

20/10/77

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



FRACTURA DEL EXTREMO PROXIMAL DE FEMUR EN EL ANCIANO

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO
DE ATENCION DE ENFERMERIA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CARLOS ALFONSO SEGURA SERES
COORDINACION DE S.S. Y O.T.T.
U. N. A. M.



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 está 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.

I N D I C E

	Pág..
Introducción.....	1
I . Marco Teórico.....	4
1. Características físicas, psicológicas y sociales del anciano.....	4
1.1. ¿ Qué es la vejez ?.....	7
1.2. Cambios fisiológicos durante el envejecimien to.....	8
1.3. Aspectos psicológicos y sociales del anciano	17
2. Generalidades anatomo-fisiológicas del sistema - músculo - esquelético.....	20
3. Fractura del extremo proximal de fémur.....	25
3.1. Etiología.....	26
3.2. Diferentes tipos de traumatismos.....	27
3.2.1. Choque vertical.....	27
3.2.2. Choque lateral.....	27
3.2.3. Torción o rotación externa.....	27
3.3. Clasificación de las fracturas del extremo - proximal de fémur.....	28
3.3.1. Fracturas capitales.....	28

3.3.2. Fracturas transcervicales.....	28
3.3.3. Fracturas subtrocantéreas.....	28
3.3.4. Fracturas intertrocantéreas.....	29
3.4. Cuadro clínico.....	30
3.5. Diagnóstico.....	32
3.6. Tratamiento.....	33
3.6.1. Tratamiento quirúrgico.....	34
3.6.2. Tratamiento conservador.....	36
3.7. Complicaciones.....	38
3.8. Atención de Enfermería.....	40
3.8.1. Ante un tratamiento conservador.....	40
3.8.2. Ante un tratamiento quirúrgico.....	42
3.9. Pronóstico.....	45
II. Historia Clínica de Enfermería.....	47
2.1 Datos de identificación.....	47
2.2 Identificación de problemas.....	54
III. Plan de atención de enfermería.....	56
3.1 Desarrollo del plan.....	56
CONCLUSIONES.....	72

SUGERENCIAS.....	74
BIBLIOGRAFIA.....	78
GLOSARIO DE TERMINOS.....	81
ANEXO.....	84

Introducción.

Para el presente estudio es importante considerar que el sistema músculo-esquelético juega un papel muy importante en el desarrollo de nuestra vida cuya función determina los movimientos de las diversas partes del cuerpo humano, a lo largo de todas las actividades que realiza. A medida en que pasan todos los años, estas funciones se ven cada día disminuidas y repercuten en ciertas zonas importantes de la locomoción del individuo, como es el caso de la articulación de la cadera que parece ser el punto mas débil del esqueleto humano en la medida en que la edad avanza. Esto por los cambios hormonales que se producen al interrumpirse el ciclo neuroendocrino gonadal y disminuir la cantidad de hormonas gonadales, por ello, es que en el paciente anciano, surgen una serie de implicaciones desde el punto de vista biopsicosocial. En relación a lo biológico, sus funciones se encuentran alteradas o disminuidas, como por ejemplo; la motilidad gástrica, la agudeza visual, auditiva, la circulación sanguínea, la capacidad de respiración y desde luego esto va a repercutir en el area psicosocial. Con frecuencia se siente una persona inútil, minusválida, lo cual trae como consecuencia un alejamiento de la sociedad, lo anterior se acentúa cuando la persona anciana sufre la fractura del extremo proximal de

fémur, en donde se observa una alta incidencia entre la población senil debido a la pérdida progresiva de sustancias óseas en función de la edad, lo anterior produce debilitamiento estructural que traspasa el nivel crítico por debajo del cual, el riesgo de fractura aumenta de modo que es previsible el aumento de fracturas en este tipo de población.

El hueso esta en constante estado de anabolismo y catabolismo, la osificación se lleva acabo por la actividad de las células óseas o sean los osteoblastos que producen una matriz colágena en donde ocurre la mineralización a través de la fosfatasa alcalina y otros sistemas enzimáticos entre las que se encuentran unas relacionadas con el crecimiento oseo y otros con el proceso catabólico o de desmineralización que realizan los osteoclastos, la hormona paratiroidea, y la tiroides con acción contraria a la primera.

Esta es la situación que se establece en la edad senil en donde basta un traumatismo simple para que se produzca una fractura en el hueso próximo a una articulación.

En la atención que proporciona el personal de enfermería en el primer nivel de prevención, se requiere de la aplicación de medidas preventivas, tendientes a evitar el riesgo de fracturas, una vez que esto se ha producido, se participará en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Una participación muy importante es la rehabilitación

de dichos enfermos, estas acciones se inician desde el momento en que el paciente se relaciona con el equipo de salud. La planeación tendrá en cuenta el respeto, buen trato de los pacientes ancianos considerando las necesidades básicas vitales en él y el riesgo inminente de complicaciones, las que prolongan su estancia hospitalaria e inclusive hasta llegan a la muerte.

