



**INSTITUTO MARILLAC I.A.P**  
**Licenciatura en enfermería y obstetricia**  
**Sistema Incorporado a la UNAM - 3033**

---

---

**PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA  
ORIENTADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON  
APLICADO A UNA MUJER, CON DETERIORO DE LA  
MOVILIDAD FÍSICA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA: CAMILO NAVA JULIO CÉSAR**

**ASESORA DE TESIS: LIC. PILAR MONTES HERNANDEZ**

**CIUDAD DE MÉXICO, 2017**



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.

## **DEDICATORIA**

### ***A mis padres***

*Porque siempre creyeron en mí, por todo su apoyo y cariño incondicional, porque son unas personas admirables y lo mejor de todo son mis padres.*

### ***A mi abuela***

*Por todo el cuidado y esmero que ha tenido para mí y mi familia.*

### ***A mi hermano***

*Que siempre ha perseguido sus ideales, sin importar las adversidades a las que se enfrente, por ser una persona que se preocupa por ayudar a otros.*

### ***A Gabriela***

*Que ha sido mi compañera durante toda esta etapa de mi vida, por ser humilde y sencilla, pues es en esas virtudes donde radica la excelente persona que es; por estar en momentos difíciles a mi lado.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*“Es tan ligera la lengua como el pensamiento, que, si son malas las preñeces de los pensamientos, las empeoran los partos de la lengua”, Cervantes Saavedra.*

*Al Instituto Marillac por ser parte importante de mi formación profesional y permitirme cumplir un objetivo de vida.*

*Al Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzales por abrirme sus puertas y enseñarme al mejor libro de enfermería jamás escrito, me refiero a los pacientes.*

# ÍNDICE

	<b>Tema</b>	<b>Pagina</b>
<b>I</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>2</b>
	2.1 Generales	2
	2.2 Específicos	2
<b>III</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	<b>3</b>
	3.1 Antecedentes	3
	3.2 Justificación	4
<b>IV</b>	<b>MARCO TEÓRICO REFERENCIAL</b>	<b>5</b>
	4.1 Conceptualización de enfermería	5
	4.2 Paradigmas de enfermería	8
	4.3 Modelo Conceptual de Virginia Henderson.	12
	4.4 Proceso Atención Enfermería (conceptualización)	15
	4.5 Anatomía y fisiología del miembro inferior	19
	4.6 Fractura de cadera como síndrome geriátrico	30
<b>V</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>40</b>
<b>VI</b>	<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS</b>	<b>41</b>
<b>VI</b>	<b>APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA</b>	<b>42</b>
	7.1 Planta de maíz	42
	7.2 Selección y descripción genérica del caso	43
	7.3 Valoración inicial de enfermería por necesidades	45
	7.4 Exploración física	54

<b>7.5</b>	<b>Análisis de estudios de laboratorio</b>	<b>56</b>
<b>7.6</b>	<b>Diagnósticos de enfermería</b>	<b>61</b>
<b>7.6.1</b>	<b>Red de razonamiento</b>	<b>65</b>
<b>7.6.1.1</b>	<b>Plan de cuidados</b>	<b>67</b>
<b>VIII</b>	<b>PLAN DE ALTA</b>	<b>118</b>
<b>XIX</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>122</b>
<b>X</b>	<b>SUGERENCIAS</b>	<b>124</b>
<b>XI</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>125</b>
<b>XII</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>126</b>
	<b>12.1 Procedimientos e instrumentos para la valoración</b>	<b>126</b>
	<b>12.2 Información complementaria para la paciente y su familia</b>	<b>133</b>

# I INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso al que cada uno de nosotros se encamina desde el nacimiento, en las últimas décadas estamos viviendo un contexto histórico que supone el envejecimiento de la población. El tema es de interés inmediato en los países donde el envejecimiento es muy avanzado. Esta investigación aborda un aspecto especial que afecta a la población senil, debido a que las consecuencias son importantes tanto para el individuo y sus cuidadores, como para los servicios sanitarios y sociales, me refiero a la FRACTURA DE CADERA. La fractura de la cadera es una entidad patológica muy compleja y de difícil tratamiento; se presentan sobre todo en pacientes de la tercera edad y del sexo femenino.

Para la realización de este Proceso Atención Enfermería (PAE) se seleccionó a una paciente el día 29/marzo/2016 en el servicio de Ortopedia del H. General Dr. Manuel Gea Gonzales.

Para el estudio de caso fue necesario conseguir la autorización de la paciente (Px) por medio del consentimiento informado, de igual manera se comunica a la paciente que los datos proporcionados y hallados serán utilizados con fines académicos y de investigación, lo cual implica el uso ético de los mismos.

A lo largo de este PAE pretendo responder metodológica y científicamente a las necesidades que la paciente requiera, siendo este trabajo una base para próximos casos donde la movilidad física este alterada a consecuencia de una fractura de cadera el cual pueda modificarse, adaptarse y sirva de apoyo en otros pacientes. Es por eso que tocaré temas como anatomía de la cadera, fisiopatología de la enfermedad, epidemiología, tratamiento y en especial cuidados de enfermería a pacientes con dicha patología.

## **II OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

- Integrar los conocimientos fisiológicos, clínicos, que interfieren en el individuo para satisfacer las necesidades básicas, de tal manera que se puedan establecer las intervenciones de enfermería a fin de fomentar una mejor calidad de vida, tomando como base las etapas del Proceso Atención Enfermería.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar la problemática actual y de riesgo para diseñar un plan de cuidados que satisfaga el déficit de salud en la paciente.
- Implementar acciones de enfermería que tengan como resultado la disminución de las alteraciones, la prevención de problemas potenciales y complicaciones propias de las patologías ya presentes.

## III FUNDAMENTACIÓN

### 3.1 ANTECEDENTES

En México existen diferentes investigaciones de fractura de cadera, casi todas ellas, encaminadas al paciente geriátrico. La mayoría de los artículos publicados son de origen médico, pocos son los realizados por el gremio de enfermería.

Un artículo importante en el país, que aborda a esta enfermedad y dirigido al gremio enfermería es el de las “Guías de Práctica Clínica” que lleva como título “Intervenciones de Enfermería en la Atención del Adulto Mayor con SÍNDROME DE INMOVILIDAD”, pero el problema de esta publicación es que no está enfocado a las fracturas de cadera únicamente, sino se refiere a una complicación de esta y otras varias patologías. Existe otro artículo de significativa relevancia publicado por el IMSS perteneciente a las “Guías de Práctica Clínica” que lleva como título “Manejo Médico Integral de Fractura de Cadera en el Adulto Mayor”.

La fractura de cadera es considerada un síndrome geriátrico heterogéneo y multicausal, es la causa más común de hospitalización en los servicios de urgencias de ortopedia. Ocurre principalmente en pacientes mayores de 60 años de edad, en especial del sexo femenino (80 a 85%) y causa altas tasas de mortalidad. Según el Consejo Nacional de Población, en 2006 los adultos mayores representaban 5.3% de la población, mientras que en 2009 esta proporción ascendió a 5.7%. Los estados mexicanos con mayor número de adultos mayores son: Estado de México, Distrito Federal, Veracruz y Jalisco, mientras que los que tuvieron menor número en ese periodo fueron: Baja California Sur, Quintana Roo y Colima. (Albavera Gutiérrez, y otros, 2013)

### 3.2 JUSTIFICACIÓN

La población de adultos mayores se ha acrecentado en los últimos años, es un fenómeno que continuará durante las próximas décadas, lo que resulta en enfermedades que se asocian a la edad. He mencionado en capítulos anteriores que la fractura de cadera es una entidad asociada a la edad, destaca que más del 90% de estos pacientes sobrepasan los 65 años de edad. (Gonzales Amaya Jose Antonio, 2014)

En su mayoría afecta a mujeres, esto se atribuye a osteoporosis secundaria a cambios ulteriores a la menopausia. En los ancianos muchas de estas entidades patológicas son síndromes geriátricos que consisten en un conjunto de cuadros clínicos habitualmente originados por la interacción de enfermedades con alta prevalencia y que con frecuencia originan incapacidad funcional y social. La fractura es causa frecuente de dependencia física y pérdida de la autonomía. (Gonzales Amaya Jose Antonio, 2014)

La importancia de este Proceso Atención Enfermería radica en que la fractura de cadera es un síndrome geriátrico que se presenta con bastante continuidad, que atrae efectos que producen un déficit importante en la función y calidad de vida del adulto mayor. Además, debido al cambio demográfico e inversión de la pirámide poblacional la fractura de cadera representa un problema de salud que va en aumento y que el tratamiento y rehabilitación generan altos costos.

## IV MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

### 4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. (OMS)

**Enfermería:** A la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes. (NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013)

**Enfermera(o):** A la persona que ha concluido sus estudios de nivel superior en el área de la enfermería, en alguna institución perteneciente al Sistema Educativo Nacional y se le ha expedido cédula de ejercicio con efectos de patente por la autoridad educativa competente, para ejercer profesionalmente la enfermería. (NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013)

**Cuidado:** A la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de

sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar. (NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013)

**Diagnóstico de enfermería:** Al juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar. (NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013).

### **Tipos de diagnóstico de enfermería**

*Diagnóstico enfermero focalizado en el problema (Antes real).* Juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital. (Herdman, 2015, pág. 22)

*Diagnóstico enfermero de riesgo (antes potencial o posible en algunas bibliografías).* Juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital. (Herdman, 2015, pág. 22)

*Diagnóstico enfermero de promoción a la salud.* Juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud humano. Estas respuestas se expresan por una disposición para mejorar los comportamientos específicos de salud y pueden ser utilizados en cualquier estado de salud. Las respuestas de promoción de la salud se pueden dar en una persona, familia, grupo o comunidad. (Herdman, 2015, pág. 22)

***Diagnóstico enfermero de síndrome.*** Aunque limitados en número en la taxonomía II de NANDA 1 se puede encontrar síndromes. Un síndrome es un juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares. (Herdman, 2015, pág. 22)

## **Tipos de intervenciones de enfermería**

***Intervenciones de enfermería dependientes.*** A las actividades que realiza el personal de enfermería por prescripción de otro profesional de la salud en el tratamiento de los pacientes, de acuerdo al ámbito de competencia de cada integrante del personal de enfermería. (NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013)

***Intervenciones de enfermería independientes.*** A las actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud. (NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013)

***Intervenciones de enfermería interdependientes.*** A las actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; se llaman también multidisciplinarias, pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, entre otros. (NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013)

## 4.2 PARADIGMAS DE ENFERMERÍA

El concepto de paradigma (vocablo que deriva del griego paradeigma) se utiliza como sinónimo de “ejemplo” o para algo que se toma como “modelo digno de seguir”. Thomas Kuhn dio a paradigma su significado contemporáneo cuando lo adoptó para referirse al conjunto de prácticas que definen una disciplina científica durante un período específico.

"La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería". En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación.

***Paradigma de la categorización:*** Comenzó a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, busca un factor causa y manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. Se divide en dos: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

*Orientación centrada en la salud pública:* Aparece en los siglos XVIII y XIX se caracteriza por "la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas." Los conceptos metaparadigmáticos son: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.

- La persona: posee la capacidad de cambiar su situación.
- El entorno: elementos externos a la persona que son válidos, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.

- La salud: "la voluntad de utilizar bien la capacidad que tenemos". Sólo la naturaleza cura y el paciente deberá poner su capacidad al servicio de la naturaleza, para la curación.
- El cuidado: intervención que la enfermera realiza por reglas aprendidas y sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud.

*Orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica:* Surge cuando comienzan a controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. El significado de los elementos es el siguiente:

- La persona, formado por la suma de partes independientes entre sí y además, no participa en su cuidado.
- El entorno, es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular.
- La salud, es la ausencia de enfermedad, un estado deseable.
- El cuidado, es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficits de la persona.

La representante principal es *F. Nightingale*, demostrando en sus escritos la importancia de la influencia que la naturaleza ejerce sobre la salud de las personas.

*Henderson, Hall y Watson* dan paso al paradigma de la integración, en ellos comienzan a considerar a la persona en su integralidad, en interacción con el entorno.

**Paradigma de la integración:** Supone ser una prolongación del paradigma de la categorización. La diferencia con el paradigma de categorización radica en la consideración del contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de *V.Henderson*, *H. Peplau* y *D. Orem* quedan enmarcados dentro de este paradigma. Esta orientación define sus metaparadigmas de enfermería de la siguiente manera:

- La persona, formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda firme de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- El entorno, creado por diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones. La enfermera aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Este paradigma reconoce la disciplina de enfermería diferenciada de la disciplina médica, orientada hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de los conceptos o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.

**Paradigma de la transformación:** Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. Los modelos y teorías propuestos por *R.R. Porse*, *M. Newman*, *M. Rogers* y *Watson* quedan encerrados dentro de este paradigma. Sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:

- La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante.
- La salud, es un valor y una experiencia que cada persona vive desde una perspectiva diferente. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.
- El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. La intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

Los cuidados enfermeros no son empíricos, se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra en el fenómeno que lo originan y permite mayor aproximación lógica, así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina.

Actualmente, la práctica científica de enfermería, tiene como referente teórico el modelo de cuidado, y como elemento metodológico, el proceso de atención de enfermería para solucionar los problemas de este cuidado. Ambos elementos significan la epistemología de enfermería entendida como los fundamentos (modelos de cuidados) y métodos (procesos de atención de enfermería) del conocimiento de enfermería. Ambos elementos adquieren su

verdadero sentido cuando se utilizan en conjunto, pues tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidado sin hacerlo sistemáticamente se queda en un simple ejercicio intelectual, y aplicar el proceso de atención de enfermería sin un modelo teórico de referencia, únicamente sirve para sistematizar actividades aisladas que solo tienen significado para quien aplica el proceso. (Sanabria Triana Lirus, 2002)

#### **4.3 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON**

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias. Su filosofía se basa en el trabajo de: 1) Thorndike (psicólogo estadounidense), 2) sus experiencias con la Henry House Visiting Nurse Agency, 3) su experiencia en enfermería de rehabilitación y 4) la conceptualización de la acción de enfermería de Orlando (Henderson, 1964; Orlando, 1961).

Henderson puso de relieve el arte de la enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería, además se puede incluir la definición de la enfermería, la determinación de las funciones autónomas de enfermería, la creación de los conceptos de independencia e interdependencia. Sus conceptos influyeron en el trabajo de Abdellah y Adam (Abdellah, Beland, Martin y Matheney, 1960; Adam, 1980,1991).

Henderson hizo contribuciones a la enfermería. Escribió tres libros clásicos de la enfermería: *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* (1955), *Basic Principles of Nursing Care* (1960) y *The Nature of Nursing* (1966). Su principal contribución en la investigación de enfermería, el *Nursing Studies Index Project*, fue publicado como un índice anotado de cuatro volúmenes sobre bibliografía biográfica, analítica e histórica de la enfermería de 1900 a 1959.

En 1958, el comité de servicios de enfermería del *International Council of Nurses (ICN)* en español “*Consejo Internacional de Enfermeras*” (CIE) fundado en 1899, le pidió que expusiera su definición de enfermería.

«La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible».

La definición de enfermería de Henderson fue adoptada posteriormente por el ICN y divulgada extensamente; sigue utilizándose en todo el mundo. Henderson (1966) propuso 14 necesidades básicas en las que se basa la atención de enfermería.

1. Respiración y circulación.
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación de los productos de desecho del organismo.

4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Sueño y descanso.
6. Vestirse y desvestirse.
7. Termorregulación.
8. Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).
10. Comunicación
11. Creencias y valores personales.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprendizaje

Identificó tres niveles de relaciones enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como sigue: 1) sustituta del paciente, 2) colaboradora para el paciente y 3) compañera del paciente. Aunque pensaba que las funciones de las enfermeras y de los médicos se superponen, Henderson afirmaba que la enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios y con el paciente.

El trabajo de Henderson se contempla como una filosofía de la enfermería sobre propósito y función.

#### **4.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (conceptualización)**

La enfermería dirige sus conocimientos, hacia el fomento, mantenimiento, restablecimiento de la salud, la prevención de la enfermedad, el alivio del sufrimiento y la seguridad de una muerte tranquila cuando la vida termine. La enfermería, como profesión dinámica y de apoyo se guía por su código ético y se fundamenta en los cuidados.

Según Rosalinda Alfaro (1993) define al PAE “Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales.” Está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.

El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

#### **Características del P.A.E.**

- Tiene validez universal.
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales.
- Centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.
- Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara.
- Consta de cinco etapas cíclicas.

## **Objetivos del P.A E.**

- Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.
- Imprimir a la profesión un carácter científico.
- Traza objetivos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.

## **Etapas del P.A.E.**

**Valoración:** Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

**Diagnóstico:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.

**Planeación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

**Ejecución:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

**Evaluación:** Comparar las repuestas de la persona y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

## **Taxonomía NANDA-I, NIC, NOC**

Una taxonomía es un esquema de clasificación jerárquica de grupos principales y subgrupos. La vinculación de las taxonomías *NANDA*, *NOC* y *NIC*, permiten homologar y utilizar un lenguaje común dentro de la práctica clínica, con terminología estandarizada en relación con los diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados, que permite un soporte científico, disminuye el tiempo, ahorra recursos al momento de proporcionar los cuidados y sirve como método de desarrollo de la profesión de enfermería.

NANDA Internacional, Inc. se denominaba originalmente North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), fundada en 1982; NANDA se mantiene como nombre marca por su reconocimiento internacional como líder en la terminología de diagnósticos enfermeros, esta asociación crea el texto NANDA International el cual proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta para unificar internacionalmente el lenguaje de enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales. (Galindo Becerra Maria Elena, 2011, pág. 15)

Nursing Outcomes Classification NOC, clasificación de resultados de enfermería. Utilizada para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. (Galindo Becerra Maria Elena, 2011)

Nursing Interventions Classification NIC clasificación de intervenciones de enfermería. Clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería para llevar al paciente al resultado esperado. (Galindo Becerra Maria Elena, 2011)

AREA Modelo de Análisis de Resultado del Estado Actual. Se lleva a cabo un razonamiento clínico para reconocer las relaciones entre los diagnósticos de enfermería mediante una red y selecciona cual es el diagnóstico clave que nos dará la resolución de los otros problemas.

## 4.5 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL MIEMBRO INFERIOR

Los miembros (extremidades) inferiores son extensiones del tronco que están especializadas en el sostén del peso corporal, en la *locomoción* (capacidad de desplazarse de un sitio a otro) y en el mantenimiento del equilibrio.

El miembro inferior tiene seis partes o regiones importantes (fig1):

1. La región glútea, que es la región de transición entre el tronco y el miembro inferior libre; comprende dos partes: la región posterior, prominente y redondeada, la nalga, y la región lateral, menos prominente, o región de la cadera, que se encuentra alrededor de la articulación coxal y el trocánter mayor del fémur.

2. La región femoral (muslo), que es la región del miembro inferior situada entre las regiones glútea, abdominal y perineal, proximalmente, y la región de la rodilla, distalmente.

### **Huesos del miembro inferior**

El esqueleto del miembro inferior (esqueleto apendicular inferior) puede dividirse en dos componentes funcionales: la cintura pélvica y los huesos del miembro inferior libre (v. fig.

1). La cintura pélvica está formada por los huesos coxales, que se articulan posteriormente con el sacro y anteriormente en la sínfisis del pubis para formar la pelvis ósea.

La cintura pélvica une el miembro inferior libre al esqueleto axial, con el sacro como parte común a ambas estructuras. La cintura pélvica también constituye el esqueleto de la parte

inferior del tronco. Sus funciones de protección y sostén actúan sobre el abdomen, la pelvis y el periné, así como sobre los miembros inferiores.



FIGURA 1. Regiones y huesos del miembro inferior

*Disposición de los huesos del miembro inferior.* El peso corporal se transfiere desde la columna vertebral, a través de las articulaciones sacroilíacas, hacia la cintura pélvica, y desde ésta, a través de cada articulación coxal, hacia el fémur (fig. 2 A).

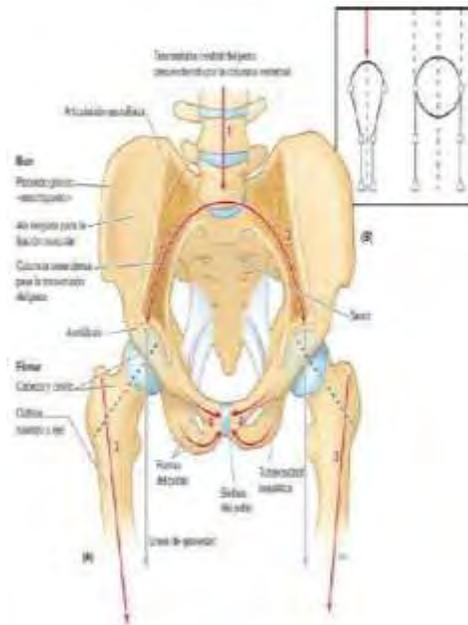


FIGURA 2. Cintura pélvica y articulaciones relacionadas, mostrando la transferencia del peso

Los fémures de las mujeres son ligeramente más oblicuos que los de los hombres, debido a la mayor anchura de la pelvis. En las rodillas, el extremo distal de cada fémur se articula con la rótula y la tibia de la pierna correspondiente.

*Hueso coxal.* Definitivo es el hueso grande y plano de la pelvis que está formado por la fusión de tres huesos primarios (*ilion, isquion y pubis*), proceso que tiene lugar al final de la adolescencia.

Al nacer, los tres huesos primarios están unidos por cartílago hialino. Los huesos empiezan a fusionarse a los 15 a 17 años de edad; la fusión es completa entre los 20 y los 25 años. En los ancianos pueden verse restos de las líneas de fusión de los huesos primarios. Aunque la fusión de los componentes óseos es firme, en el adulto siguen utilizándose sus nombres para describir las tres partes del hueso coxal.

