.¹³

“Los cuidados de enfermería, no son empíricos, ni el producto de una necesidad ocasional, ya que se fundamentan en un conocimiento teórico, que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basa en una deducción lógica y fundamentación científica, que permite mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina”.¹⁴

Los cuidados de salud son acciones que contribuyen al bienestar de la persona, lo que hace que sean consideradas necesarias a lo largo de toda la vida. En la actualidad los cuidados se orientan a incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo percibe, debido a esto las intervenciones de enfermería van dirigidas a dar una respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias así como sus convicciones para el éxito de los cuidados y la satisfacción, así como el bienestar de la persona en su integridad.

Para determinar de forma precisa el objeto de estudios de una disciplina, no es suficiente con describir cada uno de los términos que los conforman, sino que es necesario establecer una relación entre dichos fenómenos, ya que determinan tanto el objeto de estudio como el campo de acción.

¹³ Báez-Hernández F, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina, López O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Rev. Aquichan 2009;9

¹⁴ Rodríguez Campo V.A., Valenzuela Suazo S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. Enferm. glob. [Internet]. 2012

3) Paradigma, desde la filosofía de Virginia Henderson.

Así como Florencia Nightingale¹⁵ trató de delimitar las acciones de enfermería, Virginia Henderson define cada uno de los elementos que integran el paradigma de enfermería. Ante la necesidad de encontrar un modelo para la enseñanza en enfermería que se pueda aplicar a la práctica clínica diaria, se eligió la filosofía de Virginia Henderson que se sustenta en las necesidades básicas del ser humano.

Virginia Henderson es una enfermera norteamericana. Nació en 1897, su interés por enfermería nació durante la primera guerra mundial. Desde entonces cuenta con una amplia trayectoria.¹⁶ Se dio a conocer en México por los años 60. Su trabajo fue clasificado por las teóricas, en el grupo de La Enfermería Humanística, porque considera a la Profesión de Enfermería como un arte y una ciencia.¹⁷

Su trabajo fue considerado como una filosofía, debido a que aborda aspectos espirituales en el cuidado de enfermería hacia el paciente sano o enfermo. Henderson como todas las teóricas definen cada uno de los elementos del paradigma, no establece una definición en sí del término entorno, pero menciona a grandes rasgos de qué manera interactúa con la persona y la salud.

- a. **Persona:** la concibe como un ser único y complejo, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, requiere

¹⁵ Ídem.

¹⁶ Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol. 4. No. 1 Año 4 Enero- Abril 2007.

¹⁷ GARCÍA, G J, El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, México, 1997, Pág. 11

satisfacer sus 14 necesidades básicas o requisitos, que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento.¹⁸

Una necesidad es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo.¹⁹

Henderson, incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería, define la salud como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow. Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada y temperatura). Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales). Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias). Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender). Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas, implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito.²⁰

1. **Necesidad de Respirar:** es una necesidad del ser vivo, por medio del cual el organismo capta el oxígeno indispensable para la vida celular y elimina el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo permiten satisfacer esta necesidad.

¹⁸ FERNANDEZ, F C, El Proceso de Atención de Enfermería, Edit. Masson-Salvat, Barcelona, 1993, Pág.4.

¹⁹ M.PHANEUF, op.cit, Pág. 13

²⁰ RIOPELLE L, Cuidados de Enfermería, Un proceso centrado en las necesidades de la persona, Edit., McGraw-Hill Interamericana, Madrid, 1993, Pág. 10.

2. **Necesidad de Beber y Comer:** beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

3. **Necesidad de Eliminación:** es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo para conservar el funcionamiento normal. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y la espiración pulmonar, igualmente la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.

4. **Necesidad de moverse y mantener buena postura:** es una necesidad para todo ser vivo estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados y mantenerlos bien alineados permite, la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

5. **Necesidad de dormir y descansar:** el descanso físico y mental son necesidades básicas del ser humano; cada persona necesita cubrir ciertos requerimientos de tiempo y condiciones favorables para satisfacer sus necesidades de dormir y descansar, lo cual es muy importante para tener un funcionamiento óptimo de su organismo.²¹

²¹ García, op.cit, Pág. 128.

6. **Necesidad de vestirse y desvestirse:** es una necesidad del individuo, la forma de vestirse es una parte indispensable de la personalidad de un individuo, es un rasgo particular que le hace ser diferente a los demás. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del rigor del clima y permitir la liberación de movimientos. La forma de vestir, es parte de la cultura en que vivimos y nos hemos desarrollado.
7. **Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:** mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura más o menos constante (la oscilación normal en el adulto sano se sitúa entre 36.5°C y 37.2° C) para mantenerse en buen estado.
8. **Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos:** estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana con la finalidad que ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.
9. **Necesidad de evitar los peligros:** es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener su integridad física y psicológica.
10. **Necesidad de comunicar:** es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a

las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

11. **Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores.** Es una necesidad para todo individuo; hacer gestos, actos conforme a su noción personal del bien y del mal y de la injusticia, y la persecución de una ideología.

12. **Necesidad de ocuparse para realizarse:** es una necesidad para todo individuo; este debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.

13. **Necesidad de recrearse:** es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14. **Necesidad de aprender:** es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos, o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.²²

²² Riopelle, L. Grondin. Phaneuf Cuidado de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de las personas. Madrid. Ed. Mc Graw-hill Interamericana 1997.

El paciente debe ser abordado como un todo, teniendo en cuenta la interacción entre sus distintas necesidades, para poder valorar el estado de salud del individuo y planear los cuidados.

b. **Entorno:** el término no fue definido como tal por Henderson. Pero de una forma general menciona de qué manera se da la relación del medio ambiente con el individuo, ya que en él se desarrolla. Y como el individuo sano puede ser capaz de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en esa capacidad, por lo tanto, deben de proteger a la persona de lesiones producidas por agentes externos mecánicos o físicos.

c. **Salud:** la define como la capacidad de la persona para mantenerse independiente frente a la satisfacción de sus necesidades.²³

Es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano. Que requiere de fuerza, voluntad o conocimiento, lo que le permite trabajar con máxima efectividad y alcanzar un nivel de potencial más alto de satisfacción en la vida. Por lo tanto, enfermedad es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades.²⁴

d. **Enfermería:** Henderson define a Enfermería en 1956 como “Asistir al individuo, sano o enfermo en la relación de aquellas actividades que

²³ M.PHANEUF, op.cit, Pág.11

²⁴ GARCIA, op.cit, Pág. 13

contribuyen a la salud o a su recuperación (o una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.²⁵ Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación de enfermería. A través de la formación de una relación enfermera – paciente, ayuda a la satisfacción de las 14 necesidades básicas, mediante cuidados básicos e integrales que implica la aplicación de un plan de cuidados de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Enfermería lleva a cabo acciones en base al grado de dependencia de la persona.

Henderson establece tres niveles en la relación enfermera paciente:

- **Sustituta:** se da siempre que la persona tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias de la persona debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- **Ayudante:** durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda a la persona para que recupere su independencia.
- **Compañera:** supervisa y educa a la persona, pero es ella quien realiza su propio cuidado.

²⁵ Ibídem, Pág. 13

➤ **Rol de enfermería:**

Las funciones de enfermería son independientes de la del médico, pero por otra parte utiliza su plan de cuidado para proporcionar un cuidado holístico de la persona. Al mismo tiempo requiere trabajar de forma interdependiente con otros miembros del equipo de salud para brindar un cuidado integral y lograr los objetivos establecidos en el plan de cuidados. Los cuidados básicos: consisten en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades de manera óptima para llegar a un mayor bienestar y llevarla a recuperar su independencia frente a sus necesidades.²⁶

Es verdad que todos los individuos tenemos la misma 14 necesidades básicas, sin embargo, cada individuo satisface sus necesidades de manera diferente debido al grado de importancia que cada uno le da. Por lo tanto, los cuidados deben ser individualizados y específicos, para así lograr una mejor calidad de vida y proporcionar un cuidado integral de enfermería. Es indispensable llevar a cabo un método que guíe a la enfermería en sus acciones para un mejor resultado y lograr un alto grado de independencia en la persona.

²⁶ GARCÍA, G J, El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, México, 19974. Pag. 14

IV. Marco teórico.

1) Corporeidad y proceso enfermero.

A lo largo de la historia de la humanidad, el significativo cuerpo ha asumido variadas interpretaciones de acuerdo a la visión que prevaleció en cada época; y describir e interpretar cada una de éstas, nos lleva a contemplar los paradigmas predominantes de cada época.

El cuerpo como representación social independientemente de género, edad y condición social, es por él, que nos identificamos y expresamos nuestra identidad mediante prácticas e imágenes falseadas o no; así para Le Bretón:

“Las representaciones del cuerpo y los saberes acerca del cuerpo son atribuidos de un estado social, de una visión del mundo y, dentro de esta última, de una definición de la persona. El cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí mismo. De ahí la mirada de representaciones que buscan darle un sentido y su carácter heteróclito, insólito, contradictorio, de una sociedad a otra.”²⁷

El cuerpo enlaza lo cultural y lo biológico dando paso a prácticas simbólicas y formales de nuestra vida cotidiana. El cuerpo es una unidad bio-cultural que estamos lejos de comprender, así el cuerpo se configura a través de las estructuras simbólicas que son estas las que le dan un sostén para la identidad del individuo en una sociedad o cultura determinada.

Cada comunidad se forja una representación propia del mundo que lo rodea y de los hombres que la componen. Define las formas de existencia de su organización social y cultural, ritualiza los lazos de los hombres entre sí, así como las relaciones que estos sostienen con su entorno. El hombre hace al

²⁷ Le Bretón David. 1990 Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires, Nueva Visión. Pág. 13-14

mundo al mismo tiempo que el mundo hace al hombre; las sociedades son materias de símbolos.

Así, para otros autores como Marcel Mauss:

“...la actividad corporal está directamente relacionada con las grandes funciones biológicas: caminar, dormir, sentarse, comer, escupir, orinar, lavarse, dar a luz, etc. una actividad tan cotidiana como caminar puede hacer aparecer variaciones insospechadas ligadas al ‘estilo’ de caminar, a la resistencia, a la velocidad, a las cargas portadas” ...²⁸

.. En las que se va diferenciar una cultura de otra, e incluso en la misma cultura puede haber variaciones significantes.

Mientras que las cuestiones binarias se hacen presentes en antropólogos como Francisco De la Peña, donde para él, es el cuerpo, nuestro vehículo de traslación, pero también, la representación de nuestro yo interno:

“Las metáforas que el cuerpo inspira para construir sistemas ideológicos se valen, en muchos casos, de las propiedades morfológicas del mismo que se presentan para pensar en dualismos tales como lo inferior y lo exterior, lo superior y lo inferior, lo anterior y lo posterior, lo izquierdo y lo derecho. La valencia diferencial de los sexos (el binarismo asociado a la posición simbólica y física entre lo masculino y lo femenino), los humores corporales, así como la significación que puede otorgársele a las partes exteriores o interiores del cuerpo han sido objeto de examen y especulación para los hombres de todos los tiempos, quienes han elaborado, a partir de ello, concepciones diversas sobre el orden de las cosas. Uñas, dientes, cabello, piel, articulaciones, apéndices y orificios corporales han sido objeto de usos y prácticas de sentido tanto como los ruidos (tos, estornudo, eructos, gritos, llanto, ventosidades), las sustancias (huesos, carne, vísceras) o fluidos (leche, sangre, semen, saliva, mucosidades, lágrimas, excrementos, orines) asociado a lo corporal”²⁹.

En muchas ocasiones el cuerpo ha sido considerado un sistema o una totalidad dotada de propiedades específicas, y pensado según modelos contrastantes, por ejemplo, como una entidad sujeta a procesos entrópicos, como un sistema homeostático y en equilibrio o como una red de flujos y energías

²⁸Bonte Pierre, e Izard Michael. Diccionario de *Akal de Etnología y Antropología*. Akal. Madrid, España, 1996. Pp. 199

²⁹De La Peña, Francisco, coordinador. *Cuerpo, enfermedad mental y cultura*. INAH, México, 2009. Pp. 12 y 13

arborescentes. Abierto al mundo, permeable al entorno o en una relación de implicación mutua con el cosmos, el cuerpo ha sido concebido, también, como algo cerrado en sí mismo, disociado del alma o reducido a un mecanismo material a la manera de una máquina.

Más que una naturaleza única del cuerpo, lo que la antropología nos revela es la existencia de una condición corporal, de un estado del cuerpo y de una significación del mismo que es cambiante, ya que depende de prácticas de reproducción social y cultural que varían de un lugar y de un tiempo a otro.

El cuerpo expresa, duele, disfraza, se rompe, corrompe, se utiliza, se purifica, se emplea, es la evidencia del ser.

“Una persona es a la vez un cuerpo, un yo, y un ente social, instancias todas que, empero, no poseen un significado fijo a través de las culturas. En todas las sociedades las representaciones de la persona, al igual que las del cuerpo, ocupan un lugar central en la dinámica cultural. Atribuir a un sujeto la cualidad de persona implica conferirle una identidad, un estatuto y un reconocimiento moral o jurídico. La identidad de una persona, por esta razón, puede variar según los estados sociales que atraviesa un individuo”³⁰.

Es así como en diferentes tiempos y espacios el cuerpo ha sido la base del significado de la persona, y es a través de él, que se llega a significar a todo un grupo cultural con determinadas características y diferenciándose de otros grupos culturales.

Pero, ¿qué pasa cuando el cuerpo no responde?, ¿cuándo es preferible amputarlo para calmar el dolor?; ¿qué sucede cuando lo que se consideraba sagrado quita el sueño?, ¿cuándo se necesita golpear otra parte del cuerpo para distraer al cerebro con otro dolor?; o peor aún, ¿qué pasa con el ser cuándo el cuerpo no responde?, ¿cuándo se vuelve inmóvil?, ¿cuándo se

³⁰ De la Peña. Op cit.

transforma?, ¿cuándo es poseionado?, ¿cuándo por más voluntad que haya parece inerte?, ¿cuándo ya no duele porque ya no se siente?

Todas estas interrogantes nos hacen pensar acerca de cómo se vive el cuerpo en la actualidad.

Según Francisco De La Peña:

“a diferencia del universo de las culturas chamánicas en la que se postula la existencia de un continuum entre lo somático y lo psíquico, entre la persona y la colectividad, entre cuerpo y cosmos, entre vida y muerte, entre el mundo de los hombres y el mundo de las divinidades, y en donde son indisociables la salud individual y la salud colectiva, la enfermedad de un individuo y la enfermedad de la comunidad, la curación de la persona y la curación del grupo del que forma parte, la cultura moderna se caracteriza por la disociación y la discontinuidad entre todos estos dominios”³¹.