Los elementos orientadores y una conciencia clara para la atención eficiente de estos pacientes, ha permitido la realización del presente estudio clínico en Proceso de Atención de Enfermería, como un modelo para lograr la integración biopsicosocial del paciente anciano.

Objetivos. 1. Definir los problemas de un paciente senil con fractura del extremo proximal de fémur. 2. Identificar la relación que existe entre las complicaciones y la atención de enfermería que se brinda al anciano en la adaptación al medio hospitalario. 3. Lograr su integración y la participación con el equipo de salud y la familia, para alcanzar su pronto restablecimiento.

Campo de la Investigación.

El estudio clínico se realizó en un paciente con fractura del extremo proximal de fémur en el Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas del Instituto Mexicano del Seguro Social, para la estructuración del plan de atención

de enfermería.

Metodología.

Se elabora la historia clínica de enfermería, del análisis de los datos se identifican los problemas reales y potenciales y con ellos se estructura el diagnóstico de enfermería, Una vez que se ha dado prioridad a los problemas se elabora el plan de atención de enfermería y se realiza la evaluación de las acciones con base en los objetivos trazados.

I. MARCO TEORICO.

1. Características físicas, psicológicas y sociales del anciano.

La vejez como proceso biológico irreversible es parte del crecimiento total y del proceso de desarrollo, que se caracteriza por la manifestación de cambios psicofisiológicos y sociales, que son resultado de la acción ejercida por factores intrínsecos y extrínsecos sobre el individuo, acelerando o retrasando su aparición según sea el grado de influencia. (1)

Todo individuo se ve sometido a una serie de trastornos físicos y mentales y a innumerables tensiones del mundo que afectan indudablemente su estado de salud. Las personas de edad avanzada constituyen un núcleo de población ante la multicausalidad de los agentes patógenos; de tal manera que del grado como éste y su familia respondan a esas tensiones y adaptaciones, serán las condiciones de salud y la calidad de su vida. Si estos problemas patológicos o sociales de las

(1) INSEN. "Acción y proyección del Instituto Nacional de la Senectud." Material Impreso del INSEN. México D F p. 11

personas de edad avanzada son identificados precozmente, atendidos con oportunidad y más aun si son evitados, entonces se estará en posibilidad de ofrecer al anciano bienestar integral. (2)

En antiguas culturas, el anciano era una figura de respeto y se logró un sentido de veneración. La estructura y organización como la maya y azteca, propició e incrementó la aceptación y respeto hacia el anciano. Entre los aztecas el individuo de edad avanzada llamado "huehuetque", después de haber sobrevivido a guerras, enfermedades, problemas, era objeto de gran aceptación y su presencia era importante en todas las ceremonias familiares, religiosas y políticas.

Los ancianos también ocupaban un importante lugar entre las ceremonias de carácter social y familiar. De hecho en sus últimos años el anciano disfrutaba de una vida apacible y llena de honores, si había servido al Estado, recibía comida y alojamiento en calidad de retirado. Todas las clases sociales al llegar a la ancianidad, tomaban parte en consejos, y sus discursos o advertencias eran escuchados y tomados en cuenta.

(2) Muriel, Skeet. " Problematica en el anciano " Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 92 No. 4 Abril 1982 México. p. 348.

A partir de la revolución industrial la sociedad tiende a rechazar al anciano por ser una persona activamente no productiva, por lo cual se olvidan de ellos por completo. Los ancianos paralelamente a la disminución de sus capacidades físicas, ven afectado su status familiar y social lo que les crea una situación de dependencia lo que da origen a alteraciones psicosomáticas que tienden a agravarse ante estímulos negativos; además son objeto de todo tipo de arbitrariedades, tales como la agresión física, abandono, confinación, y la sociedad no hace nada o hace muy poco por evitarlas.

Hoy en día debido al creciente número de personas en edad avanzada que se encuentran desprotegidas se han creado instituciones para prestar ayuda al anciano y contribuir a que alcancen el máximo de bienestar físico, psíquico y social. (3).

1.1 ; Que es la vejez ?

Algunos autores la consideran como " la última etapa

(3) INSEN. op. cit. pp. 11- 22.

de la vida, en el doble sentido de la palabra; la última y al mismo tiempo la etapa de la realización suprema que ha acumulado años y años de vida es el ser viviente por excelencia y representa en cierto modo la concentración del ser. " (4)

Está considerada también como la tercera etapa. del ciclo vital, donde existen cambios tanto en lo somático como en lo anímico, estos cambios son paralelos. El hombre a medida que avanza en la vida va teniendo ciertas situaciones orgánicas específicas de cada época de su vida y de carácter social.

El proceso de envejecimiento es gradual e incidioso pero progresivo. Se distinguen tres etapas que son:

- Madurez Avanzada: entre los 45 y los 60 años.
- Senectud: entre los 61 y los 75 años.
- Senilidad: más allá de los 75 años.