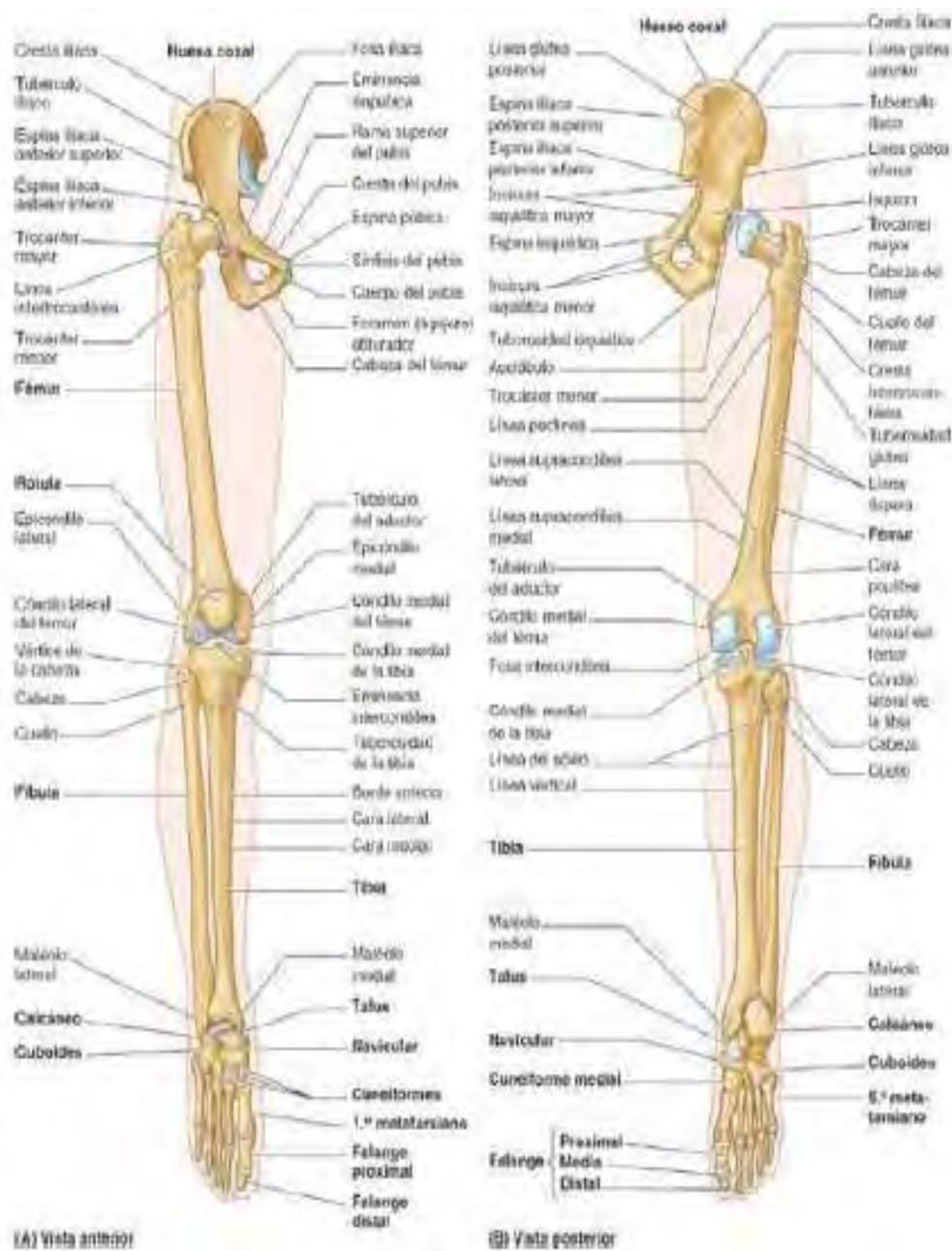


FIGURA 3. Huesos del miembro inferior. A y B Se identifican formaciones óseas y huesos individuales. El pie se encuentra en flexión plantar completa. La articulación coxal está desarticulada (B) para mostrar el acetábulo del hueso coxal, que recibe la cabeza del fémur

*Ilión.* La parte de mayor tamaño del hueso coxal, contribuye a la porción superior del acetábulo (fig. 4 B). El cuerpo del ilion se une al pubis y al isquion para formar el acetábulo. Medialmente, cada una de las alas tiene una depresión, grande y lisa, denominada fosa ilíaca, lugar de la inserción proximal del músculo ilíaco.

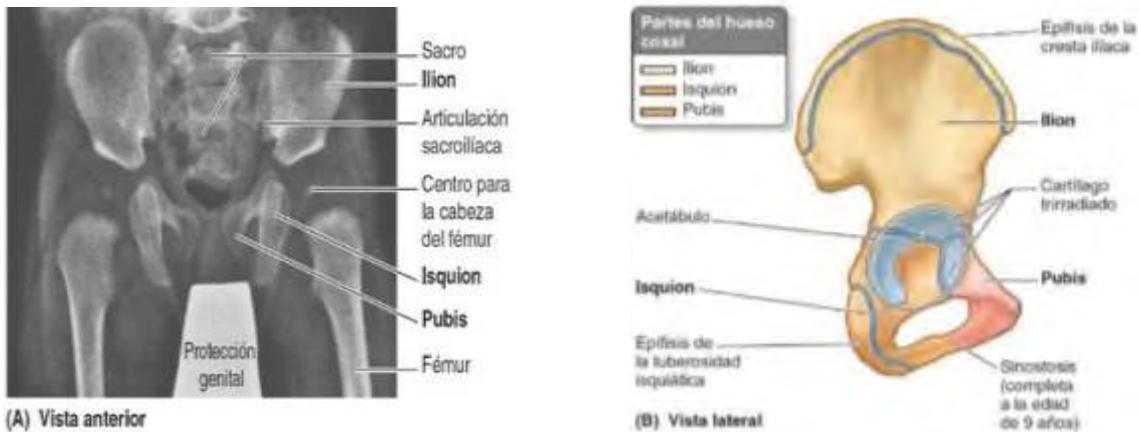


FIGURA 4. Partes del hueso coxal. A) Radiografía anteroposterior de las caderas de un lactante que muestra las tres partes de los coxales (ilíon, isquion y pubis) incompletamente osificadas. B) Hueso coxal derecho de un muchacho de 13 años que muestra el cartílago trirradiado en forma de Y

*Isquion.* El isquion forma la parte posteroinferior del hueso coxal. La porción superior del cuerpo del isquion se une al pubis y al ilíon, formando la cara posteroinferior del acetábulo. La rama del isquion se une a la *rama inferior del pubis* para formar la rama isquiopubiana que constituye el límite inferomedial del *foramen (agujero) obturado*.

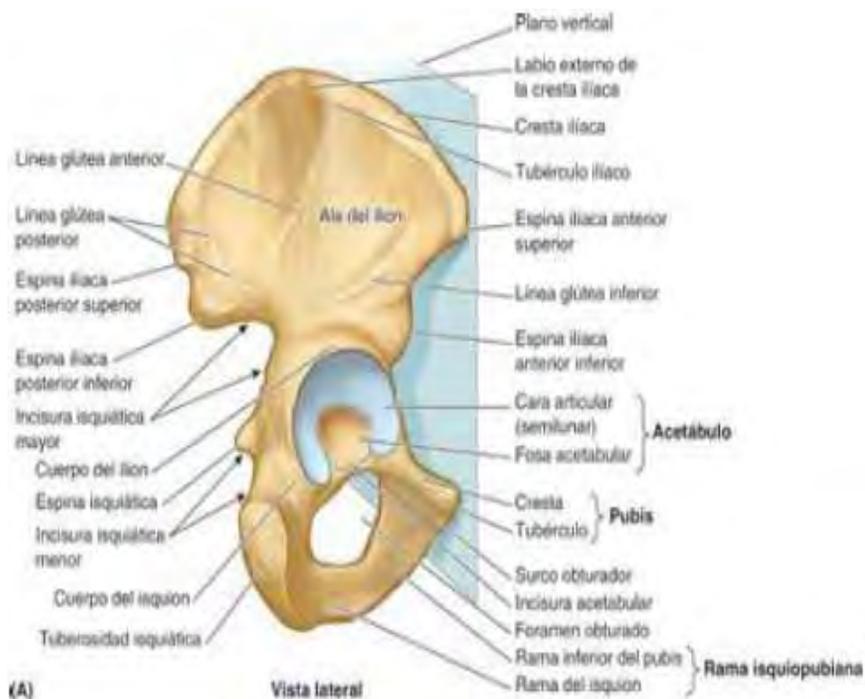




FIGURA 5. Hueso coxal de un adulto en posición anatómica. En esta posición, la espina ilíaca anterior superior y la cara anterior del pubis se sitúan en el mismo plano frontal (*azul*). A) El gran hueso coxal se estrecha en la parte media y se expande en sus extremos superior e inferior. B) La cara sínfisaria del pubis se articula con la cara correspondiente del hueso coxal contralateral. La cara auricular del ilion se articula con la cara correspondiente del sacro, para formar la articulación sacroilíaca

*Pubis*. Forma la parte anteromedial del hueso coxal, contribuyendo a la parte anterior del acetábulo, y proporciona inserción proximal a músculos de la región medial del muslo. Se divide en un cuerpo, aplanado y de localización medial, y en ramas superior e inferior, que se proyectan lateralmente desde el cuerpo. Medialmente, la cara sínfisaria del cuerpo del pubis se articula con la cara correspondiente del cuerpo de su homólogo contralateral, a través de la sínfisis del pubis. El borde anterosuperior de ambos cuerpos unidos y la sínfisis forman la cresta del pubis, donde se insertan músculos abdominales.

*El foramen obturado*. Es una gran abertura, oval o irregularmente triangular, en el hueso coxal, que está limitada por el pubis, el isquion y sus ramas. Salvo por una pequeña vía de paso para el nervio y los vasos obturadores (el conducto obturador), el foramen obturado está cerrado por una membrana delgada y resistente, la membrana obturatriz.

*El acetábulo.* Es la gran cavidad en forma de copa que se encuentra sobre la cara lateral del hueso coxal, y que se articula con la cabeza del fémur para formar la articulación coxal (coxo femoral). Los tres huesos que forman el hueso coxal contribuyen a la formación del acetábulo.

*El fémur.* Es el hueso más largo y pesado del cuerpo, y transmite el peso corporal desde el hueso coxal hacia la tibia cuando la persona está en bipedestación. Consta de un cuerpo (diáfisis) y dos extremos (epífisis) proximal y distal.

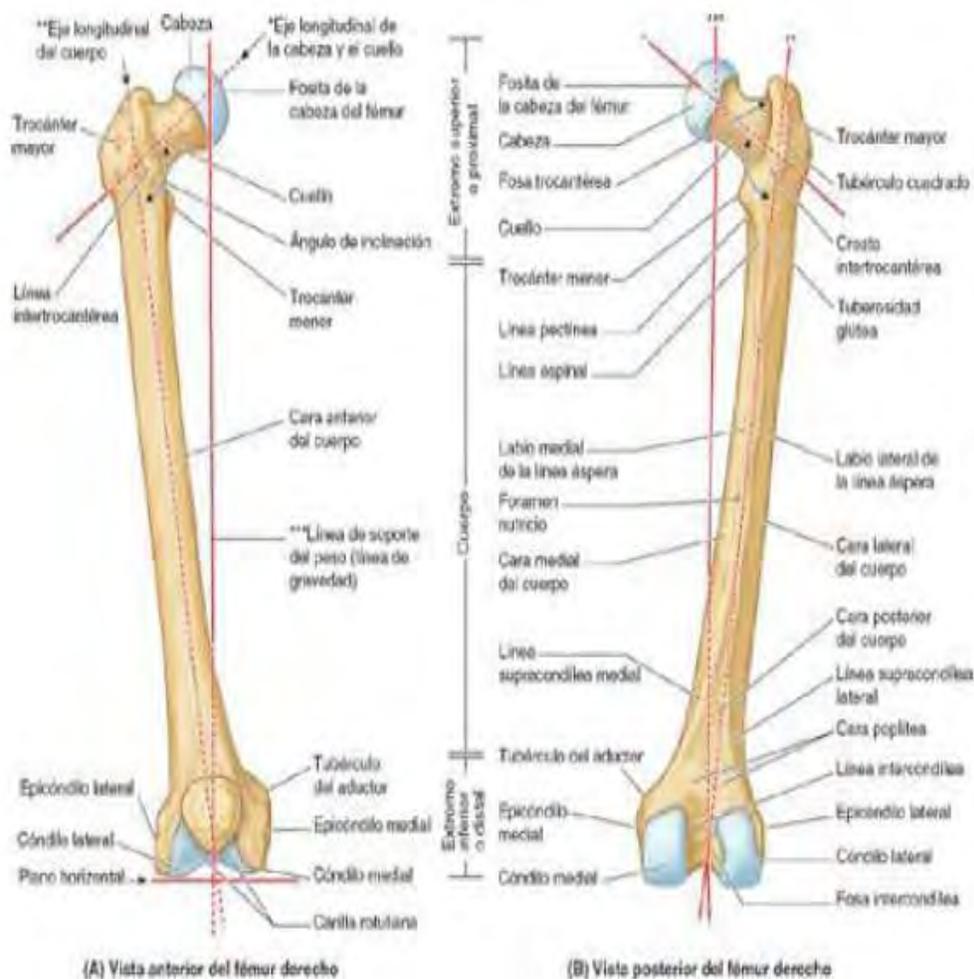


FIGURA 6: Vista anterior y posterior de fémur

El extremo proximal del fémur consta de una cabeza, un cuello y dos trocánteres (mayor y menor). La redondeada cabeza del fémur constituye dos tercios de una esfera que está cubierta con cartílago articular, excepto en una depresión o fosita, situada medialmente, la fosita de la cabeza del fémur; en etapas iniciales de la vida, el ligamento da paso a una arteria que irriga la epífisis de la cabeza. El cuello del fémur tiene un diámetro promedio de, aproximadamente, tres cuartas partes de la cabeza femoral.

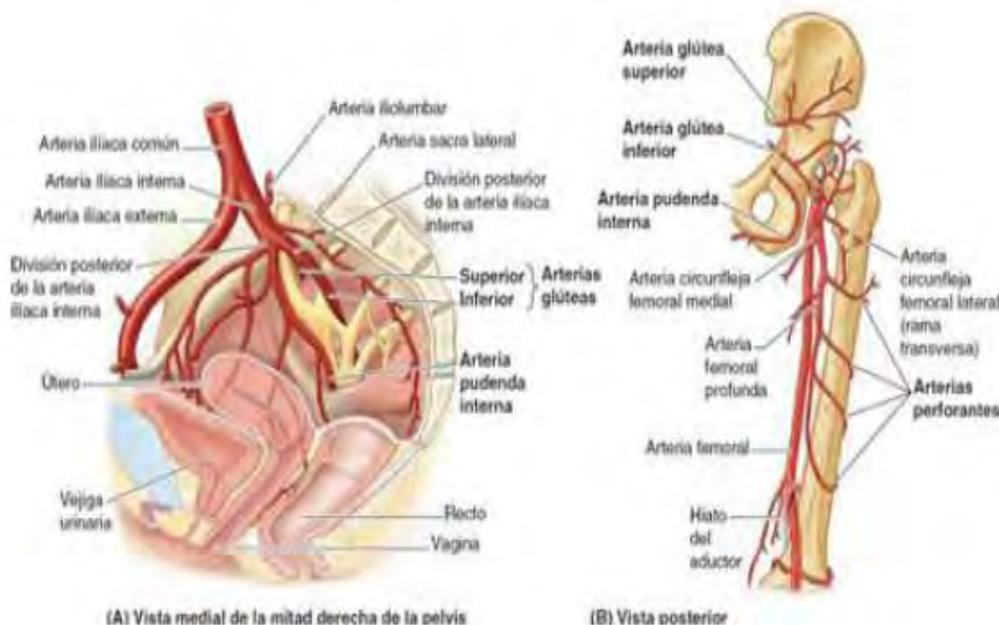


FIGURA 8. Arterias de las regiones glútea y posterior del muslo

## Articulaciones del miembro inferior

El conjunto de articulaciones del miembro inferior abarca las articulaciones de la cintura pélvica (lumbosacras, sacroilíacas y sínfisis púbica). El resto son las de la cadera, de la rodilla, tibiofibulares, talocrural y del pie.

*Articulación coxal.* Forma la conexión entre el miembro inferior y la cintura pélvica. Es una articulación sinovial de tipo esferoideo multiaxial. La cabeza del fémur es la esfera, y el acetábulo la cavidad en que se articula. Está diseñada para ser estable en una amplia variedad de movimientos. Junto con la articulación glenohumeral, es la más móvil de todas las del cuerpo. Durante la bipedestación, todo el peso de la parte superior del cuerpo se transmite a través de los huesos coxales a las cabezas y los cuellos de los fémures. (Moore Keith, 2013)



FIGURA 9. Articulaciones del miembro inferior. Las articulaciones del miembro inferior son (A) las de la cintura pélvica, que conectan el miembro inferior libre con la columna vertebral, (B) la articulación de la rodilla y la tibiofibular

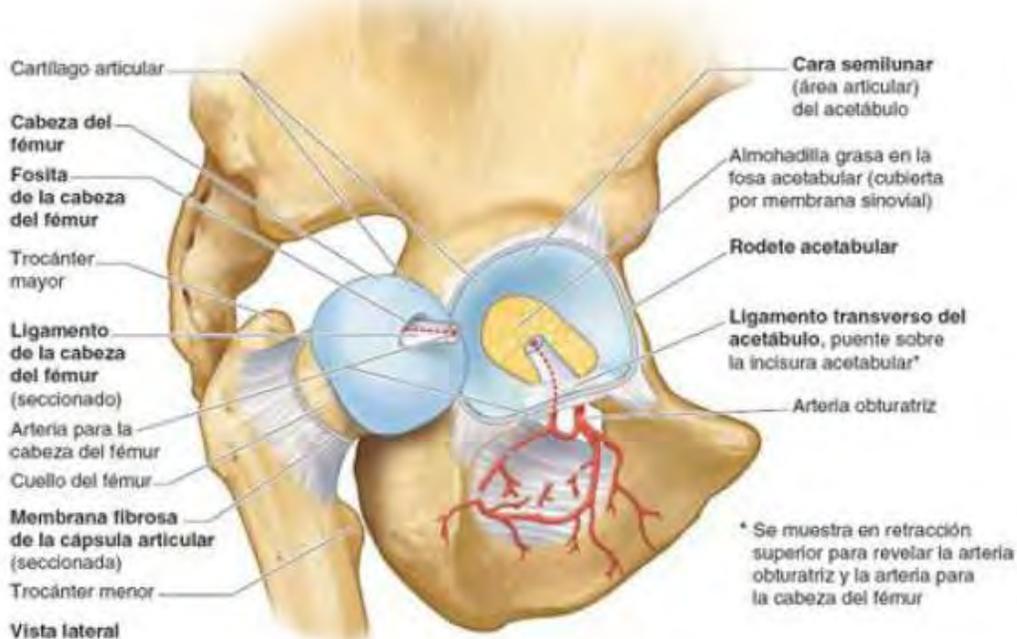


FIGURA 10. Articulación coxal. La articulación se ha desarticulado cortando el ligamento de la cabeza del fémur y mediante la retracción de la cabeza desde el acetábulo. Se ha efectuado una retracción superior del ligamento transverso del acetábulo para mostrar el conducto obturador, por el cual pasan el nervio y los vasos obturadores desde la cavidad pélvica a la región medial del muslo

El *acetábulo*, un hueco hemisférico situado en la cara lateral del hueso coxal, está formado por la fusión de tres partes óseas. El borde acetabular, fuerte y prominente, consta de una parte articular semilunar recubierta de cartílago articular que se conoce con el nombre de *cara semilunar del acetábulo*. Centralmente se encuentra una parte profunda no articular, que se denomina *fosa acetabular* y está formada principalmente por el isquion.

*Cápsula articular*. La articulación coxal está envuelta por una resistente *cápsula articular* formada por una laxa *membrana fibrosa* externa y una *membrana sinovial* interna.

**Movimientos:** La cadera realiza movimientos de flexión-extensión, abducción-aducción, rotación medial-lateral y circunducción. También son importantes los movimientos del tronco en las articulaciones de las caderas (p. ej., los que tienen lugar cuando una persona que está tendida boca arriba eleva el tronco para hacer flexiones abdominales, o mantiene la pelvis nivelada al separar un pie del suelo).

El grado de flexión y extensión en la articulación coxal depende de la posición de la rodilla.

Normalmente, el grado de abducción de la articulación coxal desde la posición anatómica es algo mayor que el de aducción. Son posibles unos 60° de abducción cuando el muslo está extendido, y más cuando está flexionado. La rotación lateral es mucho más potente que la medial. (Moore Keith, 2013)

## Irrigación

Las arterias que irrigan la articulación coxal son:

- Las *arterias circunflejas femorales medial y lateral*, que normalmente son ramas de la *arteria femoral profunda*, pero en ocasiones proceden de la *arteria femoral*.
- La arteria para la cabeza del fémur, una rama de la arteria obturatriz que atraviesa el ligamento de la cabeza del fémur.

