



---

---

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO. CLAVE: 8723**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A  
PACIENTE CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE  
MOVIMIENTO Y POSTURA RELACIONADO CON FRACTURA  
EXPUESTA DE FÉMUR**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**OLGA RICO**

**No. CUENTA: 412505397**

**ASESORA: L.E.O. IGNACIA ESCALERA MORA**

**ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN. OCTUBRE 2018**



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.



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO. CLAVE: 8723**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A  
PACIENTE CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE  
MOVIMIENTO Y POSTURA RELACIONADO CON FRACTURA  
EXPUESTA DE FÉMUR**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**OLGA RICO**

**No. CUENTA: 412505397**

**ASESORA: L.E.O. IGNACIA ESCALERA MORA**

**ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN. OCTUBRE 2018**

## DEDICATORIAS

Quiero dedicar este proyecto de atención a enfermería a mis padres, no bastaría para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles, gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación en la vida, por compartir mis penas y alegrías siempre con una palabra de aliento para seguir luchando, a ustedes debo este logro y con ustedes felizmente comparto, que Dios los bendiga y guarde para siempre.

A mi única hermana y la menor la cual pelea una dura batalla contra el cáncer y a la que admiro en todos los aspectos, pues me enseña diariamente a nunca rendirme y que todo es posible, con todo mi corazón esto es para ti amada Angie.

De igual manera a mi esposo, el cual es un pilar importante en mi vida y por el cual le agradezco a Dios cada día por ponerlo en mi camino, pues es mi motivación y fortaleza para seguir adelante.

Y por último a mi Dios padre, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer

mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mis padres J. Guadalupe y Olga porque con su esfuerzo, apoyo y dedicación he llegado hasta donde estoy, por luchar para darme una preparación profesional y por disponer todo el tiempo de sus vidas para estar a mi lado, siendo un pilar de fortaleza para continuar en los obstáculos que se han ido presentando.

A mis profesores que con sus conocimientos pude construir el mío, por todo el apoyo, exigencia, y tolerancia; ya que he comprendido que sin todas esas cualidades que poseen no nos hubiéramos fomentado en la estructura de nuestras vidas profesionales.

A todas las personas que influyeron de alguna manera en mi crecimiento y preparación dentro de la rama en ciencias de la salud, médicos, enfermeras, químicos, laboratoristas, estudiantes, instructores y pasantes.

Agradezco a Dios, por haberme permitido llegar hasta este día, porque nunca me abandono en los momentos más difíciles haciéndose presente de alguna manera, por haber guiado mi vida, por ser mi fuente de energía, y la luz que ilumino mi camino. Y sobre todo, por ser mi fortaleza y levantarme en las circunstancias que me debilitaron impidiéndome continuar.

Y por último, a mis amigos, a mis verdaderos amigos que estuvieron ahí cuando más los necesite, dándome palabras de aliento para seguir y no rendirme en el camino, por guiar mi vida cuando me desvié y por orientarme entre lo verdadero y lo malo, con sus consecutivas consecuencias, muchas gracias.

## ÍNDICE

	DEDICATORIA.	
	AGRADECIMIENTOS.	
I.	INTRODUCCIÓN.....	7
II.	JUSTIFICACIÓN.....	10
III.	OBJETIVOS.....	13
	• General.....	13
	• Específicos.....	13
IV.	METODOLOGÍA.....	15
V.	MARCO TEÓRICO.....	18
	• Enfermería como profesión.....	18
	• Biografía de Virginia Henderson.....	21
	• Proceso de Atención de Enfermería.....	19
	• Fracturas de Fémur.....	31
VI.	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	42
VII.	CASO CLÍNICO.....	49
	• Valoración de Enfermería por las 14 Necesidades de Virginia Henderson.....	
	• Diagnósticos y Planeación de Cuidados de Enfermería.....	53
VIII.	EVALUACIÓN GENERAL DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	62
IX.	CONCLUSIONES.....	65
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
XI.	ANEXOS.....	71
	• Plato del Buen Comer.....	71
	• Jarra del Buen Beber.....	71

## I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a Nájera Nájera (Eneo, 2007), la Enfermería como ciencia y arte, ha buscado, a lo largo del tiempo, producir un cuerpo de conocimientos propios que de soporten y apoyo a su ejercicio profesional. A respecto de una práctica social e histórica, la Enfermería a través del desarrollo de investigaciones, ha buscado comprender los procesos más amplios que determinan y son determinadas en las relaciones de producción de la salud y la enfermedad.

Trejo Martínez (2013), menciona que tratar de definir la enfermería como un arte o una ciencia parecería complicado; no obstante, con los avances y el desarrollo científico en el campo disciplinar logrados en la segunda mitad del siglo XX y la primera década del XXI, cualquiera se inclinaría por limitarla como una ciencia, aunque es verdad que para muchos este criterio estaría equivocado ya que también se considera como un arte. Para este autor, ambos están en lo correcto y ambos están equivocados.

Urra (2009), afirma que la diversa y activa producción científica de enfermería ha permitido delimitar el cuerpo de conocimientos propios dentro de lo que se denomina ciencia de la enfermería, lo que también ha permitido que la disciplina adquiera más fuerza y

notoriedad. La disciplina de enfermería en los últimos 50 años se ha visto en un proceso desde el desarrollo de la teoría, seguido de la síntesis, pasando por el desarrollo de conceptos y, en estos últimos tiempos, en el debate de la integración.

Cabe mencionar que, según Nájera (ENEO, 2007), el pensamiento crítico enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación. Es así como la práctica enfermera, se le brinda el sentido que propicia el mecanismo que el profesional de Enfermería ha de utilizar junto a sus opiniones, conocimientos y habilidades adoptadas para diagnosticar y tratar la respuesta del usuario ante los problemas que aquejen su salud, ya sea reales o potenciales.

Por ello, este proyecto de investigación e intervención a través de un Proceso de Atención de Enfermería, enfoca una búsqueda sistemática que trata de aportar nuevos conocimientos y abarca todos los aspectos de la salud que son de interés para la Enfermería, entre ellos la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el cuidado de las personas de todas las edades durante la enfermedad y la recuperación, o para que tengan una muerte pacífica y digna.

Con el propósito de que parta de una visión en su totalidad de acuerdo a la realidad en el fortalecimiento de su saber y su práctica, que integre una postura crítica en sus acciones y que busque en el cuidado integral transformador que permita conseguir una sociedad más sana y libre de factores de riesgo que predispongan el desarrollo de una enfermedad.

## II. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a Lovato Salas et. al. (2015), las fracturas de la extremidad pélvica ocurren, de acuerdo con lo reportado por el Centro de Documentación de la Asociación de Osteosíntesis (AO), más frecuentemente en pacientes de edad avanzada con osteopenia después de una caída de baja energía y en pacientes jóvenes que sufren traumatismos de alta energía.

D'Amato (2012), explica que la tasa de mortalidad por año asociada a fracturas del fémur proximal en pacientes oscila entre el 14 y el 36%, y se incrementa entre el cuarto y sexto mes posterior a la ocurrencia de la fractura. Al cabo de un año, la tasa de mortalidad es similar a controles de la misma edad sin fractura de fémur proximal.

Lovato Salas et. al. (2015), de acuerdo con las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para el año 2006, los adultos mayores representaban 5.3% de la población y se estima que dicha proporción incrementará significativamente hasta un 11.3% para el año 2030. En México, se estima que existe una prevalencia anual de accidentes y caídas aproximada de 30%, en donde 10-15% resultan en una fractura de Fémur.

D' Amato (2012), menciona que los niveles de recuperación funcional de los pacientes con fracturas del fémur proximal en mayores oscilan entre el 40 y el 60% que implican recuperar el nivel de deambulación previa a la ocurrencia de la fractura. Algunos factores predictivos de buena evolución incluyen menor edad, deambulación independiente antes y después de la ocurrencia de la fractura, capacidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD) y convivencia con familiares.

La realización de un proceso de atención de enfermería a un paciente con fractura de fémur, es parte crucial y guía importante en la atención que brinda la enfermera en el cuidado de toda persona enferma y refuerza las habilidades y aspectos socio-humanos.