(4) Fuentes Aguilar, Raúl. Filosofía de la vejez. p. 4.

Esta clasificación es relativa porque el envejecimiento se desarrolla en forma diferente de acuerdo a factores biopsicosociales. (5)

1.2 Cambios fisiológicos durante el envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso natural e inevitable de la vida. Durante el envejecimiento existen cambios de las funciones corporales: celular, orgánico y sistemático sin que exista un compromiso patológico.

"Algunos cambios celulares básicos se producen gradualmente como parte del proceso de envejecimiento. La velocidad de la división (reproducción), crecimiento y reparación de las células se reduce." (6)

En el anciano se encuentra disminuída la resistencia física general /depende en su gran mayoría de la degeneración

(5) San Martín , Hernán . Salud y Enfermedad. Edit. La Prensa Médica Mexicana. México. 1980. p. 490.

(6) Watson, J.E. Enfermería Médico Quirúrgica. Edit. Intera americana. México 1983. p. 196.

tisular ocasionando atrofia de los tejidos, la capacidad de recuperación y cicatrización se encuentra disminuída, así como la cantidad de energía y calor producidos por el metabolismo. Los mecanismos homeostáticos se ven reducidos para mantener su medio ambiente interno en condiciones favorables.

En el aparato digestivo, la capacidad de digestión disminuye notablemente debido a: problemas de masticación por la pérdida de dientes, trastornos en el mecanismo de deglución, inhibición de la función enzimática, reducción de la capacidad gástrica y la cantidad de ácido clorhídrico, así como de los jugos gástricos que contribuyen a la digestión. El peristaltismo es menos frecuente y con mayor fuerza, se aminora la absorción intestinal tanto de nutrientes como de minerales, la capacidad del hígado para desintoxicar al organismo disminuye, la pérdida del tono muscular en los intestinos puede llegar a ocasionar estreñimiento, aunque también colaboran a éste la disminución del ejercicio y apetito. (7)

En el aparato respiratorio a nivel de la laringe y faringe los cambios ocasionan que la voz modifique su tono,

(7) Watson, J.E. op. cit. p. 99.

las paredes bronquiales se adelgazan, el reflejo tusígeno es menos eficaz para limpiar el tracto respiratorio, reteniendo secreciones que van a ocasionar infecciones, debido a la sensibilidad de las vías aéreas respiratorias y a la pérdida de las fuerzas musculares y de su tono. (8)

Disminuye la capacidad funcional de los pulmones, además de su tamaño y estructura presenta hipersensibilidad a los cambios de temperatura por lo que con frecuencia hay problemas bronquiales en el anciano. Existe disminución de la ventilación alveolar reduciendo el intercambio de bióxido de carbono y oxígeno entre la sangre y el aire alveolar, esto da como resultado que " la concentración de oxígeno en la sangre puede reducirse, lo cual provoca cambios degenerativos en todo el cuerpo. Los cilios son menos numerosos y menos deficientes para barrer hacia afuera mucocidad y partículas extrañas, como resultado de atrofia y resequedad del recubrimiento epitelial del aparato respiratorio." (9)

En el sistema urinario los riñones ven reducida su capacidad para la filtración glomerular debido a que el gas

(8) Brunner - Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgica.

Ed. INteramericana, 3a. ed. México 1980. p. 197.

(9) Watson J.E. , op. cit. p. 197.

to cardiaco se encuentra disminuído y la resistencia perifé-
rica está aumentada; la vejiga pierde su tono muscular y no
se vacía completamente durante la micción lo que ocasiona
descomposición de la orina residual predisponiendo a la in-
flamación e infección de la vejiga; es muy frecuente en las
personas de edad avanzada la incontinencia urinaria, lo
cual le ocasiona problema y tiende a alejarse de la socie-
dad por ese motivo; además de que la urea libera amoniaco
que es la causa del olor característico de la orina, lo que
hace que el anciano con este problema huela mal. (10)

En los ancianos hay un crecimiento de la próstata
debido probablemente a que después de los 40 años disminuye
la producción de andrógenos lo cual progresa según la edad,
causando hipertrofia prostática, obstrucción del cuello de
la vejiga lo que ocasiona restricción del flujo urinario;
al ir avanzando la hipertrofia prostática, se presenta pola-
quiuria y nicturia que se deben principalmente a la compre-
sión mecánica y por aumento del volúmen de la próstata y la
posibilidad de que la vejiga se vacíe de manera incompleta
en cada micción; en los casos más avanzados se presenta he-

(10) Ibidem. p 199.

maturia, estancamiento de orina en la uretra prostática e infección por cistitis. (11)

En el sistema reproductor los ovarios y los testículos dejan de funcionar, el tono muscular de los órganos genitales externos se atrofia, todo esto es ocasionado por la disminución en la producción de hormonas; pero aunque su --fran estos cambios el sexo en los ancianos continúa siendo un factor muy importante en su vida, los deseos y la capacidad sexual se encuentran modificados ya que en la edad ma dura se busca sobre todo la satisfacción de sentirse querido y protegido. La continuación de su actividad sexual, va a depender también de su conducta sexual previa y sus experiencias, así como del grado de integración afectiva con su pareja.