El principal aporte sanguíneo de la articulación coxal procede de las *arterias retinaculares*, que son ramas de las arterias circunflejas femorales. (Moore Keith, 2013)

## **4.6 FRACTURA DE CADERA COMO SÍNDROME GERIÁTRICO**

La fractura de cadera es considerada un síndrome geriátrico prototipo por el compromiso de múltiples sistemas, afección de las esferas bio-psico-social, su impacto en la calidad de vida, su potencial incapacitante y la necesidad de ser manejado por un equipo interdisciplinario que trate al paciente de una manera integral. Desde el punto de vista geriátrico, la fractura de cadera es secundaria a un trauma leve que ocurre principalmente en personas con osteoporosis. (Gonzales Amaya Jose Antonio, 2014)

La fractura de cadera resulta de una serie de cambios que se dan en el adulto mayor, que condicionan un estado vulnerable en donde una caída resulta en una catástrofe. La fractura de cadera no solo se acompaña de la comorbilidad pre-existente que complica el tratamiento, también favorece, aparición de depresión, inmovilidad, sarcopenia, deterioro funcional, úlceras por presión y desnutrición. (Gonzales Amaya Jose Antonio, 2014)

### **Epidemiología**

La fractura de cadera es la causa más común de hospitalización en los servicios de urgencias de ortopedia. Ocurre principalmente en pacientes mayores de 60 años, en especial sexo femenino (80 a 85%) y causa altas tasas de mortalidad. (Albavera Gutiérrez, y otros, 2013)

La fractura de cadera es la tercera en frecuencia después de las fracturas de las vértebras y antebrazo, es la más estudiada y mejor caracterizada, ya que es causa de discapacidad

importante y en términos generales son llevadas siempre a los hospitales para su tratamiento.

De 12 a 20% de los pacientes con este tipo de fractura mueren dentro del primer año de haberla presentado, y de los sobrevivientes, la mitad de ellos quedan con discapacidad parcial y 10% con discapacidad total. Más de la mitad de estos pacientes no retoman sus actividades de la vida diaria en lo que les resta de vida. (d'Hyver Carlos, 2014)

En las figuras 1 y 2 se aprecian los datos más recientes en México, así como las características más importantes de la fractura de cadera. En la figura 1 se muestra el incremento de las fracturas por la edad tanto en hombres como en mujeres. Se observa que como en todas las poblaciones la fractura de cadera se incrementa de forma exponencial con la edad y es más frecuente en las mujeres. En la figura 2 se presenta una proyección del aumento de este tipo de fracturas para el año 2050; en el año 2005 se presentaron 29 732 fracturas de cadera y se estima que para el año 2050 estas ascenderán a 155 874 fracturas. Si la incidencia de cadera continúa presentando una tendencia secular de 1% como se observó de 2000 a 2006 en este mismo estudio, este estimado se incrementará en 46%.

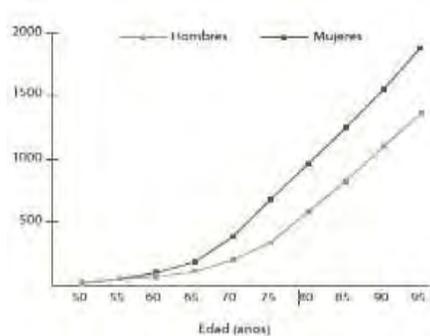


FIGURA 1 : Incidencia promedio de fractura de cadera en hombres y mujeres mexicanas (2000-2006). H. Johansson, P. Clark, F. Carlos, *et al* Increasing age and sex specific rates of hip fractures in Mexico. Osteoporosis international.

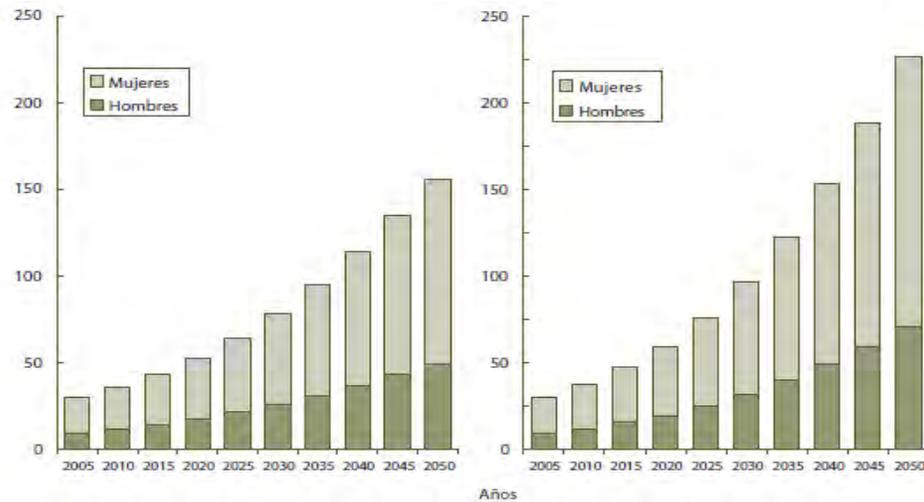


FIGURA 2. No. Fx de cadera (miles) para hombres y mujeres en México entre 2005 y 2050 (Izq) sin asumir cambios seculares (der) asumiendo la tendencia observada entre 2000 y 2006. Johansson H, Clark P., Carlos F. Increasing age and sex specific rates of hip fractures in México. Osteoporosis international.

La atención a pacientes ancianos con fractura de cadera, es un problema creciente en la admisión hospitalaria. Las consecuencias son importantes tanto para el individuo y sus cuidadores como para los servicios sanitarios y sociales. Aproximadamente una cuarta parte de los ancianos con fracturas de los miembros requiere hospitalización.

### **Etiología y factores predisponentes**

La fractura de cadera se produce debido a factores como la osteoporosis, y a un factor precipitante que en el 90% de los casos es una caída. Las caídas en los adultos mayores son causadas por una serie de complejas interacciones entre factores intrínsecos y factores extrínsecos que convergen en un tiempo determinado. (Gonzales Amaya Jose Antonio, 2014)

Los factores de riesgo más frecuentes son: sexo femenino 3 a 1, raza blanca, alcoholismo, ingesta excesiva de cafeína, fractura de cadera previa, utilización de medicamentos

psicotrópicos y demencia senil. La patología asociada más frecuente es: osteoporosis 90%, desnutrición 65%, diabetes mellitus 50%, hipertensión arterial sistémica 48%, EPOC 44%, artrosis 43%, anemia 31% e infección de vías urinarias 27%. (Ramiro, 2012)

El mecanismo más frecuente es: caídas a nivel de superficie de sustentación 80%, de altura 5%, de transporte público 5%, de la cama 3%, silla 2% y otras 5%.

Las siguientes comorbilidades aumentan 3.5 veces el riesgo de caídas en los adultos:

- Antecedentes de evento vascular cerebral
- Osteoartritis de rodilla, problemas ortopédicos en el pie, uso de dispositivos para la asistencia de la marcha
- Déficit visual o auditivo, cognitivo y demencia
- Enfermedad de Parkinson
- Incontinencia urinaria
- Fármacos

La polifarmacia como síndrome geriátrico, se asocia a lesiones graves por caídas, entre ellas, la fractura de cadera. La prescripción de múltiples fármacos aumenta el riesgo de interacciones que producen temblor, rigidez, inestabilidad de la marcha, hipotensión ortostática, mareo o problemas del estado de alerta. (d'Hyver Carlos, 2014)

Los fármacos más asociados al riesgo de caídas en la población geriátrica son:

Benzodiacepinas.	Antipsicóticos típicos y atípicos.	Antidepresivos.	Antiepilépticos.
Antihipertensivos.	Diuréticos.	Antiarrítmicos.	Antihistamínicos.

Los factores de riesgo extrínsecos relacionados con el riesgo de caídas y de fractura de cadera son:

Obstáculos durante la marcha	Barreras arquitectónicas	Problemas de visión
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tapetes.</li> <li>• Mascotas.</li> <li>• Superficies sinuosas.</li> <li>• Uso de calzado inadecuado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escaleras estrechas o de escalón elevado.</li> <li>• Ausencia de pasamanos en escaleras.</li> <li>• Muebles, letrina demasiado bajos.</li> <li>• Falta de superficies antiderrapantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Graduación inadecuada en los lentes.</li> <li>• Poca iluminación.</li> </ul>

### Clasificación de fractura de cadera

De acuerdo con su localización en dicha extremidad, la fractura puede afectar a la cabeza femoral (fractura capital, que es muy poco frecuente), al cuello del fémur (fractura del cuello), a los trocánteres (fracturas intertrocantéreas o pertrocantéreas), al segmento del fémur situado por debajo del trocánter (fracturas subtrocantéreas) y al trocánter mayor o al trocánter menor (fracturas aisladas de los trocánteres), ver figura 3.

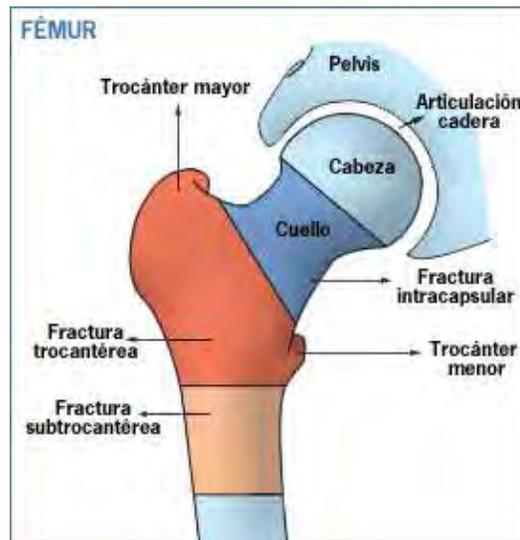


FIGURA 3. Se visualizan los tipos de fractura según la ubicación anatómica

Mientras que las *fracturas del cuello* son *intracapsulares*, en el sentido de que la línea de fractura se encuentra en el interior de una cápsula articular, las *fracturas trocantéreas* y *subtrocantéreas* son extracapsulares, ya que la línea de fractura se encuentra fuera de la cápsula de la articulación de la cadera. (Ramiro, 2012)

## **Anamnesis**

Es importante conocer las circunstancias que culminaron en la lesión. El antecedente reciente de una caída debe alertar la posibilidad de otras lesiones y es justificable interrogar por la posibilidad de un síncope, particularmente en pacientes enfermos o ancianos. Es de particular trascendencia obtener datos de consumo de medicamentos duradero, ejemplo los corticoesteroides, ya que pueden predisponer a osteoporosis o necrosis avascular. Enfermedades de orden general como: cáncer, nefropatías, diabetes, osteoporosis, etc.

En forma típica las personas con fractura o luxación de cadera tienen dolor en el sitio de daño, pero puede manifestar dolor en la rodilla o ingle.

## **Exploración física**

Después de la revisión primaria y estabilizar al paciente de buscaremos deformidades, acortamientos, rotación, desgarros, hematomas o inestabilidad de las extremidades. Es necesario palpar la cadera, el trocánter mayor de ambos lados y la pelvis en busca de deformidades, dolor a la palpación o crepitaciones. Si no se detectan anomalías importantes, como siguiente paso se valora el arco de movimiento. (Tintinalli, 2013)

## **Cuadro clínico**

Por su alta frecuencia, se trata comúnmente de pacientes de la tercera edad que sufren una caída desde su propia altura. No pueden caminar ni incorporarse, salvo excepciones (fractura encajada). En el decúbito presentan el miembro inferior acortado y en rotación externa, sobre todo las fracturas laterales.

## **Estudios imagenológicos**

Es importante no poner obstáculos para realizar estudios imagenológicos en ancianos, incluso si sufrieron caídas pequeñas. La valoración radiográfica debe incluir proyecciones anteroposteriores (AP) y lateral de la cadera. La proyección AP de la cadera es útil porque permite comparar ambos lados. Los ortopedistas pueden solicitar la práctica de otras proyecciones y en algunas circunstancias como la proyección de Judet, estas permiten una mejor identificación y conocimiento detallado del acetábulo, así como de la cabeza y del cuello femoral. En el dolor intenso al ambular el paciente, incluso si los signos de las radiografías son normales, deben descartar la sospecha de una fractura oculta en particular en el cuello femoral o el acetábulo.

## **Tratamiento**

La fractura de cadera para una persona mayor puede ser el comienzo del desenlace final de la vida. El pronóstico cambió radicalmente a comienzos de 1930 Smith-Petersen introdujo el clavo trilaminado. Desde entonces se comprendió que es necesario tratar quirúrgicamente estas fracturas lo antes posible, si el paciente se encuentra en las condiciones mínimas para tolerar la intervención. Casi podría afirmarse que es una operación de urgencia, no tanto por la fractura en sí, como por la repercusión clínica general.

El primer paso sería decidir entre una opción conservadora y una opción quirúrgica. El *tratamiento conservador* es raras veces aplicado en la actualidad dados sus pobres resultados, la larga estancia hospitalaria y las complicaciones en estos pacientes de edad avanzada.

Algunas fracturas intracapsulares, sin desplazamiento de sus fragmentos, podrían ser tratadas con analgésicos, reposo y movilización suave y progresiva; el riesgo de un ulterior desplazamiento de los fragmentos es elevado, por lo que es preferible una fijación interna.

Las fracturas extracapsulares podrían ser tratadas, en principio, mediante tracción ejercida sobre la extremidad inferior, pero esta opción tiene inconvenientes ya mencionados.

*La mayoría de las fracturas de la cadera son tratadas quirúrgicamente.*

Las fracturas intracapsulares, que afectan al cuello del fémur, pueden ser tratadas con fijación mecánica de la fractura, conservando la cabeza femoral. La preservación de la cabeza femoral es la opción apropiada para las fracturas sin desplazamiento y para las fracturas desplazadas en pacientes más “jóvenes” (por debajo de los 70 años). En los más ancianos o más frágiles, las fracturas intracapsulares con desplazamiento pueden ser tratadas también mediante reducción (maniobra para acomodar los fragmentos óseos desplazados a su posición anatómica normal) y fijación (colocación de un dispositivo metálico que “fija” a los fragmentos “reducidos” en la posición apropiada); sin embargo, la incidencia de necrosis de la cabeza femoral y de pseudoartrosis (fracaso en la unión de los fragmentos a nivel de la fractura) es muy elevada (entre el 30% y 50%), en la mayoría de

los casos la cabeza femoral, que se encuentra en grave riesgo de necrosis, es retirada quirúrgicamente. (Tintinalli, 2013)

Las opciones para sustituir la cabeza femoral son la hemiartroplastia (procedimiento en el que sólo es sustituida la cabeza femoral) o una artroplastia total de la cadera, técnica en la que las dos partes de la articulación son sustituidas por una prótesis fijada con un cemento especial (prótesis cementadas).

Para fijar las estructuras extracapsulares (que afectan a los trocánteres del fémur) han sido diseñados y fabricados diversos modelos de placas, tornillos y clavos. Las fracturas subtrocantéreas se fijan con tornillos especiales o mediante clavos introducidos en la médula ósea (fijación intramedular). (Tintinalli, 2013)

### **Cuidados postoperatorios**

La utilización sistemática de la profilaxis contra el tromboembolismo (heparina o aspirina a dosis bajas) es controvertida dado que, si bien reducen el riesgo del tromboembolismo, lo hacen a expensas de un incremento de las complicaciones hemorrágicas. La incidencia de complicaciones tromboembólicas en estos pacientes ha disminuido como resultado de la aplicación sistemática de las siguientes medidas:

- Corregir la deshidratación del paciente
- Un tratamiento quirúrgico precoz
- Evitar un acto quirúrgico sea demasiado prolongado
- Evitar las transfusiones excesivas
- Movilización precoz del paciente

## **Rehabilitación**

Debe comenzar desde el momento de su admisión en el hospital, aplicando un plan bien diseñado que cubra todas las etapas desde el tratamiento inicial en el hospital hasta el tratamiento aplicado una vez dada el alta hospitalaria.

Es necesario iniciar la aplicación de un programa multidisciplinar de rehabilitación antes de que el paciente vuelva a casa.

## V METODOLOGÍA

**Universo y periodo:** Se selecciona a una femenina de 85 años de edad con diagnóstico de fractura de cadera el día 29 de marzo de 2016, en el Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzáles, en la unidad de Ortopedia.

**Modelo:** La valoración se ejecuta con base a la aplicación del instrumento de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

**Tipo de estudio:** Descriptivo, retrospectivo.

**Fuentes:** La búsqueda se obtuvo retrospectivamente de fuentes primarias como la historia clínica y el expediente del paciente, así como fuentes secundarias tales como libros, artículos científicos y buscadores electrónicos de revistas científicas revista de MEDIGRAPHIC, SCIELO, IMSS. Los cuales se encontraron a través de la visita a bibliotecas, buscadores académicos y científicos como google académico, dgbunam.com.

Debo destacar que además del apoyarme en el Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson utilizado en la valoración, también fue necesario realizar una exploración cefalo-podalica; para la realización de los diagnósticos de enfermería utilice como guía la NANDA, para sus intervenciones y los resultados NIC y NOC respectivamente; además para la priorización de los diagnósticos me ayude del modelo AREA.

## VI CONSIDERACIONES ÉTICAS

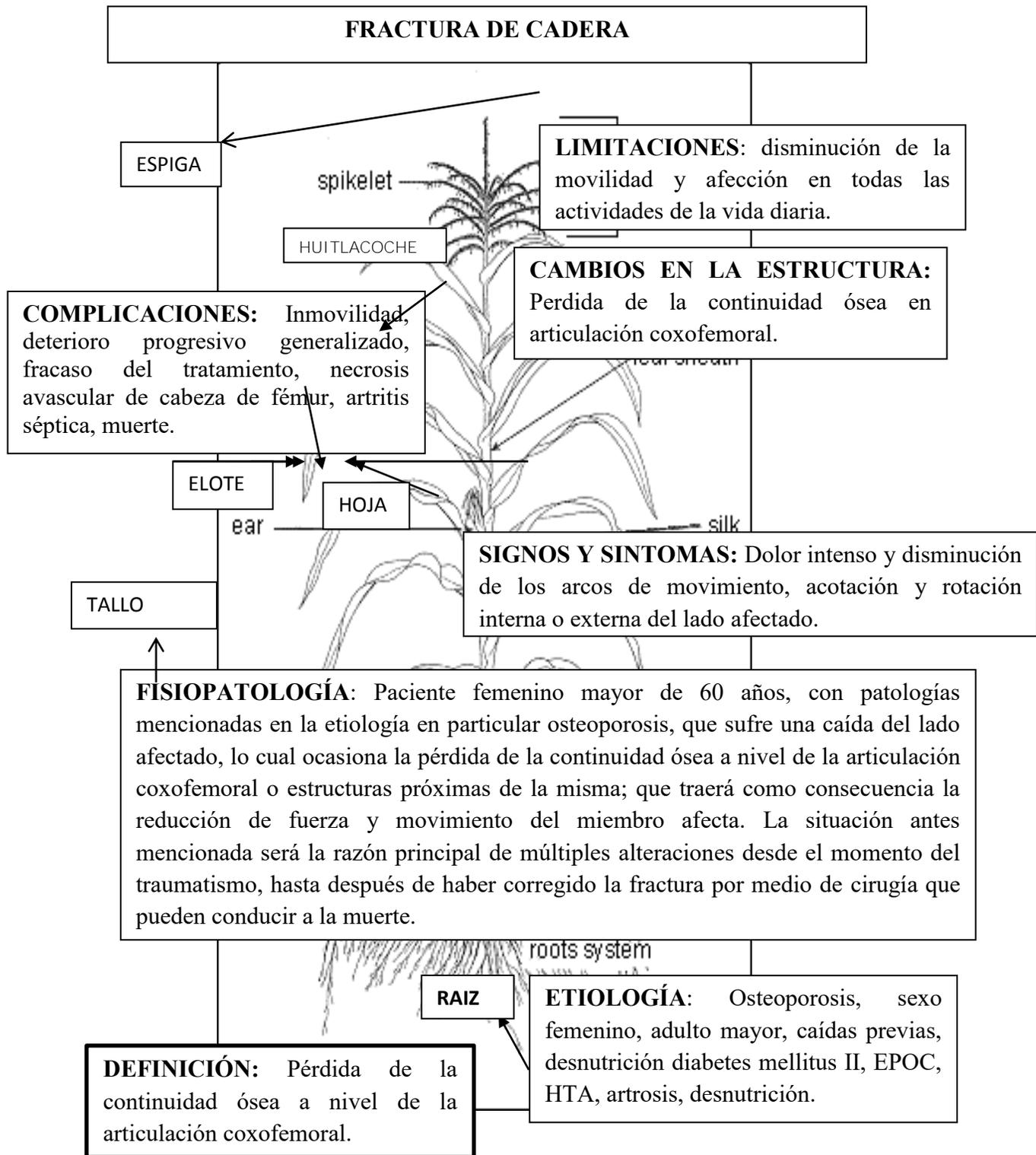
Se tomó en cuenta el código de ética para enfermeras y enfermeros de México. Este código hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. En enfermería es importante contar con un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente congruentes con la profesión y que han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

La ética exige la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. *Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien; es la valoración para tomar una decisión y actuar en sentido del bien universal. Esta reflexión es intransferible, la ética se superpone a la moral, la ética no tiene actos medio buenos o medio malos.*

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda ética personal y profesional. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros. Este trabajo se apega a los siguientes principios éticos: beneficencia y no maleficencia, justicia, autonomía. Así mismo se apega a los derechos de las y los enfermeros; como también a los derechos de los pacientes, por lo cual es necesario elaborar un consentimiento informado. Recordemos que a través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

# VII APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA

## 7.1 PLANTA DE MAÍZ



## 7.2 SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

### Ficha de identificación

Nombre: L. R. A Edad: 85 años Sexo: Femenino Ocupación: Hogar

Estado civil: Viuda Escolaridad: Analfabeta Lugar de Nacimiento: Guerrero

Lugar de residencia: Chimalhucan, Estado de México Religión: Católica Idioma: Español

### Signos vitales

Respiración: 14 rx' Pulso: 68 lx' Ritmo cardiaco: Sin alteración Temperatura: 36.6 °

T/A: 110/70 mmHg

### Descripción

Paciente femenina de 85 años de edad, inicia padecimiento actual el día 24 de marzo de 2016, se encontraba en el baño donde pierde el equilibrio y cae sobre su costado derecho, golpeándose directamente sobre la cadera del lado antes mencionado. Iniciando con dolor intenso e incapacidad para la deambulacion y posterior a esto es llevada con un médico particular, el cual refiere al Hospital Gustavo Baz en donde no se le da la atención, por lo que decide acudir a esta unidad, en donde se le diagnostica clínica y radiológicamente fractura de cadera, se comenta la necesidad de manejo quirúrgico, por lo que se decide ingresar.

