

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CRUZ ROJA MEXICANA**

**DELEGACIÓN DE SAN LUIS POTOSÍ**

**CLAVE DE INCORPORACIÓN 8715/12**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**APLICADO A UN ADULTO MAYOR CON FRACTURA DE CADERA  
CON BASE EN LA VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES  
DE MARJORY GORDON**

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

**PRESENTA**

**LILIANA TOVAR HERNANDEZ**

**No. Cuenta:**

**412509429**

**Asesora**

**Dra. Sandra M. Sotomayor Sánchez.**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA UNAM**

San Luis Potosí, Septiembre 2019.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

# Agradecimiento

A mis padres, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de su superación y entrega, aun sin importar la situación, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y por el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta la final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mi asesora de trabajo que ha estado en todo este largo camino y que sin ella esto no se hubiera logrado, mis hermanos, cuñadas, compañeros y amigos.

Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y anhelo de triunfo en la vida.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos más difíciles, aun cuando por un momento mi sueño se detuvo sé que en su momento los defraudé y perdí las esperanzas, pero hoy estuvieron para seguir mi camino.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo sincero e incondicional.

¡GRACIAS!!

# Contenido

<b>I.- INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>II.- JUSTIFICACIÓN</b>	<b>8</b>
<b>III.- OBJETIVO GENERAL</b>	<b>9</b>
<b>IV.- MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
4.1. La enfermería como ciencia	9
4.2- El Cuidado Como Objeto de Estudio	10
4.2.1- Concepto de Cuidado	11
4.2.2--Antecedentes del Cuidado	12
4.2.3- Tipos de Cuidado	13
4.3 La teoría de la enfermería	14
4.3.1-- Concepto y Objetivos	14
4.3.2-- Ventajas de Utilizar la Teoría	16
4.3.3-- Clasificación de la Teoría de Enfermería	16
1- FLORENCE NIGHTINGALE. "TEORIA DEL ENTORNO"	17
2- MARTHA ROGERS "MODELO DE LOS PROCESOS VITALES"	18
3- DOROTHEA OREM. "TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA".	19
4- SOR CALLISTA ROY. "MODELO DE ADAPTACIÓN"	20
5- DOROTY JOHNSON. "MODELO DE SISTEMAS CONDUCTUALES".	20
6- HILDEGARD PEPLAU. "MODELO DE RELACIONES INTERPERSONALES"	20
7- VIRGINIA HENDERSON. "DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA"	21
8- LYDIA HAL	22
9- IMONEGE KING. "TEORÍA DEL LOGRO DE METAS".	22

<b>10- BETTY NEUWMAN “MODELO DE SISTEMAS”</b>	<b>23</b>
<b>4.3.4. Patrones Funcionales de Marjory Gordon</b>	<b>23</b>
a. Percepción de la salud	24
b. Nutrición y metabolismo	24
c. Eliminación	25
d. Actividad y ejercicio	25
e. Sueño y descanso	25
f. Cognición y percepción	25
g. Autopercepción y auto-concepto	26
h. Rol y relaciones	26
i. Sexualidad y reproducción	26
j. Tolerancia al estrés	26
k. Valores y creencias	26
<b>4.4 Proceso de Atención de Enfermería (PAE)</b>	<b>27</b>
4.4.1 Concepto y Objetivo	27
4.4.2 Antecedentes	27
4.4.3 Ventajas	28
4.4.4 Características	29
4.4.5 Descripción de Etapas del PAE	30
4. 5. 1 Enfermedades crónicas degenerativas del adulto mayor.	34
4.5.2 FRACTURA DE CADERA	36
<b>V. DESARROLLO DE LA APLICACIÓN DE LAS ETAPAS DEL PAE A UNA PERSONA CON FRACTURAS DE CADERA.</b>	<b>39</b>
<b>5.1 Presentación del caso.</b>	<b>39</b>
<b>5.2 Valoración por patrones funcionales</b>	<b>40</b>
I. Percepción manejo de la salud.	40
II. Eliminación	41
III. Actividad ejercicio.	41
IV. Reposo / Reposo	41
V. Cognitivo / Perceptual	42
VI. Autopercepción / Auto concepto	42
VII. Rol / Relaciones	42
VIII. Sexualidad / Reproducción	42
IX. Tolerancia / Afrontamiento al estrés	42
X. Valores / Creencias	43
<b>5.2.1 Desarrollo de Diagnostico, planeación, ejecución y evaluación</b>	<b>44</b>
<b>5.2.2. Plan de alta</b>	<b>57</b>
a. Medicamentos:	58
b. Manejo del estrés	59

c. Signos y síntomas de alarma	60
d. Manejo dietético	60
<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>61</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>62</b>

## **I.- Introducción**

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), como método propio del quehacer de la enfermera, cada día cobra mayor relevancia para la formación integral del personal de la disciplina en las instituciones de salud, ya que se reconoce que al utilizarlo permite el desarrollo del trabajo profesional integral en cualquier ámbito de atención y por lo tanto ver la calidad de la prestación del cuidado de enfermería.

El propósito de utilizar el PAE es ante todo lograr el bienestar del paciente atendiendo a las necesidades de un sujeto que se enfrenta a un estado de enfermedad de forma organizada y flexible. El PAE se fundamenta en distintos componentes teóricos, como son el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon retomando el modelo de necesidades humanas de Maslow empleando el sistema de jerarquización de problemas derivado de la valoración.

El objetivo de este PAE es centrarnos en los problemas de fracturas de cadera en el adulto mayor, Podemos definir caída, como la acción de moverse de arriba abajo por la acción de su propio peso y en el caso del adulto a aquellas personas mayores de 65 años en el cual el abordaje del siguiente PAE, hablamos de paciente con una fractura de cadera, El riesgo de fractura de cadera aumenta con la edad, Durante las últimas décadas hemos contemplado como se ha incrementado la población adulto mayor. La organización mundial de la salud (OMS) ha estimado que para el año 2050 un total de 6 millones de fracturas de cadera ocurrirán en el mundo entero por año, teniendo como consecuencia es una lesión grave, con complicaciones que pueden poner en riesgo la vida, y como principal complicación las fracturas son

factores importantes en el aumento de la morbi-mortalidad en el adulto mayor y por ello son objeto de estudio.

El presente (PAE) va dirigido hacia el adulto mayor, así pues el progresivo envejecimiento poblacional favorece el aumento de la incidencia de fracturas de cadera considerándose estas una de las lesiones más frecuentes y potencialmente devastadoras en las personas mayores de 65 años, además, para las personas ancianas sufrir una fracturas de cadera puede suponerle un punto de inflexión que marcara completamente la evolución de su salud a partir de ese momento, siendo este tipo de fractura unas de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad.

La fractura de cadera en el paciente adulto mayor es una eventualidad que resulta devastadora en la mayoría de los casos. Ya que afecta, profundamente el equilibrio físico, mental, funcional y social que antes prevalecía, más allá de la lesión ortopédica. Así es como este plan de cuidados está enfocado a presentar los principales diagnósticos de enfermería, e intervenciones para el paciente adulto mayor, con fractura de cadera.



## II.- Justificación

El proceso de atención de enfermería (PAE) es la aplicación del método lógico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.

En enfermería, en mayor o menor medida, está establecido, que para llevar a cabo aquellas funciones que nos son propias, es necesario ordenar y estructurar las actividades que hacen posible el análisis y solución de las situaciones en las que intervenimos, lo cual es posible mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) el cual constituye una herramienta para organizar el trabajo de enfermería, lo que implica una determinada manera de proceder que nos es propia, está constituido por una serie de pasos o etapas, íntimamente interrelacionadas.

Se considera el proceso de atención de enfermería como la base del ejercicio de la profesión de enfermería ya que es un método a través del cual se aplican los conocimientos teóricos tecnológicos a la práctica profesional.

Cabe señalar que la práctica de los cuidados ha ido cambiando a lo largo de la historia; ha pasado de ser considerado como un arte, a desarrollar un marco conceptual propio. Los cuidados de enfermería han tenido un importante desarrollo en los últimos años con el establecimiento de procedimientos, protocolos y planes de cuidado.