Empero, para Le Breton el cuerpo no es en sí el ser, sino un componente de este junto con el alma; uno sin el otro no funciona como mecanismo de acción social sino como objeto inanimado. Para un segmento de la población el alma es la esencia del ser y el cuerpo es materia, constituido por piezas, como rompecabezas que pueden ser separables, prescindibles.

“Cómo resultado del desarrollo de las técnicas anatómico-fisiológicas, la anatomización médica del cuerpo acarrió la fragmentación, la disección y el desmantelamiento del mismo, llevando a concebirlo como una estructura de piezas separables, reconstruibles y sustituibles. Más aun, en la medida en que el cuerpo es representado en el mundo moderno como un objeto material, reducido a un organismo biológico disociado de la persona, la mecánica del cuerpo se torna ajena a la subjetividad”³².

Cuando algún problema físico es subsanado mediante la mutilación, surge el proceso de aceptación de las nuevas formas físicas que alterarán cualquier actividad cotidiana que deberán enfrentar con su nueva forma e imagen del cuerpo.

³¹ De La Peña, Francisco, coordinador. Cuerpo, enfermedad mental y cultura. INAH, México, 2009 pag. 21

³² Ídem.

Pero ahora pensemos en una segunda etapa del dolor, cuando se sabe que es una enfermedad terminal, es decir cuando se encamina a la muerte; cuando el dolor físico es crónico, cuando no hay más que hacer medicamento (por falta de voluntad institucional o por lo avanzado de la enfermedad).

La percepción del cuerpo como una unidad autónoma, ajena al cuerpo social y al cosmos, acompaña el tránsito de la lógica de la individuación en la que el grupo y la tradición tienen una preponderancia sobre el sujeto, a la lógica de la individuación y del individualismo en la que el sujeto se concibe a sí mismo como libre de toda dependencia. Dicha percepción está también asociada a la constitución de lo que M. Foucault ha llamado el biopoder, dispositivo ideológico e institucional que nace con la modernidad y que hace del poder sobre la vida un poder de la razón y de la racionalidad sobre la vida, y el cuerpo, su pieza clave y su engranaje estratégico...del biopoder se distinguen dos vertientes: la biopolítica que atañe al control de la población a través de un saber especializado sobre la natalidad, la morbilidad, la duración de vida, la fecundidad, el estado de salud público, la frecuencia de enfermedades, las formas de higiene y el crecimiento demográfico; y la somatopolítica que apunta a un poder basado en el saber sobre el cuerpo individual y en particular sobre la sexualidad del mismo...³³ .

El cuerpo, siguiendo a De La Peña, es la forma biológica del ser, que puede reconfigurarse mediante control y dominio.

³³ De La Peña, Francisco. Cuerpo, enfermedad mental y cultura. INAH, México, 2009. Pp. 22 y 23.

“El dominio del cuerpo y sobre el cuerpo es así, paradójicamente, indisociable de su individualización y privatización, de su transformación en un accesorio de la persona, en un recurso del yo, en un instrumento para la escenificación de sí mismo”³⁴.

El cuerpo sea joven, adulto o viejo es además de nuestra representación social, el significado simbólico del yo interno. Encaminando a este un narcisismo que actualmente se instituye en la época moderna en la que vivimos, para Turner³⁵ es como:

“La sociología del cuerpo conduce a una nueva discusión de las nuevas formas del yo en el debate sobre el narcisismo moderno y de las actuales formas de regulación bajo el consumo masivo. Como consecuencia de estos acontecimientos en el capitalismo contemporáneo, la asociación convencional de la acumulación capitalista y las practicas ascéticas del cuerpo tiene cada vez menos pertinencia a medida que el ascetismo es remplazado por el hedonismo calculador”³⁶.

El cuerpo no es una realidad primaria, no se nace con un cuerpo, sino que éste se construye gracias al otorgamiento de un cuerpo simbólico (el lenguaje), que pre-existe al sujeto³⁷.

A lo largo de la historia de la humanidad, el significante cuerpo ha asumido variadas interpretaciones de acuerdo a la visión que prevaleció en cada época; y describir e interpretar cada una de éstas, nos lleva a contemplar los paradigmas predominantes.

Sin duda alguna el cuerpo es representado a través de signos y símbolos, pero esta representación se va a construir en el transcurso de la vida de cada sujeto,

³⁴De La Peña, Francisco. Cuerpo, enfermedad mental y cultura. INAH, México, 2009. Pag. 24.

³⁵ Bryan S. Turner. El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social. FCE. 1989.

³⁶ Ibídem.

³⁷ Mauricio Gutiérrez Lozano El cuerpo como efecto (los años 40: un paso preliminar) 2006. Tomado de <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=221&rev=31&pub=1>

primeramente, por otros sujetos que le van a rodear desde su nacimiento, posteriormente cada individuo se va a construir su significar.

En la Edad Moderna, Descartes (1596-1650),³⁸ creador de la corriente idealista, vuelve a marcar el dualismo. Retoma la concepción desvalorizante del cuerpo, al cual lo considera como instrumento del alma, afirmando que la esencia humana se distingue por la capacidad de pensar. Él considera que sólo el pensamiento es capaz de concebir y de querer; el cuerpo se reduce a una maquinaria movida por el espíritu. "... como un reloj compuesto por ruedas y contrapeso, así considero al cuerpo del hombre..."³⁹

El proceso de encontrarnos a nosotros mismos, de aceptarnos y de expresarnos tal como somos ocupa muchos años de nuestra vida. En esta larga búsqueda de la identidad, del verdadero yo, la integración psico-corporal aparece como un camino que es necesario transitar. Pero en nuestra cultura el cuerpo tiene una historia y un devenir y abordar lo corporal nos enfrenta a la complejidad de la interacción mente-cuerpo en su contexto de construcciones sociales.

La vivencia del cuerpo está estrechamente unida a la forma en que entendemos la realidad. Pero el significado de lo real y por lo tanto la representación y vivencia del cuerpo ha sufrido dramáticos cambios a lo largo de la historia.

³⁸ Descartes 1626 (La Haye, Francia, 1596 - Estocolmo, Suecia, 1650) Filósofo y matemático francés

³⁹ Descartes, René, Meditación Sexta "De la existencia de las cosas materiales y la distinción real entre el alma y el cuerpo del hombre" en *Meditaciones Metafísicas*, Porrúa, México, 1984, p, 87.

En occidente la filosofía clásica se preocupó por el tema del cuerpo desde Platón y Aristóteles bajo una perspectiva dualista. Durante la Edad Media se da el triunfo del cristianismo, que marcó fuertemente las ideas y las prácticas corporales; se podían identificar dos instancias: cuerpo y alma que, aunque estaban unidas y se condicionaban mutuamente (la una podía ser redentora o condenatoria de la otra) no tenían el mismo status.

En la alta Edad Media se asumieron las prohibiciones del Antiguo Testamento, el cuerpo no era considerado como un componente básico y definitorio de nuestro ser, sino como la causa de muchos de los males de la humanidad. Era “el componente frágil en la dicotomía materia/espíritu”⁴⁰ (Velasco, 2002), que se suponía conformaba y definía al individuo ya que a través de la tentación y el pecado podía llevar con facilidad a la condenación de la persona. Para conseguir la “salvación” había que “espiritualizarlo” practicando las virtudes de abstinencia y continencia.

Michel Foucault (1975)⁴¹ introdujo una visión diferente, comprobando que las sociedades occidentales inscriben a sus miembros en las mallas cerradas de una red de relaciones que controla sus movimientos. En *Vigilar y castigar* el autor plantea al cuerpo singular como objeto y blanco de poder y que se puede mover o articular con otros a través del disciplinamiento como fórmula de dominación para producir la docilidad y la eficacia a través de un cuidado meticuloso de la organización de la corporeidad.⁴²

⁴⁰ Velasco, Arnulfo Eduardo. El cuerpo y sus significados: la perspectiva renacentista Sincronía Otoño 2002

⁴¹ Foucault, Michel. *Vigilar y castigar*. Ed. Siglo XXI 1986

⁴² Opcit.

Pierre Bourdieu (1979)⁴³ sostiene que el cuerpo es la objetivación del gusto de clase y el hábitus, es decir, los comportamientos, los gustos, están ligados a una posición en dicha clase social.

Por otro lado, David Le Breton considera, en Sociología del cuerpo, que

“la presentación física parece valer socialmente como una presentación moral. La puesta en escena de la apariencia deja librado al hombre a la mirada del otro y especialmente, al prejuicio que lo fija de entrada a una categoría moral por su aspecto, por un detalle de su vestimenta o por la forma de su cuerpo”.⁴⁴

Los cambios de la moda que repercuten en la ropa, en los cosméticos, en las prácticas físicas dan cuenta de ello, formando una constelación de productos “necesarios” y codiciados para poder acceder a cierto grupo social. Se valora al otro por lo que tiene, por lo que muestra, reduciéndolo a la mirada de los demás como mera cáscara, volviendo las relaciones sociales más medidas o más distantes.

Por lo tanto, es dable plantear que el cuerpo no es algo dado de antemano, de naturaleza indiscutible, sino, por el contrario, hay tantas representaciones como sociedades haya y habrá que comprender la corporeidad como estructura simbólica que incluye imaginarios, conductas o nociones propias de cada grupo.

Para el personal de enfermería es común el ver al cuerpo del otro como un instrumento de valoración, en donde se puede valorar desde las estructuras biológicas y fisiológicas del cuerpo, pero pocas veces se valora la significación que se tiene del cuerpo por el propio paciente y no se le da la importancia que

⁴³ Bourdieu, Pierre. (2002). La distinción: Criterio y bases sociales del gusto. México: Taurus. Pp. 97-113.

⁴⁴ Le Breton, David. La sociología del cuerpo. 1ª Ed. Buenos Aires. Nueva Visión. 2002.

este tiene de su cuerpo, en tanto a su imagen y percepción sociocultural de la corporeidad del mismo.

A partir de la medicina y la biología, se formula la concepción del cuerpo admitida por la sociedad occidental. Concepción de la persona que le permite al sujeto decir "mi cuerpo", como una posesión.

Frente a la idea de cuerpo como mero "objeto natural", los estudios socio antropológicos han permitido demostrar que los grupos culturales construyen sus propias gestualidades, expresiones emocionales, modos percepción sensorial y técnicas de movimientos corporales cotidianas, rituales y estéticas; asimismo, mostraron las variadas representaciones, significaciones y valoraciones culturales elaboradas en torno a los cuerpos, analizando las distintas concepciones anatómicas, fisiológicas, sexuales y de la salud-enfermedad. Asimismo, en muchos trabajos más recientes, la corporalidad es entendida como una perspectiva de análisis que se integra al estudio de diversas problemáticas socio-culturales, los cuerpos no son tratados entonces como "objetos" de estudios específicos, sino que son reconocidos como dimensiones constitutivas e insoslayables de toda práctica social.

Especialmente a partir de la década del 80', se profundizaron distintos enfoques teóricos metodológicos para estudiar la corporalidad en la vida social. Por un lado, a partir de la influencia de trabajos de Claude Levi-Strauss, Michel Foucault entre otros surgen abordajes estructuralistas y post-estructuralistas que analizan el cuerpo como objeto de representaciones simbólicas, formaciones discursivas y prácticas disciplinares. Por otro lado, algunos autores comienzan a enfatizar en la capacidad constituyente activa y

transformadora de la corporalidad en la vida social, ya sea a partir de una reapropiación de la fenomenología, de propuestas dialécticas que intentan superar la oposición entre objetivismo y subjetivismo o que destacan el papel de la corporalidad en las prácticas de oposición, resistencia y creatividad cultural.

V. Proceso de atención de enfermería. La perspectiva de Virginia Henderson.

Evolución

Desde la década de los 50 Enfermería ha buscado establecer las bases del método científico en su proceso que permita proporcionar cuidados de enfermería de una forma racional, lógica y sistemática. El Proceso de Enfermería ha sido descrito por varios autores como una aplicación del enfoque de solución de problemas, así como un método científico, ya que proporciona una estructura lógica en la que se basan los cuidados de enfermería. El Proceso de Enfermería, es un método sistemático y dinámico, que tiene como objetivo identificar las necesidades de salud, para brindar un cuidado integral, humanístico y lograr una mejor calidad de vida en la persona. El proceso tiene como elemento esencial el ser planeado, centrado en la persona, familia o comunidad, orientado a problemas y dirigido a metas con un fin común.⁴⁵

Es dinámico, cíclico, en el que interactúan enfermera – persona, familia y/o comunidad, que le permite ordenar, organizar, preparar y modificar las acciones de enfermería. El Proceso de Enfermería, tiene ciertas características: Es un método, del griego métodos de meta.... hacia o con y odós.... camino o vía; por lo tanto, es un camino hacia algo. El Proceso es una serie de pasos a seguir al actuar por la enfermera, que le permite organizar su trabajo y así solucionar problemas relacionados con la salud de la persona, familia y comunidad.

Es sistemático, por estar conformado de cinco etapas, con un orden lógico, con el fin de obtener los resultados que fueron planeados.

⁴⁵ DuGas B W, Tratado de Enfermería Práctica, Edit. Mc Graw-Hill Interamericana, México, D.F., 1986, Pág. 73

Es humanista, por considerar a la persona como un ser holístico, que es la suma de sus partes, un ser único y complejo.

Es dinámico, por estar sometido a constantes cambios.

Es interactivo por requerir de la interrelación enfermera-persona, para lograr objetivos comunes.

Las ventajas: Para la persona son:

- ❖ Participar en su propio cuidado.
- ❖ Continuidad en la atención.
- ❖ Mejorar la calidad de la atención.

Para enfermería:

- ❖ Crecimiento profesional.
- ❖ Satisfacción en el trabajo.
- ❖ Lograr plasmar y escribir su trabajo diario con un orden y secuencia adecuada.

Como todo método, el Proceso de Enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Las etapas se llevan lógicamente una después de la otra:

Los términos independencia y dependencia ya mencionados, son:

Independencia:

En términos generales es autonomía, autodeterminación. Es 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.⁴⁶

⁴⁶ FERNANDEZ, op.cit, Pág.7

Independencia en el niño: Al niño se le considera independiente si puede llevar a cabo las acciones que son normales para su edad, aunque determinadas necesidades (alimentación, eliminación, etc.) necesiten la ayuda de sus padres o de cualquier otra persona.⁴⁷

Dependencia:

Es la situación en que se encuentra el individuo en no satisfacer sus necesidades por sí solo, sino que requiere de la intervención de segundas personas para poder lograr un nivel de independencia y mantener un equilibrio fisiológico, psicológico, social y espiritual. Ambos términos se valoran a través de ciertas manifestaciones reflejadas por la persona, en cada una de las 14.

Necesidades Básicas.