El día 29 de marzo del mismo año se selecciona a paciente para realización de Proceso Atención Enfermería.

El día 25/03/2016 se realiza valoración cardiovascular concluyendo ASA II/V, Goldman I/V, riesgo tromboembólico moderado, no se autoriza cirugía, piden valoración por cardiología. El día 26/03/2016 se encuentra en espera de tiempo quirúrgico según valoración de ortopedia.

El día 28/03/2016 pendiente manejo quirúrgico, porque se valora alto riesgo quirúrgico y cardiovascular concluye hallazgos electrocardiográficos y bioquímicos de infarto en caras inferior y anterior sin resolver al momento de la interconsulta, con riesgo de presentar complicaciones cardiovasculares en el periodo perioperatorio incluso sin evento quirúrgico, se decide interconsulta al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez para realizar coronografía diagnóstica terapéutica. Fue valorada por Cardiología quienes concluyen: ante el contexto de esta paciente se sugiere realizar estudio inductor de isquemia para descartar cardiopatía isquémica, en caso de ser negativo la elevación de troponina podría explicarse en el contexto de la lesión renal aguda.

El día 29/03/2016 se consulta con terapia intensiva y se decide su transferencia. Es egresada el mismo día por no cumplir con criterios para estar en dicho servicio, aparentemente no se identifica un síndrome coronario agudo.

El día 31 es dada de alta, pendiente manejo quirúrgico por alto riesgo, se decide mandar a su domicilio, con manejo conservador de fractura de cadera.

### 7.3 VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA POR NECESIDADES

<b>Datos de identificación</b>			
Nombre: <u>L.R.A</u>	Fecha de nacimiento: <u>13 de junio de 1930</u>	Edad: <u>85 años</u>	Sexo: <u>Femenino</u>
Lugar de nacimiento: <u>Oaxaca</u>	Escolaridad: <u>Nula</u>	Ocupación: <u>Hogar</u>	Estado civil: <u>Viuda</u>
Religión: <u>Católico</u>			

Domicilio: Panuaya Mz. 48 lt. 10 , Colonia Barrio Labradores, Chimahuacan, Estado de México

<b>Signos vitales</b>			
Respiración: <u>14 rx'</u>	Pulso: <u>68 lx'</u>	Temperatura: <u>36.6 °</u>	T/A: <u>110/70 mmHg</u>

## 1.- Necesidad oxigenación y circulación

Problemas para respirar: Actualmente no.

¿En qué actividades? Ninguna.

Vía aérea permeable: Si

Apoyo ventilatorio: No invasivo, puntas nasales a 3 litros x min

SatO<sub>2</sub>: 96% por pulsioximetria

Frecuencia respiratoria: 14 x<sup>1</sup>, eupnea.

¿Fuma? No fumadora

¿Alergias? Alergias negadas

¿Se expone al humo de leña? Refiere exposición durante su juventud.

¿Fuma? Negadas

¿Convive con aves? Actualmente no

¿Tiene familiares con problemas para respirar? No

¿Su casa esta ventilada? No

¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? No

¿Le han diagnosticado hipertensión? Si

¿Tiene problemas cardiacos? Si

¿Tiene familiares con problemas del corazón? Negados

¿Toma algún medicamento? Si, pero refiere no acordarse de cuales

Exploración: Aporte de oxigeno suplementario por puntas nasales a 3 L x min, campos pulmonares bien ventilados, sin ruidos agregados, sin presencia de secreciones, llenado capilar de 3 segundos, no hay presencia de signos de dificultad respiratoria, pero en gasometría arterial el día 28 de marzo muestra parámetros anormales: pH 7.291, pCO<sub>2</sub> 34.2 mmHg, pO<sub>2</sub>, Hemoglobina 11g/dl, Hematocrito 28.8%.

## 2.- Necesidad de nutrición e hidratación

¿Cuáles son los alimentos que consume frecuentemente durante el desayuno? Pan y café

¿Cuáles son los alimentos que consume frecuentemente durante la comida? Carece de alimentos de origen animal, consume en su mayoría verdura de temporada y sopa de harina

¿Cuáles son los alimentos que consume frecuentemente durante la cena?: Café y pan, algunas veces ingiere la misma comida del día, otras veces se va a la cama sin alimento

¿Come entre comidas? No

¿En dónde acostumbra a comer? En casa

¿Con quién acostumbra a comer? Con familia, algunas ocasiones sola

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? Si

¿Cuáles son los alimentos que le agradan? Casi todos los alimentos

¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? Pollo

¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? Ninguno

¿Tiene problemas para masticar? Si

¿Tiene dentadura completa? No ¿Tiene problemas con su peso? Si

¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? Si

¿Cuántos vasos con agua toma al día? 3 o 4

¿Toma refresco? Si ¿Toma bebidas alcohólicas? Si ¿Toma café? Si

¿Toma suplementos alimenticios? No

Explore: Mucosas orales semihidratadas, con reflejo de succión y deglución presentes, masticación lenta relacionada a adoncia, tolera dieta oral; se detecta mal aseo bucal. Abdomen blando, depresible, peristalsis presente. No hay presencia de vómito, ni diarrea.

### 3.- Necesidad de eliminación

Volumen urinario: 1460 ml/día 60.83 ml/h

Gasto urinario: 1.01 ml/día/kg

Color de orina: Amarillo claro

Disuria: No Nicturia: Si Tenesmo: Si Incontinencia: Si Proteínas: 25

Sangre: ++ BUN: \*79.3mg/dl Urea (calculada): \*170mg/dl

Creatinina: \*3.57mg/dl

¿Cuántas veces evacua al día? 2

¿Padece estreñimiento? Si

¿Tiene cólicos al evacuar? No

¿Presenta flatulencias? Si

¿Tiene tenesmo? Si

¿Tiene incontinencia? Si

¿Tiene prurito? Si

¿Tiene hemorroides? No

Sonda vesical: Si, permeable.

Evacuaciones fecales: 2 veces al día

Estreñimiento: Si

¿Cuándo presenta problemas para evacuar? Cuando no toma agua

¿Qué recursos utiliza? Masajes en estómago

Exploración: Abdomen blando depresible, sin presencia de viceromegalias a la palpación profunda, peristaltismo disminuido, refiere no haber evacuado en dos días. Con sonda vesical #18 a derivación instalada el día 29 de marzo de 2016 y fijada acorde al sexo.

#### 4.- Necesidad de movimiento y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulaci3n? Si, fractura de cadera derecha

¿Repercute en sus actividades diarias? Si

¿Tiene dificultad para levantarse? Si

Encamada: Si Mantiene posici3n adecuada: No

Deformaci3n: Si, el miembro p3lvico derecho presenta acortaci3n y leve rotaci3n externa

¿Hay alguna postura que no pueda adoptar? Pararse y sostenerse, moverse en cama

¿Cu3ntas horas pasa en esa postura? Dos horas o m3s

¿En alg3n momento del d3a tiene dolores 3seos, musculares, articulares, contracturas, o presencia de temblores? Si, varias veces al d3a debido a lesi3n actual

¿En alg3n momento presenta movimientos involuntarios? Si porque hay momentos de dolor intenso

¿Ha sentido que le falta fuerza o que tiene debilidad muscular? Si, durante el d3a

¿En el transcurso del d3a presenta edema, ardor, comez3n o hematomas en alguna parte del cuerpo? Si, hematoma en parte medial del muslo

¿Realiza alguna actividad f3sica? No

Exploraci3n: Capacidad de movimiento disminuida en miembro p3lvico derecho debido a fractura de cadera derecha, fuerza articular y muscular disminuida con escala de Daniels de 3/5, la paciente refiere dolor a la movilizaci3n.

#### 5.- Necesidad de descanso y sue1o

¿Descansa durante el d3a? No ¿Cu3ntas horas duerme habitualmente? Inespec3fico

¿Tiene dificultad para conciliar el sue1o? Si ¿Se despierta f3cilmente? Si

¿Es c3modo el lugar donde duerme? No ¿Porque? No es f3cil dormir en un hospital.

¿Cu3les son sus h3bitos para conciliar el sue1o? No tengo

Exploraci3n: Presenta trastornos del sue1o debido al entorno hospitalario, la paciente refiere no poder dormir y estar cansada durante el d3a.

## 6.- Necesidad de vestido

¿Utiliza ropa adecuada para proteger su cuerpo cuando hace frio? Si

¿Utiliza ropa adecuada que permita la libertad de movimiento? Si

¿Es capaz de vestirse y desvestirse sola? No, necesita ayuda

¿Acepta la bata hospitalaria? Si

Exploración: La ropa usada en este momento es lo más cercano a la que utiliza su género, la paciente necesita de ayuda para realizar su cambio de ropa por falta de movimiento.

## 7.- Necesidad de termorregulación

¿Alteración de su temperatura? No      ¿Sensación de frio? No    ¿Sensación de calor? No

¿Cianosis? No    ¿Sabe cómo medir la temperatura corporal? Si

¿Condiciones del entorno? Cálido durante estancia hospitalaria

Exploración. Temperatura corporal en cifras dentro de los parámetros normales, el paciente refiere que es agradable la temperatura de la habitación.

## 8.- Necesidad de higiene

¿Con que frecuencia se baña? Cada 2 días    ¿Cada cuando lava su cabello? Cada 2 días

¿El cambio de su ropa es parcial o total? Total    ¿Necesita ayuda para el aseo personal? Si

¿Cada cuando se lava las manos? Antes de comer

¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas? Cada 4 semana manos y pies

¿Cuál es el aspecto de las uñas de pies y manos? Uñas largas, con higiene inadecuada en manos y pies

¿Con que frecuencia se cepilla los dientes? 1 veces al día

¿Cada cuando visita al dentista? Refiere no recordar hace cuanto visito por última vez al dentista

Exploración: Cabello con resequedad, piel delgada semihidratada, seca y limpia; mucosas limpias, se reporta mal aseo bucal.

## 9.- Evitar peligros

¿Vive solo o con su familia? Familia ¿Conoce medidas de prevención de accidentes? Si  
Mencione cuales. Hogar: Si Hospital: No Vía pública: Si

*Prácticas sanitarias habituales:* Esquema de vacunación: Incompleto Papanicolaou: No  
Mamografía: No Exploración mamaria: No ¿Consumo de drogas de uso no medico? No

*Uso de medidas de seguridad:* Uso de pasamanos: No Uso de barandales: Si

Aparatos protectores para la audición: No

*Percepción de su imagen:* ¿Normalmente usted resuelve sus problemas? Si

¿Es capaz de mantener su seguridad física? Actualmente no

¿Algo le preocupa? Si ¿Cuál es la causa? La incertidumbre acerca de su situación ya que no es posible realizar la cirugía por el momento

Observación: La paciente desconoce su esquema de vacunación, no se ha realizado múltiples estudios correspondientes a su edad, tiene un déficit de conocimientos que limitan prevenir problemas de salud. La capacidad motora es dependiente.

## 10.- Comunicación

¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que impida comunicarse eficientemente? Si, hipoacusia ¿Habla claro? Si

¿Cómo se percibe usted de carácter? Preocupada y positiva Verbaliza: Si

¿Tiene dificultad para comprender? No

Elementos socioculturales que afecten su comunicación: Aparentemente ninguno

¿Cuánto tiempo pasa solo? En casa refiere pasar gran parte del día sola debido a que sus familiares tienen que salir temprano a trabajar y regresan tarde

Exploración: Se encuentra alerta y puede expresarse de manera adecuada, comunica sus necesidades e inquietudes.

### 11.- Creencias y valores

¿Predica alguna religión? Si, católica

¿Sus creencias le generan conflictos personales? Ninguno, al contrario, le ayuda a aliviar su sentimiento y sufrimiento

¿Qué creencias tiene acerca de la vida y la muerte? Refiere que la muerte es, finalmente, a donde todos vamos; la vida es difícil, pero con todo es bonita

¿Hay aspectos de sus creencias sobre la vida o su religión que le ayuden a enfrentar su situación actual? Rezar y pedir a dios le ayuda a sentirse tranquila

### 12.- Trabajo y realización

¿Trabaja actualmente? No Fuente de ingreso: La paciente refiere que su hija y su nieta son quienes se hacen responsables de sus gastos, aunque ocasionalmente algún otro hijo le ayuda

¿Estudia? No ¿Tienen una ocupación no remunerada? No

¿Qué actividades le hacen sentir útil y satisfecha? Ayudar a tener la casa limpia y en orden

¿Tiene alguna incapacidad? Si, no puede caminar

¿Cómo se considera su integración familiar? Vínculos familiares deteriorados, debido a que los lugares donde algunos de sus hijos residen están alejados de ella, lo cual dificulta la comunicación entre ellos

### 13.- Recreación

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre? Ver televisión

¿Qué actividades recreativas acostumbra usted para divertirse? Antes del padecimiento, ir a fiestas familiares

¿Participa en alguna actividad lúdica o recreativa? No

¿Con que frecuencia tiene usted cambio de estado de ánimo? No lo ha percibido

¿Le han diagnosticado depresión? No

¿Recibe atención profesionalmente actualmente? No

## 14.- Aprendizaje

Grado académico: Analfabetismo

Problemas de aprendizaje: Propios de las personas seniles, aunque manifiesta que le gusta aprender cosas nuevas que le ayuden

¿Considera usted que necesita nuevos conocimientos? Si

¿Fuentes de donde adquiere conocimientos? Televisión

¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? No

¿Influye su familia en su aprendizaje? Si, la paciente su hija y su nieta manifiestan el querer aprender los cuidados y manejo acerca del padecimiento que le serán útiles en su hogar

## 7.4 EXPLORACIÓN FÍSICA

<b>Antecedentes heredofamiliares:</b>
Negados
<b>Antecedentes personales no patológicos:</b>
<u>Habita en casa propia, de materiales perdurables, cuenta con servicios básicos urbanos (agua potable, luz, drenaje, gas), 2 habitaciones, vive con su hija y su nieta, zoonosis negadas. Alimentación deficiente en calidad y cantidad.</u> <u>Higiene personal: Baño cada 2 días, cambio de ropa diario, cepillado dental 1 vez al día.</u> <u>Niega tabaquismo y toxicomanías, refiere etilismo hace aproximada 20 años.</u>
<b>Antecedentes personales patológicos:</b>
<u>Crónico degenerativos: Hipertensión detectada desde hace dos años, controlada con captopril; diabetes mellitus recientemente detectada.</u> <u>Quirúrgicos: Hernioplastia hace 5 años, cirugía de cataratas en ambos ojos</u> <u>Transfusiones: Negados Alergias: Negadas Traumatismos: Actual, fractura cadera derecha</u>
<b>Antecedentes ginecoobstetricos:</b>
Gesta:12 Para:8 a término Abortos: 4
<b>Hábitos exteriores:</b>
<u>Paciente de edad aparente igual a la cronológica, cooperadora, orientada en tiempo, lugar y persona, en actitud condicionada por sus padecimientos.</u>
<b>Hallazgos en la exploración física</b>
<u>Neurológico: Conserva funciones mentales, sin afección de nervios craneales, sin datos de Babinsky, ni Kernig, ni Brudzinski.</u>

Piel: Semihidratada, con palidez de tegumentos, presencia de vello normal, dermatografismo ligero y pasajero

Cabeza: Normoencefalo, volumen medio, sin presencia de masas dolorosas, cicatrices ni de hematomas

Ojos: Isocóricos, pupila de tamaño medio 3mm, reactiva a la luz, reflejo pupilar disminuido

Pabellón auricular: Con buena implantación, conductos auditivos permeables

Nariz: Tabique nasal centrado, mucosa semihidratada, fosas nasales permeables sin alteración alguna, presencia de oxígeno suplementario a través de puntas nasales

Boca: Labios íntegros y simétricos, dentadura incompleta, impronta dental ausente, sin fisuras linguales, paladar blando pálido, paladar duro pálido, mucosa oral semihidratada, pilares anteriores rosados, amígdalas presentes y sin datos de alteración, reflejo nauseoso presente, mal aseo bucal

Cuello: Cilíndrico, pulso carotídeo presente en intensidad y ritmo sin alteración, con movilidad conservada, tráquea central, no se palpan adenomegalias, sin presencia de plétora yugular

Extremidades superiores: Simétricas, con marcas de múltiples punciones en ambos brazos; fuerza muscular con escala de Daniels 5/5, movilidad y reflejos osteotendinosos sin alteración; pulsos radial y cubital rítmicos, no hay presencia de lesiones, uñas delgadas, llenado capilar de 2 seg, sin edema en ambos brazos, no se palpan adenopatías axilares. Presencia de catéter periférico Punzocat # 20 en miembro torácico derecho en 2do tercio radial, el cual esta permeable

Tórax: Movimientos respiratorios simétricos; a la palpación: movimientos de amplexión y amplexación simétricos, no se auscultan presencia de secreciones, ni estertores o sibilancias. Esternón normal; apéndice xifoides normal, pigmentación areolar café claro, mamas sin alteraciones ni presencia de masas. Auscultación: Frecuencia cardíaca dentro de parámetros normales, ruidos cardíacos de buena intensidad sin tonos agregados

Abdomen: Blando, depresible y no doloroso a la palpación, con abundante panículo adiposo; sin presencia de viceromegalias a la palpación profunda, peristaltismo presente, a la percusión abdomen timpánico en los cuadrantes

Extremidades inferiores: Marcha no valorable, rotación externa y acortamiento de miembro pélvico derecho con equimosis a nivel interno del tercio superior del muslo, dolor intenso al mínimo movimiento, fuerza muscular con escala de Daniels de 3/5, rodilla y tobillo sin alteraciones, llenado capilar de 3 seg.

Genitourinario: Con sonda vesical del #16, colocada el 29 de marzo, permeable, no hay presencia de datos de infección.

## 7.5 ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

<b>Biometría hemática</b> 25 de marzo de 2016 6:32 pm		
<b>Parametro</b>	<b>Valores actuales</b>	<b>Valores normales</b>
Hemoglobina	*11.20 g/dl	12.00 – 15.00
Hematocrito	*33.80 %	42.00 – 48.00
<p>Estos son los dos unicos componentes de la biometría hemática que se encontraron alterados. No hay evidencia de leucocitosis, las alteraciones eritrocitarias pueden afectar la función de oxigenación.</p>		

<b>Tiempos de coagulación</b> 25 de marzo de 2016 6:32 pm		
<b>Determinación</b>	<b>Valores actuales</b>	<b>Valores de referencia</b>
Tiempos de Protrombina	15.6 seg	Testigo TP 13.8 seg
I.N.R (Razón Normalizada Internacional)	1.14	0.80 – 1.20
Tiempo de Tromboplastina Parcial	27.20 seg	Testigo TPT 31.8 seg
Tiempo de Trombina	14.47 seg	Testigo TT 15.8 seg

**Bioquímica sanguínea** 25 de marzo de 2016 6:32 pm

<b>Determinación</b>	<b>Valores actuales</b>		<b>Valores de referencia</b>		
Glucosa	*204	mg/dl	70	–	105
BUN	*31.2	mg/dl	8.0	–	20.0
Urea (calculada)	*67	mg/dl	10	–	50
Creatinina	*1.7	mg/dl	0.60	–	1.10
Sodio	139	mEq/l	136	–	144
Potasio	4.7	mEq/l	3.6	–	5.1
Cloro	108	mEq/l	101	–	111
Calcio	9.30	UI/L	8.90	–	10.30

Las alteraciones de la química sanguínea encontradas son hiperglucemia que evidencian una alteración metabólica; por otra parte el aumento en el BUN, urea, creatinina pueden ser la evidencia de una patología a nivel renal y como consecuencia una alteración en la eliminación.

<b>Biometría hemática</b> 28 de marzo de 2016 1:39 pm		
<b>Parametro</b>	<b>Valores actuales</b>	<b>Valores normales</b>
Hemoglobina	*10.50 g/dl	12.00 – 15.00
Hematocrito	*32.80 %	42.00 – 48.00
<p>Estos son los dos unicos componentes de la biometría hemática que se encontraron alterados. No hay evidencia de leucocitosis; pero se muestran alteraciones eritrocitarias, lo cual puede alterar la función de oxigenación.</p>		

<b>Tiempos de coagulación</b> 28 de marzo de 2016 1:39 am		
<b>Determinación</b>	<b>Valores actuales</b>	<b>Valores de referencia</b>
Tiempos de protrombina	16.8 seg	Testigo TP 13.8 seg
I.N.R (Razón Normalizada Internacional)	*1.23	0.80 – 1.20
Tiempo de Tromboplastina Parcial	24.40 seg	Testigo TPT 31.8 seg

**Bioquímica sanguínea** 28 de marzo de 2016 1:39 am

<b>Determinación</b>	<b>Valores actuales</b>		<b>Valores de referencia</b>		
Glucosa	*143	mg/dl	70	–	105
BUN	*66.93	mg/dl	8.0	–	20.0
Urea (calculada)	*143	mg/dl	10	–	50
Creatinina	*4.18	mg/dl	0.60	–	1.10
Sodio	*132	ml q/l	136	–	144
Potasio	5.1	ml q/l	3.6	–	5.1
Cloro	*99	ml q/l	101	–	111
CK	*532	UI/L	38	–	234
CK MB	*17.80	ng/dl	0.30	–	4.00
Mioglobina	*1090.5	ng/dl	0.0	–	70.0
Troponina	*2.32	ng/dl	0.03	–	0.05

Ademas de las alteraciones mencionadas en la química sanguínea del día 25 de marzo, se agregan alteraciones electrolíticas: hiponatremia e hipocloremia que aunque no dan manifestaciones clínicas, es necesario corregirlas. Un dato de relevancia son el aumento de los marcadores biológico CK, CK MB, mioglobina, troponina son marcadores útiles para orientar hacia el diagnóstico de infarto agudo al miocardio. El aumento del BUN, urea y creatinina, en conjunto, con la acidosis metabólica se pueden asociar a daño renal.