La enfermería juega un papel importante en el restablecimiento del enfermo con fractura de fémur; hay que incorporar el conocimiento acumulado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir intervenciones de enfermería y vincularse con la persona en el contexto de su mundo único para lograr su salud.

Sin duda, una de las satisfacciones del personal de enfermería es que las personas egresen en mejores condiciones que cuando ingresaron, saber que el proceso de atención aplicado nos ayuda a identificar las necesidades de las personas y éstas sirven para manejar los diagnósticos enfermeros necesarios de donde se obtienen los resultados esperados aplicando las intervenciones requeridas para la recuperación satisfactoria de la persona. Berman (2005).

La meta de cualquier profesión es mejorar la práctica de sus miembros y para enfermería brindar servicios a la persona para incorporar el autocuidado, haciendo que la persona sea autodependiente posterior a un evento traumático donde tenga el ímpetu de fomentar su cuidado, detectando todos aquellos factores de riesgo que podrían poner en riesgo su salud.

### III. OBJETIVOS

- **General**

- Desarrollar un proceso de atención de enfermería con base en las 14 necesidades estipuladas por Virginia Henderson a un paciente con fractura expuesta de fémur derecho, en sus cinco etapas, integrando las esferas que componen al ser humano.

- **Específicos**

Formular una valoración clínica de enfermería mediante la observación, palpación y percusión, para la identificación de las necesidades afectadas como consecuencia a una fractura de fémur expuesta de lado derecho.

- Analizar las necesidades afectadas haciendo un Diagnóstico Enfermero de acuerdo a la pirámide de Maslow, jerarquizándolas para la recuperación total de la salud.
- Determinar un plan de intervenciones de enfermería fundamentadas de acuerdo al diagnóstico establecido, que le dé prioridad y profesionalidad a la estructura del proyecto.

- Implementar un juicio crítico para realizar la ejecución y evaluación de las intervenciones, en cada etapa del proceso, para efectuar los métodos de apoyo necesarios.
- Proporcionar las adaptaciones requeridas para la recuperación del paciente y restablecimiento de autodependencia.

#### **IV. METODOLOGÍA**

El trabajo se realizó en la ciudad de Morelia Michoacán México, en un periodo del 7 de Enero al 10 de Julio del 2017 abordando al paciente y exponiendo el caso de lo que se quería realizar para su ayuda, previo al consentimiento informado para la aceptación de la atención de enfermería mediante el uso del proceso enfermero, haciendo énfasis en que es un método holístico, respetando la libre elección del usuario en cuanto a la prestación de servicios de salud.

Se inició con la búsqueda del paciente a libre elección realizando la valoración clínica de enfermería de acuerdo a las 14 necesidades implementadas por la Teórica Virginia Henderson, utilizando los medios de comunicación, entrevista, cuestionamientos, exploración física por medio de la auscultación, palpación, percusión y observación de forma cefalocaudal.

Se tomaron en cuenta los datos más relevantes y significativos de las necesidades alteradas, enmarcando su grado de dependencia de acuerdo al proceso patológico perseguido, haciendo una jerarquización cautelosa para la implementación del juicio crítico de enfermería basado en la construcción de diagnósticos enfermeros.

Posterior a ello, se estructuraron los objetivos -generales y específicos- de acuerdo al tipo de diseño usado.

- **De acuerdo a la Intervención.**

Experimental, porque se va a interactuar con un paciente con afección en la esfera biológica y social determinando relaciones de causa-efecto y su evolución.

- **De acuerdo a su Interpretación.**

Descriptivo, por el desglose de las diferentes actividades ejecutadas, examinando la magnitud del problema especificando las propiedades de cada intervención, y analítico porque de acuerdo a la aplicación de las actividades y registro de las mismas se realiza un juicio crítico final para la evaluación en cuanto a las respuestas humanas obtenidas de las acciones realizadas.

- **De acuerdo al tiempo y evolución.**

Prospectivo, porque se va a estudiar e intervenir en el tiempo actual, tomando como referencia desde el momento del accidente hasta su manejo terapéutico, y transversal porque se va a medir la prevalencia de las intervenciones planeadas durante la ejecución.

Posteriormente, se construyó el plan de cuidados, con sus objetivos e intervenciones basado a las necesidades alteradas y sus respectivos diagnósticos, fundamentando cada una de ellas científicamente para su aplicación y análisis de los resultados en cuanto a las metas a alcanzar, evaluando si se cumplieron o no los objetivos propuestos, definiendo las características en las que se encuentra el paciente post-termino de las actividades de enfermería implementadas.

## V. MARCO TEÓRICO

### **Enfermería como Profesión**

De acuerdo a Kozier (2013), la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que, fundamentado en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico.

Nájera Nájera (2007), menciona que el pensamiento crítico enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación. Es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el trabajador de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Kerouac (2007), aclama que la enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

La Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA 1980), declara en un documento denominado “Nursing: A Social Policy Statement” que la enfermería es: El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales.

Kerouac (2007), la anterior definición ha sido ampliada o adaptada como la que propone la Facultad de Enfermería de la Universidad de Moscú, en Rusia, ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual.

Según Kozier (2013), la primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de los cuales aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, y con la publicación del libro “Notas de Enfermería” de Florence Nightingale en 1852 se sentó la base de la enfermería profesional.

- **Biografía de Virginia Henderson**

Berman (2005), Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas y falleció el 19 de Marzo de 1996 a la edad de 98 años. Desarrolló su interés por enfermería a partir de la Primera Guerra Mundial. Es ahí donde se destacó por asistir a sus semejantes. Estudió en Washington D. C. en 1918, a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército y se graduó en 1921. Trabajó en Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York como enfermera visitadora. Interesada en la docencia e investigación profesional, realizó un máster y luego la especialización.

De acuerdo a Ferrín (2005), Virginia Henderson en 1955, revisó un libro de enfermería escrito por Bertha Harmer que había definido

la enfermería en 1922 diciendo que la enfermería estaba para ayudar a la humanidad. Es en este año que Virginia Henderson formuló una definición propia de la Enfermería. Esta definición fue un punto de partida esencial para que surgiera la enfermería como una disciplina separada de la medicina. Es decir, trabajó en definir la profesión y qué eran los cuidados de enfermería.

- **Función Propia de la Enfermería**

Para Henderson (1922) la enfermería es:

“Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible”.

Kozier (2013), La prioridad de la Enfermera es ayudar a las personas y sus familiares; por lo tanto, la enfermera es dueña de la atención. En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera.

- **Tendencia y Modelo**

García González (2004), la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labor no la hace en solitario sino formando parte del equipo sanitario. Es una profesión que precisa y posee conocimientos biológicos y en ciencias sociales. La enfermera también sabe hacer frente a las nuevas necesidades de salud pública y sabe evaluar las necesidades humanas.

### **Método de Aplicación del Modelo**

**Valoración:** se determina el grado de dependencia-independencia en la satisfacción de las 14 necesidades; las causas de dificultad en su satisfacción; las interrelaciones de unas necesidades con otras; la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas. Vallejo (2010).

**Planificación:** se formulan los objetivos de independencia en base a las fuentes de dificultades identificadas, en la elección del modo de intervención (ayuda-suplencia) y en la determinación de las actividades a realizar. Esos criterios guiarán la puesta en marcha del plan de cuidados en la intervención. Vallejo (2010).

**Evaluación:** se comparan los criterios de niveles de independencia que se establecieron en el plan de cuidados con el grado de independencia conseguido. Vallejo (2010).

### **Elementos del Metaparadigma de Enfermería**

**Salud:** definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por sí sólo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico y a nivel fisiológico. La salud es la independencia. Vallejo (2010).

**Entorno:** todas las condiciones externas que influían en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano. Es el lugar donde la persona aprende su patrón vital. Vallejo (2010).

**Persona:** hace dos definiciones:

1. Es un ser biopsicosocial, es decir, la persona además de una estructura biológica, posee una psicológica y también se relaciona; y esto es lo que define a la persona como ser integral.

2. El paciente es el ser biopsicosocial al que se le ayuda para que logre su independencia; la mente y el cuerpo son inseparables; el paciente y la familia forman una unidad. Vallejo (2010).