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

### **III.- Objetivo General**

Aplicar un Proceso Atención de Enfermería a un adulto mayor con fractura de cadera bajo el enfoque de valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon con el propósito de brindar un cuidado de calidad

#### Objetivos Específico

- Realizar valoración de los 11 patrones funcionales a la persona.
- Determinar diagnósticos de Enfermería.
- Elaborar un plan de cuidados.
- Lleva a cabo la evaluación del plan y ejecución del cuidado y de todo el proceso

### **IV.- Marco teórico**

#### **4.1. La enfermería como ciencia:**

El término "ciencia" rara vez se usó en la literatura de enfermería antes de 1950. Sin embargo, a partir de esa fecha ha habido un énfasis progresivo, o más bien urgencia por el desarrollo del cuerpo de conocimientos específicos de enfermería. Parece existir consenso general sobre la necesidad crítica de generar conocimiento acerca del mundo empírico, el cual es sistemáticamente organizado en leyes generales y teorías que describen, predicen y prescriben sobre los fenómenos relacionados con la disciplina de enfermería. El desarrollo teórico y los esfuerzos investigativos están dirigidos a la generación de explicaciones sistemáticas y controladas, en las cuales las evidencias fácticas figuran en primer lugar para la organización y clasificación del conocimiento. (Juan Reyes Luna, 2007)

Lo que parece importante, por lo menos en el estado de desarrollo de la ciencia de enfermería, es que las estructuras paradigmáticas y teóricas presentan una nueva perspectiva para la consideración de los fenómenos relacionados con el dominio de la disciplina, y que aspectos tan importantes como el bienestar, la salud, la evolución de los procesos de vida y otros se han legitimado, ya que permiten que la salud y el bienestar sean entendidos como algo dinámico, contextualizado y circunstancial, y se aceptan como elementos de estudio inherentes a la enfermería. Este cambio de preguntas o interrogantes que previamente habrían sido imposibles de sugerir, hoy día forman parte necesaria de la indagación disciplinaria (Paz, 2004).

Es natural que la ciencia de enfermería presente en su desarrollo teórico gran afinidad con la tradición empírica de las ciencias naturales. Sin embargo, la noción de lo que constituye el legítimo desarrollo de la ciencia de enfermería se ha ensanchado para incluir la evidencia derivada de la especulación a través de las formas inductivas y su generación consecuente de hipótesis de trabajo, tales como la descripción fenomenológica, la propuesta múltiple de la teoría fundamentada, la comprensión cultural de la etnografía y la hermenéutica y la historiografía. Este cambio se refleja en la transición de un vocabulario observable hacia uno en el que los términos tienden a proponer significados diferentes y se definen dentro de un contexto correspondiente a la teoría explicativa. (Carolina, 2010)

#### **4.2- El Cuidado Como Objeto de Estudio**

Cuidar es el acto individual que uno se da a uno mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiere, temporal o definitivamente, ayuda para asumir sus necesidades vitales. (Callerie, 1993)

El cuidado comprende aspectos efectivos, relativos a la actitud y compromiso, tal como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados, así también la identificación del significado de cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que se persigue. Por lo tanto, la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el “que” del cuidado y el “como” de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurre a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la organización de los recursos y la evolución de la calidad de las intervenciones. Desde la perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

#### **4.2.1- Concepto de Cuidado**

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. (Rodriguez P. A., 2009)

Cuidar es primero y ante todo un acto de vida, en el sentido que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzcan. Al cuidar, no se puede eludir la pregunta ¿Qué vida se continua? ¿A qué precio? ¿Porque razón de existe?

El cuidado implica el reconocimiento de las necesidades del otro, a una relación, un vínculo que puede incluir o no aspectos efectivos, pero que siempre busca proporcionar bienestar. La tarea de cuidado una al cuidador con la persona que requiere cuidado en aspectos que tiene que ver con las acciones relacionadas con su bienestar físico, mental y social en termino de poder y también en cuestiones que pueden relacionarse con los sentimientos, Cuidar es un acto de individual que uno se da a si mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad.

#### **4.2.2--Antecedentes del Cuidado**

Los cuidados representan todo este conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse, así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser, formando y manteniendo la imagen del cuerpo, las relaciones, estimulando los intercambios con todo aquello fundamental para la vida, las fuentes de energía vital; la luz, el calor, la relación con las personas conocidas, los objetos familiares., los aspectos biomédicos y curativos se basan en una perspectiva analítica, empírica y experimental reduciendo lo humano a lo biológico, el ser humano es una enfermedad u objeto de estudio. (Colliere Francoise, 1993)

En cambio, el “cuidado” de origen ancestral tiene una mirada diferente, se ve al sujeto como enfermo –sujeto, antes que su enfermedad – objeto,

El cuidado es la esencia de la enfermería, estos deberían estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración.

### **4.2.3- Tipos de Cuidado**

La profesión enfermera es aquella ocupación que se dirige a la prestación de los cuidados necesarios para el mantenimiento de la vida, a permitir que esta continúe y se reproduzca, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables, pero que son diversas en su manifestación.

Los cuidados de costumbre y habituales, que corresponden al vocablo inglés *care* y están relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida. Son cuidados cotidianos que la persona es capaz de proporcionarse a sí misma (o a sus hijos menores) conforme van adquiriendo autonomía cognitiva, funcional y moral suficiente: comer, beber, vestirse adecuadamente para protegerse del frío o del calor, desplazarse, relacionarse con los demás, vivir de acuerdo a las propias creencias y valores. Cuando aún no se ha alcanzado la necesaria autonomía, o bien esta disminuye o se pierde, puede hacerse necesaria la intervención profesional de la enfermera. Estos mismos cuidados habituales son prestados en el proceso de morir, sólo que el objetivo cambia: ya no se trata de favorecer la continuidad y el desarrollo de la vida, sino de acompañar, promoviendo el mayor bienestar posible. Y ello porque la muerte también forma parte de la cotidianidad humana, ya que, al fin y al cabo, es el destino inexorable de todo hombre. (Castellano, 2011)

Los cuidados de curación, en inglés *cure*, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida. Los cuidados reparadores se precisan en las situaciones de enfermedad, y se añaden a los cuidados cotidianos.

Ambos tipos de cuidados están presentes en la práctica enfermera, si bien, el eje central de la misma se encuentra en los cuidados reparadores y de conservación (care), ya que puede haber cuidado sin cura, pero no cura sin cuidado

### **4.3 La teoría de la enfermería**

La teoría de la enfermería que establecen la comprensión de los fenómenos de la enfermería (es decir, el autocuidado, la comunicación terapéutica, la aflicción crónica) dirigen a la práctica e investigación en enfermería. Cuando se propone una teoría de la enfermería para abordar un fenómeno de interés, se tienen en cuenta varias cuestiones, como su completitud y lógica, consistencia interna, correspondencia con hallazgos empíricos y si ha sido definida de forma operativa para ser aprobada. Los análisis de las pruebas conducen lógicamente a la evolución de la teoría. La evidencia científica se acumula a través de repetidas investigaciones rigurosas que apoyan o refutan los fundamentos teóricos y dan lugar a modificaciones o extensiones de la teoría. El desarrollo de teorías de enfermería no es una actividad misteriosa, sino un esfuerzo investigador que se persigue sistemáticamente. El desarrollo riguroso de las teorías de enfermería, por tanto, tiene una elevada prioridad para el futuro de la disciplina y la práctica de la profesión de la enfermería

Las teorías son una abstracción que se materializa mediante la práctica del proceso de enfermería para proporcionar un óptimo cuidado al paciente.

#### **4.3.1-- Concepto y Objetivos**

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto, se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado. Tanto los modelos conceptuales como las teorías están elaboradas por las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto, se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

Es importante saber que cada teoría estudia un aspecto limitado de la realidad. Por lo tanto, es necesario contar con muchas teorías que estudien todos los fenómenos relacionados con el cuidado de enfermería. No todos los modelos y teorías se aplican a todas las situaciones en las que esté involucrada enfermería, sino solo a una pequeña parte de todos los fenómenos de interés para la enfermería.

- Las teorías guían la práctica profesional, puesto que ofrecen una perspectiva, son un punto de vista o una manera de pensar acerca de enfermería. Por lo tanto, conforman una estructura de pensamiento.
- Definen el límite de la práctica profesional. Permiten detectar el rol que identifica a la enfermería en la sociedad. Establecen, por lo tanto, a la enfermería como una unidad única.
- Proporcionan el cuerpo de conocimientos propios de la profesión, con lo que se le da forma y contenido al proceso asistencial de enfermería.
- Crean un lenguaje común y propio de enfermería, así facilitan la comunicación entre colegas.
- Favorecen la autonomía profesional, tanto en la investigación, como en el ejercicio de la enfermería.
- Favorecen el surgimiento de una “nueva enfermería”, con una base de identidad más enfocada a la salud del paciente.