**Gasometría arterial** 28 de marzo de 2016 1:24 pm

<b>Determinación</b>	<b>Valores actuales</b>		<b>Valores de referencia</b>		
pH	*7.291		7.35	-	7.45
pCO <sub>2</sub>	*34.2	mmHg	35	-	45
pO <sub>2</sub>	82.8	mmHg	80	-	100
Potasio	3.9	mmol/L	3.5	-	5.5
Sodio	141	mmol/L	135	-	145
Calcio	*0.32	mmol/L	1.13	-	1.32
Cloro	*107	mmol/L	98	-	106
Glucosa	69	mg/dl	66	-	100
Hemoglobina	*11	g/dl	12	-	15
Hematocrito	*28.8	%	34	-	52
HCO <sub>3</sub>	*16.1	mmol/L	18	-	22

Mediante la gasometría arterial podemos observar hipocapnia con tendencia a la hipoxia y acidemia determinada por el pH, lo cual nos habla de una acidosis metabólica. Podemos observar disminución de la hemoglobina y hematocrito, así como hipocalcemia e hipercloremia. La acidosis metabólica e hipercloremia se asocian a daño renal. Hay evidencia de hipocalcemia e hipercloremia.

## 7.6 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

<b>Fecha</b>	29 de marzo 2016	<b>Necesidad</b>	1. Oxigenación
<b>Diagnóstico</b>	Patrón respiratorio ineficaz R/C dolor M/P PCO <sub>2</sub> de 34.	<b>Fuente de dificultad</b>	Fuerza
		<b>Nivel de dependencia</b>	Parcialmente dependiente

<b>Fecha</b>	29 de marzo 2016	<b>Necesidad</b>	1. Oxigenación
<b>Diagnóstico</b>	Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca R/C elevación de las enzimas cardiacas.	<b>Fuente de dificultad</b>	Fuerza
		<b>Nivel de dependencia</b>	Parcialmente dependiente

<b>Fecha</b>	29 de marzo 2016	<b>Necesidad</b>	2. Nutrición e hidratación
<b>Diagnóstico</b>	Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C estado de salud física comprometido, ingesta diaria insuficiente.	<b>Fuente de dificultad</b>	Fuerza, conocimiento
		<b>Nivel de dependencia</b>	Parcialmente dependiente

<b>Fecha</b>	29 de marzo 2016	<b>Necesidad</b>	3. Eliminación
<b>Diagnóstico</b>	Riesgo de desequilibrio electrolítico R/C mecanismos de regulación comprometidos.	<b>Fuente de dificultad</b>	Fuerza, conocimiento
		<b>Nivel de dependencia</b>	Parcialmente dependiente

<b>Fecha</b>	29 de marzo 2016	<b>Necesidad</b>	3. Eliminación
<b>Diagnóstico</b>	Riesgo de estreñimiento R/C actividad física diaria media es inferior a la recomendada.	<b>Fuente de dificultad</b>	Conocimiento
		<b>Nivel de dependencia</b>	Parcialmente dependiente

<b>Fecha</b>	29 de marzo 2016	<b>Necesidad</b>	4. Moverse y mantener una postura adecuada.
<b>Diagnóstico</b>	Deterioro de la movilidad física r/c deterioro esquelético, dolor m/p dificultada para girarse, disminución de la amplitud de movimientos y enlentecimiento.	<b>Fuente de dificultad</b>	Fuerza
		<b>Nivel de dependencia</b>	Parcialmente dependiente

<b>Fecha</b>	29 de marzo 2016	<b>Necesidad</b>	5. Sueño y descanso
<b>Diagnóstico</b>	Trastorno del patrón del sueño R/C entorno hospitalario M/P fatiga, verbalización del paciente.	<b>Fuente de dificultad</b>	Fuerza, conocimiento
		<b>Nivel de dependencia</b>	Independiente

<b>Fecha</b>	29 de marzo 2016	<b>Necesidad</b>	5. Sueño y descanso
<b>Diagnóstico</b>	Disconfort R/C régimen terapéutico M/P intranquilidad en la situación.	<b>Fuente de dificultad</b>	Conocimiento
		<b>Nivel de dependencia</b>	Parcialmente dependiente

<b>Fecha</b>	29 de marzo 2016	<b>Necesidad</b>	5. Sueño y descanso
<b>Diagnóstico</b>	Dolor agudo R/C Traumatismo del miembro pélvico derecho M/P informe de intensidad de dolor 8/10 con escala numérica del dolor.	<b>Fuente de dificultad</b>	Fuerza
		<b>Nivel de dependencia</b>	Dependiente

<b>Fecha</b>	29 de marzo 2016	<b>Necesidad</b>	6. Vestido
<b>Diagnóstico</b>	Déficit del autocuidado: vestido R/C dolor, deterioro esquelético M/P deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa.	<b>Fuente de dificultad</b>	Fuerza
		<b>Nivel de dependencia</b>	Parcialmente dependiente

<b>Fecha</b>	29 de marzo 2016	<b>Necesidad</b>	8. Higiene personal y protección de la piel
<b>Diagnóstico</b>		<b>Fuente de dificultad</b>	Fuerza
Déficit del autocuidado: baño R/C deterioro esquelético, dolor M/P disminución de movimiento.		<b>Nivel de dependencia</b>	Parcialmente dependiente

<b>Fecha</b>	29 de marzo 2016	<b>Necesidad</b>	8. Higiene personal y protección de la piel
<b>Diagnóstico</b>		<b>Fuente de dificultad</b>	Fuerza, conocimiento
Riesgo de úlcera por presión R/C puntuación en la escala Braden <12.		<b>Nivel de dependencia</b>	Parcialmente dependiente

<b>Fecha</b>	29 de marzo 2016	<b>Necesidad</b>	9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).
<b>Diagnóstico</b>		<b>Fuente de dificultad</b>	Conocimiento, fuerza
Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos, enfermedad crónica.		<b>Nivel de dependencia</b>	Parcialmente dependiente

<b>Fecha</b>	29 de marzo 2016	<b>Necesidad</b>	9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (seguridad).
<b>Diagnóstico</b>		<b>Fuente de dificultad</b>	Conocimiento, fuerza
Riesgo de caídas r/c puntuación en la escala Crichton >8.		<b>Nivel de dependencia</b>	Parcialmente dependiente

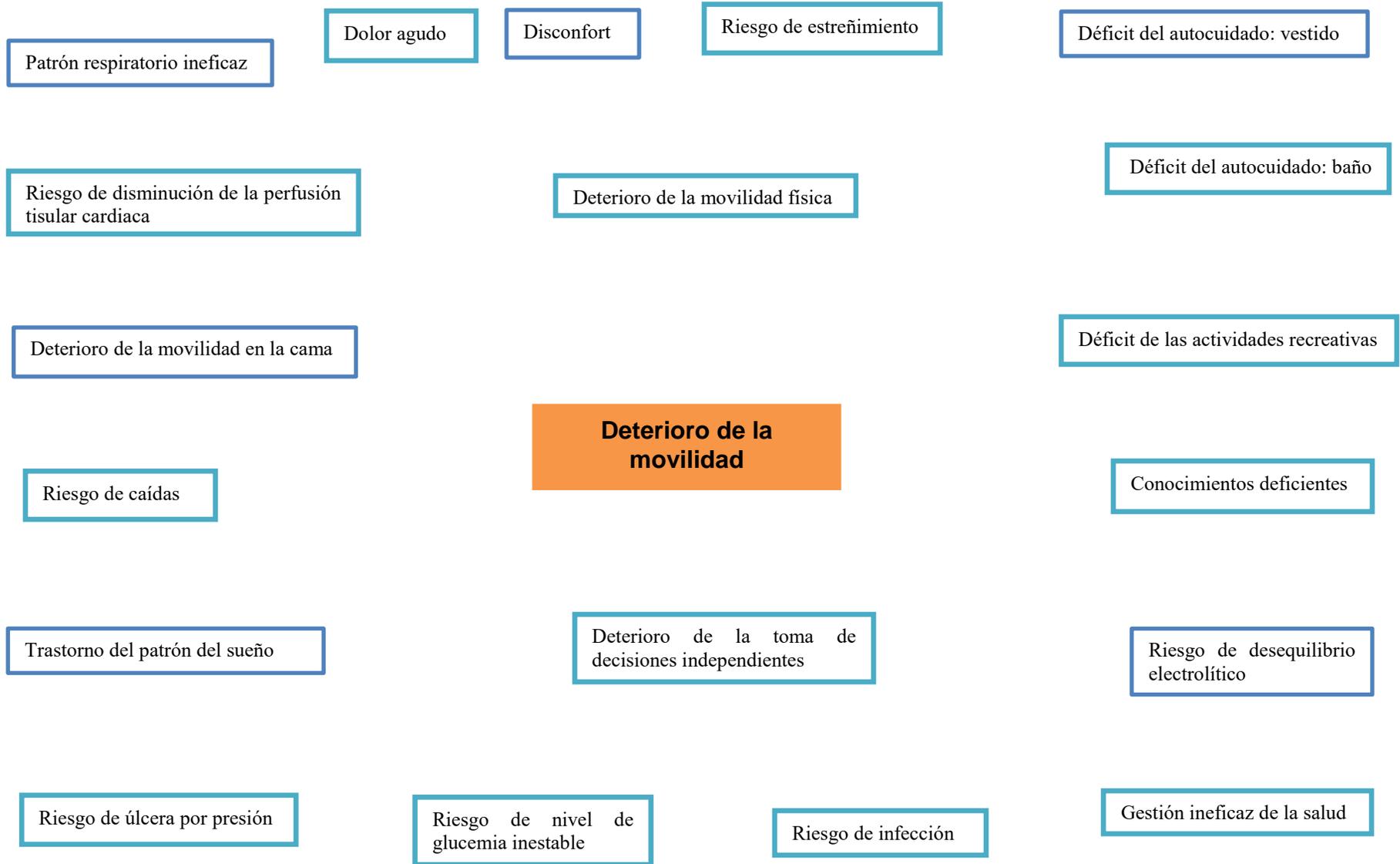
<b>Fecha</b>	29 de marzo 2016	<b>Necesidad</b>	10. Comunicación
<b>Diagnóstico</b>		<b>Fuente de dificultad</b>	Conocimiento
Deterioro de la toma de decisiones independientes R/C disminución de la comprensión de todas las opciones de cuidados sanitarios disponibles M/P verbalización limitada sobre la opción de los cuidados sanitarios.		<b>Nivel de dependencia</b>	Parcialmente dependiente

<b>Fecha</b>	29 de marzo 2016	<b>Necesidad</b>	13. Participar en actividades recreativas
<b>Diagnóstico</b>		<b>Fuente de dificultad</b>	Conocimiento
Déficit de las actividades recreativas R/C edades extremas, hospitalización M/P verbalización de aburrimiento.		<b>Nivel de dependencia</b>	Parcialmente dependiente

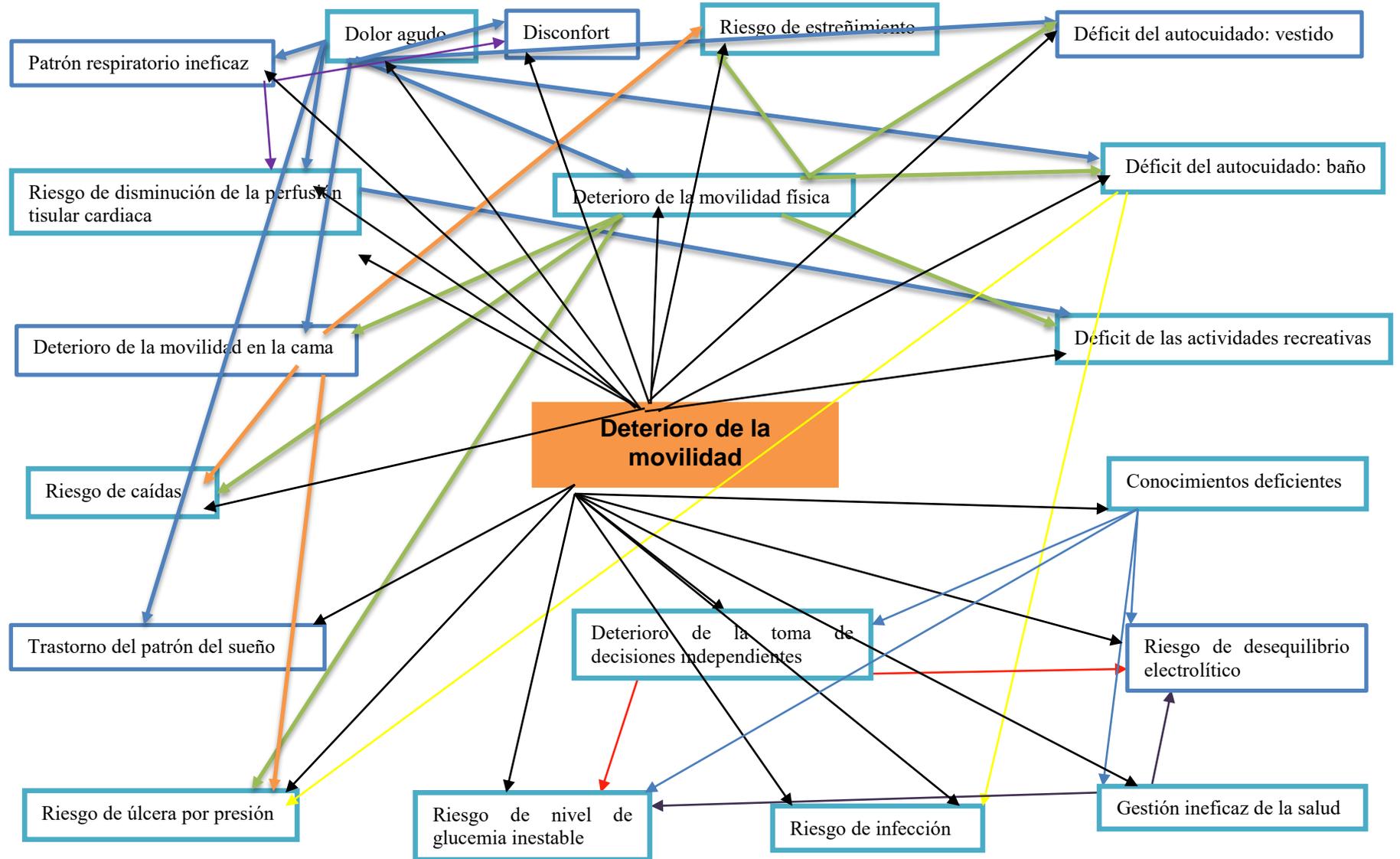
<b>Fecha</b>	29 de marzo 2016	<b>Necesidad</b>	14. Aprendizaje
<b>Diagnóstico</b>		<b>Fuente de dificultad</b>	Conocimiento
Gestión ineficaz de la salud R/C economía desfavorecida M/P fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria.		<b>Nivel de dependencia</b>	Parcialmente dependiente

<b>Fecha</b>	29 de marzo 2016	<b>Necesidad</b>	14. Aprendizaje
<b>Diagnóstico</b>		<b>Fuente de dificultad</b>	Conocimiento
Conocimientos deficientes R/C información insuficiente M/P verbalización del problema.		<b>Nivel de dependencia</b>	Parcialmente dependiente

### 7.6.1 RED DE RAZONAMIENTO



### 7.6.1 RED DE RAZONAMIENTO



### 7.6.1.1 PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		RESULTADO (NOC) 3016 Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor				
00133 Dolor agudo R/C Traumatismo del miembro pélvico derecho M/P informe de intensidad de dolor 8/10 con escala numérica del dolor.		Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
					Mantener en:	Aumentar a:
Dominio 12	Confort	Dominio: Y Salud percibida	301602 Nivel de dolor controlado regularmente.	1 No del todo satisfecho.	2	4
Clase 1	Confort físico			2 Algo satisfecho.	4	5
Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.		Clase: e Satisfacción con los cuidados	301603 Control de los efectos secundarios de la medicación.	3 Moderadamente satisfecho.	3	4
				4 Muy satisfecho.		
				5 Completamente satisfecho.		
<p><b>Evaluación:</b> Durante la estancia hospitalaria de la paciente fue necesario administrar analgésicos por horario y en infusión, con lo cual conseguimos reducir el dolor considerablemente de una valoración numérica de 8/10 a 3/10. El disminuir en el nivel de dolor nos permitió movilizar a la señora con mayor facilidad.</p>						

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 1400 Manejo del dolor

**Definición:** Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que se a aceptable para el paciente.

**Campo:** I Fisiológico básico

**Clase:** E Fomento a la comodidad

### Actividades

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar signos no verbales de molestias.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Determinar el impacto de la experiencia sobre la calidad de vida.
- Explorar con el paciente los factores que alivian/ empeoran el dolor.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, distracción, aplicación de calor/ frío) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente.
- Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor.
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor mediante analgésicos prescritos.

- Utilizar medidas de control del dolor antes de que éste sea muy intenso.
- Asegurar la analgesia y/o las estrategias no farmacológicas antes de los procedimientos dolorosos.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor en función de la respuesta del paciente.
- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.
- Utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor
- Utilizar un método de valoración adecuado según el nivel de desarrollo que permita el seguimiento de los cambios de dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales.
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 2210 Administración de analgésicos

**Definición:** Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

**Campo:** 2 Fisiológico complejo

**Clase:** H Control de fármacos

### Actividades

- Determinar la ubicación, características calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescribe más de uno.
- Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o AINE) según el tipo y la intensidad del dolor.
- Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos.
- Administrar analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso.

- Considerar el uso de infusión continua con opiáceos.
- Instituir precauciones de seguridad para quienes reciban analgésicos narcóticos.
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar si hay signos o síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).
- Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

(Herdman, 2015, pág. 439)

(Moorhead Sue, 2014, pág. 510)

(M. Bulechek Gloria, 2014, págs. 310, 67)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
00085 Deterioro de la movilidad física R/C deterioro esquelético, dolor M/P dificultada para girarse, disminución de la amplitud de movimientos y enlentecimiento.	
Dominio 4	Actividad/reposo
Clase 2	Actividad/ejercicio
Definición: Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo de una o más extremidades.	

RESULTADO (NOC); 0208 Movilidad				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio: II Salud fisiológica	020802 Mantenimiento de la posición corporal.	1 Gravemente comprometido.	2	4
		2 Sustancialmente comprometido.		
		3 Moderadamente comprometido.		
Clase: C Movilidad	020814 Se mueve con facilidad.	4 Levemente comprometido.	1	3
		5 No comprometido.		

**Evaluación:** La cirugía fue pospuesta por ser mayor el riesgo que el beneficio, por lo que continua con pérdida de la continuidad ósea. La paciente continua con pérdida de la movilidad y disminución de la fuerza muscular en el miembro pélvico derecho, es movilizada en bloque, los cambios de posición se realizaron cada 2 horas, se le ayuda a realizar actividades de autocuidado.

### CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

<b>NIC</b>	1800 Ayuda con el autocuidado	
<b>Definición:</b>	Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.	
<b>Campo:</b>	1 Fisiológico básico	<b>Clase:</b> F Facilitación del autocuidado
<b>Actividades</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidado.</li> <li>- Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.</li> <li>- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.</li> <li>- Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.</li> <li>- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.</li> <li>- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar la repetición constante de las rutinas sanitarias como medio de establecerlas.</li> <li>- Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.</li> <li>- Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.</li> <li>- Enseñar a los padres/familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.</li> <li>- Establecer una rutina de actividades de autocuidado.</li> </ul>		

### CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

<b>NIC</b>	1805 Ayuda con el autocuidado: AIVD	
<b>Definición:</b>	Ayudar y enseñar a una persona a realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) necesarias para funcionar hogar o en la comunidad.	
<b>Campo:</b>	1 Fisiológico básico	<b>Clase:</b> F facilitación del autocuidado
<b>Actividades</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar las necesidades de ayuda del individuo con las actividades instrumentales de la vida diaria.</li> <li>- Determinar los recursos económicos y las preferencias personales respecto a las modificaciones en el hogar o en el coche.</li> <li>- Enseñar al individuo los métodos adecuados de colocar apósitos en las heridas y de desechar los apósitos sucios.</li> </ul>		

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 1806 Ayuda con el autocuidado: transferencia

**Definición:** Ayudar a una persona con limitación del movimiento independiente para aprender a cambiar la ubicación del cuerpo.

**Campo:** 1 Fisiológico básico

**Clase:** F facilitación del autocuidado

### Actividades

- Revisar en la historia las órdenes de actividad.
- Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo (p. ej., nivel de movilidad, limitaciones del movimiento, resistencia).
- Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente.
- Enseñar al individuo las técnicas de traslado de una zona a otra (p. ej., de la cama a la silla, de la silla de ruedas al vehículo).
- Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado.
- Ayudar al paciente a recibir todos los cuidados necesarios (p. ej., higiene personal, reunir las pertenencias) antes de realizar la transferencia, según corresponda.

- Proporcionar intimidad, evitar corrientes de aire y preservar el pudor del paciente.
- Utilizar la mecánica corporal adecuada durante los movimientos.
- Mantener la alineación corporal correcta del paciente durante los movimientos.
- Al final de la transferencia, evaluar en el paciente la alineación adecuada del cuerpo, que las sondas no estén ocluidas, la ropa de cama sin arrugas, la piel expuesta innecesariamente, el nivel adecuado de comodidad del paciente, las barandillas laterales de la cama levantadas.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

(Herdman, 2015, pág. 219)

(Moorhead Sue, 2014, pág. 409)

(M. Bulechek Gloria, 2014, págs. 106, 107. 109)

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>	
00126 Conocimientos deficientes R/C información insuficiente M/P verbalización del problema.	
Dominio 5	Percepción/cognición
Clase 4	Cognición
Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.	