**Enfermería:** es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda volver a realizarlas de manera independiente. Los cuidados de enfermería irían dirigidos a recuperar esa independencia. Vallejo (2010).

### **Necesidades Humanas Básicas**

Ferrín (2005), Henderson, revolucionó el mundo de la enfermería redefiniendo el concepto de la misma y catalogando las 14 necesidades básicas, con las cuales hoy en día aún se trabaja, tratando cubrir completamente las necesidades del paciente en el modo en que sea posible; necesidades que serían comunes a toda persona, enferma o sana. Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual.

Berman (2005), Finalmente las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo. Para Henderson es básica y fundamental la independencia del paciente en la medida de lo posible, y orienta sus cuidados a que este la consiga del modo más rápido posible. El paciente, según Virginia tiene que ser ayudado en las funciones que él mismo realizaría si tuviera fuerza, voluntad y conocimientos.

- **Necesidades Básicas**

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. Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
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. Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Creencias y valores personales.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

### **Proceso de Atención de Enfermería**

Según Kozier (2013), el Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería.

Para Ferrín (2005), es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

García González (2004), el uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas; trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

Ferrín (2005), el proceso enfermero es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia.

### **Fases del Proceso de Atención de Enfermería**

1. Valoración.
2. Diagnóstico.
3. Planificación.
4. Ejecución.
5. Evaluación.

### **Argumentos que Justifican la Necesidad del Proceso**

1. Proceso de profesionalización de las actividades de enfermería.
2. Análisis de los modelos de atención.
3. Las ventajas del modelo.

- Crea una base con los datos de salud.
- Identifica problemas actuales y/o potenciales.
- Establece prioridades en las actuaciones.
- Define las responsabilidades específicas.
- Permite la planificación y organización de las curas.
- Posibilita innovaciones en las curas de enfermería.
- Permite considerar alternativas que le permite seguir.
- Proporciona un método para la información de las curas (registro cambio turno por escrito).
- Crea una autonomía para la enfermería.

Fomenta la consideración de enfermería.

### *Método Científico en el Proceso de Atención de Enfermería*

<b>Método Científico</b>	<b>PAE</b>
1.-Observación de los hechos: -Formulación del problema.	1.-Valoración, recogida de datos: identificación problema. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no es problema para el cliente no es problema.</li> <li>• La enfermera se ocupa de los efectos de un problema.</li> <li>• La valoración es la parte crucial del proceso. <ul style="list-style-type: none"> <li>• La valoración determina el diagnóstico.</li> </ul> </li> </ul>
2.-Formulación de la hipótesis.	2.-Formulación Diagnóstico enfermero - Enunciamos un juicio.
3.-Diseño y	3.-Planificación de los cuidados de

planificación de la investigación.	enfermería - Lo que vamos a realizar ahora.
4.-Prueba de las técnicas de recogida de datos y ejecución de la Investigación.	4.-Ejecución del plan - Realizamos las acciones que hemos planificado.
5.-Evaluación y comparación de las conclusiones con las predicciones.	5.-Evaluación del plan <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si el resultado es mayor hemos cumplido el plan.</li> <li>▪ Si el resultado es menor hemos fallado, empezar PAE.</li> <li>▪ Tiene retroalimentación, desde 1ª hora recogemos bien los datos y seguimos los puntos focalizando, especificando el problema y clasificamos basándonos en diagnósticos ya comprobados.</li> </ul>

Nota: Diseño propio, basado en el manual de *Diagnósticos*

*Enfermeros,*

*Definiciones y Clasificación 2015-2017 (NANDA, 2016)*

- **Fracturas de Fémur**

Para Firpo (2010), una fractura femoral es la ruptura del hueso del muslo, llamado fémur. El hueso femoral también es conocido como hueso del muslo. Va desde la cadera hasta la rodilla y es el hueso más largo y fuerte del cuerpo. Por lo general, se requiere de mucha fuerza para romper el fémur.

### **Clasificación**

Según Molinero (2013), la localización del foco de fractura se clasifican en:

Del cuello de fémur. Son fracturas intraarticulares muy frecuentes. El trazo está situado entre el límite de la cabeza y la línea intertrocanterea. Su mayor incidencia es en la década de los 65-75 años. Plantean problemas en la reducción e inmovilización con alto índice de no uniones y necrosis de la cabeza femoral.

Pertrocanterea. Con mayor frecuencia aún que la anterior, afecta a pacientes de mayor edad, por encima de 75 años. La línea de fractura es extraarticular y va de un trocánter a otro. Los problemas no son de consolidación por asentar en tejido esponjoso, sino de mayor morbilidad y mortalidad por la mayor edad de los pacientes y la hemorragia que provocan. Las fracturas pertrocanterea, junto a las de cuello de fémur, se les denomina fracturas de cadera.

Subtrocanterea. La línea de fractura está situada por debajo del trocánter menor, entre este y el inicio de la morfología cilíndrica de la diáfisis, el llamado istmo.

Aislada del trocánter mayor. Muy raras en su forma traumática, casi siempre son iatrogénicas.

Aislada del trocánter menor. Fracturas por arrancamiento en la práctica deportiva.

Fracturas de cuello femoral. Son fracturas interarticulares con problemas de consolidación, fundamentalmente por el compromiso de la vascularización de la cabeza femoral tras la fractura.

Mcrae (2013), En el adulto la vascularización de la cabeza femoral se realiza por tres vías:

A) El 80% de la vascularización, proviene de los vasos epifisarios posterolaterales, en número de 2 a 6, situados en la cara superoexterna del cuello de fémur. Son ramas del anillo vascular en la base del cuello constituido por la circunfleja medial y lateral, ramas de la arteria femoral profunda.

B) La cabeza femoral es principalmente de origen epifisario, pero en una cuarta parte posteromedial es metafisaria y a esta porción llegan vasos metafisarios, ramas de la circunfleja medial, en número de 2-3, que si quedan íntegros tras la fractura, pueden asumir la vascularización de la cabeza femoral.

C) La tercera vía vascular son los vasos del ligamento redondo, ramas de la obturatriz, en algún caso de la circunfleja medial, o de

ambos orígenes, son los vasos epifisarios mediales. Irrigan una pequeña zona en la fovea de la cabeza femoral.

Molinero (2013), explica que en las fracturas no desplazadas la cabeza femoral conserva la vascularización y la consolidación se produce con formación de callo con la participación los dos fragmentos. Si el desplazamiento es moderado los vasos epifisarios posterolaterales están rotos pero suelen estar conservados los metafisarios medial, manteniendo una cabeza femoral viable y consiguen la consolidación si la reducción es adecuada.

Merae (2013) menciona que cuando los vasos sanguíneos están rotos por desplazamientos epifisarios posterolaterales y metafisarios, la cabeza femoral se determina como avascular, pero en bastantes casos puede corregirse la consolidación y revascularización desde el extremo distal si la reducción de la fractura es perfecta.

### **Mecanismos de Producción**

Vértiz (2003), determina que por debajo de los 50 años son fracturas poco frecuentes y se producen por mecanismos traumáticos violentos, accidentes viales o caídas desde altura. Su mayor frecuencia es en la década de los 65 a 75 años, producida

por una caída doméstica. Pocas veces se debe a un golpe recibido sobre el trocánter mayor durante la caída, sino un mecanismo indirecto por rotación externa del miembro durante la caída.

De acuerdo a Lovato Salas et. al. (2015), la osteoporosis senil es factor determinante, de ahí que sea 4-5 veces más frecuente en la mujer que en el hombre. Tan importante como la osteoporosis es la debilidad muscular, trastornos del equilibrio, pérdida de visión y trastornos de la percepción y pérdida de reflejos que acompañan a la vejez.

Firpo (2010), dice que en el adulto mayor ante una caída, los reflejos musculares son tardíos y la contracción muscular incoordinada, provocando fuerzas de tracción y cizallamiento en el cuello femoral, además de las fuerzas de torsión producidas por rotación externa del miembro durante la pérdida de equilibrio. Por este mecanismo la fractura puede producirse antes de la caída. Son frecuentes las fracturas patológicas. Por la localización del trazo de fractura, se han clasificado en: transcervicales, subcapitales y basicervicales.