Henderson, menciona que existen causas de dificultad que intervienen en la no satisfacción e independencia de las necesidades básicas, dichas causas se deben a una falta de fuerza, conocimiento y voluntad. Las causas de dificultad, son todas aquellas limitaciones individuales que pueden ser de naturaleza física, psicológica, sociocultural y espiritual o bien pueden estar relacionadas con el entorno, que van a impedir a la persona a satisfacer sus necesidades y alcanzar un nivel óptimo de salud.

Falta de fuerza:

Es la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

⁴⁷ M.PHANEUF, op.cit, Pág. 16

Falta de conocimiento: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de voluntad:

Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución, así como el mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.⁴⁸

En base al tiempo y características, estas tres causas pueden dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente que son valorados en la planificación de las intervenciones de enfermería.

a) Valoración:

Es la primera etapa del Proceso de Enfermería, consiste en la recopilación de datos objetivos y subjetivos, con el objetivo de identificar y determinar las necesidades de cuidado de enfermería de la persona, familia y comunidad. Esta etapa es total e integradora por lo que se debe seguir un enfoque holístico. Se reúnen todas las piezas necesarias del rompecabezas. La recolección de los datos puede ser generalizada y específica (focalizada); como primer paso se obtendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud general, y una vez detectado un problema real o de riesgo, se procederá a centrar la valoración en un área específica.⁴⁹

⁴⁸ Ibídem, Pág. 7.

⁴⁹ RODRÍGUEZ, S B A, Proceso Enfermero, Edit. Cuellar, México, D.F, 2000, Pág. 49

- ✓ Datos subjetivos: son aquellos que la persona refiere y manifiesta, es una percepción de carácter individual.
- ✓ Datos objetivos: es la información que se puede observar y medir, a través de los órganos de los sentidos.

Para autores como Nilda L Bello⁵⁰ la recogida de datos dentro de la valoración puede definirse como información específica y se obtiene mediante 4 tipos:

1. Subjetivo.
2. Objetivo.
3. Histórico.
4. Actuales.⁵¹

La recopilación de datos se obtiene a través de la fuente, que son dos básicamente:

- Fuentes primarias: a través de la persona, se obtienen datos subjetivos.
- Fuentes secundarias: a través de familiares, profesionales de la salud, registros, bibliografía sobre el tema, así como de estudios de diagnóstico.

Los métodos básicos en los que se apoya la valoración son:

- Observación: se utilizan todos los sentidos.
- Entrevista: es una comunicación planificada, o bien una conversación con una finalidad. Se establece a través de la comunicación con el objetivo de recoger datos de información.

Puede ser:

⁵⁰ Lic. Nilda L. Bello Fernández. Licenciada en enfermería. Máster en Educación a Distancia. Profesora Auxiliar y Consultante de Enfermería, profesora de Fundamentos de Enfermería, La Habana

⁵¹ Bello Fernández, Nilda L. fundamentos de enfermería, La Habana: editorial Ciencias Médicas. 2006

1. Directa: es estructurada, se realiza a través de preguntas cerradas, para obtener información específica.

2. No dirigible: se realiza con preguntas abiertas, se permite dar respuestas amplias.

Dentro de la entrevista se consideran datos biográficos de la persona, familia; antecedentes patológicos personales y familiares; aspectos a valorar según el modelo de enfermería en el que se vaya a trabajar, así como los datos para el examen físico. El tiempo, lugar y posición influyen en el desarrollo de la entrevista. Siempre se debe procurar que la persona se sienta cómoda y tranquila.

La entrevista está formada de tres etapas:

- a) Introducción: se establece una orientación, así como los objetivos.
- b) Cuerpo: es el desarrollo de la entrevista.
- c) Cierre: cuando se ha logrado el objetivo de la entrevista de obtener la información correspondiente se da por terminado.

En ocasiones la persona es quien da por terminada la entrevista.

- Exploración Física: se obtienen datos subjetivos y objetivos. Incluye una valoración física de cabeza a pies o por sistemas corporales, que requiere de cuatro técnicas: palpación, percusión, auscultación, e inspección. También se incluyen determinaciones antropométricas.
- Inspección: es un examen donde se utiliza el sentido de la vista. Se apoya de instrumentos con luz, como un otoscopio. Se valora el color, la

forma del cuerpo, expresiones faciales, estructuras corporales. Es sistemática.

- **Palpación:** es la valoración del cuerpo, apoyado en el sentido del tacto, utilizando las yemas de los dedos. Se utiliza para determinar, la textura, temperatura, posición, tamaño, consistencia, masas, presencia y frecuencia de pulso, molestias y dolor.

- **Percusión:** la superficie del cuerpo es golpeado con el objetivo de producir sonidos que se puedan oír o puedan sentir vibraciones.

Hay dos tipos:

- **Percusión directa:** se golpea directamente el área con las yemas de los dedos.
 - **Percusión indirecta:** es el golpe de un objeto que se mantiene contra la zona del cuerpo que se va a examinar. Se determina: el tamaño, la forma de los órganos internos estableciendo su borde, también indica si el tejido está lleno de líquido, aire o sólido. Al percutir se producen cinco sonidos: llano, sordo, resonancia, hiperresonancia y timpánico.
- **Auscultación:** es el proceso de escuchar los sonidos producidos dentro del cuerpo.
 - **Auscultación directa,** es a través del oído, sin ayuda de algún tipo de aparato.
 - **Auscultación indirecta,** es mediante aparatos que nos ayudan amplificar los sonidos.

Por último, se realiza una recopilación de los datos obtenidos, para identificar los problemas de salud.

b) Diagnóstico:

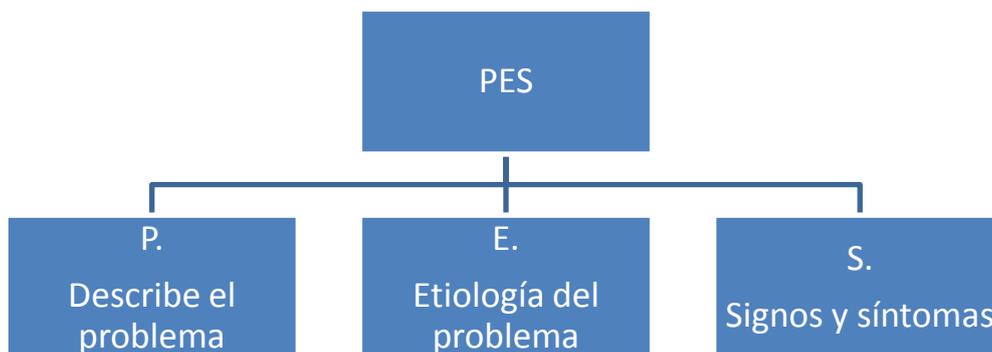
Es la fase final de la valoración. Es el juicio o conclusión que emite la enfermera después de hacer una valoración. Es la base para establecer objetivos y planear las intervenciones de enfermería.

Definición de diagnóstico de enfermería (NANDA 1990)

“Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud/procesos de la vida. Aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable”⁵²

La formulación del diagnóstico se puede realizar a través de formatos.

Formato PES



P: describe el problema, es el título o etiqueta del diagnóstico.

E: etiología del problema.

S: son los signos y síntomas.

⁵² KOZIER B, et.al. Enfermería Fundamental, Edit. Mc Graw-Hill Interamericana, México, D.F, 1994, Tomo II, Pág. 207.

Otra forma de redactar los diagnósticos, es a través la Taxonomía de la NANDA, que clasifica y agrupa los once patrones de respuesta humana.

Ha identificado tres tipos de diagnóstico:

- 1) Reales: es un juicio clínico sobre una respuesta actual de una persona, familia o una comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud. Se apoya de la existencia de datos objetivos y subjetivos, además de tener factores relacionados.
- 2) Alto Riesgo: es un juicio clínico en relación de la mayor vulnerabilidad para presentar un problema.
- 3) Bienestar: es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.⁵³

c) Planificación:

Es la tercera etapa del proceso de enfermería. Es el proceso de organizar las intervenciones con el objetivo de eliminar, disminuir o prevenir los problemas de salud establecidos en la etapa anterior, afín de lograr cuidados de enfermería, integrales e individualizados y de calidad, así como fomentar la promoción de la salud. Para llegar a la planificación es indispensable la obtención de datos como la redacción de los diagnósticos de enfermería, en base a esto, se establecen los objetivos a corto y largo plazo, así como el plan de cuidados.

⁵³ RODRIGUEZ, op.cit, Pág. 58

Se lleva a cabo en etapas:

1. Establecer prioridades: se da mayor prioridad al diagnóstico que de alguna manera interactúa con los demás y a la vez se observa mayor alteración. Por lo tanto, se debe centrar la atención y realizar acciones inmediatas.

2. Fijar los objetivos: deben estar dirigidos a la restauración, mantenimiento, y promoción de la salud de la persona, familia y comunidad. Permiten dirigir las acciones de enfermería para solucionar los problemas de salud encontrados.

Los objetivos planteados, deben cumplir con ciertas características como:⁵⁴

a) Dar solución al problema.

Estar dirigidos a la persona, familia y/o comunidad, ya que en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función, como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros.

b) Deben ser claros y precisos, con los siguientes elementos en su redacción: sujeto, verbo, condición y criterios de realización. Involucrar a la persona y su familia para perseguir el mismo fin. Ser realista.

Existen tres tipos de objetivos:

a) Corto plazo: son aquellos que se pueden llevar cabo a través de horas, así como de un modo favorable y rápido. Son óptimos para establecer una atención inmediata en situaciones de urgencia cuando la persona es inestable y los resultados a largo plazo son inciertos.

b) Mediano plazo: son para llevarse a cabo en un tiempo intermedio de tal forma que podamos utilizarlos para reconocer los logros de la persona y mantener la motivación.

⁵⁴ Ibídem, Pág. 75.

c) Largo plazo: son los resultados que requieren de un tiempo prolongado.

3. Planificación de las estrategias de enfermería: Es un proceso de toma de decisiones, con el fin de lograr los objetivos, centrado en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico de enfermería. Las acciones de enfermería deben proporcionarse de forma individualizada de acuerdo a las necesidades individuales de la persona.

4. Documentación del Plan de cuidados: es un registro que lleva acabo la enfermera, lo que permite guiar las intervenciones y registrar los resultados obtenidos.

El Plan de cuidados debe cubrir ciertas características:

- Debe ser individualizado, debe responder a problemas y factores relacionados o bien a riesgos específicos.
- Debe haber una participación tanto de la persona como de la familia y/o comunidad en su elaboración.
- Debe haber una actualización con respecto a los cambios de la persona y a los avances de la enfermería como disciplina científica.
- Debe contar con una fundamentación científica, de las acciones de enfermería.
- Debe ser fuente de comunicación entre los profesionales de la salud.

d) Ejecución:

Es la cuarta parte del proceso, que inicia una vez que se ha elaborado el plan de cuidados. Consiste en llevar a cabo las acciones de enfermería establecidas, para ayudar a la persona a lograr los objetivos.

Enfermería realiza tres tipos de actividades:

- **Actividades independientes:** son las que se realizan como resultado del propio conocimiento y capacidad, siendo responsable tanto de las decisiones como de las actividades.
- **Actividades dependientes:** se realizan bajo la prescripción de un médico.
- **Actividades en colaboración:** se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud. Durante la ejecución se lleva a cabo una nueva valoración de la persona, una determinación de las necesidades y aplicación de acciones de enfermería.

Las actividades de enfermería deben ser notificadas verbalmente y por escrito después de haberlas elaborado.

Esta etapa se desarrolla en tres fases:

1. **Preparación:** consiste en revisar las acciones, debe de haber una relación en las características de la persona y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la salud. Estar consciente de las posibles complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería. Contar con el equipo y material indispensable para desarrollar el plan de cuidados. Delegar cuidados enfermeros correctos que se apeguen a cuatro puntos clave de la

delegación: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.⁵⁵

2. Intervención: consiste en la prestación de cuidados para conseguir los objetivos. Cuando las respuestas humanas y fisiológicas son cambiantes es indispensable, la revaloración para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico.
3. Documentación: el registro que realiza enfermería de las acciones llevadas a cabo, permite mantener informados a otros profesionales de la salud, sobre datos de valoración, así como de los cuidados proporcionados y de las respuestas de la persona y familia, también sirve de respaldo legal de las actuaciones de enfermería. Los registros deben incluir fecha, hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería, resultados obtenidos, así como nombre y firma de la enfermera. Las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.

e) Evaluación:

Es la última etapa del proceso de enfermería, es continua y precisa, por lo que está presente en la valoración, el diagnóstico, la planeación de cuidados y la ejecución. Consiste en valorar si se ha logrado alcanzar los objetivos establecidos, se concluye si las intervenciones de enfermería deben

⁵⁵ *Ibíd*em, Pág. 89

culminarse, revisarse o cambiarse. Durante dicha etapa se recogen los datos con el propósito de verificar si se lograron los objetivos. Los datos se obtienen a través de la observación, comunicación directa con la persona y de los registros del resto del personal. Posteriormente se realiza una comparación de los datos obtenidos con los establecidos. Se determina si las actividades de enfermería tienen alguna relación con los resultados. A través de la evaluación, se determina la eficacia de las etapas anteriores, como también permite hacer modificaciones en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución, para la solución de problemas de la persona, familia y comunidad.

VI. Caso clínico

a) Valoración etnográfica sobre caso clínico:

El presente estudio de caso se realizó en el Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”.

El espacio de observación es el servicio de traumatología ubicado en el tercer piso de la torre de Ortopedia del INR. Con 28 camas eléctricas distribuidos en 7 cubículos de 4 camas cada uno con baño adaptado para pacientes discapacitados y tres aislados.

El Sr. Pedro se encontraba en el cubículo No.2 en la cama 306. En el momento de la primera valoración llevaba 9 días de hospitalización. En el cubículo del señor Pedro el ambiente era según él, fresco, aunque por las tardes hacia más calor, decía que le gustaría que hubiese ventiladores pues a veces no se aguantaba el calor, a pesar de que en su poblado hacía mucho calor, pero “el calor de aquí es diferente, no se parece al de mi colonia”. El cubículo en donde se encontraba constaba de ventanillas para la circulación del aire y permanecían abiertas todo el tiempo; cada unidad cuenta con cortinas para la separación entre unidades de los pacientes, el señor Pedro permanecía en posición semi fowler, durante periodos muy largos, ya que en otra forma anatómica no podía mantenerse por el dolor que le causa la fractura de cadera.