#### **4.3.2-- Ventajas de Utilizar la Teoría**

Los modelos y teorías de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la Investigación, Educación, administración y práctica clínica.

En relación a la educación, los modelos y teorías guían el proceso general para elaborar un plan de estudios; los programas y las actividades de enseñanza aprendizaje. En la administración; provee una estructura sistemática para observar las situaciones e interpretar las situaciones administrativas del cuidado de enfermería de manera muy particular

En la práctica clínica; proveen guías generales para la práctica con un enfoque y organización basada en los conceptos propuestos por el modelo conceptual y en el método de trabajo de enfermería o Proceso Atención Enfermería (PAE). Es fundamental enmarcar, que la aplicación de los modelos y teorías de enfermería debe estar basado en el método de trabajo de enfermería o PAE. (Fonseca & Martha, 2009)

En relación a la investigación; las teorías y modelos de enfermería facilitan la organización del conocimiento y guían al investigador con respecto al problema a estudiar, metodología, instrumentos, procedimientos, diseño, plan de análisis y todo el proceso de investigación. Al guiar el proceso de investigación bajo el enfoque de una teoría o modelo conceptual se podrá garantizar el obtener resultados con posibilidades de ser generalizados no solo a los sujetos de estudio sino a otros sujetos con características similares, debido a que estos enfoques fueron creados a partir de observaciones repetidas. La investigación a su vez evalúa a la teoría, ya que se puede desechar o realizar modificaciones con base a los resultados obtenidos.

#### **4.3.3-- Clasificación de la Teoría de Enfermería**

## **1- FLORENCE NIGHTINGALE. “TEORIA DEL ENTORNO”**

Nació el 12 de Mayo de 1820 en Inglaterra. Su padre, William Nightingale de Embly Park, un unitario, estaba involucrado en el movimiento contra la esclavitud y era un fiel creyente en que las mujeres, especialmente sus hijas, deberían obtener una educación. Ella y su hermana aprendieron Italiano, Latín, Griego, Historia y Matemática de su padre y su tía, así como de otros tutores. La madre de Florence, Fanny Nightingale, también provenía de una familia fielmente unitaria. Ella era una mujer dominante que estaba primordialmente preocupada con la búsqueda de un buen marido para su hija. Por ello cuando Florence cumplió veintitrés años, dijo a sus padres que quería convertirse en una enfermera y se encontró con una sólida oposición de ellos, ya que la enfermería se asociaba con mujeres de clase trabajadora. La enfermería moderna nace de la mano de Florence Nightingale, gracias a ella se generaliza a inicios del siglo XX la formación de enfermeras, dando así origen a una nueva profesión para la mujer. Nightingale se hizo célebre curando a los heridos y enfermos durante la guerra de Crimea (1854-1856) su brillante labor permitió bajar la mortalidad en los hospitales militares y contribuyó a corregir los problemas del saneamiento (condiciones higiénicas en general). Su capacidad administrativa la hizo ganarse el respeto, pero la atención y el cuidado que dedicó personalmente a los soldados enfermos y heridos la convirtió en un símbolo de esperanza en una campaña militar que, por lo demás, fue desastrosa. (Cano, 2004)

Esta gran teórica está considerada como la que fue capaz de describir a la Enfermería y la relación del Hombre y el Entorno; catalogada como Naturalista. Atendiendo a lo expuesto en esta teoría y sus fundamentos podemos aplicarla a cualquier enfermedad haciendo énfasis en los aspectos que ella abordó. Nightingale instauró el concepto de educación formalizada para las enfermeras.

Es considerada como la primera teórica de enfermería, la información que se ha obtenido acerca de su teoría ha sido a través de la interpretación de sus escritos y

que describió la Enfermería y su Entorno. Esto dio paso a las posteriores teóricas, que tomaron sus descripciones para formular teorías de las que hoy podemos estudiar. Esta teoría abordó muchos aspectos que en el contexto histórico y en la época en que se desarrolló no es tan lejano al conocimiento actual y ha servido de pauta en las actividades que se describen para el modo de actuación de la enfermera. (Fonseca L. M., 1999)

Una de sus virtudes fue la constante observación que mantuvo sobre diversos problemas que en nuestros días son aplicable en el PAE, pues corresponden a las diversas etapas de éste. Ejemplo: las observaciones con relación al entorno (luz, higiene y otras), que podemos incluir en la 1ra. Etapa de la Valoración. Sus observaciones, que hoy podemos ubicarlas en señales. Cuando se refería al lavado de manos, infecciones, como se aprecia se acercaba a lo que hoy hacemos las enfermeras en la identificación de un patrón funcional afectado para llegar a un diagnóstico de enfermería, ubicando estos datos en la 1ra. Etapa de Valoración, en la 2da. Etapa de Intervención, y en la 3ra. Etapa de Evaluación. De esta forma se refería a las relaciones verbales y extraverbales y a la educación sanitaria. Como apreciamos, su punto de vista continúa vigente, pues estos aspectos hoy los podemos incluir en la comunicación y en la educación para la salud, acciones independientes que puede realizar la enfermera en la 3ra. Etapa de Intervención. En 1852 Florence Nightingale con su libro “Notas de Enfermería” sentó las bases de la enfermería profesional; Su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo. El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la 6 acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuara sobre él. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería (MsC. Anahy Velázquez Aznar, 2010).

## **2- MARTHA ROGERS “MODELO DE LOS PROCESOS VITALES”**

El objetivo del modelo de es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Así las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la conciencia e integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud. Para esta autora, el hombre es un todo unificado en constante relación con un entorno con el que intercambia continuamente materia y energía, y que se diferencia de los otros seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y hacer elecciones que le permiten desarrollar su potencial. Los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería más indicados para alcanzarlos.

### **3- DOROTHEA OREM. “TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA”.**

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería. Define la salud como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones

Enfermería es sinónimo de cuidado. El objetivo de la disciplina, es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico”. La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería. Aquella generalización se hizo posible después de razonamientos deductivos sobre la enfermería. Si se lleva a la práctica la Teoría.

#### **4- SOR CALLISTA ROY. “MODELO DE ADAPTACIÓN”**

La hermana Callista Roy inició su carrera como enfermera en 1963, tras recibir su BS en enfermería en el Mount Saint Mary's College, en los Angeles, en 1966 obtuvo su MS en enfermería y en 1977 su doctorado en Sociología por la Universidad de California, en los Angeles. En 1964, Roy comenzó a trabajar en su modelo basándose en el trabajo de Harry Helson en psicofísica e influenciada por la capacidad de los niños para adaptarse a los cambios más significativos.

En 1976 publicó “Introduction to Nursing: An Adaptation Model”, en 1984 publicó nuevamente una versión revisada de su modelo. El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones.

#### **5- DOROTY JOHNSON. “MODELO DE SISTEMAS CONDUCTUALES”.**

Dorothy E. Johnson se graduó en Artes en la Armstrong Junior College, en Savannah, Georgia, en 1938. La mayor parte de su experiencia profesional es como docente en la Universidad de California, aunque también incluye puestos como enfermera y asesora en escuelas de enfermería.

Basó su modelo en la idea de Florence Nightingale acerca de que la enfermería está designada a ayudar a las personas a prevenir o recuperarse de una enfermedad o una lesión.

#### **6- HILDEGARD PEPLAU. “MODELO DE RELACIONES INTERPERSONALES”**

Hildegard Peplau comenzó su carrera profesional en 1931. Ha detentado puestos en el ejército de los Estados Unidos, hospitales generales y privados, investigación y docencia y práctica privada en enfermería, Desarrolló el primer currículum conceptual para la Licenciatura de ciencias en el programa de enfermería de la Universidad de Rutgers. Según Peplau la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. Es promovida a través del *Proceso*

*Interpersonal.* Peplau, basa su modelo en la enfermería psicodinámica, que ella define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades. La enfermera psicodinámica aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana. La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere un servicio de salud, y una enfermera educada especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

## **7- VIRGINIA HENDERSON. “DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA”**

Virginia Henderson se graduó en la Army School of Nursing en 1921. Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la I Guerra Mundial. Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica. En 1955 publicó su “Definición de Enfermería”, en 1966 perfiló su Definición en el libro: “The Nature of Nursing”. Henderson, incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería, define la salud como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow. Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura). Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales). Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias). Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender). Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas, implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito. Esta teoría es congruente, debido a que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.

Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona.

## **8- LYDIA HAL**

Lydia Hall recibió su diploma de enfermería en el Hospital School Of Nursing, de York (Pasadena).

En 1936 desarrolló y diseñó EL Loeb Center for Nursing y el modelo de rehabilitación en el Montefiore Hospital de Nueva York.

Trabajó como directora administrativa del Loeb Center hasta su muerte en 1969.

## **9- IMONEGE KING. “TEORÍA DEL LOGRO DE METAS”.**

King acabó sus estudios básicos de enfermería en 1945, diplomándose en la St. John's Hospital of Nursing, en St. Louis. Mas tarde, obtuvo respectivamente en 1948 y 1957, el BS de educación en enfermería y el MS en enfermería en la St. University. En 1961, se doctoró en educación en la Universidad de Columbia en Nueva York. A lo largo de su carrera profesional ha ocupado diferentes puestos: docencia, coordinadora y enfermera. Comenzó a elaborar su teoría mientras era profesora asociada en la Universidad de Loyola. Utilizó un marco conceptual, para desarrollar un programa de Master en Enfermería. En 1971, publicó “Toward a Theory for Nursing: General concepts of Human Behavior”, donde postuló más que una teoría un marco conceptual para ella. Más tarde, en 1981, perfeccionó y publicó sus ideas en “A Theory for Nursisng: Systems, Concepts and Process”. Unió los conceptos esenciales para la comprensión de la enfermería. Su visión del proceso de enfermería, hace especial hincapié en los procesos interpersonales. Basa su teoría en la teoría general de sistemas, las ciencias de la conducta y el razonamiento inductivo y deductivo.

## **10- BETTY NEUWMAN “MODELO DE SISTEMAS”**

Betty Neuwman es una enfermera que trabajó en Salud Mental. Fue pionera en salud mental comunitaria en la década de los 60. Su teoría se publica en 1.972. Inició el desarrollo de su modelo mientras era profesora de salud comunitaria en la Universidad de UCLA. California (Los Ángeles). El modelo nace como respuesta de la petición de sus alumnos de post-grado. Posteriormente se doctoró en Psicología en 1985. (Alligood, 2018)

### **4.3.4. Patrones Funcionales de Marjory Gordon**

Es considerada una de las 10 Enfermeras más importantes de la Historia de la enfermería. Nació en 1914 en Baltimore, Maryland. Muere: un 22 de junio del 2007 alrededor de los 94 años de edad. Su educación empezó su carrera de enfermera en la escuela de enfermeras del Providence Hospital en Washington D.C. fue una teórica y profesora que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como Patrones Funcionales de Salud de Gordon. Fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería. Fue la primera presidenta de la NANDA. Miembro de la Academia de Enfermería (ANA) en 1977. Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias. Obtuvo la Licenciatura y la Maestría por la Universidad de Nueva York. Doctorado por la Universidad de Boston. Autora de 4 libros, incluyendo el Manual de Diagnósticos de Enfermería; sus libros aparecen en 10 idiomas y en 48 países.

De origen Estadounidense, Gordon Desarrolló toda su trayectoria profesional en su país de nacimiento, donde fue miembro de la American Nursing Association y Presidenta de la NANDA, North American Nursing Diagnosis Association en lo que significa alcanzar el nivel más alto en cuanto a prestigio en la Enfermería Mundial.



Define los patrones como una configuración de comportamiento a las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología. De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado.

### **1. Percepción de la salud**

Este primer patrón busca determinar con unas pocas preguntas el grado de preocupación de la salud por parte del paciente, además de investigar sobre sus hábitos y su nivel actual de bienestar. Las preguntas tratan de indagar sobre la salud general del paciente, como por ejemplo, las veces que ha estado enfermo durante los últimos años. Además, se busca investigar sobre los posibles hábitos nocivos y beneficiosos de la persona, como el uso de alcohol o tabaco, la comida basura, el nivel de ejercicio habitual y otros datos. Para comprobar también el grado de autoconsciencia que tiene el paciente sobre sus propios hábitos de salud, se le suele preguntar sobre por qué cree que se le ha producido su enfermedad actual, sobre si ha tratado de hacer algo para mejorar su salud o sobre si suele seguir las recomendaciones de su médico.

### **2. Nutrición y metabolismo**

Este patrón se centra en examinar la cantidad de nutrientes y calorías que el paciente ingiere y su relación con las cantidades diarias que necesita. Por ello, algunas preguntas típicas son lo que come y bebe en un día, si ha perdido o ganado peso recientemente o si sigue alguna dieta específica. También podría preguntársele sobre el uso de suplementos o vitaminas, o sobre si ha tenido algún problema con el apetito recientemente.

### **3. Eliminación**

El tercer patrón investiga el correcto funcionamiento del aparato excretor del cuerpo; es decir, de la orina, el sudor y las funciones del intestino. Gracias al uso de este patrón el enfermero puede descubrir la calidad, la cantidad y la regularidad de las deposiciones del paciente. De nuevo, la mayoría de las preguntas de este patrón se centran en la historia del paciente. Algunas de las preguntas pueden ser: “¿ha tenido alguna vez problemas intestinales o de orina?” o “¿ha notado algún cambio importante en los últimos tiempos?”. Si fuera necesario, el enfermero también podría pedirle muestras de orina o de heces para realizar un diagnóstico más completo.

### **4. Actividad y ejercicio**

Este patrón se centra en investigar el nivel de actividad física del paciente, tanto en el ejercicio que hace conscientemente como durante sus tareas diarias. También trata de saber más sobre la energía que tiene el sujeto para realizar sus actividades cotidianas.

### **5. Sueño y descanso**

El quinto patrón se centra en estudiar los patrones de sueño y descanso del paciente. ¿Tiene suficiente energía después de levantarse? ¿Suele tener problemas para dormir, o se despierta excesivamente pronto? ¿Duerme las horas necesarias? Si fuera necesario, el paciente podría someterse a algún estudio del sueño en directo para detectar problemas como la apnea.

### **6. Cognición y percepción**

Este patrón trata de identificar la habilidad del paciente para percibir elementos de su entorno mediante los cinco sentidos, además de su capacidad para tomar decisiones, seguir instrucciones, pensar lógicamente y usar la memoria. Algunas de las dificultades más habituales asociadas con este patrón son los problemas perceptivos (como la miopía o la sordera) o las dificultades para razonar y usar la información disponible.

## **7. Autopercepción y auto-concepto**

El autoconcepto y la autopercepción tienen que ver con la forma en la que nos vemos a nosotros mismos. ¿Crees en ti mismo? ¿Cómo te describirías? ¿Cómo te sientes con tu propio cuerpo, con tu forma de ser o con tus emociones? ¿Te sientes en control de tu propia vida? O por el contrario, ¿piensas que eres un esclavo de las circunstancias?

## **8. Rol y relaciones**

Las relaciones interpersonales son una de las partes más importantes de la vida de las personas. Este patrón sirve para investigar sobre las relaciones del paciente con las personas de su entorno; por ejemplo, ¿cómo se lleva con su familia?, ¿se siente solo a menudo?, ¿cómo se relaciona con las personas de su entorno de trabajo o de estudio? Si los familiares o amigos están presentes, el enfermero podría también observar las relaciones entre ellos para adquirir datos objetivos.

## **9. Sexualidad y reproducción**

Este patrón solo debe utilizarse si es apropiado para la edad y situación concretas del paciente. Si el enfermero cree que es necesario saber más sobre el tema, podría hacer las siguientes preguntas: ¿Tiene relaciones sexuales habitualmente? ¿Está satisfecho con ellas? O por el contrario, ¿experimenta alguna clase de problema? ¿Usa normalmente algún tipo de anticonceptivo?

## **10. Tolerancia al estrés**

Este patrón se encarga de estudiar los niveles de estrés de los pacientes, examinando tanto su forma de enfrentarse a las situaciones vitales complicadas como las situaciones difíciles que ha tenido que vivir en los últimos tiempos. Algunas de las preguntas más utilizadas son: ¿cómo te enfrentas al estrés?, ¿has vivido alguna crisis o cambio importante en el último año?