Mcrae (2013), menciona que las transcervicales son las más frecuentes. El trazo se sitúa en la porción media del cuello y suele ser espiroideo por mecanismo de rotación durante la caída. En la zona posterior del cuello femoral, el trazo de fractura puede tener un grado de conminución importante, factor determinante en la estabilización quirúrgica de la fractura.

En las subcapitales el trazo se sitúa en el límite de la cabeza femoral. Son raras, pues el fragmento proximal casi siempre lleva consigo una porción de cuello. El menor tamaño del fragmento proximal con relación a las transcervicales, hace más difícil la reducción y estabilización, pero los criterios terapéuticos son los mismos.

Mcrae (2013), las basicervicales son las de mejor pronóstico. Al ser en parte extraarticulares tienen más facilidad para conservar la vascularización. Por otro lado, la reducción es más fácil, por todo ello hoy se incluyen en el grupo de las fracturas pertrocantéreas. Las transcervicales y subcapitales las clasifica Firpo (2010), según el desplazamiento, del cual depende el estado vascular de la cabeza femoral tras la fractura, principal factor pronóstico de estas fracturas:

\*Tipo I o enclavada en valgo. El trazo es incompleto no alcanzando la cortical medial, mientras que en la porción lateral hay una impactación trabecular o fractura impactada, inclinándose la cabeza femoral hacia la vertiente lateral y posterior. Prácticamente en todos los casos de vascularización de la cabeza femoral está conservada. Las fracturas enclavadas en valgo verdaderas son infrecuente. Muchas de las fracturas diagnosticadas como tales en la radiografía anteroposterior, la radiografía axial muestra que en realidad son fracturas con desplazamiento posterior y gran conminución de la cortical posterior.

Tipo II. Es una fractura completa sin desplazamiento. Tiene el peligro de un desplazamiento secundario convirtiéndose en un grado siguiente. Suele estar íntegra la vascularización.

Tipo III. Fractura completa con desplazamiento en varo quedando sujeta por un colgajo periostio inferomedial. Suelen estar rotos los vasos epifisarios posterolaterales y quedan indemnes los vasos metafisarios y del ligamento redondo.

Tipo IV. Fractura completa. La cabeza femoral pierde toda conexión con el cuello. La cabeza queda en el fondo del acetábulo

sujeta por el ligamento redondo y el fragmento distal se desplaza hacia arriba y afuera. Los vasos están rotos, tanto los posterolaterales como los mediales.

### **Clínica y Diagnóstico**

Lovato Salas et. al. (2015), cursa con dolor e impotencia funcional para la marcha. En algunas formas impactadas en valgo o no desplazadas, pese a las molestias dolorosas la marcha es posible hasta que se produce un desplazamiento secundario, lo que explica diagnósticos días después de un traumatismo.

En las formas desplazadas, el paciente yace con una deformidad típica del miembro en rotación externa, aducción y acortamiento. La cápsula articular se opone a que rotación externa exceda de los 40° respecto al plano de la cama, lo que permite el diagnóstico diferencial con las fracturas intertrocanteréas en las que la rotación externa es completa.

Lovato Salas et. al. (2015), el trocánter mayor se observa ascendido. La movilidad de la cadera es muy dolorosa. El diagnóstico radiográfico se hace con las proyecciones AP y axial. La proyección AP nos muestra el nivel del trazo de fractura y el

desplazamiento y la proyección axial el grado de conminución posterior.

### **Tratamiento**

La clasificación de Vértiz (2003), tiene un valor pronóstico, en base al estado vascular de la cabeza femoral, pero en la práctica clínica no hay grandes diferencias entre las de tipo I y II -no desplazadas- y entre las de tipo III y IV –desplazadas-. Si se tratan estas fracturas conservando la cabeza femoral, en las no desplazadas la incidencia de pseudoartrosis es de un 5% y la necrosis cefálica de un 8%, mientras que en las desplazadas la incidencia de complicaciones es de un 10-30% de pseudoartrosis y de un 15-35% de necrosis cefálica.

Lovato Salas et. al. (2015), el tratamiento conservador queda limitado a pacientes de edad avanzada con escasa capacidad de deambulación previa, con graves enfermedades asociadas o deterioro mental importante. En estos casos el encamamiento debe evitarse y el tratamiento consistirá en sentar al paciente en una silla tanto tiempo como sea posible a lo largo del día, con apoyo de analgésicos.

El tratamiento debe ser quirúrgico siempre que sea posible, y permitir la pronta deambulaci3n, evitando complicaciones del encamamiento como 3lceras de dec3bito, pulm3n de estasis, descompensaciones cardiopulmonares y metab3licas, demencia senil etc.

V3rtiz (2003), se aconseja la intervenci3n quir3rgica urgente para evitar el deterioro del paciente por el encamamiento y disminuir el 3ndice de necrosis 3sea, no obstante, se ha demostrado que con cuidados m3dicos y de enfermer3a adecuados no hay marcadas diferencias de morbilidad y mortalidad entre la intervenci3n de urgencia y la demora de algunos d3as. Por lo contrario, si hay una relaci3n directa con el estado del paciente en el momento de la intervenci3n. Si la demora permite mejores condiciones del paciente, es aconsejable.

Guti3rrez (2012), en las fracturas no desplazadas, con el paciente en dec3bito supino en mesa ortop3dica, se comprueba mediante radioscopia que la fractura no se ha desplazado y se procede a su fijaci3n directa. El m3todo de osteos3ntesis m3s utilizado son los clavos con rosca distal, en n3mero de 3 a 4, de calibre menor de 5 mm, para no interferir la revascularizaci3n de la cabeza femoral.

La rosca, se limita a la cabeza femoral consiguiendo la compresión interfragmentaria.

Gutiérrez (2012), en las fracturas desplazadas la estrategia quirúrgica depende de la edad del paciente y de las posibilidades de una reducción estable. Cuanto más avanzada es la edad del paciente, más posibilidades de necrosis cefálica y más dificultades para conseguir una reducción estable, debido a la conminación con relación a la osteoporosis. En pacientes con edad biológica por encima de los 75 años el camino más seguro es la artroplastia de cadera.

Molinero (2013), la artroplastia parcial, sustituyendo solo la cabeza femoral plantea el problema que en el período de 5 a 7 años provocan una grave erosión del cartílago articular y protrusión dolorosa en el cotilo. La prótesis parcial sólo está indicada en pacientes en con perspectivas de vida por debajo de los 5 años e interesa una cirugía menos traumática; en el resto de los casos se recurre la prótesis total.

Molinero (2013), en pacientes menores de 75 años de edad biológica, con vida activa y buen estado general, se procederá a la

reducción en mesa ortopédica con la cadera en extensión y abducción, realizando tracción y rotación interna. Si tras estas maniobras se consigue una reducción completa y estable se procede a la osteosíntesis. Si la reducción es incompleta o inestable, en pacientes mayores de 65 años, o de vida sedentaria se recurre a la artroplastia total, en pacientes jóvenes y activos debe intentarse la reducción abierta con aportación de injerto óseo si fuese necesario.

En el momento actual, el buen resultado de la artroplastia total ha motivado que la edad que muchos cirujanos la emplean a partir de los 50 años sin la reducción es incompleta o inestable.

### **Complicaciones**

Medina (2008), \*Pseudoartrosis. Su incidencia apenas alcanza el 5% siempre que se realice reducción precoz anatómica y fijación firme con compresión interfragmentaria. El diagnóstico no ofrece dificultades. Hay dolor y claudicación a la marcha y la imagen radiográfica es típica de pseudoartrosis, aumento progresivo de la línea de fractura, por reabsorción de los bordes, y un refuerzo escleroso en la vecindad.

Medina (2008), Cuando la pseudoartrosis se asocia a una necrosis de cabeza femoral o el paciente tiene más de 65 años de edad debe practicarse una artroplastia total de sustitución, aunque muchos cirujanos rebajan esta edad hasta los 50 años, por razones antes expuestas.