En el aparato cardiovascular el tamaño del corazón sigue siendo esencialmente el mismo, disminuye como resultado de la diferencia en las exigencias y la actividad física, o bien hay cardiomegalia cuando el anciano sufre de hipertensión arterial, entonces ocurre un aumento de gasto de

(11) Sabiston, David - Christopher. Tratado de Patología Quirúrgica Tomo 2. Ed. Interamericana, 11a. ed. México 1981. pp. 1745-1746.

energía, y por ende mayor esfuerzo que realiza el corazón para bombear la sangre.

Al disminuir la reserva cardiaca el corazón reacciona inadecuadamente a "stress" repentino. Nuevos cambios fisiológicos incluyen aumento en los depósitos de grasa alrededor del corazón, engrosamiento y falta de flexibilidad en las válvulas por esclerosis y fibrosis, además aminora la corriente sanguínea por las arterias coronarias. Las arterias de los ancianos muestran cambios químicos y anatómicos progresivos, con aumento en el colesterol, otros lípidos y calcio en todas las arterias; las fibras elásticas progresivamente se rectifican, debilitan, muestran dehiscencia y se rompen. Al ser menos elástica la aorta y aumentar la resistencia a la corriente sanguínea, puede aparecer hipertensión sistólica. Si bien la presión arterial en el anciano puede fluctuar, existe hipertensión arterial cuando aparecen elevaciones persistentes en las cifras de presiones sistólicas. (12)

En el sistema nervioso se encuentra disminuido el funcionamiento por la atrofia de las neuronas, afectando su relación en las diferentes esferas, debido a la disminución

(12) Brunner - Suddarth. op. cit. p. 216.

del aporte sanguíneo al sistema nervioso, lo que está relacionado con los cambios de personalidad que sufren las personas de edad avanzada explicándose el hecho de que el anciano tiende a ser olvidadizo ya que su capacidad de retención se encuentra disminuída y presenta lagunas mentales o percibe voces o ruidos que no existen. (13)

Los órganos de los sentidos en las personas de edad avanzada están disminuídos o ausentes. La capacidad de refracción del ojo se reduce debido a alteraciones del cristalino, que se opacifica permitiendo el paso de menos luz a través de él a la retina. Esta opacidad aumenta en forma gradual y termina por opacar totalmente el cristalino al paso de los rayos de luz. El anciano sufre presbicia y disminución del campo visual; pierde la adaptación en la luz tenue y cuartos oscuros, lo cual puede hacer que la persona anciana tropiece con objetos ocasionándole algún accidente que provoque lesiones. Estas personas requieren un período más largo para adaptarse a la luz brillante y suele aparecer un círculo blanco en la perifería de la cornea que se conoce como arco senil.

(13) Ibidem. p.-215.

La atrofia del nervio auditivo se produce en distintos grados, primero se pierde progresivamente la capacidad para comunicarse, el anciano se interesa cada vez menos y - tiende a aislarse socialmente; también se encuentra reducida la percepción al dolor, por tal razón la falta de queja de dolor o intensidad del dolor descrito no es siempre confiable, pues es posible no corresponda necesariamente al grado de intensidad del proceso patológico causal. El sentido del gusto y el olfato también disminuye y esto ocasiona que el anciano pierda el apetito. (14)

En el sistema endócrino las glándulas de secreción interna, mixta y externa disminuyen la producción de hormonas debido a gran número de factores, esto da lugar a algunos trastornos como son: la resequedad excesiva de la piel, el pelo reseco y las uñas gruesas y quebradizas. " Al cambiar los procesos metabólicos la curva de tolerancia a la glucosa tiende a semejarse a la del diabético, por este motivo es dudosa la utilidad de estas pruebas en los ancianos excepto en las personas diabéticas de por años." (15)

(14) Watson, J. E. op. cit. p. 201.

(15) Brunner-Suddarth. op. cit. p. 200.

En el sistema músculo esquelético, los cambios que se van presentando son del tipo de la desmineralización, por las alteraciones que presentan algunas secreciones endócrinas, provocando que los huesos sean más frágiles y susceptibles de sufrir fracturas con mayor frecuencia en la vejez. Los huesos se vuelven más porosos y ligeros pierden gran parte de su densidad; la acción de las articulaciones puede estar restringida y ser dolorosa a causa de la degeneración del cartílago de los extremos del hueso que soportan el peso. Los discos intervertebrales y las vértebras se van atrofiando y tienden a aplanarse, es por esto que las personas de edad avanzada pierden estatura.