<b>RESULTADO (NOC);</b> 1844 Conocimiento: manejo de la enfermedad aguda				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio: IV Conocimiento y conducta de salud	184403 Beneficios del control de la enfermedad.	1 Ningún conocimiento.	2	3
		2 Conocimiento escaso.		
		3 Conocimiento moderado.		
Clase: S conocimientos sobre salud	184406 Estrategias para prevenir complicaciones.	4 Conocimiento sustancial.	2	3
		5 Conocimiento extenso.		

**Evaluación:** Se informa a la paciente y a sus familiares los cuidados que deben seguir durante la estancia hospitalaria, se les enseña a movilizar en bloque, se les da platica acerca del cuidado de la piel, además se les comunica los diferentes cuidados que deberán llevar a cabo en casa. Los familiares durante la estancia hospitalaria se muestran cooperadores, con capacidad para la realización de procedimientos enseñados para el cuidado del paciente. La paciente demuestra y sabe que cuidados se le realizaran en casa.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad

**Definición:** Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

**Campo:**3 Conductual

**Clase:** S Educación de los pacientes

### Actividades

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso.
- Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección.
- Reconocer el conocimiento del paciente sobre su afección.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.
- Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda.
- Identificar las etiologías posibles.
- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.

- Identificar cambios en el estado físico del paciente.
- Evitar las promesas tranquilizadoras vacías.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Comentar las opciones de terapia/tratamiento.
- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.
- Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas que debe notificar al profesional sanitario.

### CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

<b>NIC</b>	5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje	
<b>Definición:</b>	Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare para un procedimiento o tratamiento prescrito.	
<b>Campo:</b>	3 Conductual	<b>Clase:</b> P Terapia cognitiva
<b>Actividades</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer compenetración en las relaciones.</li> <li>- Satisfacer las necesidades fisiológicas básicas del paciente (hambre, sed, calor y oxígeno).</li> <li>- Controlar el dolor del paciente, según corresponda.</li> <li>- Comprobar el nivel de orientación/confusión del paciente.</li> <li>- Aumentar la orientación en la realidad del paciente.</li> <li>- Satisfacer las necesidades de seguridad del paciente.</li> <li>- Vigilar el estado emocional del paciente.</li> <li>- Ayudar al paciente a enfrentarse a las emociones intensas (ansiedad, duelo e ira).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes.</li> <li>- Dar tiempo al paciente para que realice preguntas y discuta sus inquietudes.</li> <li>- Tratar las inquietudes específicas del paciente.</li> <li>- Lograr la participación de la familia/allegados,</li> <li>- Ayudar al paciente a darse cuenta de la gravedad de su enfermedad, si se considera oportuno.</li> <li>- Ayudar al paciente a darse cuenta de la susceptibilidad a las complicaciones.</li> </ul>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS</b>		
<p>(Herdman, 2015, pág. 256)            (Moorhead Sue, 2014, pág. 203)            (M. Bulechek Gloria, 2014, págs. 198, 359)</p>		

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>	
00091 Deterioro de la movilidad en la cama R/C dolor M/P deterioro de la habilidad para cambiar de posición sobre uno u otro costado.	
Dominio 4	Actividad/reposo
Clase 2	Actividad/ejercicio
Definición: Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama.	

<b>RESULTADO (NOC); 0208 Movilidad</b>				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio: I Salud funcional	020802 Mantenimiento de la posición corporal.	1 Gravemente comprometido.	2	4
		2 Sustancialmente comprometido.		
		3 Moderadamente comprometido.		
Clase: C Movilidad	020814 Se mueve con facilidad.	4 Levemente comprometido.	1	3
		5 No comprometido.		

**Evaluación:** La paciente se encuentra encamada con movilidad limitada, no hay datos de problemas circulatorios pericos, signo de Homans negativo, se ofrecen cuidados para evitar problemas asociados con el reposo prolongado en cama.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 0740 Cuidados del paciente encamado

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

**Campo:** 1 Fisiológico básico

**Clase:** C Control de la inmovilidad

### Actividades

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar las razones del reposo en cama.</li> <li>- Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.</li> <li>- Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.</li> <li>- Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.</li> <li>- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.</li> <li>- Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente.</li> <li>- Aplicar dispositivos que eviten los pies equinos.</li> <li>- Subir las barandillas.</li> <li>- Colocar el interruptor de posicionamiento de la cama al alcance de la mano.</li> <li>- Cambiar de posición al paciente.</li> <li>- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas.</li> <li>- Vigilar el estado de la piel.</li> <li>- Enseñar ejercicios de cama.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitar pequeños cambios del peso corporal.</li> <li>- Realizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y/o activos.</li> <li>- Ayudar con las medidas de higiene (p. ej., uso de desodorante o perfume).</li> <li>- Ayudar con las actividades de la vida diaria.</li> <li>- Aplicar medidas profilácticas antiembólicas.</li> <li>- Monitorizar la aparición de complicaciones del reposo en cama (p. ej., hipotonía muscular, dolor de espalda, estreñimiento, aumento del estrés, depresión, confusión, cambios del ciclo de sueño, infecciones del tracto urinario, dificultad en la micción, neumonía).</li> <li>- Colocar en una postura erguida de forma intermitente a los pacientes que no puedan permanecer fuera de la cama todos los días para protegerlos frente a la intolerancia ortostática.</li> </ul> |
|--|---|

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

<b>NIC</b>	0840 Cambio de posición	
<b>Definición:</b> Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico.		
<b>Campo:</b> 1 Fisiológico básico		<b>Clase:</b> C Control de la inmovilidad
<b>Actividades</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar un colchón firme.</li> <li>- Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición.</li> <li>- Animar al paciente a participar en los cambios de posición, según corresponda.</li> <li>- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.</li> <li>- Premedicar al paciente antes de cambiarlo de posición, (analgesia).</li> <li>- Colocar en la posición terapéutica especificada.</li> <li>- Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada.</li> <li>- Colocar en posición de alineación corporal correcta.</li> <li>- Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, según corresponda.</li> <li>- Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo escrotal).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos de rango de movimiento, si resulta apropiado.</li> <li>- Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.</li> <li>- Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.</li> <li>- Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente.</li> <li>- Girar al paciente en bloque.</li> <li>- Elevar el cabecero de la cama.</li> <li>- Desarrollar un protocolo para el cambio de posición, según corresponda.</li> <li>- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según el programa específico.</li> <li>- Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de las extremidades.</li> </ul>	
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS</b>		
<p>(Herdman, 2015, pág. 217)</p> <p>(Moorhead Sue, 2014, pág. 409)</p> <p>(M. Bulechek Gloria, 2014, págs. 159, 117)</p>		

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>	
00162 Gestión ineficaz de la salud R/C economía desfavorecida M/P fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria.	
Dominio 1	Promoción de la salud
Clase 2	Gestión de la salud
Definición: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.	

<b>RESULTADO (NOC); 1600 Conducta de adhesión</b>				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio: IV Conocimiento y conducta de salud	160004 Contrapesa los riesgos y los beneficios de la conducta sanitaria.	1 Nunca demostrado.	3	4
		2 Raramente demostrado.		
		3 A veces demostrado.		
Clase: S conocimientos sobre salud	160007 Proporciona razones para adoptar una pauta	4 Frecuentemente demostrado.	3	4
		5 Siempre demostrado.		

**Evaluación:** Se motiva a la paciente a seguir las indicaciones otorgadas en la atención médica, las cuales son aceptadas por la paciente y su familia.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 5520 Facilitar el aprendizaje

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

**Campo:** 3 Conductual

**Clase:** P Terapia cognitiva

### Actividades

- Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar preparado para aprender.
- Establecer metas de aprendizaje realistas con el paciente.
- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.
- Adaptar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y/o afectivas del paciente.
- Establecer la información en una secuencia lógica.
- Proporcionar información que sea adecuada con los valores y creencias del paciente.

- Proporcionar información acorde con la situación de control del paciente.
- Utilizar un lenguaje familiar.
- Fomentar la expresión libre de opiniones e ideas diferentes
- Proporcionar avisos/recordatorios verbales.
- Proporcionar ayudas a la memoria, si es preciso.
- Utilizar demostraciones y pedir al paciente que las realice él, siempre que sea posible.
- Corregir las malas interpretaciones de la información, si es el caso.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 4410 Establecimiento de objetivos comunes

**Definición:** Colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar los objetivos.

**Campo:** 3 Conductual

**Clase:** O Terapia conductual

### Actividades

- Fomentar la identificación de valores vitales específicos.
- Ayudar al paciente y a sus allegados a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de sus papeles.
- Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema.
- Animar al paciente a identificar sus propios puntos fuertes y habilidades.
- Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas y asequibles.
- Establecer los objetivos en términos positivos.
- Reconocer el valor y el sistema de creencias del paciente al establecer los objetivos.

- Evitar imponer valores personales al paciente al determinar los objetivos.
- Explicar al paciente que sólo se deben modificar los comportamientos de uno en uno.
- Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos. - Ayudar al paciente a centrarse en los resultados esperados más que en los deseados.
- Fomentar la aceptación del logro de objetivos parciales.
- Reevaluar los objetivos y el plan, según corresponda.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

(Herdman, 2015, pág. 143)

(Moorhead Sue, 2014, pág. 156)

(M. Bulechek Gloria, 2014, págs. 215, 208)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
00032 Patrón respiratorio ineficaz R/C dolor M/P PCO <sub>2</sub> de 34.	
Dominio 4	Actividad/reposo
Clase 4	Respuestas cardiovasculares / pulmonares
Definición: Inspiración y/o espiración no proporcionan una ventilación adecuada.	

RESULTADO (NOC) 0415 Estado respiratorio				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio: II Salud fisiológica	041501 Frecuencia respiratoria.	1 Desviación grave del rango normal.	4	5
		2 Desviación sustancial del rango normal.	4	5
	041502 Ritmo respiratorio.	3 Desviación moderada del rango normal.	4	5
Clase: E Cardiopulmonar	041508 Saturación de oxígeno.	4 Desviación leve del rango normal.		
		5 Sin desviación del rango normal.		

**Evaluación:** La paciente se encuentra alerta, sin datos de dificultad respiratoria, con una SatO<sup>2</sup> tomada con pulsioxímetro en parámetros entre 90 – 95%. Los valores de gasometría arterial tomados el 29/03/1987 muestran: pH 7.34, pCO<sup>2</sup> 35mmHg, pO<sup>2</sup> 95.4mmHg.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 3350 Monitorización respiratoria

**Definición:** Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado.

**Campo:** 2 Fisiológico complejo

**Clase:** K Control respiratorio

### Actividades

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
- Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos.
- Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, respiración apnéustica, Biot y patrones atáxicos.
- Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados (p. ej. SaO<sub>2</sub>, SvO<sub>2</sub>, SpO<sub>2</sub>) siguiendo las normas del centro.

- Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos, con sistemas de alarma apropiados en pacientes de riesgo siguiendo las normas del centro y según esté indicado.
- Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.
- Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos para apreciar los resultados.
- Observar los cambios de SaO<sub>2</sub>, SvO<sub>2</sub> y C02 teleespiratorio y los cambios de los valores de gasometría arterial, según corresponda.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 3320 Oxigenoterapia

**Definición:** Administración de oxígeno y control de su eficacia.

**Campo:** 2 Fisiológico complejo

**Clase:** K Control respiratorio

### Actividades

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales.</li><li>- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</li><li>- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema humidificado.</li><li>- Administrar oxígeno suplementario según órdenes.</li><li>- Vigilar el flujo de litros de oxígeno.</li><li>- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.</li><li>- Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido.</li><li>- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial).</li><li>- Asegurar la recolocación de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo.</li><li>- Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come.</li><li>- Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la oxigenoterapia.</li><li>- Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.</li><li>- Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.</li></ul> |
|---|--|

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

(Herdman, 2015, pág. 229)

(Moorhead Sue, 2014, pág. 371)

(M. Bulechek Gloria, 2014, págs. 348, 352)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
00108 Déficit del autocuidado: baño R/C deterioro esquelético, dolor M/P disminución de movimiento.	
Dominio 4	Actividad/reposo
Clase 5	Autocuidado
Definición: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño.	

RESULTADO (NOC) 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio: I Salud funcional	030004 Se baña	1 Gravemente comprometido.	2	3
		2 Sustancialmente comprometido.		
		3 Moderadamente comprometido		
		4 Levemente comprometido.		
		5 No comprometido.		
Clase: D Autocuidado				

**Evaluación:** Se realiza el aseo corporal en cama, la piel se encuentra limpia e hidratada. Por si sola se peina y humecta la piel de su cara, cuello, brazos y manos.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene

**Definición:** Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

**Campo:** 1 Fisiológico básico

**Clase:** F Facilitación del autocuidado

### Actividades

- Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, champú, loción).
- Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.

- Facilitar que el paciente se cepille los dientes.
- Facilitar que el paciente se bañe él mismo.
- Comprobar la limpieza de uñas.
- Controlar la integridad cutánea del paciente.
- Mantener rituales higiénicos.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

(Herdman, 2015, pág. 242)

(Moorhead Sue, 2014, pág. 128)

(M. Bulechek Gloria, 2014, pág. 108)

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>	
00200 Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca R/C elevación de las enzimas cardiacas.	
Dominio 4	Actividad/reposo
Clase 3	Respuestas cardiovasculares / pulmonares
Definición: Vulnerable a una disminución de la circulación cardíaca (coronaria), que puede comprometer la salud.	

<b>RESULTADO (NOC) 0401 Estado circulatorio</b>				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio: II Salud funcional	040104 Presión arterial media	1 Desviación grave del rango normal.	4	5
		2 Desviación Sustancial del rango normal.		
Clase: E Cardiopulmonar	040136 PaCO <sub>2</sub> (Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial)	3 Desviación moderada del rango normal.	4	5
		4 Desviación leve del rango normal.		
		5 Sin desviación del rango normal.		

**Evaluación:** La paciente no muestra datos de isquemia miocárdica como podría ser dolor opresivo, disnea, diaforesis, sus constantes vitales se han mantenido dentro de los parámetros normales. Las enzimas cardiacas muestran que los valores se han ido corrigiendo.

### CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 4050 Manejo de riesgo cardíaco

**Definición:** Prevención de un episodio agudo de insuficiencia cardíaca minimizando los factores contribuyentes y las conductas de riesgo.

**Campo:** 2 Fisiológico complejo

**Clase:** N Control de perfusión tisular

**Actividades**

- Detectar si el paciente presenta conductas de riesgo asociadas con complicaciones cardíacas (p. ej., sedentarismo, hipertensión arterial, antecedentes de complicaciones cardíacas previas).
- Instruir al paciente y la familia sobre los signos y síntomas del inicio de la cardiopatía y de su empeoramiento.
- Instruir al paciente y la familia para que se monitorice la presión arterial y la frecuencia cardíaca de forma rutinaria y con el ejercicio, según corresponda.
- Instruir al paciente y la familia sobre los tratamientos destinados a reducir el riesgo cardíaco.

- Proporcionar información verbal y escrita al paciente, la familia y los cuidadores sobre todos los aspectos pertinentes de la asistencia.
- Aliviar la ansiedad del paciente proporcionando una información precisa y corrigiendo cualquier malentendido.
- Evaluar al paciente para detectar la presencia de ansiedad y depresión.
- Determinar los métodos del paciente para manejar el estrés.
- Alentar técnicas efectivas en la reducción del estrés.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 4050 Cuidados cardiacos

**Definición:** Limitación de las complicaciones derivadas de un desequilibrio entre el aporte y la demanda miocárdico de oxígeno en pacientes con síntomas de insuficiencia cardíaca.

**Campo:** 2 Fisiológico complejo

**Clase:** N Control de perfusión tisular

### Actividades

- Garantizar un nivel de actividad que no comprometa el gasto cardíaco y que no provoque crisis cardíacas.
- Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica.
- Evaluar cualquier episodio de dolor torácico (intensidad, localización, irradiación, duración y factores precipitantes y calmantes).
- Monitorizar la aparición de cambios del segmento ST en el ECG, según corresponda.
- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades).

- Monitorizar los signos vitales con frecuencia.
- Monitorizar el estado cardiovascular.
- Monitorizar la aparición de arritmias cardíacas, incluidos los trastornos tanto de ritmo como de conducción.
- Documentar las arritmias cardíacas.
- Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.
- Monitorizar el equilibrio hídrico (entradas/salidas y peso diario).
- Monitorizar si los valores de laboratorio son correctos (enzimas cardíacas, niveles de electrolitos).
- Evaluar las alteraciones de la presión arterial.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

(Herdman, 2015, pág. 232)

(Moorhead Sue, 2014, pág. 338)

(M. Bulechek Gloria, 2014, págs. 322, 132)

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>	
00242 Deterioro de la toma de decisiones independientes R/C disminución de la comprensión de todas las opciones de cuidados sanitarios disponibles M/P verbalización limitada sobre la opción de los cuidados sanitarios.	
Dominio 10	Principios vitales
Clase 3	Congruencia entre valores/creencias/opiniones
Definición: Proceso de toma de decisiones en relación con los cuidados sanitarios que no incluye el conocimiento del afectado ni tiene en cuenta las normas sociales o que no acontece en un entorno flexible, teniendo como resultado una decisión insatisfactoria.	

<b>RESULTADO (NOC); 0906 Toma de decisiones</b>				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio: II Salud fisiológica	090601 Identifica información relevante	1 Gravemente comprometido.	3	4
		2 Sustancialmente comprometido.		
		3 Moderadamente comprometido.		
Clase: J Neurocognitiva	090603 Identifica alternativas	4 Levemente comprometido.	3	4
		5 No comprometido.		

**Evaluación:** La paciente manifiesta que las dudas respecto a la atención medica fueron resueltas por parte del equipo de salud (enfermería, medico, trabajo social, etc.) , lo que le permitió a su familia y a ella facilitar la toma de decisiones a la paciente y su familia.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 5250 Apoyo en la toma de decisiones

**Definición:** Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.

**Campo:** 3 Conductual

**Clase:** R Ayuda para el afrontamiento

### Actividades

- Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.
- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.

- Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.
- Obtener el consentimiento informado, cuando se requiera.
- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.
- Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas.
- Servir de enlace entre el paciente y la familia.
- Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 5240 Asesoramiento

**Definición:** Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

**Campo:** 3 Conductual

**Clase:** R Ayuda para el afrontamiento

### Actividades

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Demostrar empatía, calidez y sinceridad.
- Establecer metas.
- Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad.
- Proporcionar información objetiva.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia.

- Verbalizar la discrepancia entre los sentimientos y conducta del paciente.
- Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos.
- Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades.
- Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo mucho estrés, cuando sea posible.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

(Herdman, 2015, pág. 272)

(Moorhead Sue, 2014, pág. 553)

(M. Bulechek Gloria, 2014, págs. 97, 94)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
00249 Riesgo de úlcera por presión R/C puntuación en la escala Braden <12.	
Dominio 11	Seguridad/protección
Clase 2	Lesión física
Definición: Vulnerable a una lesión de la piel y/o capas inferiores del tejido epitelial, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la presión combinada con cizallamiento (NPUAP,2007).	

RESULTADO (NOC); 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio: II Salud fisiológica	110111 Perfusion tisular	1 Gravemente comprometido.	4	5
		2 Sustancialmente comprometido.		
		3 Moderadamente comprometido.		
Clase: L Integridad tisular	110113 Integridad de la piel	4 Levemente comprometido.	4	5
		5 No comprometido.		

**Evaluación:** La piel se encuentra pálida, limpia e hidratada; en zonas de presión se encuentra íntegra y sin datos de daño tisular. Se registra humedad a nivel sacro pero no hay evidencia de afección de la zona. Durante la exploración física se encontró hematoma a nivel postero medial de la pierna asociado a traumatismo.

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	
<b>NIC</b>	3590 Vigilancia de la piel
<b>Definición:</b> Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas.	
<b>Campo:</b> 2 Fisiológico complejo	<b>Clase:</b> L Control de la piel/heridas
<b>Actividades</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.</li> <li>- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.</li> <li>- Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden).</li> <li>- Vigilar el color y la temperatura de la piel.</li> <li>- Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.</li> <li>- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.</li> <li>- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.</li> <li>- Observar si hay zonas de presión y fricción.</li> <li>- Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.</li> <li>- Observar si la ropa queda ajustada.</li> <li>- Documentar los cambios en la piel y las mucosas.</li> <li>- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales).</li> </ul>	

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	
<b>NIC</b>	3500 Manejo de presiones
<b>Definición:</b> Minimizar la presión sobre las partes corporales.	
<b>Campo:</b> 2 Fisiológico complejo	<b>Clase:</b> L Control de la piel/heridas
<b>Actividades</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico.</li> <li>- Facilitar pequeños cambios de la carga corporal.</li> <li>- Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel.</li> <li>- Comprobar la movilidad y actividad del paciente.</li> <li>- Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas sin apoyar en la cama.</li> <li>- Hacer la cama con pliegues para evitar la presión sobre los dedos de los pies.</li> <li>- Aplicar protectores de talones, si lo precisa el caso.</li> <li>- Observar si hay fuentes de presión y fricción.</li> </ul>	

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 3540 Prevención de úlceras por presión

**Definición:** Minimizar la presión sobre las partes corporales.

**Campo:** 2 Fisiológico complejo

**Clase:** L Control de la piel/heridas

### Actividades

- Documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras por presión.
- Documentar el peso y los cambios de peso.
- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad.
- Darse la vuelta con cuidado (p. ej., evitar el cizallamiento) para evitar lesiones en una piel frágil.
- Poner el programa de cambios posturales al lado de la cama, según corresponda.
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.

- Darse la vuelta continuamente cada 1-2 horas.
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
- Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas.
- Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies.
- Utilizar camas y colchones especiales.
- Evitar mecanismos de tipo flotador para la zona sacra.
- Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño.
- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
- Aplicar protectores para los codos y los talones, según corresponda.
- Proporcionar con frecuencia pequeños cambios de la carga corporal.
- Controlar la movilidad y la actividad del paciente.
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos.
- Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

(Herdman, 2015, pág. 408)

(Moorhead Sue, 2014, pág. 401)

(M. Bulechek Gloria, 2014, págs. 438, 305, 382)

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>	
00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C estado de salud física comprometido, ingesta diaria insuficiente.	
Dominio 2	Nutrición
Clase 4	Metabolismo
Definición: Vulnerable a la variación en los niveles sanguíneos de glucosa/azúcar fuera de los rangos normales, que puede comprometer la salud.	