Cuando se decide conservar la cabeza femoral, si no hay reabsorción de los fragmentos óseos se puede realizar una osteotomía valgizante que horizontaliza el foco de pseudoartrosis para que la carga provoque compresión interfragmentaria y facilite la consolidación. Si hay reabsorción ósea se debe aportar injerto.

Medina (2008), \*Necrosis de cabeza femoral. Con una estrategia quirúrgica adecuada, el índice de necrosis de cabeza femoral puede descender hasta un 15% cuando se tratan con fijación interna. Si la necrosis está limitada al polo superior, la osteotomía puede dar buenos resultados en jóvenes. En fases avanzadas, o en pacientes por encima de los 65 años, la artroplastia total es siempre la solución propuesta.

## **VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

### **Historia Clínica de Enfermería**

#### **Ficha de Identificación**

Paciente del sexo masculino que corresponde al nombre de J.B.R. con edad de 34 años con una talla de 1.70 metros, 75 kg de peso y fecha de nacimiento 2 de Julio de 1982. Estado civil casado, religión católica, escolaridad nivel medio superior. Es supervisor de ventas en la compañía Pepsi Cola. Procedencia: Morelia Michoacán. Fuente de información: directa.

#### **Exploración Física**

Paciente consciente, orientado, cooperador, con buena coloración de piel y tegumentos, mucosas húmedas, pupilas isocóricas y normoreflexivas; pabellones auriculares y cabello con adecuada implantación, fosas nasales permeables. Ruidos cardíacos rítmicos, normotenso, no hay presencia de soplos, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo blando y depresible, doloroso a la palpación media y profunda. Peristalsis disminuida, no hay presencia de datos de irritación peritoneal, genitales no explorados, extremidades torácicas y pélvicas íntegras, simétricas, con buen llenado capilar, edema moderado.

### **Antecedentes Heredo Familiares (AHF)**

Hermana con Diabetes Mellitus tipo 2, padre fallecido por muerte natural. Resto interrogados y negados.

### **Antecedentes Patológicos Personales (APP)**

Cursó con faringoamigdalitis en la niñez, rinitis alérgica, alérgico a las penicilinas, transfusión sanguínea en una ocasión, tabaquismo hace 3 años.

### **Antecedentes Personales No Patológicos (APNP)**

Habita en casa tipo rural de material y concreto, que cuenta con los servicios domiciliarios de agua, luz y drenaje. Hábitos higiénicos adecuados, baño diario hasta 2 veces por día, cambio de ropa diario, lavado de dientes diario 3 veces al día, generalmente por la mañana y noche, buena alimentación en cantidad y calidad, hacinamiento negativo, tabaquismo positivo, esquema de vacunación completo, hemotipo O+ y zoonosis positivo –perros-. Inicio de vida sexual activa a los 14 años.

### **Aparatos y Sistemas**

#### **Cabeza**

Cráneo normo céfalo, sin exostosis ni hundimientos, cabello cano bien implantado, ojos simétricos, pupilas isocóricas, normoreflexivas, conjuntiva sin alteraciones. Nariz piramidal,

central, narinas permeables, boca con lengua central, móvil, mucosa húmeda, oídos permeables, membranas timpánicas nacaradas.

### **Cuello**

Cilíndrico, simétrico, tráquea central, móvil, tiroides no palpable, no adenomegalias, pulso presente, no ingurgitación yugular.

### **Tórax**

Normolíneo de acuerdo a su constitución, movimientos respiratorios normales, amplexión y amplexación normales. Estertores de predominio en hemitorax derecho, claro pulmonar, mate en precordio sin alteraciones.

### **Abdomen**

Plano, blando, depresible, doloroso a la palpación media y profunda, peristalsis presente disminuida, no visceromegalias, mate en zona hepática sin alteraciones.

### **Genitales**

No explorados.

### **Extremidades**

Torácicas y pélvicas simétricas, miembros inferiores con fractura de fémur de lado derecho por accidente de tránsito, pulsos presentes con fuerza muscular disminuida en extremidad afectada.

## **Padecimiento Actual**

Paciente masculino de 34 años de edad que ingresa a una unidad médica por accidente de tránsito laboral con múltiples contusiones en áreas específicas del cuerpo no visibles y posible fractura de fémur de lado derecho, durante el transcurso de los días bajo observación del servicio de Traumatología, egresa de la unidad hospitalaria con diagnóstico médico post-operado de fractura de fémur derecho por osteosíntesis, el cual es dado de alta domiciliaria con estrecho seguimiento, tratamiento terapéutico y rehabilitatorio.

## **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

### **1.- Necesidad de Oxigenación.**

Presenta una respiración rápida sin datos de hiperventilación por deterioro musculoesquelético, campos pulmonares ventilados, con tos productiva sin expectoración y ausencia de dolor asociado al patrón respiratorio funcional. Fuma desde los 21 años de edad una cantidad de 4 a 6 cigarros al día. Acorde a la toma de signos vitales arroja una respiración de 28 respiraciones por minuto, tensión arterial 130/70 mmHg, y una frecuencia cardíaca de 96 latidos por

minuto. El estado de conciencia es normal, coloración de piel/lechos ungueales/peri bucal normales y circulación de retorno venoso consta de 3 segundos. Su casa carece de corrientes de aire, pero en general cuenta con buena ventilación.

## **2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación.**

Consume una dieta habitual rica en carnes como pollo 2/7, bistec 1/7, pescado 0/7, frutas y verduras diariamente manzana 5/7, fresas 3/7, plátano 5/7, chayote 2/7, papa 3/7, zanahoria 2/7, calabaza 2/7, en combinación con cada comida tres veces al día y sin trastorno digestivo aparente. Ingiere de 1 a 1.5 litros de agua 7/7, refresco 7/7, agua fresca de sabor 3/7. Refiere no ser alérgico a ninguna clase de comida, mastica normalmente y sin problemas de deglución. No realiza ningún patrón de ejercicio. La turgencia de piel es normal, membranas mucosas hidratadas. Uñas quebradizas y cabello normal con buena implantación. Encías y dientes normales. Presenta una cicatrización normal y con una cicatriz en la mano por cortadura de arma blanca.

## **3.- Necesidad de Eliminación.**

Durante la estancia hospitalaria presentó estreñimiento con leve dolor abdominal, uresis normal, aspecto amarillo claro sin olor

aparente; heces fecales duras, fétidas, color café oscuro, evacuando aproximadamente 2 veces por semana. Refiere no haber utilizado laxantes ni presentar o haber presentado hemorroides al gozar de plena salud. Menciona no influir sus emociones a la hora de la eliminación. Muestra un abdomen blando doloroso a la palpación, ligera distención con peristalsis disminuida; vejiga de acuerdo a la palpación normal.

#### **4.- Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura.**

Sin capacidad física cotidiana, en sus ratos libres acostumbra a leer, ayudarle a su esposa en la cocina y el quehacer de la casa. Hábitos de descanso acostumbra ver televisión; en hábitos de trabajo desarrolla la supervisión de ventas dentro de la compañía Pepsi. El sistema músculo esquelético y fuerza está afectada debido a cirugía para corregir fractura de fémur derecho expuesta y contusiones en diferentes partes del cuerpo, tiene una capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad disminuida con postura curva. Necesita ayuda para moverse de la cama y al posicionarse debido al evento fisiopatológico que presentó y refiere sentir dolor en ciertas posiciones anatómicas, no muestra temblores y su estado emocional es normal.

#### **5.- Necesidad de Descanso y Sueño.**

Refiere un horario de descanso aproximado de 02:00 a.m. a 7:00 a.m., con un horario de sueño ocasionalmente de 5 horas aproximadamente, en un estado de insomnio. Afirma sentirse cansado a la hora de levantarse. Dentro de su estado mental es nervioso, eufórico, muestra estrés y su lenguaje oral es normal. Presenta ojeras, sin bostezo y concentración regular. No refiere cefalea con respuesta a estímulos normales.

#### **6.- Necesidad de Uso de Prendas de Vestir Adecuadas.**

El paciente refiere que su autoestima es normal, no influyendo su estado emocional al elegir las prendas, en su modo de vestir y sus creencias no le impiden vestirse como a él le gusta. La ropa la elige por sí mismo. Viste de acuerdo a su edad y su capacidad psicomotora es normal al vestirse y desvestirse. Presentando un vestuario completo, limpio y adecuado al clima.