Hay reducción de la fuerza y respuestas más lentas de los músculos, el tejido muscular se atrofia y si no hay actividad se produce infiltración grasa y marcada debilidad.

Al ir envejeciendo la persona, la piel de ésta se muestra seca y adelgazada y arrugada por la pérdida de tejido adiposo subcutáneo y elástico, así como la atrofia de las glándulas y la disminución del lecho capilar que limitan al anciano a soportar los cambios de clima, y las sustancias químicas suelen llegar a irritarlo como son los jabones y los accesorios personales. Los dedos de las manos y pies tienden a engrosarse y el pelo pierde su color y tien-

de a secarse y adelgazarse. (16)

1.3 Aspectos psicológicos y sociales del anciano.

El bienestar psicosocial es muy importante en cualquier persona, pero lo es más aún en las personas de edad avanzada que están en una constante tensión por factores como son: psicológicos, físicos, interpersonales, culturales, económicos y ambientales.

Los ancianos con quienes usualmente estamos en contacto se hallan bajo las condiciones especiales antes dichas, derivadas de nuestra sociedad contemporánea rápida y cambiante. Las innovaciones de la ciencia y tecnología han creado en el curso de una generación una manera diferente de enfocar la vida del anciano muy distinta a la que esperaban.

Existen varios factores ambientales que provocan condiciones desfavorables para las personas de edad avanzada,

(16) Watson, J.E. op. cit., p. 200.

por ejemplo cuando se enfrentan a pérdidas de gran impacto emocional como son: la esposa, los hijos, los hermanos y los amigos que fallecen, y condenan a los ancianos a una vida de soledad.

La situación económica guarda un primordial lugar, ya que el ingreso económico en los ancianos es bajo o nulo, por un lado debido a la desocupación o por la marginación de que son objeto dentro del sistema de producción, y por otro lado, a que el monto de las pensiones derivadas de los sistemas de seguridad social son cada vez más insuficientes para que puedan vivir decorosamente con ellas, inclusive muchos otros ancianos, viven en condiciones higiénicas desfavorables al prescindir de elementos nutritivos y al privarse del cuidado médico que necesitan.

La personalidad de los ancianos no está solamente bajo la tensión provocada por el exceso de estímulos exteriores, sino que debe enfrentarse y defenderse del número creciente e inevitable de frustraciones personales; cuando fallan los mecanismos de ajuste de la personalidad sobrevienen los padecimientos psicosomáticos o enfermedades mentales debido al proceso de involución ineludible, lo que le conduce a una disminución de sus facultades mentales y un cambio de actitud respecto al mundo.

Las neurosis que con mayor frecuencia se presentan en los ancianos son las neurosis caracterológicas de tipo paranoide, las neurosis de angustia, las neurosis hipocondriacas y las obsesivas o fóbicas.

El individuo experimenta un notable rechazo social como el que se deriva de su jubilación en el trabajo o en la pérdida ascendente de autoridad dentro de su familia y comunidad. Es importante considerar el hecho de que no se les toma en cuenta en ciertas decisiones; ocasionalmente oímos decir a un anciano "nadie se preocupa de lo que pienso o como me encuentro, soy completamente ignorado," y se espera que acepte pasivamente las decisiones de otros, son por lo tanto incapaces de sobreponerse a estas situaciones, sus esfuerzos para adaptarse se vuelven cada vez menos efectivos, creando una actitud de dependencia. Con la pérdida de estimación que lo conduce a una introversión la persona se aísla y se sitúa en el pasado hasta que al fin adopta una actitud de total abandono a las exigencias de la realidad; existe una tendencia a regresar a etapas primitivas del desarrollo emocional, así las personas de edad avanzada deben manejarse de acuerdo con el nivel de personalidad que los caracteriza y sobre todo deben respetarse sus creencias e ideas ya que se sienten más segu--

ros con sus patrones de vida establecidos y rechazan nuevos cambios. (17)

2. Generalidades anatómo-fisiológicas del sistema músculo - esquelético

El sistema músculo-esquelético compuesto de huesos, músculos, ligamentos y aponeurosis es una unidad que desempeña funciones importantes y básicas como es la interrelación biomecánica que ejercen las fuerzas músculo esqueléticas que dan la capacidad de ejecutar esa acción armónica que es el movimiento, el cual para poder considerar el valor de dichos elementos es necesario verse por separado y para el presente estudio se tomarán únicamente los aspectos relacionados con la fractura del extremo proximal del fémur.