A pesar de estar acompañado por tres pacientes en su sala su actitud era “de reserva”, “aislado”, “tímido”, la mayor parte del tiempo en el que estuve en el servicio el señor Pedro solo platicaba con su familiar, en este caso, era su madre, en alguna otra ocasión con una de sus hermanas, pero esta se la

pasaba la mayor parte del tiempo con su celular, pues no platicaba mucho con su hermano. Al preguntarle a "Pedro" por los nombres de sus compañeros de sala, no los recordaba o no los sabía, a pesar de los días transcurridos que llevaba de hospitalización. Al estar valorando a Pedro, quien se precipitaba a responder lo que se le preguntaba era su mamá quien respondía por él y hasta toma las decisiones por él.

Pedro usaba siempre la bata que se le proporciona en el hospital, aunque no le agrada mucho pues él se siente tímido porque "siento que se me ve todo";, suele bañarse a diario, con ayuda de su mamá y el camillero que lo transporta al cuarto de baño y lo regresa, aunque el camillero suele ser prepotente y de poca paciencia a Pedro no le queda de otra para llevar a cabo su baño, puesto que por sí solo no podría transportarse al sitio de baño, dice sentirse apenado puesto que su mamá le tiene que ayudar a bañarse y pues dice que no se siente con mucha intimidad para asearse por sí sólo. Por esta razón dice estar muy preocupado viendo hacia futuro, pues no sabe bien cómo podría realizar su vida después de la operación.

En cuanto a su alimentación no ha tenido problema alguno, puesto que los alimentos que le proporcionan en el hospital suele comerse todo, aun de que se le ha proporcionado una dieta hiposódica, lo cual para él no le agrada mucho pues no siente sabor a la comida, "pero tengo hambre y pues, aunque sea así, me la como".

En el hospital suelen darles aproximadamente dos litros de agua, los mismos que Pedro dice consumir y hasta un poco más, puesto que su familiar le llevan otra poca de agua.

El señor “Pedro” es originario de la Localidad de Paso de arena. Municipio de Coyuca de catalán en el Estado de Guerrero; Hay aproximadamente 2272 habitantes. **Paso de Arena** está a 340 metros de altitud.

En la localidad hay aproximadamente 1075 hombres y 1197 mujeres. La relación mujeres/hombres es de 1,113. El ratio de fecundidad de la población femenina es de 3.13 hijos por mujer. El porcentaje de analfabetismo entre los adultos es del 15,71% (14,14% en los hombres y 17,13% en las mujeres) y el grado de escolaridad es de 5.85 (6.26 en hombres y 5.50 en mujeres).

En **Paso de Arena** el 0,75% de los adultos habla alguna lengua indígena. En la localidad se encuentran 596 viviendas, de las cuales el 1,01% disponen de una computadora.⁵⁶

⁵⁶ Tomado de <http://mexico.pueblosamerica.com/i/paso-de-arena/> 21 junio 2016 22: 30 hrs.

b) Instrumento de valoración

Valoración focalizada

➤ Fecha: 13 de abril 2016.

Ficha de identificación.

Nombre del paciente: Pedro N.
Edad: 49 años **Peso:** 75 kg **Talla:** 165 cm
Fecha de nacimiento: 5-03-1968 **Sexo:** masculino
Ocupación: desempleado **Escolaridad:** 2° de secundaria
Fecha de Admisión: 4-4-16 **Días de estancia:** 9 días
Estado Civil: soltero **Rol en la familia:** 3° de seis hermanos
No. de cama: 306 **No. de registro:** -----
Servicio: traumatología.
Diagnóstico Médico. Fractura de cadera izquierda.

Valoración por necesidades:

1. Necesidad de oxigenación:

Subjetivo: (información que proporciona el paciente / familiar).

Dificultad para respirar, debido a: Tos productiva / seca:

Características de las secreciones: *“no tengo problemas para respirar, solo cuando me asusto, siento que respiro más”.*

Dolor asociado con la respiración: no siento dolor.

Fumador: *negadas* **Tiempo:** **Cantidad de cigarrillos:**

Objetivo: (valoración de los datos que obtiene el alumno). **Signos vitales:**

Frecuencia cardiaca: 88´ **Frecuencia respiratoria** 18´

Presión Arterial: 140/100 mmHg **Temperatura:** 36.2°c **Sat. O2:**
98%

Estado de conciencia: alerta y reactivo **puntaje en la ECG:** 14

Vía aérea permeable: se encuentra permeable. **No permeable:**

Tos productiva / seca: negadas

Características de las secreciones: negadas

Hialinas: ----- **Amarillo verdosas:** ----- **Hemoptisis:**
----- **Otras:**

Dolor asociado a la inspiración o espiración: negadas

Tabaquismo positivo / negativo: negado

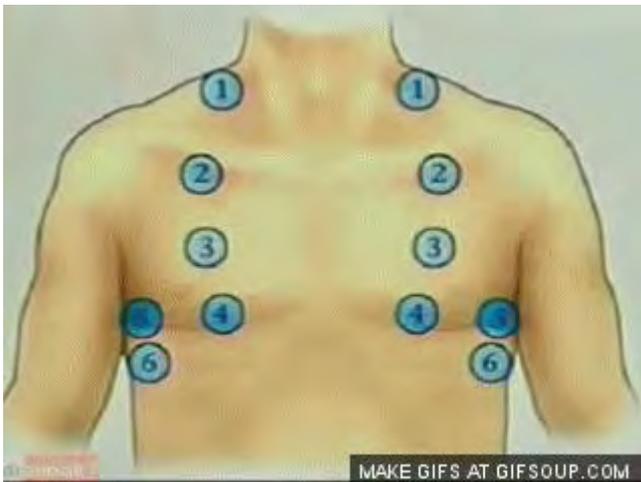
Síndrome de abstinencia: negado

Uso de O2 puntas nasales: negado **Mascarilla:** negado

Ventilación espontánea:

PATRÓN RESPIRATORIO. Frecuencia: 18L/m **Volumen:** ritmo:
sincronía toracoabdominal: **trabajo respiratorio**

Ruidos respiratorios: normales: tipo y localización: normales



Anormales: tipo y localización

Vía aérea permeable: permeable **No permeable.**

Parámetros del ventilador: Modo:----- **modalidad:**----- **VC:**-----
V.Min. ----- **FR:**----- **Relación I:E** -----
PEEP: ----- **PS:** ----- **FiO2:** -----

Índice de Kirby: -----

Presencia de cánula endotraqueal: ----- **Número:**-----
fijación: ---

Balón de neumotaponamiento: -----**traqueotomía:**----- **estado de la piel periestomal:** -----

Coloración de piel, lechos ungueal y peribucal: **Palidez:**

Cianosis: **Rubicundez:** **Otros:**

Llenado capilar: 2"

RESULTADOS DE LABORATORIO:

Gasometría arterial		Gasometría venosa	
	Rango normal		Rango normal
PH	7.35-7.45	PH	7.35-7.43
PO2	80-100 mmHg	PO2	28-40 mmHg
PCO2	35-45 mmHg	PCO2	40-52 mmHg
HCO3	22-26	HCO3	33-26
EB	± 2	EB	± 2
Lactato	2 mmol/L	Lactato	
SatO2	95-100%	SatO2	62-84%

Laboratorios. (Análisis e interpretación) Hb. QS. Tiempos Hto

Estudios de Rx y gabinete

Radiografía de tórax interpretación

Enzimas cardiacas:

Electrocardiograma.

Fármacos específicos:

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

Subjetivo: Dieta habitual. **Número de comidas:** 3 **Trastornos**

digestivos: "Como muy rápido".

Intolerancia alimentaría / alergias: negado **Problemas de masticación y**
deglución: negado

Aumento de peso: "ya aumenté 5kg" **Pérdida de peso:** no

Realiza ejercicio: "no hago ejercicio"

Uso de suplemento alimenticio: no

Uso de fármacos: no **Ingestión de sustancias que reducen el**
apetito: "no utilizo ninguno"

Otros. "Tomo como dos litros de agua"

Objetivo: Peso: 75 kg Talla: 168 cm IMC: 2.657

Dieta indicada: hiposódica

Coloración de piel: **Ictérica:** **Pálida:** presenta ligera palidez de
tergumentos. **Grisácea:**

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

Subjetivo: Hábitos intestinales: una vez al día. **Características de: las heces:** normales

Orina: orino entre 6 y 7 veces al día. **Menstruación:** -----

Antecedentes de afecciones renales, hemorrágicas u otras: no

Uso de laxantes ó sustancias que favorecen la orina: no uso nada

Presencia de hemorroides. Dolor al evacuar: Si **No**

Prurito: ----- Sangrado: -----

Dolor al orinar: Si **No** Otros:

Objetivo: Valoración de la eliminación urinaria.

Presencia de edema: ----- **Catéteres de drenaje:** utiliza zonda Foley de látex N° 12

Volumen urinario en 24 horas: 1200 ml

Características de la orina: color ámbar

Gasto urinario: ml/kg/hr. 0.666

Interpretación de la escala de RIFLE: ----- **AKIN**-----

Fetor urémico. **Escarcha urémica** **coma urémico**

Peso: **Edema:** **Color de la piel:**

Turgencia de la piel. **Catéteres** **Fistulas**

Sonda transuretral: Foley de látex. **Calibre N° 12 fecha de colocación:** 10-04-16 **Fijación:**

Características del meato urinario

Laboratorios. EGO, urocultivo. -----

BH: **QS:** **ES:**

Depuración de Creatinina de 24 horas **Urea:** **Creatinina:**

Tipo e insuficiencia renal: aguda ----- **Crónica**-----

Estudios radiológicos: biopsia renal, urografía excretora, US renal, gammagrama renal, pielografía, cistoscopia, arteriografía renal -----

Tratamiento médico: diuréticos, antihipertensivos. Eritropoyetina -----

Tratamiento de sustitución renal: diálisis peritoneal. -----

Tipo de catéter y características: -----

Tipo de solución: ----- concentración de glucosa: -----
Numero de recambios: -----
Tiempo estancia en cavidad. ----- Balance -----
Dolor:-----
Características de la velocidad de ingreso y egreso: -----
Características del líquido drenado: -----
Control de líquidos: -----
Medicamentos intraperitoneales: ----- Citológico del líquido: -----
Hemodiálisis. Duración en horas -----
Peso pre y post hemodiálisis -----
Heparinización -----
Signos vitales antes durante y después de la hemodiálisis -----
Complicaciones: ----- Medicamentos: -----
Laboratorios: BH, Urea, Creatinina pre y post hemodiálisis -----
KTV ----- Tiempos de coagulación y heparinización

Eliminación intestinal

Valoración intestinal: -----

Ruidos peristálticos: se escucha su perístasis adecuada

Movimientos peristálticos: son rítmicos

Evacuaciones: Frecuencia: 1 vez por día.

Características: código de evacuaciones

Estomas. Tipo: ----- Localización: -----

Presión intraabdominal -----

Perímetro abdominal: -----

Laboratorios: Guayacol:

Coprocultivo

Coproparasitoscopico

Otros: -----

Fármacos específicos: -----

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:

Subjetivo: Adaptabilidad a los cambios de temperatura: no, prefiero estar en lo caliente

Temperatura ambiental que le es agradable: prefiero el calor,

Objetivo: Temperatura central y periférica: 36.2°C tomada en la axila

Características de la piel: coloración, sudoración, temperatura distal al tacto

Fría: Caliente: su piel se siente caliente al tocarlo y al auscultarlo.

Húmeda:

Signos de hipertermia: ----- **Signos de hipotermia:** -----

Condiciones térmicas del entorno: frío, calor, corrientes de aire, aire acondicionado.

En la habitación que se encuentra Pedro a la hora de valoración se encuentra un ambiente con calor el cual lo expresa él mismo.

Signos y síntomas de deshidratación: ingesta y pérdida de líquidos, volumen urinario.

No hay presencia de deshidratación en Pedro, pues también refiere que toma dos litros de agua por día.

Estado general. Calor intenso, mialgias, sed, escalofríos, cefalea, irritabilidad

Pedro refiere que en su comunidad hace mucho calor y que ya está acostumbrado a él, por eso el ambiente de la ciudad de México a veces le parece frío.

Hay días en que Pedro dice estar un poco irritable, menciona que puede ser por el ambiente que hay en la habitación.

Resultados de laboratorio:

Leucocitos: -----

Pruebas febriles: -----

Urocultivo: -----

Cultivo de secreciones: -----

Hemocultivo: -----

Otros: -----

Fármacos específicos: -----

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA:

Subjetivo: Ejercicio, tipo y frecuencia: “no hago ejercicio porque no puedo por mi padecimiento, una vez jugué fútbol cuando era niño, pero ya después no porque me dio la enfermedad, me cuesta trabajo caminar y ahora con la caída me va a ser más difícil pues me duele mucho al moverme y donde vivo hay muchas calles que no están bien.”

Objetivo:

Estado de conciencia: se encuentra alerta y reactivo cuando se le valora.

Escala : Glasgow **Puntuación: 15**

Valoración neurológica: posición Pedro permanece en posición de decúbito dorsal debido a la fractura de cadera que le ocasiono una caída en su comunidad, que es el motivo por el cual se encuentra internado en este instituto, además de que hace aproximadamente 25 años (según refiere Pedro y su familiar) le dio un trombosis, aunque no saben especificar qué tipo de trombo fue; de las secuelas de esa trombosis a Pedro le resulto una hemiplejía en las extremidades de lado izquierdo, por lo que sus movimientos torácicas y pélvicas de lado izquierdo son muy limitadas.

Comportamiento y aspecto general. Pedro permanece en cama, todo el día en espera de pasar a quirófano, para cubrir sus necesidades urinarias se le instalo una sonda Foley de N° 12 fr de látex, globo 5, el baño es en camilla y cuenta con el apoyo del personal de enfermería y de su familiar.

Sistema motor: valoración de la fuerza muscular: a la exploración física dirigida a miembro pélvico izquierdo, se encuentra con acortamiento clínico, sin

dermoabrasiones ni equimosis. Aumento de volumen +/+++ , rotación externa
incapacidad la flexión, sensibilidad y movilidad distal conservada.

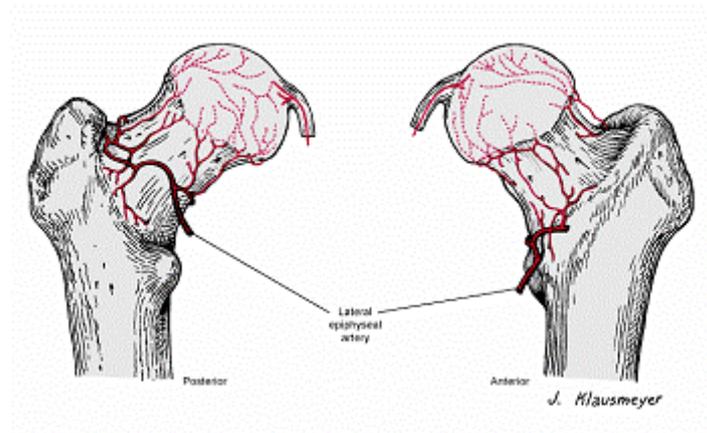
Tono muscular.