<b>RESULTADO (NOC):</b> 2111 Severidad de la hiperglucemia				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio: V Salud percibida	211114 Alteraciones electrolítica	1 Grave.	4	5
		2 Sustancial.		
		3 Moderada.		
Clase: V Sintomatología	211117 Glucemia elevada	4 Leve.	3	4
		5 Ninguno.		

**Evaluación:** La glicemias capilares se tomaron cada 4 horas, las cuales fueron progresando hacia la mejoría, llego a mostrar glicemias capilares de hasta 194 mg/dl preprandial; a partir del día 29/03/2016 se obtienen parámetros normales, los cuales también son demostrados en estudios de sangre venosa y arterial mostrando valores 121 mg/dl y 126 mg/dl respectivamente.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 2120 Manejo de la hiperglucemia

**Definición:** Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.

**Campo:** 2 Fisiológico complejo

**Clase:** G Control de electrolitos y acidobásico

### Actividades

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar la glucemia.</li> <li>- Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea.</li> <li>- Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina.</li> <li>- Comprobar la gasometría arterial y los niveles de electrolitos.</li> <li>- Administrar insulina.</li> <li>- Potenciar la ingesta oral de líquidos.</li> <li>- Monitorizar el balance hídrico (incluidas las entradas y salidas).</li> <li>- Mantener una vía i.v., si lo requiere el caso.</li> <li>- Administrar líquidos i.v.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.</li> <li>- Identificar las causas posibles de la hiperglucemia.</li> <li>- Ayudar al paciente a interpretar la glucemia.</li> <li>- Revisar los registros de glucemia con el paciente y/o la familia.</li> <li>- Instruir al paciente y sus allegados acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina y/o antidiabéticos orales, control de la ingesta de líquidos y cuándo debe solicitarse asistencia sanitaria profesional.</li> <li>- Facilitar el seguimiento del régimen de dieta.</li> </ul> |
|--|--|

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

- (Herdman, 2015, pág. 172)  
 (Moorhead Sue, 2014, pág. 520)  
 (M. Bulechek Gloria, 2014, pág. 279)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico R/C mecanismos de regulación comprometidos..	
Dominio 2	Nutrición
Clase 5	Hidratación
Definición: Vulnerable a cambios en los niveles de electrolitos séricos, que pueden comprometer la salud.	

RESULTADO (NOC): 0606 Equilibrio electrolítico				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio: II Salud fisiológica	060606 Aumento del cloruro sérico	1 Desviación grave del rango normal.	4	5
		2 Desviación sustancial del rango normal.		
		3 Desviación moderada del rango normal.		
Clase: G Líquidos y electrolitos	060607 Disminución del calcio sérico	4 Desviación leve del rango normal.	3	4
		5 Sin desviación del rango normal.		

**Evaluación:** La paciente se encuentra hidratada, con aporte de líquidos parenterales con solución fisiológica al 0.9% 500ml, para 24hrs. El gasto urinario se mantiene dentro de los valores adecuados para el peso corporal, los valores de electrolitos del día 29/03/2016 se encuentra en parámetros normales, no así en la química sanguínea del 28/03/2016 donde hay aumento de la BUN, creatinina, urea y podemos notar hipocalcemia e hiponatremia; en el examen general de orina podemos encontrar proteínas, cetonas y sangre. No hay presencia de datos de infección asociados a cateterismo vesical, la sonda fue retirada el día 30/03/2016.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 2020 Monitorización de electrolitos

**Definición:** Fomento del equilibrio de electrolitos y prevención de complicaciones derivadas de niveles séricos de electrolitos anormales indeseados.

**Campo:** 2 Fisiológico complejo

**Clase:** G Control de electrolitos y acidobásico

### Actividades

- Vigilar el nivel sérico de electrolitos.
- Observar si se producen desequilibrios acidobásicos.
- Identificar posibles causas de desequilibrios electrolíticos.
- Reconocer y notificar la presencia de desequilibrios de electrolitos.
- Observar si hay manifestaciones neurológicas de desequilibrios de electrolitos (alteración del nivel de consciencia y debilidad).
- Vigilar la osmolaridad sérica y urinaria.
- Observar el electrocardiograma para ver si hay cambios relacionados con niveles anormales de potasio, calcio y magnesio.
- Observar si hay cambios en la sensibilidad periférica, como entumecimientos y temblores.
- Observar la fuerza muscular.
- Observar si se producen náuseas, vómitos y diarrea.

- Comprobar si hay alguna enfermedad médica subyacente que pueda conducir a un desequilibrio de electrolitos
- Observar si hay signos y síntomas de hipocalcemia: irritabilidad, tetania muscular, signo de Chvostek (espasmo muscular facial), signo de Trousseau (espasmo carpiano), entumecimiento y hormigueo periférico, calambres musculares, disminución del gasto cardíaco, segmento ST e intervalo QT prolongados, hemorragias y fracturas.
- Observar si hay signos y síntomas de hipercloremia: debilidad; letargo; respiración rápida, profunda, y coma.
- Administrar suplementos prescritos de electrolitos.
- Consultar con el médico, si los signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y/o electrolitos persisten o empeoran.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 2000 Manejo de electrolitos

**Definición:** Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.

**Campo:** 2 Fisiológico complejo

**Clase:** G Control de electrolitos y acidobásico

### Actividades

- Observar si los electrolitos en suero son anormales.
- Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos.
- Mantener un acceso i.v. permeable.
- Suministrar líquidos según prescripción.
- Mantener una solución intravenosa que contenga electrolito(s) a un flujo constante, según corresponda.
- Obtener muestras para análisis de laboratorio de los niveles de electrolitos (gasometría arterial).

- Disponer una dieta adecuada para el desequilibrio de electrolitos del paciente (alimentos ricos en potasio, pobres en sodio y bajos en hidratos de carbono).
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre modificaciones dietéticas específicas.
- Consultar con el médico si persistieran o empeoraran los signos y síntomas del desequilibrio de electrolitos.
- Monitorizar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

(Herdman, 2015, pág. 175)

(Moorhead Sue, 2014, pág. 328)

(M. Bulechek Gloria, 2014, págs. 339, 259)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
00004 Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos, enfermedad crónica.	
Dominio 11	Seguridad/protección
Clase 1	Infección
Definición: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.	

RESULTADO (NOC): 1924 Control del riesgo: proceso infeccioso				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio: IV Conocimiento y conducta de salud	192416 Practica estrategias de control de la infección	1 Nunca demostrado.	3	4
		2 Raramente demostrado.		
		3 A veces demostrado.		
Clase: T Control del riesgo y seguridad	192421 Toma medidas inmediatas para reducir el riesgo	4 Frecuentemente demostrado.	3	4
		5 Siempre demostrado.		

**Evaluación:** Durante la hospitalización de la paciente no se registraron datos de algún tipo de infección asociados a la atención médica. Se llevaron a cabo las metas internacionales y los indicadores de calidad que nos permiten otorgar una atención eficiente.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 6540 Control de infecciones

**Definición:** Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

**Campo:** 4 Seguridad

**Clase:** V Control de infecciones

### Actividades

- Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.
- Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.
- Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas.
- Mantener técnicas de aislamiento apropiadas.
- Limitar el número de las visitas, según corresponda.
- Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.
- Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.
- Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.
- Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.

- Poner en práctica precauciones universales.
- Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
- Llevar ropas de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso.
- Usar guantes estériles.
- Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado.
- Cambiar los sitios de las vías i.v. periférica y central y los vendajes de acuerdo con las directrices actuales de los CDC.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v.
- Fomentar una ingesta nutricional adecuada.
- Fomentar la ingesta de líquidos, según corresponda.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar al cuidador.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 6540 Protección contra las infecciones

**Definición:** Prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo.

**Campo:** 4 Seguridad

**Clase:** V Control de infecciones

### Actividades

- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria.
- Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.
- Aplicar técnicas de aislamiento, si es preciso.
- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar.
- Fomentar un aumento de la movilidad y la realización de ejercicio.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanitario.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
- Notificar la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

(Herdman, 2015, pág. 379)

(Moorhead Sue, 2014, pág. 267)

(M. Bulechek Gloria, 2014, págs. 126, 386)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
00155 Riesgo de caídas R/C puntuación en la escala Crichton >8.	
Dominio 11	Seguridad/protección
Clase 2	Lesión física
Definición: Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud.	

RESULTADO (NOC); 1902 Control del riesgo				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio: IV Conocimiento y conducta de salud	190220 Identifica los factores de riesgo	1 Nunca demostrado.	4	5
		2 Raramente demostrado.		
		3 A veces demostrado.		
Clase: T Control del riesgo y seguridad	190206 Se compromete con estrategias de control del riesgo	4 Frecuentemente demostrado.	4	5
		5 Siempre demostrado.		

**Evaluación:** No se registraron ningún evento de caída del paciente. Si bien la paciente no presentó ninguna caída durante su hospitalización, el riesgo de caídas no disminuyo.

### CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 6486 Manejo ambiental: seguridad

**Definición:** Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

**Campo:** 4 Seguridad

**Clase:** V Control de infecciones

#### Actividades

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognitiva y el historial de conducta del paciente.
- Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos).
- Disponer dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente.
- Utilizar dispositivos de protección (restricción física, barandillas, puertas cerradas, vallas y portones) para limitar físicamente la movilidad o el acceso a situaciones peligrosas.
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 6490 Prevención de caídas

**Definición:** Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

**Campo:** 4 Seguridad

**Clase:** V Control de infecciones

### Actividades

- Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia.
- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.
- Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camilla en la transferencia del paciente.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse.
- Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.

- Disponer colchones de cama de bordes firmes para un traslado más sencillo.
- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.
- Colocar la cama mecánica en la posición más baja. - Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados.
- Retirar los muebles bajos (bancos y mesas) que supongan un riesgo de tropiezo.
- Informar a los familiares sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.
- Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene alto riesgo de caídas.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

(Herdman, 2015, pág. 282)

(Moorhead Sue, 2014, pág. 249)

(M. Bulechek Gloria, 2014, págs. 258, 378)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
00011 Riesgo de estreñimiento R/C actividad física diaria media es inferior a la recomendada.	
Dominio 3	Eliminación e intercambio
Clase 1	Función gastrointestinal
Definición: Vulnerable a sufrir una disminución en la frecuencia normal de defecación acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces, que puede comprometer la salud.	

RESULTADO (NOC): 0501 Eliminación intestinal				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio: II Salud fisiológica	050101 Patrón de eliminación	1 Gravemente comprometido.	3	4
		2 Sustancialmente comprometido.		
		3 Moderadamente comprometido.		
Clase: F Eliminación	050112 Facilidad de eliminación de las heces	4 Levemente comprometido.	4	5
		5 No comprometido.		

**Evaluación:** Durante la estancia hospitalaria la paciente ha evacuado diariamente, una vez al día; con heces semilíquidas. No hay presencia de diarrea.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 0450 Manejo del estreñimiento/impactación fecal

**Definición:** Prevención y alivio del estreñimiento/impactación fecal.

**Campo:** 1 Fisiológico básico

**Clase:** B Control de la eliminación

### Actividades

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación fecal.
- Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.
- Vigilar la existencia de peristaltismo.
- Consultar con el médico acerca de aumento/disminución de la frecuencia del peristaltismo.
- Explicar al paciente la etiología del problema y las razones de las actuaciones.
- Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra.

- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.
- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.
- Evaluar la medicación para ver si hay efectos secundarios gastrointestinales.
- Enseñar al paciente/familia para que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

(Herdman, 2015, pág. 198)

(Moorhead Sue, 2014, pág. 222)

(M. Bulechek Gloria, 2014, pág. 317)

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>	
00198 Trastorno del patrón del sueño R/C entorno hospitalario M/P fatiga, verbalización del paciente.	
Dominio 4	Actividad/reposo
Clase 1	Sueño/reposo
Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.	

<b>RESULTADO (NOC):</b> 0004 Sueño				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio: I Salud funcional	000401 Horas de sueño	1 Gravemente comprometido.	3	4
		2 Sustancialmente comprometido.		
		3 Moderadamente comprometido.		
Clase: A Manejo de la energía	000408 Sensación de rejuvenecimiento después del sueño	4 Levemente comprometido.	3	4
		5 No comprometido.		

**Evaluación:** La paciente refiere tener periodos de sueño reparadores, se observan periodos de sueño que alcanzan a cumplir al menos lo 90 minutos, la paciente se muestra con energía.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 1850 Mejorar el sueño

**Definición:** Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

**Campo:** 1 Fisiológico básico

**Clase:** F Facilitación del autocuidado

### Actividades

- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño.
- Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente.
- Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) que interrumpen el sueño.
- Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.

- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama.
- Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia.
- Disponer siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades de sueño.
- Agrupar las actividades de cuidados para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.
- Instruir al paciente y a los allegados acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, cambios frecuentes de turnos de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el esquema del sueño.
- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día- noche normales.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

(Herdman, 2015, pág. 213)

(Moorhead Sue, 2014, pág. 549)

(M. Bulechek Gloria, 2014, pág. 334)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
00214 Discomfort R/C régimen terapéutico M/P intranquilidad en la situación	
Dominio 12	Actividad/reposo
Clase 1	Confort físico
Definición: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, ambiental, cultural y/o social.	

RESULTADO (NOC): 2008 Estado de comodidad				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio: V Salud percibida	200811 Cuidados compatibles con las necesidades	1 Gravemente comprometido.	3	4
		2 Sustancialmente comprometido.		
		3 Moderadamente comprometido.		
Clase: U Salud y calidad de vida	200801 Bienestar físico	4 Levemente comprometido.	2	3
		5 No comprometido.		

**Evaluación:** Se otorga un ambiente confortable lo cual es percibido por el paciente y los familiares, la paciente se muestra tranquila y refiere que la atención brindada por parte de la mayoría del personal ha sido agradable.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 6482 Manejo ambiental: confort

**Definición:** Manipulación del entorno para facilitar una comodidad óptima.

**Campo:** 1 Fisiológico básico

**Clase:** E Fomento de la comodidad física

### Actividades

- Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.
- Tener en cuenta la ubicación de los pacientes en habitaciones de múltiples camas (compañeros de habitación con preocupaciones ambientales similares cuando sea posible).
- Proporcionar una habitación individual si la preferencia y necesidad del paciente (y de la familia) son el silencio y el descanso.
- Atender inmediatamente las llamadas del timbre, que siempre debe estar al alcance del paciente.
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Proporcionar un ambiente limpio y seguro.
- Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones a los pacientes y sus familias, según corresponda.

- Ofrecer la elección, siempre que sea posible, de actividades sociales y visitas.
- Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.
- Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso.
- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.
- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, férulas para la parte dolorosa del cuerpo).

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

(Herdman, 2015, pág. 438)

(Moorhead Sue, 2014, pág. 339)

(M. Bulechek Gloria, 2014, pág. 256)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
00097 Déficit de las actividades recreativas R/C edades extremas, hospitalización M/P verbalización de aburrimiento.	
Dominio 1	Promoción a la salud
Clase 1	Toma de conciencia de la salud
Definición: Disminución de la estimulación (o interés o participación) procedente de actividades recreativas o de ocio.	

RESULTADO (NOC): 1604 Participación en actividades de ocio				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio: IV Conocimiento y conducta de salud	160412 Elige actividades de ocio de interés	1 Nunca demostrado.	3	4
		2 Raramente demostrado.		
		3 A veces demostrado.		
Clase: Q Conducta de salud	160407 Identificación de opciones recreativas	4 Frecuentemente demostrado.	4	5
		5 Siempre demostrado.		

**Evaluación:** Las actividades recreativas en el hospital fueron muy limitadas, la paciente refiere estar aburrida y menciona que ver la televisión la entretiene por un rato, pero después de un tiempo siente la necesidad de salir a pasear.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 7560 Facilitar visitas

**Definición:** Estimulación de las visitas beneficiosas por parte de la familia y amigos.

**Campo:** 6 Sistema sanitario

**Clase:** Y Mediación del sistema sanitario

### Actividades

- Determinar las preferencias del paciente en cuanto a visitas y a la información que se proporciona.
- Considerar las implicaciones legales/éticas de las visitas del paciente y la familia e informar de los derechos.
- Determinar la necesidad de la limitación de las visitas, como, por ejemplo, que el paciente está cansado o su estado físico no lo permite.
- Determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares y amigos.
- Identificar problemas específicos con las visitas.
- Preparar el entorno para las visitas.
- Comentar las normas de visitas con los miembros de la familia/allegados.
- Comentar las normas sobre permanencia por la noche de miembros de la familia/allegados.
- Comentar la comprensión por parte de la familia del estado del paciente.

- Establecer las responsabilidades y actividades de la familia/allegados para ayudar al paciente, como, por ejemplo, alimentarle.
- Establecer horas de visitas óptimas por parte de la familia/allegados.
- Explicar el fundamento de la limitación del tiempo de visitas.
- Animar a los miembros de la familia a utilizar el contacto físico, así como las comunicaciones verbales.
- Proporcionar una silla a la cabecera del paciente.
- Evaluar la respuesta del paciente a las visitas de la familia.
- Observar los indicios verbales y no verbales del paciente respecto a las visitas.
- Ayudar a los familiares a encontrar un alojamiento y un lugar adecuados donde comer.
- Responder a las preguntas y dar explicaciones de los cuidados en términos que los visitantes puedan entender.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 4310 Terapia de actividad

**Definición:** Prescripción de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como ayuda con ellas.

**Campo:** 3 Conductual

**Clase:** O Terapia de actividad

### Actividades

- Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas.
- Colaborar con los terapeutas ocupacionales, recreacionales y/o fisioterapeutas en la planificación y control de un programa de actividades.
- Ayudar al paciente elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.
- Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer, más que en los déficits.
- Ayudar al paciente a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada.
- Fomentar actividades creativas.
- Ayudar al paciente a identificar sus preferencias en cuanto a actividades.

- Enseñar al paciente y a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud.
- Enseñar al paciente y a la familia a realizar la actividad deseada o prescrita.
- Ayudar al paciente y a la familia a adaptar el entorno para acomodarlo a las actividades deseadas. comunitarios o programas de actividad, según corresponda.
- Ayudar en las actividades físicas habituales (p. ej., deambulación, transferencias, giros y cuidado personal).
- Proporcionar actividades con componentes de memoria implícita y emocional.
- Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

(Herdman, 2015, pág. 139)

(Moorhead Sue, 2014, pág. 441)

(M. Bulechek Gloria, 2014, págs. 221, 411)

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>	
00109 Déficit del autocuidado: vestido R/C dolor, deterioro esquelético M/P deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa.	
Dominio 4	Actividad/reposo
Clase 5	Autocuidado
Definición: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de vestirse.	

<b>RESULTADO (NOC): 0302 Autocuidados: vestir</b>				
Resultado	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
			Mantener en:	Aumentar a:
Dominio: I Salud funcional	030205 Se quita la ropa de la parte inferior del cuerpo	1 Gravemente comprometido.	2	3
		2 Sustancialmente comprometido.		
		3 Moderadamente comprometido.		
Clase: D Autocuidado	030214 Se pone la ropa de la parte inferior del cuerpo	4 Levemente comprometido.	2	3
		5 No comprometido.		

**Evaluación:** Se ayuda a la paciente a realizar el cambio de las prendas de vestir ya que la paciente no puede realizar esta actividad por si sola.

## CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**NIC** | 1630 Vestir

**Definición:** Prescripción de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como ayuda con ellas.

**Campo:** 1 Fisiológico básico

**Clase:** F Facilitación del autocuidado

### Actividades

- Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse.
- Observar la capacidad del paciente para vestirse.
- Vestir al paciente después de completar la higiene personal.
- Fomentar su participación en la elección de la vestimenta.
- Fomentar el uso de dispositivos para el autocuidado.
- Vestir la extremidad afectada primero.
- Vestir al paciente con ropas que no le aprieten.
- Vestir al paciente con ropas personales.
- Proporcionar asistencia hasta que sea totalmente capaz de responsabilizarse y de vestirse por sí mismo.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

(Herdman, 2015, pág. 244)

(Moorhead Sue, 2014, pág. 137)

(M. Bulechek Gloria, 2014, pág. 435)

## VIII PLAN DE ALTA

Para evitar el deterioro de músculos que intervienen en la respiración, se le indica a la paciente realizar ejercicios respiratorios a través de inflar globos o soplando con un popote en un vaso con agua. Se recomienda ejecutar una respiración abdominal. Con este tipo de respiración se lleva el aire hasta la parte inferior de los pulmones para oxigenar la sangre de forma adecuada. Es necesario que los familiares a cargo (hija y nieta) supervisen la realización correcta del ejercicio indicado.

Es necesario que el cuidador y la familia observe diario cambios en la piel y pierna afectada (coloración de la piel, edema, rubor y color).

Se deberán seguir las indicaciones para la administración de medicamentos, es necesario continuar con el tratamiento para evitar múltiples complicaciones.

Realice los ejercicios enseñados por el área de rehabilitación.

Se le menciona a la paciente que trate de no sentarse por más de 45 minutos, no se sienten en sillas bajas que les dejen las rodillas más altas que la cadera, no realice flexiones de cadera de manera brusca, no duerma boca abajo, ni del lado donde está localizada la fractura; duerma con un rodete entre las rodillas, el cual tendrá el diámetro suficiente para mantener las piernas abducidas a la altura de los hombros.

Es importante recordar que la movilización del paciente deberá ser en bloque, para lo cual se requieren al menos dos personas para su realización, el paciente se deberá de cambiar de posición al menos cada dos horas, se deberán vigilar y proteger prominencias óseas, es válido hacer uso de utensilios para reducir los sitios de presión.