El hueso que constituye la mayor parte del sistema esquelético se caracteriza por su resistencia y rigidez, el cual está constituido por células óseas, sustancia intercelular colágena calcificada y médula ósea. El hueso se forma

(17) Mereness, Doroty. Elementos de Enfermería Psiquiátrica Ed. La Prensa Médica Mexicana. 2a. ed. México 1973. pp. 253-258.

mediante un proceso denominado osificación que empieza en las células mesenquimatosas transformándolas en osteoblastos cuya función es la formación de las fibras de la colágena y la disposición de las sales minerales. Cada hueso se compone de dos tipos de tejido: compacto y esponjoso, las capas exteriores están formadas por tejido denso compacto, tiene aspecto sólido, es resistente, ligero, resiste a la compresión al peso y no se dobla. El interior es de naturaleza esponjosa o porosa tiene el aspecto de un enrejado, constituido por trabéculas las cuales forman una red; los numerosos espacios mayores de tejido esponjoso contienen médula ósea roja. Los huesos están unidos entre sí por las articulaciones y colectivamente forman el sistema esquelético cuyas funciones son: de soporte, protección, movimiento, depósito de minerales y formación de células sanguíneas. (18)

El fémur es el hueso más largo del cuerpo humano, su extremidad proximal se articula con la cavidad cotoiloidea y su extremidad distal se articula con la tibia y la rótula. El cuello del fémur tiene de 3 a 4 cm. de longitud, da paso a dos masas voluminosas, que son el trocánter mayor y el

(18) Gardner - Osburn. Anatomía Humana. Ed. . Interamericana. 2a. ed. México 1975. pp. 57-60

trocánter menor; son proyecciones que sirven como puntos de inserción para algunos de los músculos del muslo y de la nalga. En los pacientes ancianos el cuello del fémur se torna débil de manera que falla en el soporte del peso corporal, el tejido esponjoso se desmineraliza lenta y progresivamente y se agrandan las celdillas limitadas por las trabéculas óseas adelgazadas hasta desaparecer sus paredes constituyéndose un solo cilindro muy delgado de tejido compacto, (capa cortical) incapaz de resistir un choque aunque no fuese violento, ni si quiera una fuerte contracción. (19)

La extremidad distal del fémur se ensancha e incluye el cóndilo medial y el cóndilo lateral, estos se articulan con la tibia; las caras interna y externa del extremo inferior del fémur forman las tuberosidades interna y externa que están colocadas como ejes sobre los cóndilos. En la cresta supracondílea es el sitio de inserción de los músculos aductores del muslo hacia abajo de la línea aspera hasta una elevación en el borde superior de la tuberosidad interna.

(19) Testut, L. Jacob, O. Anatomía Topográfica. Ed. Salvat
8a. ed. Barcelona 1970. p. 920.

Las disposiciones estructurales de tejidos que se unen a los huesos se llaman articulaciones. El sistema articular se compone de esas unidades independientes ampliamente distribuidas y es una extensión funcional del sistema esquelético. Una función importante del sistema articular es hacer posible el movimiento de muchos puntos de unión del esqueleto. Unas pocas articulaciones proporcionan unión fija, pero la mayor parte de ellas se caracterizan por unión flexible que permiten grados variables de movimiento. (20)

La cadera está constituida por el hueso coxal en su cara externa y por la extremidad superior del fémur, estos se articulan entre sí para formar la articulación coxo femoral. Esta articulación constituye una enartrosis resistente y estable, que permite tener cierta libertad de movimiento y al mismo tiempo sirve de soporte y trasmisión del peso del cuerpo. " La articulación de la cadera más que otras articulaciones está sometida al peso, y sus procesos patológicos o desgastes por el uso y osteoartritis son frecuentes." (21)

(20) Gardner - Osburn . op. cit. pp. 62-63

(21) Garner, Ernest., et al. Anatomía. Ed . Salvat. 2a. ed. México 1978. p. 285.

La articulación coxofemoral está unida entre si por dos ligamentos: un ligamento periférico que es la cápsula articular cubierta exteriormente por cierto número de fascículos de refuerzo y un ligamento intrarticular que es el ligamento redondo.

Los ligamentos permiten la estabilización más que reforzar su ya fuerte construcción. El ligamento más importante es el ileofemoral que se inserta por arriba de la espina iliaca antero inferior y en la porción iliaca adyacente del acetábulo, este ligamento impide la flexión posterior de la pelvis sobre la cabeza de fémur. El ligamento pubio femoral se extiende desde la porción pubiana del acetábulo y zona adyacente de la rama superior del pubis, sus fibras se vuelven más rígidas durante la abducción para dar estabilidad al movimiento. El ligamento isqueofemoral tiene su origen en el isqueón y se inserta en el cuello del fémur, éste junto con el ligamento ileofemoral actúan para impedir la extensión. El ligamento redondo se inserta por una parte en la fosa de la cabeza femoral, y por otra va a insertarse en el ligamento transverso del acetábulo y en los bordes de la escotadura isqueopubiana; conduce vasos sanguíneos internos a la cabeza del fémur.

Los movimientos que se efectúan sobre la cavidad cotil

loidea coxal son: flexión, extensión, aducción y abducción. Además permite los movimientos de circundicción y de rotación. (22)

3. Fractura del extremo proximal de fémur. (*)

Las fracturas del extremo proximal de fémur abarcan las fracturas del cuello femoral y de la región trocantérea. Es muy frecuente que se presenten en las personas de edad avanzada y más aún en personas del sexo femenino debido probablemente a la tendencia natural de la deformidad en coxa vara, la osteoporosis y a la mayor supervivencia.