Reflejos: Rotulianos: no se pudieron valorar debido al dolor que le proporcionaba el moverse.

Superficiales:

Funciones cerebelosas: Movimientos voluntarios, ataxias, nistagmus. -----

Sistema sensorial: sensibilidad superficial. A la valoración que se hizo sobre la sensibilidad que tiene Pedro en sus extremidades pélvicas y torácicas de lado izquierdo con hemiplejía no tenía sensibilidad ni manifestaba dolor alguno, más no así en su extremidad pélvica derecha pues ahí fue la fractura basicervical de cadera.



Dolor: refiere dolor en la fx de cadera con algún tipo de movimiento en la zona afectada.

Temperatura. 36°C

Presión intracraneana: monitoreo, ondas y presión. -----

Calculo de presión de perfusión cerebral. -----

Datos de hipertensión intracraneal. Escala de Fisher. -----

Estudios de gabinete: radiografían de cráneo, TAC, Electroencefalograma, arteriografía.

Postura: permanece en cama todo el día,

Ayuda para la deambulaci3n: sin deambulaci3n

Uso de pr3tesis. -----

ortesis: -----

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

Subjetivo: Horario de descanso y sueño: “a veces duermo y luego se me dificulta.”

Alteraci3n del sueño. ¿A qu3 considera que se deba la alteraci3n del sueño?

Es que me da reflujo g3strico

¿**Se siente cansado al levantarse?** Cuando no duermo si me da cansancio

Objetivo: **Actitud:**

Ansioso:

Angustiado:

Irritable:

Falta de atenci3n:

dolor:

insomnio,

hipersomnia,

incomodidad, fatiga:

Entorno: Rutinas, ruidos, luces, procedimientos, temperatura, adaptaci3n de la cama, colch3n, almohada, ropa,

Otros:

F3rmacos espec3ficos:

7. NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:

Subjetivo: ¿Elige su vestuario en forma personal? “si, si me gusta mi ropa yo la escojo cuando me cambio.”

Necesita ayuda para vestirse y desvestirse “a veces si por qu3 no puedo alzar muy bien mi mano o mi pierna me duele si la encojo demasiado.”

¿**Sus prendas de vestir incluyen accesorios completos?** Si

¿**Utiliza pañal?** no

Objetivo: **Acepta el uso de bata hospitalaria:** si, usa la bata del hospital.

Aspecto del vestido: completo, incompleto, sucio, desalineado.

Usa ropa c3moda, de acuerdo al ambiente en el que se encuentra

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

Subjetivo: **Frecuencia de baño** “me baño a diario, aunque a veces me da flojera.”

¿**Cuántas veces se lava los dientes al día?** “A veces una o dos al día.”

Aseo de manos, antes y después de comer: “2 veces, cada vez que como me las lavo.”

Después de eliminar: si **Cada cuanto se realiza el corte de uñas:**
“cada semana, pero a veces se me olvida.”

Objetivo: Aspecto general con relación a su higiene: el paciente se encuentra limpio y aseado a la valoración,

Presencia de halitosis: **Higiene y características de las uñas:** **pelo y cuero cabelludo:** las uñas se encuentran limpias pero largas

Estado de la piel: color, textura, turgencia, hidratación, temperatura, pliegues, integridad y continuidad. Presenta palidez de tegumentos y resequeidad, sus pliegues característicos a su edad.

Presencia de lesiones dérmicas. **Considerar:** localización, tamaño, temperatura, salida de líquido, secreción.

Valorar úlceras por presión: estadios: no hay presencia de úlceras, aunque si existe el riesgo de presentarlas pues no hay mucha movilidad y permanece en cama todo el tiempo, solo hay movimientos de postura muy limitados.

Escala de Braden: en la escala obtiene una puntuación de 13, por lo que presenta un riesgo medio de presentar algún tipo de úlcera.

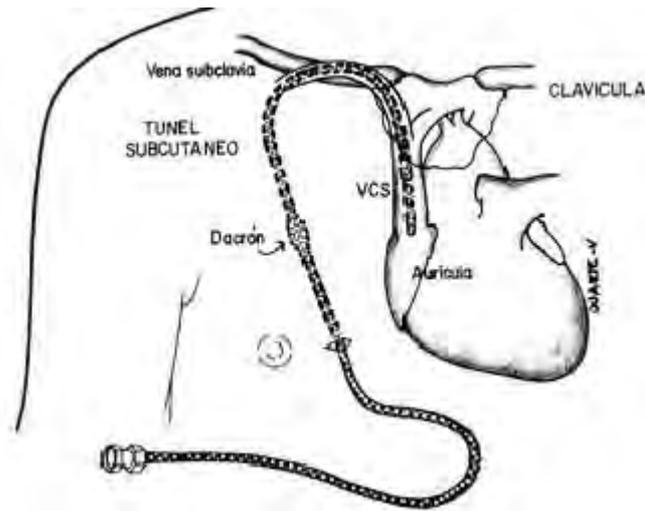
Intervenciones quirúrgicas: se le han practicado 1 intervención quirúrgica y se ha sometido a 4 cateterismos centrales.

Micosis: -----

Zona de injerto: **Lesión por quemaduras: agente causal, extensión, profundidad y severidad.** **Otros:**

Anotar el diagrama el sitio de ubicación de la lesión dérmica:

Importante: Herida quirúrgica, (tipo de incisión): Catéter Venoso Central.



Úlcera por presión, diámetro, sitio anatómico, bolsa de drenaje. -----

Quemadura, Micosis, Injerto, -----

Presión en salientes óseas: -----

Fármacos específicos: -----

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

Subjetivo: ¿Vive solo o con su familia? Vivo con mis papas.

Mencione las causas que considera que le pueden provocar peligro: pues creo que los desniveles que hay en mi casa y por donde vivo porque por eso me caí y me fracture la cadera.

Objetivo: Afecciones corporales detectadas y grado de afección:

Métodos invasivos: el paciente cuenta con una venoclisis en el MTD.

Características del ambiente y su entorno, uso de precauciones estándar, medidas de aislamiento.

Mecanismos de defensa: estado de desnutrición, percepción sensorial

Condiciones del ambiente de la unidad del paciente:

Iluminación: la unidad del paciente se encuentra con la iluminación adecuada para el ambiente hospitalario.

Ventilación: hay suficiente ventilación en la unidad **Otros:** -----

Uso de aparatos prótesis: ----- ortesis: ----- Otros: ----

Valoración de los órganos de los sentidos.

Dificultad para desplazarse: el paciente no se puede desplazar por sí solo, cuenta con un diagnóstico de fractura de cadera, por lo que permanece en cama todo el tiempo en espera de su cirugía.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE:

Subjetivo: se realiza al familiar en caso de que la persona valorada no pueda comunicarse. **Persona:** capacidad para la comunicación verbal, no verbal, ¿utiliza algún código de comunicación?

Estado civil: “soltero “ **Años de relación:**

Vive con: “con mis papas”

¿**Manifiesta estas preocupaciones?** “Si, a veces” ¿**A quién?** “A mi mama”

¿**Cuánto tiempo, pasa solo?** “Casi todo el día”

¿**Con que frecuencia?** “Todo el tiempo.”

Objetivo:

Habla claro: al paciente se le dificulta expresarse, tartamudea mucho y no es específico en sus ideas que quiere comunicar, esto se da más cuando se encuentra su mama presente, al no estar ella suele ser más expresivo y claro en su comunicación.

Confuso:

Dificultad en la visión: se le dificulta ver de lejos, aunque en la valoración no se le encuentran signos y síntomas de cataratas o algún otro padecimiento, se tendrían que hacer estudios más completos para diagnosticar algún tipo de padecimiento.

Dificultad en la audición: en ocasiones le cuesta trabajo escuchar y se tiene que esforzar más para entender lo que se le pregunta.

Comunicación verbal / no verbal: su comunicación es verbal.

Dificultad para la comprensión de lo que escucha. Si hay dificultad de comprensión.

Nivel escolar: segundo grado de secundaria.

Con la familia: suele platicar con su mama, pues con quien más convive y con una de sus hermanas, con los otros hermanos no platica mucho.

Datos obstétricos: gesta: ---- para: -- abortos: ----- cesárea:-

IVSA: menarca: Menopausia: ----- ciclo menstrual:----- Otros:-----

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES:

Subjetivo: Creencias religiosas: “católico”

¿Sus creencias le generan conflictos personales? “No” ¿De qué tipo?

Objetivo: Hábitos específicos de vivir (grupo social, religioso)

¿Permite la exploración física? Si, permite la exploración.

¿Busca ayuda espiritual? No

¿Verbaliza conflictos internos sobre sus creencias y su tratamiento? Si, con su mama.

¿Verbaliza sentimientos de culpa o soledad? El paciente refiere sentirse muy solo pues el anhelaba casarse y tener hijos, pero pudo hacerlo, pues culpa a su trombosis que le dio de joven el no poder encontrar una pareja para que tuviera compañía.

¿Se encuentra cursando un duelo? No.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

Subjetivo: actividades habituales, situación laboral:

Empleado; “a veces trabajo en un ciber de mi hermano.”

Desempleado, ----- **Jubilado.** -----

¿Personas a su cargo? “No, de hecho, a mí me ayudan mis papas, pues por mi padecimiento no puedo trabajar en otro lado”.

¿Su ingreso le permite cubrir sus necesidades básicas? No.

Objetivo: pérdida o deterioro sensorial, incapacidad física o mental.
Perdida del rol social. El paciente refiere haber sufrido de una trombosis hace como 25 años lo cual le provoco una hemiplejia de lado izquierdo de sus extremidades, lo cual le ha impedido desarrollarse en los aspectos físicos, personal, social y psicológico.

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:

Subjetivo: preferencias de la persona, interés, entusiasmo. ¿Realiza actividades recreativas en su tiempo libre? “No, porque no puedo jugar y pues luego no me dan ánimos de nada.”

Objetivo: ¿existen limitaciones? Tiene limitaciones físicas para poder realizar algún tipo de juego que le implique hacer esfuerzo. En otro tipo de juegos como de aprendizaje y/o habilidades mentales no siente interés.

¿Existen recurso en el medio hospitalario para la recreación de esta persona? En el área de traumatología no existen este tipo de recursos.

¿Existe verbalización de querer hacer alguna actividad recreativa? No, existe y no hay interés por hacer algo recreativo.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

Subjetivo:

Autoestima, “creo que la tengo baja”

Interés, “pues por ahorita no tengo mucho interés en alguna cosa.”

Ansiedad, “si me siento muy ansioso”

Miedo. “Tengo miedo de la cirugía, no sé qué me pueda pasar.”

Objetivo: a “Pedro” por el momento no le interesa tener algún tipo de aprendizaje, sin embargo, acepta bien la información que se le da acerca de su padecimiento.

Grado académico, segundo grado de secundaria

Problemas de aprendizaje: le cuesta trabajo aprender cosas nuevas

Limitación cognitiva: Tipo:

Preferencias Leer / Escribir: No le gusta nada

Verbaliza deseos de tener un mayor control sobre su enfermedad: si pues si por él fuera, no tendría sus padecimientos

Estado de los órganos de los sentidos: se le dificulta ver a lo lejos y al escuchar

¿Cómo influye su estado emocional para el aprendizaje? Es un impedimento para su aprendizaje pues para ciertas cosas de aprendizaje muestra apatía

Estado de la memoria: ----- **Reciente:** ----- **Remota:** ----- **Otras:** -----

-

i. Síntesis de la valoración de cada necesidad y grado de dependencia

1. Oxigenación.

Necesidad no afectada ya que el paciente puede respirar por sí mismo sin ningún problema.

2. Nutrición e hidratación.

Necesidad no afectada ya que el paciente ingiere todos los alimentos proporcionados en el hospital.

3. Eliminación.

Necesidad ligeramente afectada, presenta evacuaciones una vez por día, cuenta con una sonda Foley de látex calibre 12, globo 8 Eliminación vesical sin alteraciones.

4. Termorregulación.

Necesidad no afectada ya que el paciente se mantiene eutérmico.

5. Moverse y mantener una postura adecuada

Necesidad altamente afectada ya que el paciente no puede moverse por sí mismo debido a la fractura de cadera que presenta y a la hemiplejía de lado izquierdo en sus extremidades, por lo que permanece en cama y con escasa movilidad.

6. Descanso y sueño

Necesidad ligeramente afectada debido a estímulos ambientales y de rutina del personal de enfermería

7. Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.

Necesidad ligeramente afectada ya que el paciente, no puede vestirse ni desvestirse por sí mismo sin embargo acepta el vestuario proporcionado en el hospital.

8. Higiene y protección de la piel

Necesidad ligeramente afectada debido a que en la escala de Braden presenta un riesgo medio a sufrir úlceras por presión, tiene instalado una venoclisis en MTD, heridas

quirúrgicas en miembro torácico y pélvico izquierdo, su baño es diario y consume dos litros de agua por día.

9. Evitar peligros

Necesidad afectada pues el paciente no puede moverse, debido a la fractura de cadera derecha y la hemiplejia en las extremidades de lado izquierdo, lo cual limita sus movimientos, tiene disminución visual y auditiva.

10. Comunicarse

Necesidad afectada ya que el paciente tiene limitada sus relaciones sociales pues prefiere aislarse de las personas y con la única persona que mantiene buena comunicación es con su mamá, la cual suele hablar por él, cuando se le valora, además de pasar solo la mayor parte del día.

11. Creencias y valores

Necesidad no afectada ya que se le permite al paciente tener consigo imágenes religiosas y no tiene conflicto con sus creencias.

12. Trabajar y sentirse realizado

Necesidad afectada, pues debido a su problema de hemiplejia no puede laborar más que en un cibercafé de su hermano, refiere que le hubiera gustado trabajar en otro lado y haberse casado y tener su propia familia y no depender de sus papas pues siente que ya es una carga para ellos. Debido a su problema de hemiplejia y ahora con la fractura de cadera le será más difícil conseguir trabajo, refiere que no le gusta cómo se verá sin poder caminar, pues siente que quedará en una silla de ruedas y eso no le gusta

13. Actividades recreativas

Necesidad ligeramente afectada pues no siente interés por algún tipo de recreación ni ánimos.