Tenga la cama lo suficientemente baja, con uso de barreras que disminuyan los riesgos de caídas, como poner barandales a la cama y colocarla pegada a una pared. Los familiares deberán colocar los objetos para el autocuidado donde le sean fáciles de alcanzar al enfermo, se sugiere adquirir algún inodoro portátil; el cual se tendrá que sanitizar después de cada uso.

Los objetivos de la dieta deben ser proporcionar un buen estado nutricional y prevenir o tratar las complicaciones agudas y crónicas.

De un modo más coloquial debe pretender:

1. Facilitar la euglucemia (Niveles normales de azúcar en sangre).
2. Normalizar las concentraciones plasmáticas de lípidos.
3. Mantener un peso adecuado.

Sera necesario una dieta rica en calcio y vitamina D, baja en sales teniendo en cuenta la restricción de grasas saturadas y colesterol en un intento de conseguir un perfil lipídico lo menos aterogénico posible. La distribución de las raciones a lo largo del día debe hacerse en tres comidas principales y otros dos aportes menores entre horas. Se recomiendan ingerir los siguientes alimentos. Alimentos ricos en vitamina D: zetas y sardina.

Alimentos ricos en calcio:

<b>Cereales y legumbres</b>	<b>Frutas y verduras</b>	<b>Pescados</b>
Pan de trigo	Higos secos	Sardinas
Pan integral	Naranja	
Garbanzos	Acelgas	
Lentejas	Zanahoria	

Se evitará el consumo de sustancias irritantes como comidas picantes y ácidas, alcohol, café, té, refrescos de cola y chocolates. También se debe limitar la ingestión de líquidos dos horas antes de acostarse.

Es importante ayudar a la persona a cepillarse diario los dientes, encías y lengua con un cepillo de cerdas suaves, tres veces al día, de tal forma que se establezca una rutina de cuidados bucales, ya que es importante evitar la pérdida de más piezas dentales, lo que favorece la desnutrición, puesto que limitan la variedad y consistencia de los alimentos que pueden masticarse.

Para mejorar el descanso y sueño se recomienda: Mantener la temperatura corporal ideal, es necesario que el adulto mayor cuente con ropa abrigadora o una ligera dependiendo de las condiciones ambientales. Reducir la ingestión de líquidos 2 a 3 h antes de acostarse, se aconseja que vacíe la vejiga y defaque antes de irse a dormir a fin de evitar la necesidad de orinar o evacuar por la noche. (Guillén Llera Francisco, 2008, pág. 451)

No realizar siestas diurnas demasiado prolongadas, las siestas diurnas largas disminuyen la necesidad de sueño nocturno, aunque los ancianos a menudo las necesitan.

Deberán proporcionar una cama confortable, con sábanas limpias y secas, cobijas de poco peso, para evitar que la humedad y los pliegues de las sábanas, sean motivo de interrupción del sueño. Realizar el cambio de pañales y de sábanas cuando se precise para evitar rozaduras por la presencia de orina y materia fecal en los genitales. Identificar de inmediato cualquier lesión para prevenir que ésta se infecte o se convierta en una lesión crónica o en una úlcera por presión.

Utilizar ropa fácil de poner y quitar, de bajar y subir como la que tiene broche de contacto, con abertura adelante, que tiene resorte o con botones grandes para que sea fácil de maniobrar con las manos.

El paciente y los familiares deberán lavarse manos siempre antes de manipular alimentos o comer y después de ir al sanitario.

Bañarse de dos a tres veces por semana, con cambio de ropa y de la cama. Lubricar la piel con crema, ya que la falta de lubricación natural ocasiona piel seca, escamosa y prurito sobre todo en la parte alejada de las piernas, manos, antebrazos, pliegues cutáneos, en regiones genital y anal. El prurito y la xerosis (sequedad de la piel) junto con los irritantes ambientales, predisponen a padecer dermatitis. (d'Hyver Carlos, 2014, pág. 345)

Cepillar o peinar con cuidado el cabello todos los días porque estimula la circulación capilar. No usar ligas o peinados que tensionen el cabello, porque en esta edad hay menor producción de cabello.

Es importante recalcar que la información acerca de las indicaciones, antes mencionadas, fue recibida por parte de la hija y nieta de la paciente; se realizaron demostraciones para la movilización en bloque, se impartieron pláticas para prevenir la aparición de úlceras por presión y del cuidado que se debe tener a un adulto mayor, se entregaron trípticos de los dos últimos temas mencionados, los cuales se pueden visualizar en la parte de anexos de este texto.

## XIX CONCLUSIONES

El modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson es aplicable en los distintos ámbitos hospitalarios y en este PAE no fue la excepción. Los objetivos planteados al inicio de este trabajo fueron cumplidos, debo mencionar que en general se me brindaron todas las facilidades para poder llegar a consumarlos.

Es claro que durante la realización de este trabajo pude adquirir nuevos conocimientos, que me han de servir para mi desarrollo profesional. Este tipo de trabajos permite ampliar mi panorama y enriquecerme de habilidades. La importancia del trabajo interdisciplinario es la base del éxito en los diferentes tratamientos, por lo que es necesario el cumplimiento y la disposición de cada uno de los individuos del equipo de trabajo incluyendo a la paciente y sus familiares.

Por otro lado, me concientizo de que tan importante es el conservar la salud, muchas veces pasamos por alto la dicha de estar sanos, incluso no damos la importancia a detalles tan pequeños como el mover un dedo, poder hablar, ver, oír, sentir. Este tipo de situaciones te hacen reflexionar que en cualquier momento podemos enfermarnos y la vida nos hace enfrentar situaciones que pocas veces visualizamos.

Vivimos en un mundo globalizado y por desgracia en una era capitalista, en el ámbito de la salud no es la excepción, donde el acceso a una mejor atención es de quien tiene los recursos para costear los gastos que conlleva alguna patología. En el hospital Dr. Manuel Gea González se procura que la atención sea justa y equitativa; ¿A qué voy?, durante la

estancia hospitalaria se brindaron los cuidados necesarios para la mejoría de la paciente, pero esto no termina cuando el paciente egresa a su domicilio, desgraciadamente el entorno familiar y la situación económica de la paciente no favorecen a su recuperación y es un aspecto donde la mayoría de los Procesos Enfermeros no tienen alcance.

A lo largo de la realización de esta empresa he observado que las tareas y el trabajo de enfermería es extenso, que las áreas de conocimiento pueden ser tan grandes y espléndidas tanto como el enfermero se esmere por documentarse. Desgraciadamente caemos en la rutina y nos olvidamos de preguntarnos ¿Por qué realizamos alguna actividad? y ese tipo de situaciones nos alejan de la enfermería científica y nos acercan a la parte artesanal, por consecuencia no evolucionamos como profesión.

## X SUGERENCIAS

El implementar un plan de cuidados de manera científica es una tarea que todo enfermero debe realizar, ya que esto favorece el desarrollo del conocimiento científico. Para ello se requiere crear modelos que fomenten esta actividad.

Es claro que el manejo de los Modelos de Enfermería es difícil, desgraciadamente porque, aunque son propios de esta profesión, el desconocimiento es basto, además que el poder dominarlos requiere de un adiestramiento teórico, lo cual hace árido el poder estudiarlos. De manera que, si estos modelos los aprendiéramos durante la práctica, el manejo se facilitaría.

La actividad de enfermería es la parte medular de un hospital, con los avances de la tecnología las actividades de enfermería han evolucionado, lo cual requiere de una actualización constante; pero lo más importante es el no olvidarnos que estamos tratando con seres humanos que sienten y que requieren ser tratados con dignidad y respeto. Cambiar la perspectiva de enfermería es importante, porque no es cierto que el peor enemigo de enfermería es un enfermero, he visto que cuando un compañero tiene algún problema siempre está un compañero enfermero dispuesto a escucharte y ayudarte. Finalmente, si queremos que la profesión de enfermería evolucione, la solución está en nosotros, porque es nuestra responsabilidad cambiar perspectivas y patrones de pensamiento.

## **XI BIBLIOGRAFÍA**

- Albavera Gutiérrez, R. R., López García, R., Romero, C. E., Gurrola Mendoza, K., Montero Quijano, M. G., Pérez Solares, A., & Mejía Rohenes, L. C. (2013). Mortalidad de pacientes con fractura de cadera a cinco años de evolución en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza. *Mortalidad de pacientes con fractura de cadera a cinco años de evolución en el Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 31-36.
- Alligood, M. R. (2015). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- d'Hyver Carlos, G. R. (2014). *Geriatría*. México: Manual Moderno.
- Galindo Becerra Maria Elena, J. S. (2011). *Lineamiento General Para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería*. México: Secretaria de Salud.
- Gonzales Amaya Jose Antonio. (8 de Julio de 2014). *Manejo Médico Integral de Fractura de Cadera en el Adulto Mayor*. Obtenido de Instituto Mexicano del Seguro Social: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
- Guillén Llera Francisco, P. d. (2008). *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. México: Elsevier.
- Herdman, T. H. (2015). *Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación*. Barcelona, España: Elsevier.
- Intervenciones de Enfermería en la Atención del Adulto Mayor con Fractura de Cadera*. (2013). Mexico: Secretaria de Salud.
- M. Bulechek Gloria, M. D. (2014). *Clasificación de intervenciones de enfermería NIC*. Barcelona: Elsevier.
- Moore Keith, D. A. (2013). *Anatomía con orientación clínica*. Barcelona: Wolters Kluwer.
- Moorhead Sue, J. M. (2014). *Clasificación de resultados de enfermería NOC*. Barcelona: Elsevier.
- Ramiro, P. G. (2012). Clasificación de las fracturas de cadera. *MEDIGRAPHIC*, 140-149. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/orthotips/>
- Sanabria Triana Lirus, O. C. (2002). Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. *Educación Médica Superior*.
- Tintinalli, J. E. (2013). *Tintinalli MEDICINA DE URGENCIAS*. México: Mc Graw Hill.

## XII ANEXOS

### 12.1 Procedimientos e instrumentos para la valoración

**Escala de Glasgow.** La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

<b>Respuesta ocular</b>	
• <u>Esponánea</u>	<u>4</u>
• A estímulos verbales	3
• Al dolor	2
• Ausencia de respuesta	1
<b>Respuesta verbal</b>	
• <u>Orientado</u>	<u>5</u>
• Desorientado/confuso	4
• Incoherente	3
• Sonidos incomprensibles	2
• Ausencia de respuesta	1
<b>Respuesta motora</b>	
• <u>Obedece ordenes</u>	<u>6</u>
• Localiza el dolor	5
• Retirada al dolor	4
• Flexión anormal	3
• Extensión anormal	2
• Ausencia de respuesta	1

La valoración de la paciente fue de 15/15, en la tabla se encuentran subrayadas las calificaciones otorgadas a cada rubro.

**Escala de funcionalidad de Crichton.** Empleada en población adulta, estima la limitación física, estado mental alterado, tratamiento farmacológico que implica riesgo, problemas de idioma o socioculturales, así como pacientes sin factores de riesgo evidentes. Un mayor puntaje representa un alto riesgo de caída.

<b>Valoración del riesgo</b>		<b>Puntuación</b>
<i>Limitación física</i>		<u>2</u>
Estado mental alterado		3
<i>Tratamiento farmacológico que implica riesgo</i>		<u>2</u>
<i>Problemas de idiomas o socioculturales</i>		<u>2</u>
Incontinencia urinaria		1
<i>Déficit sensorial (auditivo, visual)</i>		<u>2</u>
Desarrollo psicomotriz		2
Pacientes sin factores de riesgo evidente		1
<b><u>Total</u></b>		<b>15</b>
<b>Grado de riesgo de caídas</b>		
<b>Nivel</b>	<b>Puntos</b>	<b>Código</b>
<u>Alto riesgo</u>	<u>8 - 15</u>	<u>Rojo</u>
Mediano riesgo	3 - 7	Amarillo
Bajo riesgo	1 - 2	Verde

La paciente fue valorada con la escala de Crichton y obtuvo una puntuación de 8/15; por lo que el riesgo de caídas otorgado según la escala es de 8/15. En la tabla se subrayan los puntos otorgados.

**Escala de Braden.** Es usada para predecir el riesgo de desarrollar una úlcera por presión (UPP). El personal de enfermería usa la herramienta para valorar seis áreas de riesgo: percepción sensorial, humedad de la piel, actividad física, movilidad (capacidad de cambiar y controlar la posición corporal), nutrición y fricción/cizallamiento. A cada área se le asigna un puntaje de uno (altamente dañado) a tres/cuatro (sin daño). Con un puntaje total de 23 puntos, a menor puntaje mayor riesgo de desarrollar UPP.

<b>Puntos</b>	<b>Percepción sensorial</b>	<b>Exposición a la humedad</b>	<b>Actividad</b>	<b>Movilidad</b>	<b>Nutrición</b>	<b>Fricción y roce</b>
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	<u>Encamado</u>	Completamente inmóvil	Completamente inadecuada	Problema
2	Muy limitada	<u>Con frecuencia húmeda</u>	En silla	<u>Muy limitada</u>	<u>Probablemente inadecuada</u>	<u>Problema potencial</u>
3	<u>Levemente limitada</u>	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Levemente limitada	Adecuada	Ausente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

<b>Riesgo de úlceras por presión según Braden</b>	
<u>Menor a 12</u>	<u>Alto riesgo</u>
13 - 14	Riesgo moderado
Mayor de 15-16	Bajo riesgo

El puntaje obtenido según la escala Braden fue de 12 puntos, por tanto, tiene un alto riesgo de desarrollar UPP. En la tabla se subrayan los puntos otorgados.

**Escala de Daniels.** Es la escala validada internacionalmente para medir la fuerza muscular de forma manual, además de la más usada. Aunque al ser manual incluye aspectos muy subjetivos, es muy fácil de utilizar de forma analítica como en grupos musculares, y no requiere de material alguno.

Se mide mediante una escala numérica que va de 0 a 5, aunque detrás del número puede colocarse un signo “+” si se supera el grado explorado, o un signo “-“ si no se realiza correctamente.

0	No se detecta contracción activa en la palpación, ni en la inspección visual. Parálisis total.
1	Se ve o se palpa contracción muscular, pero es insuficiente para producir movimiento del segmento explorado.
<u>2</u>	<u>Contracción débil, pero capaz de producir el movimiento incapaz de vencer la gravedad.</u>
3	Movimiento completo que vence gravedad.
4	Movimiento que vence resistencia parcial.
5	Movimiento que vence resistencia máxima.

La paciente fue valorada para medir su fuerza muscular, solo presenta alteración del miembro pélvico derecho debido a la fractura de cadera derecha, la puntuación otorgada fue de 2, debido a que, si puede producir una débil contracción y hay movimiento, pero este es incapaz de vencer la gravedad.

**Índice de Katz.** Llamada índice de actividades básicas de la vida diaria, valora seis funciones básicas; bañarse, vestirse, uso del inodoro, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación en términos de dependencia o independencia, agrupándolas en un solo índice resumen. Este índice se puede evaluar en base a la observación del paciente por parte del personal sanitario, durante estancia hospitalaria. La valoración de las funciones sigue un orden jerárquico y lógico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico. Es un buen indicador de mortalidad a corto y largo plazo, predice de forma correcta la necesidad de institucionalización y el tiempo de estancia en pacientes hospitalizados, así como la eficacia de los tratamientos.

**Tras la evaluación de todas las actividades, se valoran globalmente de la siguiente forma:**

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
  - B. Independiente para todas las funciones anteriores, excepto una.
  - C. Independiente para todas, excepto bañarse y otra función adicional.
  - D. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
  - E. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
  - F. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
  - G. Dependiente en las seis funciones.
  - H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.
- A (máxima independencia) – G (máxima dependencia)

**A cada ítem contestado como “independiente” se le asigna un punto.**

- Una puntuación de 6 indica independencia.
- Una puntuación de 4 indica deterioro moderado.
- Una puntuación de 2 o menor indica deterioro funcional grave.

<b>Actividad de la vida diaria</b>	<b>Independiente</b>	<b>Dependiente</b>
Bañarse (con esponja, ducha o bañera)	Necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.	<u>Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.</u>
Vestirse	Coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usan cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).	<u>No se viste solo o permanece vestido parcialmente.</u>
Usar el retrete	Accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).	<u>Usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.</u>
Movilidad	Entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).	<u>Precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.</u>
Continencia	<u>Control completo de micción y defecación.</u>	Incontinencia urinaria o fecal parcial o total.
Alimentación	<u>Lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).</u>	Precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.

La paciente es dependiente en las actividades de bañarse, vestirse, usar retrete y movilidad, por lo tanto, tiene un deterioro funcional grave según índice de katz. En la tabla se subrayan los puntos otorgados.

**Fuente de dificultad.** Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o las causas de una dependencia. Virginia Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

Fuerza: Se entiende por estar, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas físicas y psíquicas.
---

Conocimientos: Los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situaciones de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y disponibles.
---

Voluntad: Compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.
--

## 12.2 Información complementaria para el cuidado de la paciente



# 10 DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre tu atención.
5. Otorgar o no tu consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando te inconformes por la atención médica recibida.



## DURANTE LA ESTANCIA DE SU PACIENTE CONSIDERE LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES

### ¿Cómo cuidar la piel del adulto mayor?

Si el estado de salud del paciente permite el baño de regadera, es importante considerar:

- Antes del baño cubrir los accesos venosos centrales o periféricos. (solicite apoyo al personal de enfermería)
- **Nunca dejarlo solo en el baño, evite riesgo de caída.**



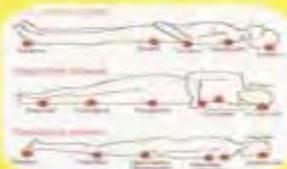
- Asegurarse de secar perfectamente zonas del cuerpo que guardan humedad.
- Lubricar la piel con crema, evitando zonas que tengan algún dispositivo (sondas, catéteres, etc.)
- Si permanece acostado por periodos largos de tiempo, es necesario cambiarlos de posición cada 2 horas mínimo, con la finalidad de evitar presión continua en sitios de prominencias óseas (talones, codos, sacro, etc.) generando riesgo de úlcera de presión.

### ¿Qué es una úlcera por presión?

Son lesiones de la piel que aparecen en cualquier zona del cuerpo asociadas a una presión continua, sobre una superficie de apoyo dura. Se conocen también como llagas, estas lesiones son progresivas y pueden llegar a complicar la recuperación de su paciente.



Los puntos rojos en las figuras indican las localizaciones más comunes en donde se genera presión continua en pacientes que tienen mínima movilidad.



### ¿Qué personas pueden padecerlas?

Principalmente las personas que mantienen una misma posición durante un tiempo prolongado y que además tengan asociadas algunas de las siguientes causas:

- Pacientes de edad avanzada,
- Pacientes con inmovilidad continua,
- Pacientes con incontinencia urinaria o fecal,
- Pacientes inconscientes,
- Pacientes con desnutrición,
- Pacientes graves.



### Recomendaciones durante la alimentación:

- Cuando el personal de dietología le proporcione la dieta, le preguntará por el nombre y fecha de nacimiento de su paciente, con la finalidad de brindarle la dieta correcta.
- Usted deberá realizarse un lavado de manos, de igual forma le realizará lavado y/o higiene de manos a su paciente antes de alimentarlo.



Los alimentos que su paciente consumirá durante su estancia en el hospital, serán únicamente los que integran su dieta. El tiempo de su alimentación es un momento para disfrutar con él.



Si el estado de salud del paciente lo permite fomentar la ingesta de líquidos.



### ¿Que personas pueden desarrollar las úlceras por presión?

Principalmente las personas que mantienen una misma posición durante un tiempo prolongado y que además tengan asociadas algunas de las siguientes causas:

Pacientes de edad avanzada.



Pacientes con inmovilidad continua.

Pacientes con incontinencia fecal o urinaria.

**Incontinencia urinaria**



Pacientes con desnutrición.

Pacientes graves o inconscientes.



### Recomendaciones para prevenir úlceras por presión.

Durante el baño diario, Revisar la piel de su paciente y realizar una adecuada limpieza de ingle y genitales.



Eliminar residuos de jabón y evitar uso de colonias, alcohol, talco, etc.

Secar y lubricar la piel evitando fricción y usar ropa de algodón.



Evitar dar masaje en zonas enrojecidas o de prominencias óseas

Realiza ejercicios y coloca protectores en codos, talones o sitios de presión que requieran protección y movilizar cada 2 horas



Si deseas mayor información comunícate

Departamento de Docencia e Investigación en Enfermería

Tel. 4000-3000 ext. 3333,3409,3604



SALUD

HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"  
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

## PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN



Programa de Educación al Paciente y su Familia

### ¿Qué es una úlcera por presión?

Son lesiones de la piel que aparecen en cualquier zona del cuerpo asociadas a una presión continua sobre una superficie de apoyo dura. Se conocen como llagas, estas lesiones son progresivas y pueden llegar a complicar la recuperación de su paciente.



### ¿Qué causas pueden producirlas?

1. La presión continua de la piel sobre la superficie de apoyo (cama o silla).



2. El tiempo de inmovilidad por más de 2 horas aumenta el riesgo de que aparezcan.



- 3.- El arrastre de su paciente en la cama durante los procesos de cambio de posición.



4. Presencia de zonas de mayor presión en el cuerpo por deslizamiento del paciente cuando está acostado o sentado.

Riesgo de lesiones en la piel



Pueden aparecer en cualquier zona del cuerpo sometidas a una presión continua y sin vigilancia del estado de la piel. Los puntos en las figuras indican las localizaciones más comunes donde se desarrollan estas lesiones.



### ¿En qué zonas del cuerpo pueden aparecer?

Aparecen en zonas del cuerpo que están sometidas a presión constante durante un periodo largo de tiempo, lesionando la piel en zonas de prominencias óseas, en las cuales no se libera la presión.



Existen factores de riesgo que predisponen a sus pacientes para desarrollar estas lesiones que deben considerar.