#### **7.- Necesidad de Termorregulación.**

Refiere tener una adaptabilidad a los cambios de temperatura normal, no realiza ejercicio y el tipo de clima que le es agradable es el frío. Sus características de piel, transpiración y condiciones de entorno físico son normales. En sus signos vitales, dentro de la

temperatura marca un parámetro de 37.1°C, normotérmico sin periodos febriles.

#### **8.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.**

Su frecuencia de aseo es diaria y acostumbra bañarse por las mañanas y tardes al llegar de trabajar. Se lava dos veces al día los dientes; generalmente después de consumir los alimentos. Se lava las manos antes y después de comer y de ir al baño. No tiene creencias personales o religiosas que lo limiten a sus hábitos higiénicos. En aspecto general y olor corporal es normal, no hay presencia de halitosis y su estado del cuero cabelludo es normal. No hay rasgos de lesiones dérmicas.

#### **9.- Necesidad de Evitar Peligros.**

Los miembros que componen su familia de pertenencia son su esposa y sus hijos, ante una situación de urgencia reacciona alteradamente y nervioso; si conoce las medidas de prevención de accidentes tanto en el trabajo como en el hogar. Realiza controles periódicos de su salud y trata de mantener la calma ante las situaciones de tensión en su vida; manifiesta deseos de mejorar el conocimiento sobre las medidas para evitar peligros en su hogar y trabajo. No presenta deformidades congénitas.

### **10.- Necesidad de Comunicación.**

Estado civil casado, con 6 años de relación y vive con su esposa e hijos. No presenta tensión y estrés por padecimiento actual con recuperación temprana, sus familiares son socialmente activos. Afirma que puede contar con la ayuda de familiares o amigos ante cualquier situación. Su rol en la estructura familiar es el padre. Mantiene una buena comunicación con su familia y su tiempo solo es durante el trabajo. Su comunicación es normal, regularmente confusa. Tiene dificultad de visión haciendo uso de lentes aéreas para mejorarla y su audición es normal. La comunicación verbal en general es buena y clara.

### **11.- Necesidad de Vivir Según sus Creencias y Valores.**

Profesa la religión católica y no le genera conflictos personales. Algunos de los valores principales en su familia son la honestidad, el amor, la responsabilidad, la comunicación, la solidaridad, etc. Sus principales valores como persona son la responsabilidad, el amor y la honestidad. Exhibe una forma de pensar congruente con su forma de vivir. Muestra hábitos específicos de vestir normales de acuerdo a su grupo social religioso. Dentro de su religión si se

permite el contacto físico y no tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias.

### **12.- Necesidad de Trabajar y Realizarse.**

Cuenta con un trabajo estable con función en supervisor de ventas en la empresa Pepsi Cola, e implica los riesgos de accidentes por caídas, accidentes de tránsito o contusiones. Su tiempo de trabajo regularmente es de 8 hrs y afirma estar satisfecho con su labor. Manifiesta que su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o de familia. Dice estar satisfecho con el rol familiar que juega. Su estado emocional es regularmente eufórico, ansioso y nervioso.

### **13.- Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas.**

Las actividades recreativas que realiza en tiempo libre son salir con su familia. Manifiesta que las situaciones de estrés no influyen en la satisfacción de su necesidad de recreación. Dentro del área donde habita no existen recursos para la recreación, por lo tanto refiere no haber participado en alguna actividad lúdica o recreativa. Integridad del sistema neuromuscular normal sin

rechazo a las actividades recreativas. Estado de ánimo participativo.

#### **14.- Necesidad de Aprendizaje.**

Escolaridad nivel medio superior terminado, sin problemas de aprendizaje aparente. Menciona conocer las fuentes de apoyo para el aprendizaje dentro de su comunidad, pero desconoce cómo utilizarlas. Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud. Sistema nervioso normal, órganos de los sentidos anatómicamente normales. Presenta memoria reciente, y memoria remota normal.

***JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES AFECTADAS DE ACUERDO A  
LA PIRÁMIDE DE ABRAHAM MASLOW Y DATOS CARACTERÍSTICOS  
CON GRADO DE DEPENDENCIA***

<b>Necesidad Afectada</b>	<b>Datos Característicos</b>	<b>Grado de Dependencia</b>
<b>Oxigenación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fumador activo.</li> <li>✓ Tos productiva intermitente.</li> <li>✓ Taquipnea.</li> </ul>	Dependencia parcial.
<b>Eliminación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estreñimiento.</li> <li>✓ Peristalsis disminuida.</li> <li>✓ Distensión abdominal.</li> </ul>	Dependencia parcial.
<b>Moverse y mantener una postura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Osteosíntesis por Fractura de fémur expuesta.</li> <li>✓ Limitación al movimiento.</li> </ul>	Dependencia total.

Nota: Diseño propio, basado en el manual de *Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2015-2017* (NANDA, 2016)

## **DIAGNÓSTICOS Y PLANEACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

**1. Patrón Respiratorio Ineficaz (00032)** relacionado con cambios en la ventilación-perfusión por tabaquismo activo y afección musculoesquelética, manifestado por taquipnea y tos intermitente sin expectoración.

Dominio 4: Actividad/Reposo, Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonares, Pagina: 229 (Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2015-2017, NANDA Internacional)

### **OBJETIVOS**

#### **GENERAL**

Mejorar el patrón respiratorio del paciente mediante acciones que le permitan un mejor intercambio de gases en la respuesta ventilación perfusión.

#### **Específicos**

- Reducir el consumo de tabaco para favorecer el flujo aéreo ventilatorio durante seis semanas.

- Aumentar el flujo de aire inspirado y espirado para la mejor ventilación durante dos semanas.
- Realizar actividad física dentro y fuera de cama para aumentar la cantidad de aire inspirado por treinta minutos durante un mes.

*Planeación de Intervenciones de Enfermería en el Cuidado*

<b>Intervenciones de Enfermería</b>	<b>Fundamentación de los Cuidados</b>	<b>Evaluación de los Cuidados</b>
<p>-Ejercicios respiratorios con sifón, globo, inflando el globo para mejorar su esfuerzo.</p> <p>-Enseñar a respirar normalmente, inhalando por la nariz, manteniendo diez segundos y exhalar por la boca.</p>	<p>Ayudan a mantener la capacidad pulmonar y la musculatura en general. Es muy importante aprender a respirar bien, ya que una buena respiración retrasa la sensación de fatiga durante la actividad física.</p> <p>(Gerard J. Tortora, 2009)</p>	<p>El usuario aprendió a respirar de manera correcta usando a la vez sus ejercicios respiratorios planeados con previa capacitación a través de imágenes con texto.</p>
<p>-Movilización física relativa por</p>	<p>Cada vez que realizamos una</p>	<p>La movilización física y</p>

<p>medio de ambulación con muletas por el pasillo.</p>	<p>actividad que demanda energía, aumenta de manera directa el consumo de oxígeno y la producción de dióxido de carbono. (Servicio de Fisioterapia Hospital de Esclerosis Múltiple Teodora Lamadrid, 21-23. Barcelona.)</p>	<p>desplazamiento se ha realizado frecuentemente, mejorando su flujo de aire inhalado y expirado una vez capacitado con imágenes.</p>
<p>-Mantener vías aéreas permeables con ejercicios de fisioterapia pulmonar en la espalda en caso de manifestar tos con secreciones. -Nebulizaciones simples con 3 ml de solución fisiológica cada 24 horas, las cuales se aplican a las 22 horas.</p>	<p>Una vía respiratoria permeable es una que está abierta y clara, donde el paciente es capaz de inhalar oxígeno y exhalar dióxido de carbono. El vapor de solución salina es aspirado por el paciente hacia el pulmón para que el paciente pueda expulsar las flemas ya humidificadas al toser. (Flores, 2005)</p>	<p>Las nebulizaciones simples no se realizaron con frecuencia debido a la incomodidad del usuario, pero se mantuvieron las vías permeables por ejercicios de respiración con intervalos de descanso a la auscultación con estetoscopio.</p>

<p>-Uso de antitusígenos en caso de tos recurrente durante el turno, Troferit tabletas, tomando una tableta vía oral cada 8 horas en caso de tos seca irritativa sin expectoración.</p>	<p>Un antitusígeno o antitusivo es un fármaco empleado para tratar la tos seca irritativa, no productiva. (Gilman, 2007)</p>	<p>El usuario uso el antitusígeno pero no como tratamiento establecido, caso de necesidad, disminuyendo la presencia de tos.</p>
---	--	--

Nota: Diseño propio, basado en el manual de *Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2015-2017* (NANDA, 2016)

## 2.- Motilidad Gastrointestinal Disfuncional (00196)

relacionado con tránsito de colon lento por trastorno de la movilidad, manifestado por dificultad para defecar, distensión abdominal y peristalsis disminuida.