14. Aprendizaje

Necesidad ligeramente afectada, pues no tiene interés en aprender nuevas cosas, aunque tiene capacidad para ello, sin embargo, está pasando por una depresión debido a sus padecimientos y su situación personal y social.

ii. Jerarquización de las necesidades más afectadas y diagnósticos

Jerarquización	Diagnósticos de enfermería.	Estado de la persona
1) Necesidad de movilidad y postura	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de la movilidad física, r/c trastorno musculoesquelético, m/p rango de movimiento limitado. - Deterioro de la movilidad en cama r/c deterioro neuromuscular m/p incapacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama 	Dependiente.
2) Necesidad de Evitar peligros	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de caídas r/c Deterioro de la movilidad 	Dependiente.
3) Necesidad de comunicarse.	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento social r/c incapacidad para establecer relaciones sociales satisfactorias m/p enfermedad, preocupación por los propios pensamientos. - Riesgo de soledad m/p privación emocional. - Trastorno de la imagen corporal r/c Alteración de la autopercepción m/p Alteración en el funcionamiento del cuerpo, Cambio en la implicación social. 	Dependiente.

iii. Intervención de enfermería.

Necesidad de Movilidad y Postura. Dx. 1

DX. enfermero.

Alteración de la movilidad física, r/c trastorno musculo esquelético, m/p rango de movimiento limitado.

Objetivo.

Que el señor "Pedro" identifique las causas que le impiden caminar o moverse, para poder llevar a cabo ejercicios específicos.

Intervención de enfermería

Realizar ejercicios específicos junto con el personal de rehabilitación para el señor Pedro para evitar que se incremente la inmovilidad de sus extremidades, así se fortalece el sentido de responsabilidad de la persona.

A través de ejercicios específicos conducidos por la enfermera el Sr. Pedro recuperara de manera progresiva la independencia funcional de su miembro pélvico afectado.

Fundamentación.

La contracción del músculo esquelético y la relajación conduce al movimiento del cuerpo. Estos movimientos correctos los de caminar, agarrar, inclinar el cuello, abrir y cerrar de ojos y muchos más son debidos al movimiento del tejido muscular. La función del músculo esquelético y la ubicación hace que sea uno de los tejidos más importantes del cuerpo.

De acuerdo con sus funciones, los músculos esqueléticos favorecen la flexión, extensión rotación externa, aducción y abducción.⁵⁷

Evaluación

A mi salida del servicio el señor Pedro continuaba haciendo ejercicios específicos, había entendido la importancia de realizar estos ejercicios como base de su tratamiento posoperatorios.

⁵⁷ Tomado de: <http://lasaludi.info/funciones-del-musculo-esqueletico.html> fecha de consulta 10 de agosto 2016.

Necesidad de Movilidad y Postura Dx. 2

Dx de enfermería.

Deterioro de la movilidad en cama r/c deterioro neuromuscular m/p incapacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama.

Objetivo.

Prevenir y tratar las úlceras de presión y mantener un estado fisiológico óptimo.

A través de los cambios de posición programados y conducidos por la enfermera el Sr. Pedro mantendrá la integridad de la piel durante su estancia en la unidad.

Intervenciones de enfermería.

Dar movilidad en cama cada dos horas, para prevenir las úlceras

Fundamentación de la intervención.

Los cambios de postura, así como instrumentos (almohadas y o sábanas) ayudan a prevenir las úlceras.

Las estrategias de prevención estándar incluyen: evaluación de riesgo mediante herramientas estandarizadas de evaluación de riesgo de UP, cuidado de la piel, redistribución frecuente de la presión (en especial sobre las prominencias óseas) mediante reposicionar al paciente, mantener una buena higiene, minimizar la humedad (en especial, debida a incontinencia), prevenir la sequedad excesiva mediante el uso de humectantes y optimizar la nutrición.⁵⁸

Evaluación de la intervención.

Hasta el día de mi estancia en el servicio el señor Pedro no presentaba síntomas de algún tipo de úlcera por lo que se le recomendó seguir con los cambios posturales y tratar de levantarse poco a poco de la cama.

⁵⁸ Viosca Herrero, Ortuño Cortes y Cuello Villaverde. Tratamiento postural del paciente encamado. Rehabilitación 1995; 29 391-397

Necesidad de Evitar Peligros. Dx.3

Dx de enfermería.

Riesgo de caídas r/c Deterioro de la movilidad

Objetivo.

Que el paciente conozca y empiece a utilizar dispositivos de ayuda correctamente.

Intervención de enfermería.

Se Proporciona dispositivos de ayuda (bastón o andador para caminar) para conseguir una marcha estable, se le da la información necesaria en el manejo de estos dispositivos.

Junto con el familiar se identificaron los peligros del hogar y se sugirió modificarlos, para la seguridad del señor Pedro.

Fundamentación.

El bastón ayuda a un paciente a apoyarse, y ofrece más estabilidad cuando se ajusta adecuadamente. Un bastón demasiado corto hace que el paciente deje caer el hombro y descansa sobre el bastón, lo que aumenta la carga de peso sobre uno de los lados y aumenta la inestabilidad. Un bastón demasiado largo hace que el paciente levante el hombro del lado del bastón y, por ende, aumente la carga de peso sobre el lado comprometido.⁵⁹

Evaluación.

El paciente identifico los dispositivos de apoyo para su marcha y estuvo dispuesto a llevar a cabo las indicaciones.

⁵⁹Tomado de <http://www.veteranshealthlibrary.org/spanish/flipbooks/orthopaedics> consultado el día 10-082016

Necesidad de Comunicación. Dx.4

Dx de enfermería.

Aislamiento social r/c incapacidad para establecer relaciones sociales satisfactorias m/p enfermedad, preocupación por los propios pensamientos.

Objetivo

Que el paciente cuente con la información necesaria acerca de su padecimiento para así poder aceptarlo y afrontarlo.

Intervenciones

Se le informa al paciente las causas de su padecimiento, así como el tratamiento a seguir y los riesgos de no realizarse la cirugía a la que está programado.

Fundamentación.

El acceso a la información y orientación además de ser un derecho del paciente y una obligación del personal de salud, ayudan al paciente a estar más seguro de sí y de su padecimiento.

Debe emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención.⁶⁰

Evaluación.

El señor Pedro el día viernes estuvo más tranquilo ya que paso a cirugía por la tarde de la cual salió sin problema alguno.

⁶⁰ Hernández-Torres I. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. Vol.8 (2) 137-143 Medicina Familiar 2006

Necesidad de Comunicación. Dx. 5

Dx. De enfermería.

Riesgo de soledad m/p deprivación emocional

Objetivo.

Que el paciente cuente con un apoyo emocional, tanto de su familia como del personal interdisciplinario de salud.

Intervención.

Se habló con el paciente acerca de su estado de salud, así como de los problemas que le preocupan en demasía, se le consiguió una interconsulta con el psicólogo del instituto. Así mismo se platicó con los familiares acerca del aislamiento al que está expuesto el señor Pedro, por lo que se recomendó acercarse más a él y platicar.

Fundamentación.

Las terapias psicológicas antes de entrar a cirugía suelen ayudar al paciente a calmar su ansiedad y temor que se tiene de la cirugía.

Uno de los pilares básicos en el que se sustenta la Psicología de la Salud consiste en el reconocimiento científico de la influencia de la emoción sobre la salud. Cada día son más numerosos los trastornos de salud que se comprueba están afectados por procesos emocionales.⁶¹

Evaluación.

El señor Pedro estuvo más calmado y consciente de su cirugía, después de su consulta con el psicólogo ya conoció a sus compañeros con los que compartía la sala en donde se encontraba hospitalizado y el viernes paso a cirugía.

⁶¹ López-Roig, S., Pastor, M. y Rodríguez-Marín, J. (1992). Preparación psicológica para la cirugía. En F.X. Méndez, D. Maciá y J. Olivares (Eds.). Intervención conductual en contextos comunitarios. Programas aplicados a la prevención. Madrid: Pirámide

Necesidad de Comunicación. Dx. 6

Dx de enfermería.

Trastorno de la imagen corporal r/c Alteración de la autopercepción m/p Alteración en el funcionamiento del cuerpo, Cambio en la implicación social

Objetivo.

Que el paciente se adapte a los cambios en el aspecto físico y su función corporal después de su intervención Qx.

Intervención.

Se utiliza una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles.

Se ayuda al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento.

Fundamentación.

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000) y la vivencia que tiene del propio cuerpo (Guimón, 1999). Una cosa es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal, personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así. La apariencia física es la primera fuente de información en la interacción social, es la realidad física, y sabemos que la fealdad, la desfiguración, la deformación congénita, los traumatismos, etc. aumentan el riesgo de problemas psicosociales de las personas que los padecen.⁶²

Evaluación.

Se le siguió dando información a "Pedro" sobre el manejo de su imagen corporal, así como hacerle la recomendación de tratarse con ayuda psicológica y que lo ayuden a aceptar su imagen corporal, física, y emocional.

Se le vuelve a proporcionar una interconsulta con el psicólogo del Instituto y se le da información de cómo buscar la ayuda en su comunidad.

⁶² Raich, R.M. (2000). Imagen corporal. Madrid. Pirámide

iv. Plan de alta:

Se proporciona orientación a Pedro y a su familiar sobre los cuidados que deben de llevar a cabo en su domicilio, los cuales tienen que ser precisos claros y concisos, verificando que fueron bien entendidos, sobre todo en la Hx quirúrgica.

Así también se le hará de su conocimiento acerca de los signos y síntomas de alarma y las acciones a seguir ante ellos

Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones.

Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada fármaco, así como de la administración de cada fármaco.

Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.

Orientar sobre los riesgos de la no administración del tratamiento.

Enseñar al paciente a realizar la actividad- ejercicio prescrito.

Enseñar al paciente como controlar la tolerancia a la actividad-ejercicio prescrita.

Observar al paciente mientras realiza la actividad.

Enseñar al paciente el montaje, utilización y mantenimiento de los dispositivos de ayuda

Enseñar a la familia/cuidador

Colaborar con el resto de profesionales para realizar la planificación del alta de forma multidisciplinar, coordinada, valorando el apoyo social y familiar y si es susceptible de entrar en programas de alta precoz

Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.

Desarrollar un plan que considere las necesidades de cuidados, sociales y económicas

Establecer el alta al siguiente nivel de cuidado Coordinar las derivaciones relevantes para la vinculación entre los cuidadores

Qué esperar en el hogar La mayoría de los problemas que se presentan después de la cirugía de fractura de cadera se pueden prevenir bajándose de la cama y caminando tan pronto como sea posible. Por esta razón, es muy importante permanecer activo y seguir las instrucciones que el médico le dé.

A si mismo se le informa del riesgo de que le surjan hematomas alrededor de la incisión, los cuales desaparecerán. Es normal que la piel alrededor de la incisión esté un poco roja. También es normal tener una pequeña cantidad de líquido oscuro y acuoso con sangre que drena de la incisión durante varios días. No es normal que se presente secreción u olor fétido que dure más de los primeros 3 a 4 días después de la cirugía. Tampoco es normal cuando la herida comienza a doler más después de salir del hospital. Se le explica que si presenta estos síntomas acuda con un médico cercano a su domicilio.

➤ **Otras medidas para prevenir complicaciones (ejercicio, reposo, cuidados a la herida quirúrgica, etc.)**

La acción correctiva temprana puede ayudar a aliviar muchos de los factores que conducen a una fractura de cadera. He aquí lo que puede hacer:

- Consumir una dieta con nutrientes para fortalecer los huesos:

- Calcio: alrededor de 1.000 miligramos diarios, pero que lo debe consultar con su médico.
- Vitamina D: 400 a 800 unidades por día
- Consumo adecuado de proteínas
- Ejercicio (consulte a su médico antes de iniciarlo):
- Actividades que impliquen cargar poco peso, tales como caminar
- Ejercicios de fortalecimiento tanto como para las extremidades superiores como para las inferiores
- Visite a su médico si se encuentra bajo riesgo de padecer de osteoporosis. Los medicamentos preventivos pueden incluir;
- Bisfosfanatos
- Calcitonina
- Pregunte a su médico si alguno de los medicamentos que utiliza puede alentar lo siguiente:
- Descalcificación de los huesos
- Mareo, somnolencia o confusión

➤ **Dieta (menú, alimentos permitidos, limitados y restringidos)⁶³**

El señor Pedro maneja una dieta hiposódica, ya que en los últimos días ha manifestado una alteración en tensión arterial por lo que se le ha manejado como hipertenso, esto conllevará a que sus alimentos estén bajos en sodio.

La hipertensión se define como “el aumento persistente de la presión arterial, la fuerza ejercida por unidad de área sobre las paredes de las arterias”.¹⁰⁸ Los valores normales de presión arterial para el ser humano son: < 120 mm Hg de presión sistólica y < 80 mm Hg de presión diastólica. Cuando comienzan a elevarse estos valores, se origina la hipertensión. Existe una clasificación que ayuda a diagnosticar y a clasificar la hipertensión arterial; sus etapas son: normal, pre hipertensión, hipertensión fase 1 e hipertensión fase 2.⁶⁴

⁶³ La dieta es “todo aquello que consumimos de alimentos y bebidas en el transcurso de un día”. Casanueva, Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaur-Arroyo, Nutriología médica, p. 443.

⁶⁴ Belén Otero Lamas. Nutrición Primera edición: 2012 por RED TERCER MILENIO S.C. pag. 101

Existe un problema con el diagnóstico de la hipertensión, y es que los pacientes generalmente se encuentran asintomáticos, es decir, no presentan ningún síntoma o malestar aparente; se debe tener un enorme cuidado con esta enfermedad, ya que el aumento de la presión arterial puede llegar a afectar el sistema cardiaco, el sistema renal, el sistema vascular, e incluso la vista. La hipertensión arterial se puede detonar debido al sobrepeso y a la obesidad, por una alimentación inadecuada (alta en sodio), por genética, por el uso de ciertos medicamentos, por falta de actividad física y por consumir alcohol en exceso. Aunque también la edad (hombres mayores de 55 años y mujeres mayores de 65), el tabaquismo, los altos niveles de colesterol en la sangre y la diabetes mellitus, pueden ser factores de riesgo para que se presente este padecimiento. Así, el sobrepeso y la obesidad han demostrado su influencia en el aumento del IMC y la presión arterial. En este sentido, la hipertensión se presenta con más frecuencia en hombres que en mujeres.⁶⁵

El tratamiento de la hipertensión arterial se relaciona con la fase en la que se encuentre la enfermedad. El objetivo del tratamiento es disminuir los valores de presión arterial para evitar complicaciones cardiovasculares, renales, cerebrovascular y malestares que pudieran ocurrir en los pacientes hipertensos.

El tratamiento se puede dividir en: tratamiento médico y tratamiento nutricional.

Con respecto al plan de alimentación, se recomienda controlar el consumo de sal, para ello se puede tomar como base, la dieta modificada en contenido de sodio que se estudió en la unidad 1; incluso, un apoyo importante para realizar menús adecuados para el paciente hipertenso es el Sistema de Alimentos

⁶⁵ Belén Otero Lamas. Nutrición Primera edición: 2012 por RED TERCER MILENIO S.C. pag. 103.