Antiguamente la mortalidad era muy elevada debido a la inmovilización prolongada (tratamiento conservador) ya que estas personas estaban propensas a sufrir complicaciones pulmonares, cardiovasculares, renales, úlceras por decúbito, infecciones, etc. y no fallecían en sí a consecuencia de la fractura sino por las complicaciones. Hoy en día debido al desarrollo de la técnica de reducción abierta y fija-

(22) Garner - Osburn. op. cit. pp 121 - 122.

(*) Anexo No. 1. Historia Natural de la fractura del extremo proximal de fémur.

ción interna con clavos, tornillos, así como la colocación de prótesis el pronóstico ha mejorado considerablemente. (23)

3.1 Etiología.

La etiología de las fracturas del extremo proximal de fémur principalmente están ligadas a traumatismos. Pueden presentarse a cualquier edad pero, la incidencia aumenta significativamente a partir de los 40 años y alcanza el máximo entre los 60 y 80 años debidas a: osteoporosis; factores endoesqueléticos; cambios endócrinos; mala nutrición; alteraciones periódicas del equilibrio y al mayor sedentarismo. Predomina en el sexo femenino especialmente de edad avanzada, atribuyéndose a la sobrecarga funcional vinculada a las diferencias sexuales de la pelvis y por consiguiente a la palanca pelvi-femoral. (24)

-
- (23) - Comité de Traumatología del American College of Surgeons. Traumatología Asistencial Inmediata del Lesionado. Ed. Interamericana. México 1975. pp. 246-247
- (24) Valls, E. Jorge. Ortopedia y Traumatología. Ed. El Ateneo, 2a. ed. México 1976. p. 153

3.2 Diferentes tipos de traumatismo.

3.2.1 Choque vertical por caída sobre los pies o las rodillas que a veces se produce por un paso en falso, como ocurre al bajar apresuradamente de la banqueta o de un peldaño. La fractura en tales circunstancias se ocasiona porque la cabeza femoral retenida en el cótilo es decapitada por acción de la cortadura consecutiva al contragolpe que se trasmite por las extremidades inferiores.

3.2.2 Choque lateral se produce generalmente por las caídas del cuerpo durante la marcha. En estos casos la parte posterior externa del trocánter mayor choca contra el suelo y como la cabeza está fija en el acetábulo y sujeta por fuertes ligamentos anteriores, el cuello resulta comprimido en su eje longitudinal y es empujado hacia arriba produciéndose así una fractura por flexión y compresión.

3.2.3 Torción o rotación externa de la extremidad inferior, se produce cuando el cuerpo gira hacia un lado cuando la extremidad inferior se encuentra apoyada durante la marcha. Este mecanismo es bastante común entre

los ancianos, además de ser el más frecuente de todos. (25)

3.3 Clasificación de las fracturas del extremo proximal de fémur.

A las fracturas del extremo proximal de fémur se clasifica según el nivel de la línea de fractura, pues permite fundamentalmente distinguir tipos diferentes de la siguiente forma:

3.3.1 Fracturas capitales o de la propia cabeza femoral, éstas son raras y generalmente se asocian a una luxación de cadera.

3.3.2 Fracturas del cuello del fémur o transcervicales, las de línea de fractura más inmediata a la cabeza se denomina subcapitales y las más distales basicervicales; son propias de la década de los 60 a 70 años.

3.3.3 Fracturas sub trocántreas, la línea fracturada es-

tá situada en el tramo del fémur comprendido entre un nivel proximal la que corresponde al del trocánter menor y otro distal al istmo o donde se inicia la morfología completamente cilíndrica propia de la diáfasis.

3.3.4 Fracturas intertrocantéreas, son de análoga frecuencia global que las fracturas transcervicales, pero propias de una senilidad más avanzada. La línea de fractura discurre de un trocanter a otro, pero se diferencian de las fracturas basicervicales porque uno o dos de los trocánteres están fracturados. En estas fracturas los problemas no son de consolidación sino de supervivencia del anciano traumatizado por el tiempo tan largo que se encuentran hospitalizados. (26)

3.4 Cuadro clínico.

El paciente que sufre un traumatismo a nivel del extremo proximal de fémur no podrá levantarse por el dolor

que experimenta a nivel de la cadera, dada la importancia para la marcha de la extremidad inferior afectada.