Dominio 3: Eliminación e intercambio, Clase 2: Función gastrointestinal, Pagina: 202 (Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2015-2017, NANDA Internacional)

## OBJETIVOS

### General

Reestablecer el funcionamiento del movimiento gastrointestinal en el paciente mediante actividades que le permitan mejorar la eliminación de heces fecales.

### Específicos

- Incrementar la movilidad física para el mejoramiento del movimiento intestinal durante cuatro semanas.
- Aumentar la ingesta de fibra en la alimentación para el ablandamiento de las heces fecales durante doce semanas.
- Elevar la ingesta de líquidos en la dieta para el ablandamiento en las heces durante doce semanas.

### *Planeación de Intervenciones de Enfermería en el Cuidado*

<b>Intervenciones de Enfermería</b>	<b>Fundamentación de los Cuidados</b>	<b>Evaluación de los Cuidados</b>
-Dieta blanda rica en fibra, pan de linaza 3 veces por semana, germen de trigo 2 veces por semana, puré de manzana sin azúcar 2 veces por semana,	Ayuda a la formación de masa fecal de consistencia suave, resiste la digestión y absorción en el intestino delgado y experimenta una fermentación parcial o total en el intestino grueso. (Peralta, 2012)	Al adaptarse en sus comidas, logro mantener el mayor tiempo posible una dieta blanda con alta ingesta de fibra mejorando el ablandamiento de heces y defecación sin esfuerzo.

<p>agua de papaya 4 veces por semana.</p>		
<p>-Aumento en la ingesta de líquidos. De 500 ml al día a 1500 a 2000 ml al día durante su estancia enseñando la jarra del buen beber.</p>	<p>El líquido ayuda a mantener la materia fecal suave y de fácil tránsito intestinal. Por ello, es importante la ingesta de líquidos suficientes. (Peralta, 2012)</p>	<p>Dentro de la dieta, el usuario no olvido mantener la ingesta de líquidos, prefiriendo el agua natural tomando de 1.5 a 2 litros de agua de acuerdo a la jarra del buen beber.</p>
<p>-Vigilar datos de distensión abdominal. Con la medición de cinta métrica para verificar que el perímetro no aumente una vez por turno o si se nota aumento en el abdomen.</p>	<p>La interpretación de los signos y síntomas de origen abdominal es difícil, ya que requiere de conocimientos sólidos y experiencia por parte del personal de atención. Todo dolor abdominal amerita buena Historia Clínica y adecuada exploración. La evolución del dolor es un dato importante y por ello deben evitarse los analgésicos y antibióticos antes de establecer la conducta que se debe seguir. (Bello, 2006)</p>	<p>Durante el proceso del mejoramiento de esta necesidad, no hubo datos de molestia intestinal, haciendo efectivo su tránsito gástrico de acuerdo a la educación para la salud brindada.</p>

Nota: Diseño propio, basado en el manual de *Diagnósticos*

(NANDA, 2016)

**3.- Deterioro de la movilidad física (00085)** relacionado con trastorno músculo esquelético manifestado por limitación en la amplitud de movimientos y dolor a cambio de postura.

Dominio 4: Actividad/reposo, Clase 2: Actividad/ejercicio, Pagina: 129 (Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2015-2017, NANDA Internacional)

### **Objetivos**

#### **General**

Adquirir la máxima recuperación musculoesquelética funcional posible del miembro inferior derecho en el paciente mediante condiciones que faciliten los procesos biológicos normales en una posición adecuada de los fragmentos fracturados.

#### **Específicos**

- Incrementar la posición terapéutica y alineación corporal del miembro derecho correctas para fomentar la realización de ejercicios activos durante dos semanas.

- Iniciar cambios posturales que favorezcan el movimiento para incrementar la amplitud de traslado apoyado del miembro afectado durante dos semanas.

*Planeación de Intervenciones de Enfermería en el Cuidado*

<b>Intervenciones de Enfermería</b>	<b>Fundamentación de los Cuidados</b>	<b>Evaluación de los Cuidados</b>
<p>-Uso de bastón o muletas para la deambulación relativa en superficies planas con previas instrucciones de cómo usarla, utilizando el manual de uso.</p> <p>-Métodos de apoyo al alcance del paciente como barras en las rampas y barandales en las orillas para mayor apoyo.</p>	<p>El bastón o muleta siempre debe colocarse en el lado contrario a la pierna lesionada. El uso del bastón o muleta no tiene como objetivo anular o sustituir a la pierna dañada, pretende servir de apoyo y disminuir la carga en la extremidad lesionada. (Frontera &amp; DeLisa, 2010)</p>	<p>El usuario logró adaptarse al uso de las muletas para ampliar su movimiento y uso de métodos de apoyo a su para mejorar su postura y desplazamiento mediante el uso de imágenes y videos.</p>
<p>-Vigilar llenado capilar de miembro pélvico derecho y características de la piel.</p> <p>Mantener la herida</p>	<p>Es una prueba rápida que se realiza sobre los lechos ungueales para vigilar la deshidratación y la cantidad de flujo</p>	<p>A la deambulación se vigiló la integridad cutánea y ósea del miembro</p>

<p>quirúrgica libre de humedad, usando una bolsa plástica en todo el miembro para cubrirla y evitar que se filtre el agua, al igual que el secado con gasas después del baño para asegurar que no existe humedad.</p>	<p>sanguíneo al tejido. La humedad en heridas favorece el desarrollo de microorganismos patógenos. (S. de Castro del Pozo, 2006)</p>	<p>afectado, con un llenado capilar de 2-3 segundos, manteniendo libre de humedad y eliminando los factores de riesgo dando educación para la salud a través de trípticos y rota folios.</p>
<p>♠ Analgesicoterapia en caso de referir dolor, con lapsos mínimos de 8 horas Ketorolaco 30 mg por vía intravenosa por tres días.</p>	<p>Un analgésico es un medicamento que calma o elimina el dolor, reduce o alivian los dolores musculares, artríticos o muchos otros ataques y dolores. (Gilman, 2007)</p>	<p>Se administraron analgésicos por razón necesaria, informado sobre efectos adversos, del uso de analgésicos. Se manejó con espacios de descanso al movimiento.</p>

Nota: Diseño propio, basado en el manual de *Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2015-2017* (NANDA, 2016)

## **VII. EVALUACIÓN GENERAL DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

La valoración de enfermería de acuerdo a la teórica estipulada se realizó sin ningún inconveniente al momento de recogida de datos, haciendo uso de técnicas mediante la observación, entrevista, dialogo, historia clínica y exámenes complementarios.

Posterior a ello, se hizo un juicio identificando aquellas necesidades afectadas secundarias a la principal, siendo la de movimiento y postura debido a la fractura presente, diagnosticando acorde al cuadro clínico manifestado, objetivando y realizando un plan de cuidados estipulando aquellas intervenciones para cada afección que logran retornar a su estado de salud al paciente sin complicación alguna.

De acuerdo a la planeación y ejecución de las intervenciones, se realizó un 95% debido a todos aquellos factores y contratiempos que intervinieron para no ejecutarlas al 100%.

El paciente fue valorado y revisado constantemente durante seis meses, donde se logró percibir la evolución que este tuvo mediante el cuidado de enfermería que se le proporciono. Logramos mantener su estado patológico normal aumentando las

posibilidades de recuperación e interviniendo en aquellos datos clínicos que intervenían para su pronta recuperación.