Equivalentes para pacientes renales, el cual proporciona información exacta sobre el contenido de sodio, potasio y fósforo de los alimentos.

En general, las consideraciones dietéticas más comunes son:

- 1) Aumentar el consumo de frutas y verduras en la dieta.
- 2) Realizar las cinco comidas recomendadas.
- 3) Consumir lácteos bajos en grasas o sin grasa.
- 4) Disminuir el consumo de carne, y aumentar el consumo de pollo y pescado; la variedad es muy importante en la dieta.
- 5) Consumir cereales integrales.
- 6) Revisar la información nutrimental de los alimentos para verificar el contenido de sodio; se recomienda una restricción moderada hasta severa de este mineral.
- 7) Se pueden utilizar condimentos para dar sabor al menú

VII. Conclusiones

- La filosofía de Virginia Henderson, aplicada al cuidado de la población adulta favorece el desarrollo profesional de enfermería; permite establecer una relación más estrecha con el adulto y su familia, y con ello, un cuidado de calidad.
- La aplicación del Proceso Enfermero en sus cinco etapas, hizo posible integrar los cuidados de enfermería en relación a las necesidades alteradas, y brindar un cuidado holístico e individualizado.
- Se lograron los objetivos establecidos en cada uno de los diagnósticos de enfermería, gracias a la participación de Pedro, así como la participación del personal de enfermería como del resto del equipo multidisciplinario del Instituto, lo que demuestra, la interacción de la enfermera para el desarrollo de intervenciones independientes, interdependientes y dependientes hacia el cuidado integral y especializado del adulto.
- Después de un amplio proceso, obteniendo un resultado positivo en relación a la calidad de vida de la persona, y sobre todo la satisfacción de haber podido contribuir, durante el cuidado integral a identificar los factores de riesgo, me da un amplio panorama de que enfermería, va más allá de un cuidado, ya que a diario, y en cada persona identificamos a través de la filosofía de Virginia Henderson sus necesidades de salud y que por medio de las etapas del Proceso Enfermero, enfermería analiza, integra, ejecuta y evalúa cada una de

sus acciones, los resultados los vemos reflejados en la evolución del estado de salud de la persona, y la satisfacción de los familiares.

- La implementación de una valoración etnográfica a mi parecer cambia significativamente la manera de valorar a un paciente, gracias a esta técnica propia de la antropología se puede dar una atención holística a los pacientes y así poder contribuir a su rápido restablecimiento.
- Aunque sin duda las aportaciones de Virginia Henderson son muy valiosas para el cuidado integral de la persona, existen otros aportes que se realizan con otra visión desde la enfermería, tal es el caso de las aportaciones hechas por Madeleine Leininger y su teoría del cuidado transcultural, elementos que retome para el análisis de la valoración etnográfica con mi paciente, el cual me resulto muy satisfactorio.

VIII. Anexos:

➤ Escala de Glasgow

Los parámetros que evalúa la escala de Glasgow son las respuestas a la apertura de ojos, la respuesta verbal y la respuesta motora y según cómo responda el paciente con traumatismo le otorgaremos una puntuación a cada una de estas respuestas y sumándolas todas obtendremos el grado de gravedad según la escala de Glasgow.

Parámetros y puntuaciones de la escala de Glasgow

Apertura de ojos

Espontanea	4
A la voz	3
Al dolor	2
Ninguna	1

Respuesta verbal

Orientado	5
Confuso	4
Inapropiada	3
Incomprensible	2
Ninguna	1

Respuesta motora

A ordenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada ante dolor	4
Flexión inapropiada	3
Extensión	2
Ninguna	1

Una vez obtenido las respuestas a estos tres parámetros se suman y en base a la Escala de Glasgow (ECG) se diferencian 3 categorías:

Categorías del grado de estado del paciente según la escala de Glasgow

Glasgow entre 14-15	Glasgow leve
Glasgow entre 9-13	Glasgow moderado
Glasgow de 8 o menos	Glasgow grave

➤ **Escala de Braden**

Riesgo de úlceras por presión.

Braden-bergstrom <13 = alto riesgo

Braden-bergstrom 13 - 14 = riesgo moderado

Braden-bergstrom >14 = bajo riesgo

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente e inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

- **Fármacos en el tratamiento de fx de cadera (efectos terapéuticos, efectos secundarios, horarios y modo de ministración).**

1) **Ketoprofeno**: tomar una capsula vía oral cada 8 horas por 7 días.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS:

Artritis reumatoide, osteoartritis, espondilitis anquilosante, gota (episodios agudos), dolor asociado a inflamación, dolor dental, traumatismos, dolor posquirúrgico, esguinces, tendinitis, bursitis, tortícolis y dismenorrea.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA:

Antiinflamatorio, analgésico y antipirético de tipo no esteroideo, del grupo de los ácidos arilpropiónicos, que actúa impidiendo la síntesis de prostaglandinas y otros prostanoides, mediante la inhibición competitiva y reversible de la ciclooxigenasa.

Farmacocinética: Su biodisponibilidad es de 90%.

Es absorbido rápidamente a través del tracto gastrointestinal (T_{máx} = 0.5-2 horas).

Los alimentos retrasan la absorción.

CONTRAINDICACIONES:

Contraindicado en pacientes alérgicos al KETOPROFENO, al ácido acetilsalicílico y a otros antiinflamatorios no esteroideos (incluyendo aquellos casos de historia de asma, angioedema, pólipos nasales, urticaria o rinitis precipitados por AINEs), así como los afectados por trastornos gastrointestinales (úlceras gastroduodenal, colitis ulcerosa, etc.) coagulopatías o hemorragia.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:

Los efectos adversos del KETOPROFENO afectan principalmente al sistema gastrointestinal.⁶⁶

2) **Enoxoparina** sódica: 20 mg, 40mg (equivalente a 2,000 U.I. y 4.000 U.I.
Agua inyectable, cb.p. 0.2 ml, 0.4 ml.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS:

Anticoagulante (heparina de bajo peso molecular) indicado en: solución inyectable de 20 y 40 mg:

⁶⁶ Tomado de http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/103.HTM

- Tratamiento profiláctico de la enfermedad tromboembólica especialmente en cirugía ortopédica y en cirugía general.
- Profilaxis contra la coagulación en el circuito de la circulación extracorpórea durante la hemodiálisis.
- Tratamiento de las trombosis venosas profundas.

Este medicamento ya no se le administro después de su alta.⁶⁷

3) Enalapril: tomar una tableta cada doce horas.

Tabletas

Antihipertensivo

Forma farmacéutica y formulación:

Cada TABLETA contiene:

Enalapril... 10 mg

Indicaciones terapéuticas:

Hipertensión arterial en todos sus grados.

Hipertensión renovascular.

Insuficiencia cardiaca sintomática ya que mejora la supervivencia, retrasa la progresión de la insuficiencia cardiaca y disminuye el número de hospitalizaciones.

Farmacocinética y farmacodinamia:

ENALAPRIL es un agente inhibidor de la actividad de la enzima convertidora de la angiotensina en el sistema angiotensina-renina-aldosterona.

Actúa como vasodilatador de los lechos arteriales y de los venosos, al impedir la síntesis de la angiotensina II, poderosa hormona vasoconstrictora y al reducir también la degradación del vasodilatador bradicinina. Ofrece efectos benéficos en los pacientes con hipertensión arterial con insuficiencia cardiaca congestiva. Sus efectos neurohumorales lo convierten en uno de los vasodilatadores de elección en ambos tipos de problemas.

Contraindicaciones:

Casos de estenosis renal bilateral, estenosis de arteria renal de riñón único, insuficiencia renal grave y en hipotensión arterial sistémica. Su administración

⁶⁷ Tomado de <http://190.121.226.20/productos/3-790.htm>

en pacientes con renina muy elevada puede producir una importante respuesta hipotensora con oliguria y azoemia.

No debe emplearse en asociación con diuréticos ahorradores de potasio por el riesgo de provocar hipercalemia.

Debe emplearse con precaución en pacientes con daño hepático o renal.

Dosis y vía de administración: Oral.

La dosificación del paciente se establecerá de acuerdo con el cuadro clínico del paciente y a criterio del médico.

Como posología de orientación se aconseja de 5 a 10 mg por día hasta lograr la dosis de mantenimiento que puede ser de hasta 40 mg por día.⁶⁸

4) Carbamazepina: se le suspendió, hasta después de la cirugía.

Tabletas, suspensión oral

Antiepiléptico

Forma farmacéutica y formulación:

Cada TABLETA contiene:

Carbamazepina..... 200 mg

Neuralgia trigeminal: CARBAMAZEPINA está indicada para el tratamiento del dolor asociado con la neuralgia trigeminal verdadera. También se han reportado resultados benéficos en la neuralgia glossofaríngea. Este fármaco no es un analgésico simple, y no se debe usar para aliviar dolores o molestias triviales.

Contraindicaciones:

CARBAMAZEPINA no se debe usar en pacientes con antecedentes de depresión de la médula ósea, hipersensibilidad al fármaco, miastenia gravis, porfiria aguda intermitente, o sensibilidad conocida a cualquiera de los compuestos tricíclicos como amitriptilina, desipramina, imipramina, protriptilina, nortriptilina, etc.

Dosis y vía de administración:

Suspensión:

Debe agitarse antes de tomarse y puede ser administrada durante, después o entre las comidas, con el siguiente esquema:

Una cucharada es igual a 5 ml, lo que equivale a 100 mg.

⁶⁸ Tomado de: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/76.HTM

Adultos: Dosis de 100 a 200 mg diarios, aumentando la dosis hasta 400 mg dos o tres veces al día, incluso dosis de 1,600 a 2,000 mg son apropiados. La suspensión en adultos está indicada en aquellos pacientes que no pueden tragar las tabletas.⁶⁹

5) **Ketorolaco**: tomar una tableta cada ocho horas.

Solución y suspensión inyectables, tabletas

Analgésico, antiinflamatorio y antipirético

Forma farmacéutica y formulación:

Cada ml de SOLUCIÓN O SUSPENSIÓN INYECTABLES contiene:

Ketorolaco trometamina..... 30 mg

Vehículo, c.b.p. 1 ml.

Cada TABLETA contiene:

Ketorolaco trometamina..... 10 mg

Indicaciones terapéuticas:

Tratamiento a corto plazo del dolor leve a moderado en el postoperatorio y en traumatismos musculoesqueléticos; dolor causado por el cólico nefrítico.

Farmacocinética y farmacodinamia:

Analgésico, antiinflamatorio y antipirético del tipo de los ácidos arilpropiónicos, aunque con núcleo pirrolizínico. Actúa inhibiendo reversiblemente la síntesis de prostaglandinas.

Contraindicaciones:

Al igual que otros AINEs, KETOROLACO TROMETAMINA está contraindicado en los pacientes con úlcera gastroduodenal activa, hemorragia digestiva reciente o antecedente de úlcera gastroduodenal o hemorragia digestiva.

Está contraindicado en los pacientes con insuficiencia renal moderada o grave y en los pacientes con riesgo de insuficiencia renal por hipovolemia o deshidratación

Dosis y vía de administración:

Tabletas:

La dosis es de 10 mg cada 4-6 horas.

Dosis máxima diaria de 40 mg.

⁶⁹ Tomado de http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/35.HTM

Cuando se administra por vía intramuscular o intravenosa, no se deberá exceder de 4 días.⁷⁰

6) Omeprazol: tomar una capsula cada 24 horas

Cápsulas, solución inyectable

Antiulceroso

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:

Cada CÁPSULA contiene:

Omeprazol..... 20 mg

Cada frasco ampula contiene:

Omeprazol..... 40 mg

Indicaciones terapéuticas:

Esofagitis por reflujo gastroesofágico.

Úlcera duodenal, úlcera gástrica benigna (incluyendo las producidas por AINEs).

Farmacocinética y farmacodinamia:

OMEPRAZOL es antisecretor y antiulceroso. Es un inhibidor específico de la bomba de hidrogeniones en la célula parietal gástrica. Es una base débil, que se concentra y pasa a la forma activa en el medio extremadamente ácido de los canalículos intracelulares de la célula parietal, inhibiendo en ellos a la enzima H⁺- K⁺-ATPasa, es decir, a la bomba de protones.

Este efecto en el paso final del proceso de formación del ácido gástrico es dosis-dependiente y proporciona una inhibición altamente eficaz, tanto de la secreción ácido basal como de la secreción ácida estimulada independientemente del estímulo.

La dosificación oral con 20 mg de OMEPRAZOL una vez al día produce una rápida y efectiva inhibición de la secreción ácida gástrica diurna y nocturna, consiguiéndose un efecto máximo en los cuatro primeros días de tratamiento.

OMEPRAZOL es lábil en presencia de pH ácido, por esto, se administra en forma de gránulos con recubrimiento entérico y encapsulado.

Contraindicaciones:

Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. Úlcera gástrica maligna.

Precauciones generales:

El tratamiento con OMEPRAZOL, al igual que otros fármacos antiulcerosos, puede aliviar la sintomatología de una úlcera gástrica maligna y dificultar su diagnóstico a tiempo, por lo que debe tenerse en cuenta este diagnóstico en

⁷⁰ Tomado de: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/104.HTM

pacientes de mediana edad o mayores con sintomatología gástrica de reciente aparición o con cambios importantes (vómito recurrente, hematemesis o melena, disfagia y pérdida de peso).

Dosis y vía de administración:

Inyectable:

En el caso de pacientes con úlcera duodenal gástrica o esofagitis por reflujo, la dosis es de 40 mg diarios.

En el síndrome de Zollinger-Ellison la dosis de inicio es de 60 mg.

Oral:

Agruras e indigestión ácida: 1 cápsula de 20 mg al día.

Úlcera gástrica y duodenal: 1 cápsula de 20 mg al día, durante 2 ó 3 semanas consecutivas.

En pacientes con úlceras refractarias a otros regímenes de tratamientos, se obtiene la cicatrización en la mayoría de los casos con una dosis de 40 mg una vez al día.⁷¹

➤ **Descripción de la enfermedad.**

Recuerdo anatómico

Las fracturas de la cadera o de la extremidad proximal del fémur incluyen las fracturas de cabeza, cuello y área trocantérea. Anatómicamente distinguimos las siguientes partes:

- Cabeza, que es la epífisis.
- Cuello (unión entre la cabeza y el macizo trocantéreo), es la metáfisis
- Segmento trocantéreo: entre trocánter mayor y el límite inferior del menor
- Región subtrocantérea: desde el trocánter menor hasta 5 cm por debajo

Sistemas trabeculares de la extremidad proximal del fémur

⁷¹ Tomado de http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/134.HTM

Los sistemas trabeculares se entrecruzan unos con otros para dar Resistencia; distinguimos los siguientes fascículos:

- Fascículo arciforme, por su forma de arco. Es un sistema lateral o de tracción, desde la parte inferior del trocánter mayor a la parte más baja de la cabeza.
- Fascículo cefálico, desde la cabeza femoral hacia arriba; se entrecruza con el anterior constituyendo el “núcleo duro de Delbert de la cabeza”
- Fascículo trocantéreo (desde el trocánter mayor al menor) soporta fuerzas de compresión.