## **11. Valores y creencias**

¿El paciente consigue lo que se propone en la vida? ¿Tiene planes importantes para el futuro? ¿Tiene alguna creencia que le ayude a sobrellevar las situaciones

complicadas? Este patrón se encarga de estudiar la manera en la que el paciente se enfrenta a la vida y se relaciona con el mundo y consigo mismo.

#### 4.4 Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

##### **4.4.1 Concepto y Objetivo**

El proceso de atención de enfermería, como herramienta fundamental para brindar cuidado de calidad al paciente, familia y comunidad, está sustentado en bases científicas que permiten identificar el estado de salud del paciente, sus necesidades o problemas de salud reales o en riesgo, y proporcionar los cuidados específicos para solucionar los problemas o necesidades identificadas durante la aplicación de la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon. Para el desarrollo del cuidado de enfermería se requieren procesos organizados y sistemáticos: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, abordados desde el desarrollo teórico y aplicado durante la práctica clínica. La formación actual del profesional de enfermería incluye en el currículo, de manera transversal, la enseñanza del proceso de atención de enfermería (PAE), como una metodología ideal, utilizada durante la formación del estudiante, que en la práctica es aplicada en situaciones reales y de riesgo, lo que da como resultado información de calidad, útil y con criterio, retejada en la recuperación del paciente; de igual forma, le permite al profesional de enfermería trabajar de forma estructurada en el desarrollo de su quehacer diario, y al docente, guiar y dirigir el proceso de enseñanza-aprendizaje de manera humanizada y personalizada.

##### **4.4.2 Antecedentes**

El PAE tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado un proceso, esto ocurrió con Hall, Johnson, Orlando y Wiedenbach, quienes consideraron un proceso de tres etapas: valoración, planeación, y aplicación y evaluación. Donde el descongelamiento es similar a la valoración en el proceso de enfermería, en que se identifica el problema para darle solución. El desplazamiento o movimiento es la

planeación y la aplicación en el proceso de enfermería y para solucionar el problema se realiza un análisis y búsqueda de alternativas. El recongelamiento es la evaluación en el proceso de enfermería y la aplicación y evaluación en el proceso de solución de problemas. Uno de los primeros trabajos de enfermería que retomo el PAE fue la identificación de las 21 necesidades de Abdellah, que implicó la caracterización del problema, la selección de los datos y la formulación, análisis y revisión de la hipótesis.

#### **4.4.3 Ventajas**

Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus Patrones Funcionales.

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, (del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

#### **4.4.4 Características**

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y de método científico.

- Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación ejecución y evaluación).
- Es humanistas por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no debe fraccionar.
- Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y de la propia enfermera(o).
- Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.
- Es interactivo por requerir de la interrelación humano - humano con el (los) usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes.

#### **4.4.5 Descripción de Etapas del PAE**

Valoración del Paciente Consiste en recolectar la información sobre el enfermo y su estado de salud, así como de la familia y comunidad. “La valoración debe aportar datos correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas, por lo que requiere del empleo de un modelo o teoría de enfermería”. Los pasos para realizar la valoración son: Recolección, validación, organización y comunicación de los datos. (Alvarez & Luis, 2010)

##### **a. Diagnóstico**

El sistema más utilizado actualmente para realizar los diagnósticos de enfermería es el de las categorías diagnósticas de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), para aquellos problemas de salud que se encuentran dentro del campo específico de enfermería. “Es importante diferenciar un diagnóstico de enfermería de un problema interdependiente, ambos son problemas de salud, pero los diagnósticos de enfermería únicamente hacen referencia a situaciones en que la enfermera (o) puede actuar en forma independiente”. Para la NANDA, el diagnóstico de enfermería es un “juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas reales o potenciales de salud o procesos de vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la elección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por lo que es responsable (Rodriguez, 2013)

##### **b. Planeación**

Es la tercera etapa del proceso que da inicio después de formular los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes. Durante esta etapa se elaboran planes de cuidados que integran: El problema de salud (diagnóstico de enfermería

o problema interdependiente), objetivos, acciones de enfermería independiente e interdependiente y evolución. “Es requisito, durante la etapa de planeación, definir la prioridad para decidir qué problemas de salud se deben atender primero por poner en peligro la vida del usuario, y posteriormente establecer objetivos centrados en su familia y comunidad para dar solución al problema, así como acciones de enfermería que traten la etiología del problema de salud”. Se trata entonces de la identificación de un problema de salud, susceptible de prevenirse, mejorarse o resolverse con el cuidado de enfermería. Deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.



Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "**cabeza a pies**": **sigue el orden** de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

### **c. Ejecución**

Es la fase de las acciones en el proceso de enfermería. Durante esta etapa se identifica la respuesta del paciente y de la familia a las atenciones de enfermería. Se debe conceder prioridad a la ayuda que se presta al paciente para que adquiera independencia y confianza en atender sus propias necesidades. Las recomendaciones al salir del hospital son parte importante de las intervenciones de enfermería. Desde la etapa de valoración se debe obtener la información relativa a la forma de ayudar al paciente para que sea lo más autosuficiente posible, dentro de los límites ambientales, físicos y emocionales del momento que vive. Algunos individuos requieren de mayor información que otros y la respuesta a los diferentes métodos educativos es distinta. Es facultad de la enfermera (o) identificar las necesidades de cada persona y proporcionar la información adecuada para llenar estos vacíos de conocimientos significativos.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

#### **d. Evaluación del Cuidado**

Evaluar la esencia del cuidado es un proceso sistemático que permite identificar los problemas y las rupturas del cuidado para establecer decisiones con evidencia que busquen niveles óptimos de calidad. Evaluar es juzgar, apreciar e identificar hasta qué punto se han alcanzado los objetivos, determinar si las acciones de enfermería tienen impacto. (Gaviria, 2009)

Esta etapa del proceso de enfermería, debe estar presente durante la ejecución del cuidado, por lo tanto, es un proceso continuo que se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera (o) valora la efectividad de las actuaciones de enfermería. El proceso de evaluación tiene dos etapas:

La recolección de los datos sobre el estado de salud del paciente

La comparación de los datos recogidos con los resultados esperados y el juicio sobre la evaluación del paciente hacia la consecución de los resultados esperados

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. El proceso de evaluación consta de dos partes

Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente.

#### **4. 5. 1 Enfermedades crónicas degenerativas del adulto mayor.**

##### **a. Coágulos sanguíneos en las piernas o pulmones.**

Se estima una incidencia de 40-60% de enfermedad tromboembolia venosa en cirugía ortopédica mayor cuando no se utiliza trombopprofilaxis, La inmovilidad aumenta 10 veces el riesgo de TVP. Para prevenir la creación del trombo debe estimularse la movilidad de la musculatura de la extremidad inferior. Los ejercicios de piernas reducen la estasis venosa y deben ser recomendados en pacientes hospitalizados, asegurar movimientos de flexión articular de tobillos y rodillas con frecuencia, Ocasionalmente, elevar las extremidades (piernas por encima de la cadera), La hemoconcentración aumenta la viscosidad de la sangre y reduce el flujo, especialmente en las venas profundas de las piernas de pacientes inmóviles, Es recomendable asegurar una buena hidratación en pacientes inmóviles. (Socia, 2014)

##### **b. Úlceras de decúbito**

Desde el examen inicial del paciente en el que se evalúa una úlcera por presión se debe utilizar la misma escala de evaluación, y siempre que presente cambios significativos en la úlcera por presión. Enfermería para la atención de adultos mayores con fractura de cadera Dentro de las

herramientas de evaluación de riesgo de úlceras por presión las más utilizadas son: • Escala de Braden: 74% sensibilidad y 68% especificidad. • Escala de Cubin y Jackson: 89% sensibilidad y 61% especificidad. • Escala de Norton: 75% sensibilidad y 68% especificidad. • Escala de Waterlow: 88% sensibilidad y 29% especificidad. Se sugiere utilizar escalas de valoración con buen porcentaje de sensibilidad y especificidad tales como Braden o Norton. La escala de Braden se puede utilizar para identificar factores de riesgo específicos y así realizar intervenciones focalizadas. Por ejemplo si se determina un problema en fricción y cizallamiento se debe de corregir. Cerca de cien factores de riesgo se han identificado en la literatura, siendo los más importantes: • Inmovilidad. • Malnutrición. • Hipoperfusión. • Pérdida de la sensibilidad. (Social, 2014)

### **c. Neumonía**

La inmovilización prolongada en cama puede producir la reducción de la capacidad ventilatoria y la capacidad vital, esto es especialmente grave en el anciano donde la capacidad residual pulmonar disminuye por la cifosis del raquis y el ascenso del diafragma, pudiendo fácilmente producir focos de colapso y atelectasia por hipoventilación. En pacientes adultos mayores con limitación a la movilidad; la actividad física o ejercicios pulmonares disminuyen la probabilidad de problemas respiratorios como neumonía.