Al término de cada jornada diaria y falta de interacción de tiempo completo con el usuario, se dejaron recomendaciones y aclaraciones sobre ciertas actividades que debía seguir realizando para no recaer, manifestando una gran satisfacción a la aplicación del proceso enfermero debido a que expresaba ir recuperando su vida y salud poco a poco, de acuerdo a su estado físico e interés por aprender cada cuidado para ejecutarlo y saber sobre llevar su padecimiento en mejoría.

Se debe recalcar que fue una experiencia satisfactoria del proceso de atención de enfermería realizado, ya que como todo acontecimiento, hubo cosas fáciles y difíciles de aplicar, pero lo más importante, siendo la salud del paciente y su recuperación biopsicosocial el elemento fundamental de este proyecto de atención en enfermería, aumentando el retorno de la salud física del paciente mediante el cuidado proporcionado durante el trayecto de tiempo que se trabajó con el mismo.

Los objetivos fueron cumplidos en su totalidad, obteniendo un grado de dependencia parcial, aprendiendo a llevar a cabo su autocuidado en sus necesidades básicas como persona, sin requerir apoyo en la mayoría de sus actividades comunes mientras recupera su total movilidad y desplazamiento dependiente, manteniéndose en rehabilitación constante de acuerdo a su manejo médico terapéutico para su pronta recuperación.

## VIII. CONCLUSIONES

El Proceso de Atención a Enfermería es en la actualidad el pilar fundamental dentro de nuestro campo de acción, y si no se sabe manejar como tal es muy difícil que nosotros como personal enfermero sepamos valorar, diagnosticar y aplicar un plan de cuidados de acuerdo a la afección del paciente para su pronta recuperación y afrontamiento a su estado de salud actual.

Para ello, nosotros como profesionales de enfermería debemos estar capacitados teórico-práctico en todos los aspectos y ramas del área biomédica para saber manejar cada padecimiento que se manifieste, tal cual fue mi caso de un paciente perteneciente al servicio de Traumatología, que requirió el manejo del plan de atención enfermero para aumentar su pronta recuperación, debido a que el medico solo está basado en sanar la enfermedad, pero nosotros en actuar ante las respuestas humanas.

Espero que al paciente a quien agradezco por permitirme trabajar con él, le sirva en un futuro todos los conocimientos e información proporcionada para que este más consciente de cómo debe enfrentarse a la vida, sin aquellos miedos que puedan ponerlo en peligro y sobrepasando los retos que se le presenten; si el logro

comprender esto, será una persona que valore más su salud en cuanto a su estilo y forma de vida, reduciendo todos los riesgos que puedan implicar un daño a su salud en todas las esferas que lo conforman.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amutio Kareaga, A. (2004). Afrontamiento del estrés en las organizaciones: un programa de manejo a nivel individual/grupal. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 77-93.
2. Bello, N. L. (2006). *Fundamentos dde Enfermería Parte II*. La Habana: Ciencias Médicas.
3. Berman, A. (2005). *Fundamentos de Enfermería*. España: Mc Graw Hill Interamericana.
4. D'Amato, R. J. (2012). Fracturas del Fémur Proximal. *Medigraphic*, 157-164.
5. Fernández Ferrín, C. L. (2005). *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barcelona: Elsevier-Masson.
6. Firpo, C. (2010). *Manual de Ortopedia y Traumatología*. Buenos Aires Argentina : Drunken .
7. Flores, J. (2005). *Farmacología Humana*. España: Masson S.A.
8. Frontera, W. R., & DeLisa, J. A. (2010). *Medicina Física y Rehabilitación*. Lippincott Williams & Wilkins.

9. Fryda Medina Rodríguez, G. G. (2008). Manejo de las lesiones inestables de la pelvis con fijadores externos para el control de daños. *Medigraphic*, 258.
10. García González, M. d. (2004). *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería*. México: El Progreso.
11. Gerard J. Tortora, B. D. (2009). *Principios de Anatomía y Fisiología*. México: Panamericana.
12. Gilman, G. y. (2007). *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*. México: Mc Graw Hill .
13. Gutiérrez, R. P. (2012). Clasificación de las Fracturas de la Cadera. *Medigraphic*, 140-149.
14. Kozier, B. (2013). *Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Procesos y Práctica*. España: Pearson.
15. Laplanche, J. &.B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
16. Lovato Salas F, L.-P. D.-R.-L. (2015). Prevalencia de fracturas de cadera, fémur y rodilla en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes" del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Medigraphic*, 13-20.

17. Martínez, F. T. (2013). Enfermería: del Arte a la Ciencia o de la Ciencia al Arte. *Medigraphic*, 95-97.
18. Mcrae, R. (2013). *Ortopedia y fracturas: Exploración y Tratamiento*. Madrid: Marban Libros .
19. Molinero, A. R. (2013). Caidas en la Población Anciana Española: Incidencia, Consecuencias y Factores de Riesgo. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*, 274-280.
20. Nájera, R. M. (2007). La Enfermería como Cinecia y Arte. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol 4. , 3-4*.
21. NANDA. (2016). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación*. Barcelona: Elsevier.
22. Peralta, C. A. (2012). *Fisiología de la Nutrición*. México: Mc Graw Hill.
23. S. de Castro del Pozo, J. L. (2006). *Manual de Patologia General*. España: Elsevier.
24. Suzanne Kerouac, e. a. (2007). *El Pensamiento Enfermero*. Ámsterdam: Elsevier .
25. Urra, E. (2009). Avances de la Ciencia de Enfermería. *Scielo*, 9-18.

26. Vallejo, J. C. (2010). *Proceso Enfermero desde el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. España: Jaen.
27. Vértiz, J. A. (2003). *Compendio de Traumatología y Ortopedia*. Argentina: Atlante.

## **X. ANEXOS**

### **Pato del Buen Comer**

El Plato del buen comer, establecido en la NOM-043. Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en materia alimentaria para brindar orientación y ofrecer opciones prácticas para integrar una dieta correcta, adecuada a su cultura, costumbres, necesidades y posibilidades, es un esquema en la alimentación para la promoción y educación de la salud en materia alimentaria, la cual da los criterios para la orientación nutricional. Debido a que las altas estadísticas de obesidad, sobrepeso y desnutrición en México muestran una tendencia cada vez mayor al desarrollo de estos problemas médicos en todas las etapas de la vida de muchas personas, diferentes instituciones privadas y regiones el comité de salud, se reunieron en un comité para discutir y proponer consensos en materia de orientación alimentaria a nivel nacional. Este es de origen Argentino, aunque fue creado por los mexicanos y desarrollado en el Distrito Federal, ahora Ciudad de México, en el 2013 por la Secretaría de Salud.

### **Jarra del Buen Beber**

El Departamento de Nutrición de los Servicios de Salud de Durango, preocupados por una mejor nutrición de la población, tiene contemplados varios programas, uno de ellos es el de la jarra del buen beber. Es como el plato del bien comer, en ella están las recomendaciones de las cosas que deben beber para llevar una alimentación saludable.

La hidratación depende no solo de cuanto líquido consumimos, si no de la calidad del líquido, por ejemplo, tomar cinco vasos de refresco diario, no hace bien a nuestro cuerpo, mientras que tomar cinco vasos de agua, ayuda mucho al cuerpo y sirve para el buen funcionamiento del organismo.

La jarra del buen beber se divide en 6 niveles. Cada nivel representa la proporción de cuanto se debe tomar de cada líquido.

- Nivel 1: Agua natural, tomar mucha, recomendado máximo 6 a 8 vasos diarios.
- Nivel 2: Leche semi-descremada, recomendado máximo 2 vasos.
- Nivel 3: Té y café sin azúcar, recomendado máximo 4 vasos.
- Nivel 4: Bebidas no calóricas recomendado máximo 2 vasos.

- Nivel 5: Jugo de fruta natural, leche entera, bebidas deportivas, recomendado máximo  $\frac{1}{2}$  vaso.
- Nivel 6: Refrescos, concentrados de jugos y otras, nunca deben de consumirse estas bebidas porque son muy dañinas para el cuerpo, no nutren, recomendado cero vasos.