Estos fascículos dejan un vacío, el “triángulo de Ward” (de base superior y vértice inferior); se trata de una zona de menor resistencia que se va haciendo más amplia con la edad, ya que se van perdiendo trabéculas. A pesar de esto, son más frecuentes las fracturas de la zona trocantérea.

Vascularización

La arteria femoral profunda da dos ramas que rodean al cuello femoral por delante y por detrás:

- La arteria circunfleja anterior (por detrás del cuello en la imagen)
- La arteria circunfleja posterior (Cp)

Ambas se unen y forman un arco alrededor del cuello femoral; penetran en la epífisis e irrigan la cabeza femoral por las arterias epifisarias. Además, llega irrigación por la arteria del ligamento redondo, pero esta se va perdiendo con la edad y la vascularización se limita al aporte de las arterias epifisarias (en adultos no hay arteria del ligamento redondo).

La cabeza femoral queda intraarticular, pero los trocánteres son extraarticulares, por lo que hablaremos de fracturas intra o extracapsulares.

Estas arterias discurren por el centro del cuello femoral. Si hay una fractura a este nivel, habrá riesgo de necrosis isquémica de la cabeza femoral (importante) bien por la rotura de vasos que no dejarán llegar la sangre, o bien porque al estar rodeado de la cápsula, se forma un hematoma y no deja salir la sangre e irá aumentando la presión hasta superar a la presión sistémica por lo que dejará de llegar sangre. Cuanto mayor sea el grado de desplazamiento de los fragmentos, mayor será el riesgo de necrosis isquémica y más difícil que se produzca la consolidación de la fractura. Sin embargo, si la fractura se produce en la región trocantérea no habrá riesgo de necrosis ya que recibe vascularización de las estructuras adyacentes. La consolidación por tanto será mejor, pero existe el inconveniente de que aquí se insertan poderosas masas musculares que tenderán a desplazar al músculo haciendo más difícil la consolidación quedando cayos de fractura viciosos.

Epidemiología

- En conjunto el 33% de las mujeres y el 17% de los hombres que vivan hasta los 90 años sufrirán una fractura de cadera
- El 60% de las fracturas del cuello se sitúan en la región trocantérea por que pierde trabéculas más rápido, sobre todo si se es de edad avanzada.

Factores de riesgo

- edad avanzada
- sexo: mujeres
- osteoporosis
- delgadez: a partir de la menopausia se fragiliza.
- raza caucásica
- sedentarismo

- tabaco, alcohol
- cafeína
- medicamentos
- comorbilidades

MECANISMO

Suelen deberse a traumatismos de baja energía, como al tropezar con la alfombra o resbalar en el suelo. Cuando se produce una fractura incompleta (tipo I de Garden) pueden moverse e incluso levantarse del suelo: riesgo de una segunda caída y fractura completa. No les da tiempo a poner las manos por lo que caen con la cadera. Este tipo de fracturas es menos frecuente en obesos ya que el panículo adiposo amortigua el golpe. En jóvenes se asocia con traumatismos de alta energía.

Pero, ¿qué ocurre cuando se ha producido la fx? Si la fx es completa hay impotencia funcional para levantarse. Además, si se desvían los fragmentos, el miembro inferior:

- esta rotado hacia fuera (más marcado si la fx es extracapsular, por que la intracapsular se sujeta por la capsula)
- hay acortamiento (por que se sube el trocánter)
- se próxima a la otra pierna sana (aducción)

A veces vemos hematomas, equimosis (más fuerte en al extracapsular, porque si es intracapsular se queda dentro de la capsula). Además, hay dolor en zona inguinal.

Localización de las fracturas

Cabeza femoral: Como ya hemos dicho, la cabeza femoral es una zona resistente (“núcleo duro”), por tanto, es difícil que haya fracturas a este nivel. Si

las hay, es en el contexto de traumatismos violentos de alta energía y siempre asociada a una luxación (pues en condiciones normales está protegida por la cavidad cotiloidea). Este tipo de fractura es más frecuente en jóvenes.

Clasificación de Pipkin

➤ para fracturas de la cabeza femoral (no importante):

- Tipo I: Trazo de fractura por debajo del ligamento redondo. No coincide con zona de apoyo.

- Tipo II: Trazo de fractura por encima del ligamento redondo. Compromete zona de apoyo.

- Tipo III: tipo I o II con Fractura del cuello femoral asociada. Es la de peor pronóstico.

- Tipo IV: Cualquiera de las anteriores con fractura asociada de acetábulo.

Fracturas del cuello femoral: Aparecen asociadas a la edad, a partir de los 50 años comienza a aumentar la frecuencia. Es la más frecuente, un 30% de las mujeres y un 17% de los varones mayores de 90% han presentado esta fractura alguna vez.

Clasificación de Garden de las fracturas de cuello femoral

➤ Grado I. Fx incompleta, conservándose la estructura cortical inferior

➤ Grado II. Fx completa de todo el perímetro cortical

➤ Grado III. Fractura completa de todo el perímetro cortical con desplazamiento, pero persistiendo contacto del muñón cefálico con la parte distal del cuello

➤ Grado IV. Fractura completa con gran desplazamiento sin contacto entre el muñón cefálico y el cervical

Lo importante, con respecto a estos 4 grados es que:

- I y II: se rompe el cuello, pero los trozos no se desplazan o el desplazamiento es mínimo
- Menor riesgo de necrosis por qué no se han dañado los vasos femorales
- III y IV: se desplazan los fragmentos, sobretodo en grado IV: aquí si se rompen los vasos, con lo que hay alto riesgo de necrosis.

Fracturas de la región trocantérea (las más frecuentes -70%- más que las del cuello, a pesar de que éste tiene una zona de baja resistencia – “triángulo de Ward”). Las fracturas de la región trocantérea se clasifican en:

- estables
- inestable:

O cuando hay conminución en la parte interna y posterior,

O si el trocánter menor se aplasta o se desplaza (por el arrancamiento),

O cuando el trazo de fx es inverso (no va del trocánter mayor al menor, sino que va de dentro de fuera).

Fracturas subtrocantéreas: desde el límite inferior del trocánter menor hasta aproximadamente 5 cm hacia debajo. Al ser un nivel más bajo necesita de traumatismos más violentos para producir la fractura como traumatismos de tráfico, por lo que serán más frecuentes en jóvenes politraumatizados.

Se nombran de acuerdo a la línea de fractura; es mejor decir “Transcervical” que “mediocervical” cuando la línea de fractura pasa por el centro del cuello.

Al hablar de estas fracturas hay que tener en cuenta los siguientes términos:

- capital: en la cabeza
- subcapital: entre el límite de la cabeza y del cuello
- medio cervical o transcervical: si está en el cuello y en su parte central

- basicervicales: unión del cuello con la región trocantérea
- intertrocanterea: van de un trocánter al otro (extraarticular)
- subtrocanterea: bajo el trocánter menor (extraarticular)

Diferencia entre las fx de cuello y las del trocánter

trocánter

cuello

- no riesgo necrosis
- Riesgo de consolidación viciosa: si no reduzco bien
- marcada extrarotación de miembro
- Presencia equimosis
- Riesgo de pseudoartrosis
- Menor extrarotación del miembro
- No equimosis
- Riesgo de necrosis

Clínica y diagnóstico

Se trata de una clínica muy típica, que permite un diagnóstico intuitivo: dolor e impotencia funcional, así como ACORTAMIENTO + ROTACIÓN EXTERNA + ADDUCCIÓN del miembro afecto.

Para el diagnóstico basta con una radiografía convencional de proyección anteroposterior que incluya las dos caderas. Permite un diagnóstico definitivo y clasificación de la fractura. Si existe rotación se ve muy bien porque se proyecta el trocánter menor

Tratamiento

- Conservador: solo se hace cuando, por la comorbilidad del paciente, es imposible operarle.
- Quirúrgico: siempre que se pueda; se hace primero una reducción, y luego:
- Osteosíntesis: tornillos canulados, tornillo – placa, tornillo – clavo endomedular, etc.
- **Prótesis:** En las fracturas de cuello, si el paciente tiene < 70 años, osteoporosis leve y hace una vida normal, se intenta conservar la cabeza y fijarla con osteosíntesis (tornillos enroscados que pasan por la fx desde la región trocantérea y llegan al interior de la cabeza y que permiten comprimir el foco de fx. solo se pueden poner cuando la calidad/masa ósea es buena). Si por el contrario es mayor de 75 años hay que quitar la cabeza y poner una prótesis, parcial o total.

Si lo que se rompe es el trocánter, nos encontramos ante fracturas inestables así que quito trocánter y la cabeza y se estabiliza con osteosíntesis (tornillo placa, o tornillo clavo); NO indicada la prótesis de cadera.

IX. Bibliografía

1. Adam Smith, Los poderes de la mente. ed. Pomaire. (1979)
2. Alfaro-Lefevre, Rosalinda “Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica”. Tr. María Teresa Luis Rodrigo, 3ª edición. Edit. Mosby/U Doyma, Madrid, 1996
3. Báez-Hernández F, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina, López O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Rev Aquichan 2009;9
4. Beare Patricia y Myers Judith “Promoción de la Salud durante la vida adulta” Enfermería Médico Quirúrgica Volumen 1, Ed. Hartcourt Brace, 2º edición Madrid 1997.
5. Belén Otero Lamas. Nutrición Primera edición: 2012 por RED TERCER MILENIO S.C.
6. Bonte Pierre, e Izard Michael. Diccionario de Akal de Etnología y Antropología. Akal. Madrid, España, 1996.
7. Bourdieu, Pierre. (2002). La distinción: Criterio y bases sociales del gusto. México: Taurus.
8. Bryan S. Turner. El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social. FCE. 1989.
9. Carpenito- Mollet Linda, Diagnósticos enfermeros y problemas en colaboración Edit. Mc Graw-Hill- Interamericana, 2006.
10. Colliere, M. Francoise “Origen de las prácticas de cuidados; su influencia en la práctica de enfermería” Promover la Vida Edit. Interamericana Mc Graw-Hill, Madrid, España 1993.
11. De La Peña, Francisco. Cuerpo, enfermedad mental y cultura. INAH, México, 2009.
12. Descartes, René, Meditación Sexta “De la existencia de las cosas materiales y la distinción real entre el alma y el cuerpo del hombre” en Meditaciones Metafísicas, Porrúa, México, 1984
13. Duran Villalobos Ma. M, desarrollo y construcción de la teoría” en Enfermería desarrollo teórico e Investigativo. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia 1ª edición. 1998.
14. DuGas B W, Tratado de Enfermería Práctica, Edit. Mc Graw-Hill Interamericana, México, D.F., 1986,

15. Esteban Manuel "Hacia la construcción de una disciplina enfermera" La construcción de una disciplina, Madrid España, 1994.
16. Fernández Ferrín, Carmen "El modelo de Henderson y el proceso de Atención de Enfermería", Edit. Masson-Salvat, Barcelona, 1995,
17. Fernández, F C, El Proceso de Atención de Enfermería, Edit. Masson-Salvat, Barcelona, 1993.
18. Flores Fernández Verónica "El Cuidado: objeto de conocimiento de la Enfermería como disciplina" y "Fundamentación epistemológica de la Enfermería: una práctica inconmensurable por la razón técnica".
19. Foucault, Michel. Vigilar y castigar. Ed. Siglo XXI 1986.
20. Gutiérrez Lozano Mauricio. El cuerpo como efecto (los años 40: un paso preliminar) 2006. Tomado de <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=221&rev=31&pub=1>
21. GUTIERREZ, S. R., Historia de las Doctrinas Filosóficas, Edit. Esfinge, Edo. México, 1997.
22. Hernández Conesa Juana "Significado Histórico de los cuidados de Enfermería", Historia de la Enfermería Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, 1995.
23. Hernández-Torres I. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. Vol.8 (2) 137-143 Medicina Familiar 2006.
24. Le Bretón David. 1990 Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires, Nueva Visión.
25. Le Breton, David. La sociología del cuerpo. 1ª Ed. Buenos Aires. Nueva Visión. 2002.
26. López-Roig, S., Pastor, M. y Rodríguez-Marín, J. (1992). Preparación psicológica para la cirugía. En F.X. Mendez, D. Maciá y J. Olivares (Eds.). Intervención conductual en contextos comunitarios. Programas aplicados a la prevención. Madrid: Pirámide.
27. M. PHANEUF, La Planificación de los Cuidados Enfermeros, Edit. McGraw Hill Interamericana, México.
28. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. Harcourt ed. Madrid, España: 1999.
29. Marriner-Tomey "Introducción al análisis de las teorías de enfermería" Modelos y teorías en Enfermería. Ed. Mosby/Doyma 3ª ed. Madrid 1994.
30. Marriner A. y Tomey, Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid, España. Editorial Mosby/Dogma Libros. 1994.

31. Medellín Calderón Gladis “Características Biopsicosociales y necesidades del adulto”, en Crecimiento y Desarrollo del Ser Humano. Atención Primaria en Salud. Tomo II, Editorial Guadalupe LTDA. 1º Edición Bogotá, Colombia, 1995.
32. Potter Patricia y Anne Perry, “Asistencia en la higiene del paciente” En Fundamentos de Enfermería, Teoría y Práctica, Tr. Por Diorki 3º ed. Madrid Mosby Doyma 1996.
33. Raich, R.M. Imagen corporal. Madrid. Pirámide 2000.
34. RIOPELLE L, Cuidados de Enfermería, Un proceso centrado en las necesidades de la persona, Edit, McGraw-Hill Interamericana, Madrid, 1993.
35. Rodríguez Campo V.A., Valenzuela Suazo S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. Enferm. glob. [Internet]. 2012 Oct [citado 2016 Ago 26]; 11(28): Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012004400116&lng=es.
36. Rubio Domínguez Severino “La construcción de Teoría en la Ciencia Formal” SUA_ENEO, 1996.
37. Sarabia, A., Rojas, L., Meléndez, R.M. Teoría: alcances y niveles para explicar la práctica de Enfermería. Biblioteca Lascasas. 2011; Vol 7, Nº 3. Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0622.php>
38. Thomas Khun, las estructuras de las revoluciones científicas, Breviarios 213 Fondo de Cultura Económica 1971.
39. Velasco, Arnulfo Eduardo. El cuerpo y sus significados: la perspectiva renacentista Sincronía Otoño 2002.