### **d. Estreñimiento**

El estreñimiento en el adulto mayor se presenta por varios factores como: anorexia, ingesta insuficiente de líquidos, caquexia, debilidad muscular extrema, reposo absoluto en cama, inmovilidad muscular física, dismotilidad digestiva, enfermedades metabólicas crónicas y uso de analgesia tipo morfina, codeína, meperidina, tramadol, fentanilo,

- e. Mayor pérdida de masa muscular, lo que incrementa el riesgo de caídas y lesiones**
- f. Infección urinaria**
- g. Delirium**

#### **4.5.2 FRACTURA DE CADERA**

Una fractura de cadera es una lesión grave, con complicaciones que pueden poner en riesgo la vida, el riesgo de fractura de cadera aumenta con la edad. Las personas mayores tienen un mayor riesgo de fractura de cadera porque los huesos tienden a debilitarse con la edad (osteoporosis). El uso de múltiples medicamentos, la visión deficiente y los problemas de equilibrio también hacen que las personas mayores sean más propensas a tropezar y caer —una de las causas más frecuentes de la fractura de cadera—. (Rojas, 2010)

Casi siempre, una fractura de cadera exige la reparación o el reemplazo quirúrgicos, seguidos de meses de fisioterapia. Tomar medidas para mantener la densidad ósea y evitar las caídas puede ayudar a prevenir la fractura de cadera.

##### **a. Síntomas**

- Incapacidad para moverse inmediatamente después de una caída
- Dolor fuerte en la cadera o en la ingle
- Incapacidad para cargar peso sobre la pierna del lado de la cadera lesionada
- Rigidez, hematomas e hinchazón en la zona de la cadera y alrededor de ella

- Pierna más corta del lado de la cadera lesionada
- Giro hacia afuera de la pierna del lado de la cadera lesionada

### **b. Causas**

Un impacto grave, por ejemplo en un accidente en auto, puede provocar fracturas en la cadera en personas de todas las edades. En los adultos mayores, en la mayoría de los casos una fractura de cadera es consecuencia de una caída estando de pie. En personas con huesos muy débiles, una fractura de cadera se puede producir simplemente al girar estando de pie.

### **c. Factores de riesgo**

El índice de fracturas de cadera incrementa mucho con la edad, debido a lo siguiente:

- Disminución de la densidad ósea y de la masa muscular
- Problemas de vista y de equilibrio que pueden provocar caídas

Otros factores que pueden aumentar el riesgo de sufrir fractura de cadera son los siguientes:

- **Sexo.** Aproximadamente, el 70 por ciento de las fracturas de cadera se produce en mujeres. Las mujeres pierden la densidad ósea a un ritmo más veloz que los hombres, en parte, porque la caída de los niveles de estrógeno que se produce con la menopausia acelera la disminución de la masa ósea. Sin embargo, los hombres también pueden tener niveles peligrosamente bajos de densidad ósea.

- **Afecciones crónicas.** Los trastornos endocrinos, como tener una tiroides hiperactiva, pueden crear huesos frágiles. Los trastornos intestinales, que pueden reducir la absorción de vitamina D y de calcio, también pueden producir un debilitamiento óseo y una fractura de cadera. El deterioro cognitivo también incrementa el riesgo de caídas.
- **Ciertos medicamentos.** Los medicamentos con cortisona, como la prednisona, pueden debilitar los huesos si los tomas de manera prolongada. Determinados medicamentos o determinadas combinaciones de medicamentos pueden provocarte mareos y una mayor tendencia a las caídas.
- **Problemas de nutrición.** La falta de calcio y de vitamina D en tu dieta cuando eres joven disminuye tu pico de masa ósea e incrementa el riesgo de sufrir una fractura en los años venideros. Los trastornos graves de la alimentación, como la anorexia nerviosa y la bulimia, pueden dañar el esqueleto al privar al cuerpo de nutrientes esenciales necesarios para la formación de los huesos.
- **Inactividad física.** Los ejercicios para soportar el peso, como las caminatas, ayudan a fortalecer los huesos y los músculos, lo que disminuye la probabilidad de caídas y fracturas. Si no participas regularmente en ejercicios para soportar el peso, puedes tener menor densidad ósea y huesos más débiles.
- **Consumo de tabaco y de alcohol.** Ambos pueden afectar los procesos normales de construcción y de mantenimiento de los huesos, lo que provoca la disminución de la masa ósea.

#### **d. Prevención**

Los estilos de vida saludables al comienzo de la adultez permiten desarrollar una masa ósea máxima más elevada y reducir el riesgo de osteoporosis en el futuro. Las mismas medidas pueden disminuir el riesgo de caídas y mejorar tu salud general si las adoptas a cualquier edad. (Social, Manejo Médico Integral de Fractura de Cadera en el Adulto Mayor, 2014)

### **V. Desarrollo de la aplicación de las etapas del PAE a una persona con fracturas de cadera.**

#### **5.1 Presentación del caso.**

Paciente femenina de 89 años, que ingresa el día 9 de septiembre del 2018 al área de urgencias de este hospital por presentar caída de su propia altura, a la exploración presenta fractura de cadera derecha, radio izquierdo, hipertensión esencial primaria. recibe atención inicial en hospital general de soledad de donde egresa voluntariamente a este hospital.

Antecedentes personales y familiares.

2 hermanas Diabetes mellitus tipo II y 1 hermano hipertensión arterial.

Antecedentes personales:

Hipertensión arterial.

Exploración física:

Consiente, orientada en sus 3 esferas, cooperadora, normohidratada y normocoloreada. PA: 166/99; FC:99; T:36°C; FR:18; peso:60kg. No edemas, abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación.



## **5.2 Valoración por patrones funcionales**

### **1. Percepción manejo de la salud.**

Paciente femenina de 89 años de edad, presentando fractura de cadera derecha y radio izquierdo, con antecedentes crónico degenerativos, hipertensión arterial, el cual toma losartan una pastilla cada 12hrs, manejando cifras normales los últimos meses, antecedentes heredofamiliares sus 2 hermanas padecen Diabetes Mellitus tipo II, y su hermano hipertensión arterial, niega transfusiones sanguíneas y alergias, cuenta con esquema de vacunación completo.

Tipo sanguíneo (A-)

Laboratorios:

BH: ERITRO 3.21, HB 9.8, HTO 30.5, PLQ 152, LEUCOS 5.94

DIMERO D MAYOR A 5000

ES: NA 144, K 4.7, CL 112.

GASOMETRIA: PH 7.35, PO2 60, PCO2 39, HCO3 22.5

QS: GLU 130, UREA 85.9, BUN 40.14, CR 0.7

TIEMPOS: TP 12.4 INR 1,12 TTP 38.3.

### **2. Nutrición metabólica.**

Talla; 1,49 peso; 60kg

Paciente con ligera palidez de tegumentos, mucosa oral deshidratada, piezas dentales incompletas y con prótesis, refiere estar en ayuno de más de 24 horas, en casa sigue su dieta normal equilibrada en la que incluye todos los grupos alimenticios y realiza una adecuada ingesta de líquidos. No intolerancia alimenticia, actualmente con ayuno de más de 12 horas.

### **3. Eliminación**

Ritmo intestinal normal, aspecto y consistencia de heces normales al día de 2 – 3 veces, se le coloca una sonda Foley 16fr, drenando a gravedad, orina clara y con cuantificación por turno.

### **4. Actividad ejercicio.**

Autónoma. Alineación corporal correcta, realiza actividades físicas de esfuerzo moderado, trabajando y realizando quehaceres domésticos, el resto de la semana acostumbra a dar largos paseos con su hermana, se encuentra postrada en cama en posición en decúbito supino, tórax en forma simétrica con adecuada amplexión y ampliación a la palpación sin masas ni adenopatías, con respiración torácica, sin ruidos respiratorios adventicios, son los siguientes signos vitales TA: 166/99; FC:99; T:36°C; FR:18; peso:60kg. Actualmente en cama hospitalaria y su movilidad está deteriorada ya que depende de familiares en este caso de personal de enfermería y familiares para el cambio de pañal o la muevan de la cama.

### **5. Reposo / Reposo**

Sueño reparador, suele dormir 7 horas diarias despertándose descansada y relajada. Desde su ingreso le cuesta conciliar el sueño, a veces se despierta angustiada porque tiene miedo a cómo va a evolucionar la enfermedad.

## **6. Cognitivo / Perceptual**

La paciente se encuentra ubicada en tiempo, espacio y persona, con un Glasgow de 15, EVA de 10/8 irradiado hacia espalda baja, habla congruentemente con adecuada dicción, no utiliza anteojos o aparatos auditivos.

## **7. Autopercepción / Auto concepto**

Sugiere sentirse bien consigo misma, “siempre he estado así, porque nunca me case, no era lo que quería para mí, siempre vi como mi papa golpeaba a mi mama y no quería que me pasara lo mismo por eso no me case”, un poco asustada porque nunca ha dependido de nadie en la vida.

## **8. Rol / Relaciones**

Refiere tener buena relación con su familia, hermana, hermanos, sobrinos, sobrinas, vive sola en la casa que le dejaron sus papas y de vez en cuando visita a su hermana más cercana y con la cual tiene apoyo económicamente y socialmente, y quien su estancia hospitalaria esta a su cargo y nunca la ha dejado sola.

## **9. Sexualidad / Reproducción**

Menarca a los 12 años, no IVSA, se presentó la menopausia a los 40 años, no recuerda el ultimo Papanicolaou,

## **10. Tolerancia / Afrontamiento al estrés**

Se le observa tranquila, aunque refiere a sentirse un poco cansada por la posición en la que se encuentra, y refiere a tener dolor al moverse, menciona sentirse preocupada por la cirugía a la cual va a tener y el manejo que se le va a dar cuando la recuperación.

## **11. Valores / Creencias**

Profesa la religión católica, acude a misa cada domingo

## **5.2.1 Desarrollo de Diagnostico, planeación, ejecución y evaluación**

5.2.1 Diagnostico, Planeación, Ejecución y Evaluación según el Dx.

Dolor agudo (00132)

Dominio 12: confort

DX.1

Clase 1: confort físico

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 y una duración inferior a 6 meses.

Valoración	Diagnostico	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Paciente femenina de 89 años, presentar caída de su propia altura, presenta fractura de cadera derecha, y de radio izquierdo, a su exploración física, con facies de dolor en escala de EVA 10/10, palidez generalizada de tegumentos, mucosa oral seca,	Dolor agudo  F/R Agentes lesivos (físicos)  M/P Conducta expresiva  Observación de evidencias de dolor	Valorar la respuesta de la persona a las intervenciones de manejo del dolor constantemente  Utilizando la herramienta de valoración. La frecuencia de las valoraciones estará determinada por:	Proporcionar información al paciente y a su familia o cuidador sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, prestando especial atención a la corrección de falsos mitos, y estrategias para la prevención y el Tratamiento de los efectos secundarios.	Se debe valorar de forma inmediata todo dolor intenso e inesperado, especialmente si se trata de un dolor repentino o asociado con alteraciones de las constantes vitales, tales como la hipotensión, la taquicardia o la fiebre, y ponerlo en conocimiento del	Un manejo adecuado del dolor en el adulto mayor es fundamental, el dolor postoperatorio aumenta la Probabilidad de desarrollar eventos adverso.

<p>refiere a tener dolor en toda la pierna izquierda, desde la espalda con irradiación a dedos de la misma extremidad. TA: 166/99; FC:99; FR:18; T° 36.6 c</p>	<p>Informe verbal de dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La presencia de dolor;</li> <li>• La inestabilidad del dolor;</li> <li>• La estabilidad de la situación clínica del paciente;</li> <li>• El tipo de dolor</li> </ul>	<p>Comunicar y registrar las respuestas de la persona al Plan del manejo del dolor. Aplicación de la valoración del dolor por escala de EVA.</p> <p>Reevaluar continuamente la respuesta analgésica, así como la aparición de efectos secundarios de la medicación</p>	<p>Médico responsable.</p> <p>La escala visual analógica (EVA) ha sido usada para la Evaluación del dolor somático. Se han demostrado algunas dificultades con el manejo de la EVA en Adultos mayores.</p> <p>hacer una valoración, al menos una vez al día,</p>	<p>Se logra utilizar 6 frases descriptivas, de las cuales el paciente debe elegir la que más se relacione con su percepción del dolor</p> <p>las constantes valoraciones de dolor ayudaron a que el paciente localizara el dolor y</p>
--	--------------------------------	---	--	--	--

				de las personas que potencialmente pueden sufrir dolor mediante preguntas a la familia, al cuidador o al propio paciente sobre la presencia de dolor, molestias o malestar.	poder actuar antes y evitar la presencia severa del dolor.
--	--	--	--	---	--

DX.2

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)

Dominio 11: seguridad/ protección

Clase 2: lesión física



Valoración	Diagnostico	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación
<p>Paciente femenina de 89 años, presentar caída de su propia altura, presenta fractura de cadera derecha, y de radio izquierdo, a su exploración física, deterioro de la movilidad física, dependencia para las actividades de movilización de cama y cambio de pañal y baño de esponja.</p>	<p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</p> <p>R/C</p> <p>Inmovilización física.</p>	<p>Realizar evaluación de la movilidad y apoyo en el paciente, revalorar movilidad, nutrición, perdida de sensibilidad y la hipoperfusión.</p>	<p>Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.</p> <p>Colocar al paciente sobre un colchón anti escaras</p> <p>Mantener la ropa de la cama limpia, seca y libre de arrugas.</p> <p>Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca.</p>	<p>Los pacientes que se encuentran en decúbito supino o prono en un colchón “estándar” de hospital pueden generar presiones de 150 mmHg y al estar en posición sedente presiones hasta de 300 mmHg en las tuberosidades isquiáticas.</p> <p>Cambiar la posición a</p>	<p>Se logra concientizar a los familiares y al paciente los beneficios de las posiciones adecuadas</p> <p>La prevención gradual de úlceras por presión.</p>

<p>TA: 166/99;  FC:99;  FR:18;  T° 36.6 c</p>			<p>Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones continuas.</p> <p>Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecido para vigilar factores de riesgo del paciente (escala de Norton).</p>	<p>intervalos regulares (es decir cada dos a cuatro horas) en base a las úlceras de presión presentadas, mientras está sentado cambie el eje de presión cada 15 minutos.</p>	<p>Los instrumentos con forma de flotadores o anillos ya que concentran la presión y las fuerzas tangenciales sobre la periferia de la ulcera y aumento de cizallamiento.</p> <p>El uso de proporcionar atención local a las úlceras por presión, limpieza, reducción</p>
---	--	--	---	--	---

			<p>Vigilar el estado nutricional del paciente.</p> <p>Fomentar la ingesta de líquidos, si procede.</p> <p>Fomentar una ingesta nutricional adecuada.</p>	<p>La escala de Braden se puede utilizar para identificar factores de riesgo específicos y así realizar intervenciones focalizadas. Por ejemplo si se determina un problema en fricción y cizallamiento se debe de corregir.</p> <p>Cerca de cien factores de riesgo se han identificado</p>	<p>de la humedad, control de infecciones, desbridamiento.</p> <p>El uso de herramientas nos ayuda a focalizar los puntos de presión y evitar complicaciones.</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>en la literatura, siendo los más importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Inmovilidad.</li><li>• Malnutrición.</li><li>• Hipoperfusión.</li><li>• Pérdida de la sensibilidad.</li></ul> <p>Implementar un plan nutricional individualizado en colaboración con el equipo multidisciplinario y el propio paciente, que satisfaga las necesidades</p>	
--	--	--	--	--	--

				nutricionales y proporcione proteínas, calorías, líquidos y suplementos adecuados de vitaminas y minerales para promover la cicatrización de úlceras	
--	--	--	--	--	--

DX 3.Riesgo de caída

Dominio 4: actividad/reposo

Clase 2: actividad/ejercicio

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

Valoración	Diagnostico	Objetivo	Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Paciente femenina de 89 años, presentar caída de su propia altura, a la exploración presenta fractura de cadera derecha, radio izquierdo, TA: 166/99; FC:99; FR:18; T° 36.6 c	Deterioro de la movilidad física F/R Perdida de la integridad de las estructuras óseas M/P Limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas.	Conseguir la independencia para que el paciente sea capaz de realizar algunas actividades que realizaba antes de la cirugía.	Identificar déficits cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas  Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas	Se recomienda realizar terapia ocupacional y física a través de la atención continua.  El entrenamiento intensivo de	Se logra identificar el riesgo de caída, y se brinda el apoyo para prevenirlo y apoyar al paciente.

			<p>Revisar la historia de caídas del paciente</p> <p>Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas)</p> <p>Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación</p>	<p>ejercicio administrado por terapia física a los pacientes después del alta hospitalaria, mejora los resultados funcionales, la fuerza de las piernas y el estado de salud.</p>	<p>Se logra integrar a sus actividades diarias con el apoyo de familias.</p> <p>El paciente socializa y expresa miedos y dudas con relación a su tratamiento y recuperación</p>
--	--	--	---	---	---

			<p>Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas en la manera de caminar.</p> <p>Ayudar a la deambulación de la persona inestable</p> <p>Proporcionar dispositivos de ayuda</p> <p>Enseñar al paciente a utilizar un andador o bastón</p>	<p>La terapia ocupacional y física supervisada a lo largo de la atención continua, incluyendo el hogar, mejora los resultados funcionales y la prevención de caídas</p>	
--	--	--	---	---	--



			<p>Utilizar técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño...</p> <p>Sugerir adaptaciones en el hogar para mejorar la seguridad</p> <p>Disponer de un asiento de baño y sillas elevado</p>		
--	--	--	--	--	--

### **5.2.2. Plan de alta**

La paciente es dada de alta del hospital, requiriendo una serie de cuidados, actividades, intervenciones e indicaciones, para tener un mejor resultado en la recuperación de una fractura.

Se hace una valoración de los conocimientos que tiene el paciente y familia, acerca de las funciones que debe de realizar, tratamiento médico, fisioterapia, cuidados integrales de la piel, y dieta, ampliando y añadiendo toda la información que sea necesaria. Se le comenta que, si surgen preguntas o dudas acerca de los cuidados de la recuperación o rehabilitación, comentarlos con el personal adecuado para detectar algún signo de infección en la herida.

Proporcionar al paciente y/o a la familia informe de alta con las recomendaciones para manejo farmacológico y no farmacológico en función el tipo de dolor que presente el paciente, así como los signos y síntomas de alerta por los cuales debe consultar.

Es necesario promover el cese del consumo de tabaco en cualquiera de sus formas; pipa, cigarrillo, etc. La nicotina entorpece el proceso de cicatrización, lo que favorece la infección del sitio quirúrgico.

También se le explica que podrá informarse en los centros de rehabilitación acerca de los cuidados y el proceso de la recuperación, el cual se podrá ser rápido reincorporarse a su vida cotidiana.

**a. Medicamentos:**

Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, ansiedad y falta de conocimientos).

Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. Comprobar el historial de alergias a medicamentos.

Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios (coadyudantes).

Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero en especial después de la dosis iniciales, se debe observar también si hay signos y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náusea y vómito, sequedad de boca y estreñimiento).

- Pantoprazol® 1 ampolla (I.V.)/cada 24 horas (12:00).
- Clexane® 40 mg (SUBC)/cada 24 horas (12:00).
  - Paracetamol® 1 g (I.V)/cada 8 horas (8:00-16:00-24:00).
  - Nolotil® 1 amp (I.V)/cada 8 horas (4:00- 12:00-20:00).
  - Renitec® 5 mg (OR)/cada 24 horas (Desayuno).
  - Kefol® 2 gr (I.V)/cada 8 horas (8:00-16:00-24:00).
  - Si TA sistólica mayor o igual de 150 Hydrapres® 25 mg (OR).
  - BMTTest en desayuno, comida y cena.

#### **b. Manejo del estrés**

Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan a la ansiedad

Crear un ambiente que facilite la confianza

Escuchar con atención.

Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

### **c. Signos y síntomas de alarma**

Comprobar la temperatura de la piel.

Complicaciones más frecuentes:

Inspeccionar el estado del sitio de incisión, si procede.

Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel.

Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y membranas mucosas.

Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas

Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas.

Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.

### **d. Manejo dietético**

Administrar laxantes o enemas, si procede.

Ajustar la dieta al estilo del paciente, según cada caso.

Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.

## Conclusión

Es importante que la enfermería identifique la necesidad de volver la vista hacia el cuidado y su responsabilidad en la calidad de vida de las personas.

Con el desarrollo del P.A.E. se logró cumplir con los objetivos planteados en cada uno de los diagnósticos realizados de manera satisfactoria, evitando así complicaciones de la persona. Es así que el PAE represento una herramienta útil y profesional para otorgar cuidados holísticos y de calidad al adulto mayor.

Cabe señalar que la valoración por patrones funcionales por Marjory Gordon fueron un marco teórico de referencia muy útil para la valoración así como para el desarrollo y aplicación de todas las demás etapas de PAE lográndose así el otorgar un cuidado profesional, individual y de calidad a la persona.

Así también la aplicación del PAE, garantizó la continuidad de cuidados, permitiendo disminuir el impacto psicológico y fisiológico de estas demoras, permitiendo estar valorando su nivel de ansiedad y actuando en consecuencia y de forma anticipada a muchas de las complicaciones que pueden sobrevenir.

Es claro que el aplicar el PAE me permitió, tener más confianza y acrecentar conocimientos teórico prácticos, confiriendo al profesional de cuidado empoderarse y realizar una práctica autónoma y delimitada marco teórico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alligood.MR.(2018). Modelos y Teóricas en Enfermería. Barcelona, España Previous Editions Copyrighted. 2014
- Álvarez Suarez JL. (2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. José Luis. Servicios de Salud del Principado de Asturias., Atención Primaria Area V Gijon Direccion de Enfermeria. Junio [ citado el septiembre 8 del 2018]  
[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34690501/VALORACION\\_POR\\_PATRONES.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DManual\\_de\\_Valoracion\\_de\\_Patrones\\_Funcion.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20191031%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4\\_request&X-Amz-Date=20191031T224054Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=772f7738aec04cc8695c947f3f279b0174c14a5a58adf89f8f9d3b1c548b5419](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34690501/VALORACION_POR_PATRONES.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DManual_de_Valoracion_de_Patrones_Funcion.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20191031%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20191031T224054Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=772f7738aec04cc8695c947f3f279b0174c14a5a58adf89f8f9d3b1c548b5419)
- Colliere.MF. (1993). Identificación de os cuidados en las mujeres promover la vida. Madrid, España Mc Graw Hill.1993
- Fonseca Guillen M. (2009). Teorias aplicables al proceso de atención de enfermería en educación superior., revista cubana de enfermería., enero-abril [citado en junio 23 del 2019]  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191999000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100002)
- Gordon M. (1996) Diagnostico Enfermera Proceso y Aplicación. Madrid España: tercera Edición mosby/Dayms.
- Gaviria Noreña, Dora Lucía (2009). La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar, universidad de Antioquina Medellin,Colombia .[citado en junio 25 del 2019] pp. 24-33. <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198002.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2014). Manejo Médico Integral DE FRACTURA DE CADERA En el Adulto Mayor.. Guía de Práctica Clínica del instituto del seguro social., 08/07 2014. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/236GER.pdf>

- Institución mexicana del seguro social. (2014). Manejo Medico Integral de Fractura de Cadera en el Adulto Mayor. México; 08/072014[citado en septiembre 8 de 2018] <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/236GER.pdf>
- Juárez Rodríguez Paula A. (2009).La importancia del cuidado de enfermería. Universidad de Guanajuato.. [citado en 27 octubre 2019] pp.113-115. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092i.pdf>
- Morales Rojas S, A. (2010). Diagnóstico y tratamiento de las fracturas transtoraxicas de fémur en pacientes mayores de 65 años.. Guía práctica clínica del instituto mexicano del seguro social., [citado en Septiembre 8 del 2018] <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/267GER.pdf>
- Reina G., Nadia Carolina (2010). Proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado. Red de Revistas científicas de américa latina, el caribe, España y Portugal , [citado en 15 abril 2019] <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/PAE.pdf>