El paciente se encuentra en decúbito dorsal, el dato se obtiene de un traumatismo, esfuerzo brusco o bien el haber dado un paso en falso sobre todo en el caso de los ancianos. Por medio del exámen clínico nos podemos percatar que la extremidad inferior se encuentra en grado variable; si se trata de una fractura en aducción sorprende en primer término el aumento de la rotación externa del pie correspondiente, cuando el paciente se encuentra en decúbito dorsal, esta rotación no es tan exagerada como en el caso de fracturas de la región trocánterea o de la diáfasis femoral. El pie puede descansar o no sobre su borde externo, pero comparado con el del lado sano hay un aumento de unos 20 ó 30 grados de rotación externa. En las fracturas laterales la rotación puede sobrepasar los 45 grados y llegar incluso hasta los 90 grados, en este caso se encuentra que el borde externo del pie se apoyará sobre la cama, la extremidad generalmente se encontrará en aducción leve o moderada, además habrá acortamiento aparente.

La palpación provoca dolor en la región inguinocrural sobre la proyección del cuello femoral y en las fracturas laterales a nivel del trocánter mayor. La hipomoviliza-

ción coxofemoral está dada por la impotencia funcional, particularmente por el signo de no poder levantar el talón sobre el plano de la cama, también se manifiesta, aunque en la minoría de los casos, una impotencia funcional poco acentuada incluso en algunos casos el paciente logra tanto el apoyo como la marcha. Los pacientes pueden ejecutar ligeros movimientos de rotación en la articulación de la cadera, pero la abducción y la aducción activas son imposibles debido a la carga correspondiente al sitio de la fractura.

Al continuar la exploración del paciente es imprescindible comprobar: El acortamiento, el cual se mide por medio de la comparación de la distancia existente en ambos lados entre la espina iliaca anterosuperior y el vértice del maléolo interno o del maléolo externo; la distancia hasta el maléolo externo excede en 1 a 2 cm. a la del maléolo interno; también es importante explorar los reflejos de la extremidad afectada para comprobar si están lesionados algunos nervios que pudieran estar afectados por la fractura, así como los vasos sanguíneos ya que la región del cuello femoral se encuentra muy vascularizada produciendo la fractura, ruptura de estos vasos ocasionando hemorragia, equimosis y/o tumefacción, siendo necesario detectar estos signos mediante la inspección, palpación y toma de signos vitales de los cuales podemos considerar que la presión arterial

es la más importante, ya que esta nos refleja el estado hemodinámico del paciente. (27)

3.5 Diagnóstico.

El diagnóstico se funda en el antecedente del traumatismo sobre la región del extremo proximal de fémur, los síntomas descritos por el paciente, por el examen clínico cuidadoso que realiza el médico y fundamentalmente seguido de un estudio radiológico completo.

El estudio radiológico es de gran valor en el diagnóstico de las fracturas del extremo proximal de fémur, tanto para descartar la fractura como para establecer de manera precisa el diagnóstico. Es necesario contar con placas en posición anteroposterior y lateral para valorar el trazo de fractura, conocer su dirección, grado de dislocación fragmentaria o impactación. Es necesario contar con placas AP tanto del lado sano, como del lado afectado (placas comparativas), con estos tipos de placas se puede diagnosticar

(27) Tronzo. Cirugía de la Cadera, Ed. Médica Panamericana. Mexico 1975. pp. 519-521.

de manera satisfactoria el tipo de fractura, pues aunque muchas veces la placa Ap no nos muestra de manera clara el trazo de la fractura o el grado de desplazamiento, la placa lateral sirve precisamente para aclarar esas dudas, aunque es necesario dejar claro que en algunos casos difíciles de diagnosticar es preciso recurrir a placas oblicuas o a placas tangenciales. (28)

3.6 Tratamiento.

Una vez que se ha confirmado el diagnóstico de fractura del extremo proximal de fémur el manejo del paciente se continuará con una explicación tanto a él como a sus familiares acerca del problema y las medidas que se deben practicar para su recuperación, así el paciente cooperará para su pronto restablecimiento con la ayuda de sus familias.

Como ya se ha mencionado, la mayoría de los pacientes son de edad avanzada, el tratamiento de elección gene--

(28) -Molina, Osorio Carlos. Traumatología. Ed. Francisco Mendez Cervantes. México 1975. p. 303

ralmente es quirúrgico dependiendo de las condiciones de sa lud en que se encuentra el paciente, sin embargo algunos au tores consideran que el tratamiento debe ser conservador se ñalando que la consolidación de la fractura en la mayoría de los casos resulta satisfactoria. (29)

No obstante con este método el índice de mortalidad aumenta considerablemente ya que este tipo de pacientes no toleran la prolongada inmovilización, el reposo en cama impuesto por la tracción y las férulas de yeso, bajo tal tratamiento son propensos a sufrir una serie de complicaciones como son: trombosis, neumonías, escaras, embolia pulmonar, etc. (30)

3.6.1 Tratamiento Quirúrgico.

En el tratamiento quirúrgico se debe tener en cuenta el estado general del paciente, es importante considerar que este problema no constituye una ur--

(29) Watson, J. E. op cit. p. 888 .

(30) Comité de Traumatología del American College of Surgeons. op. cit. p. 247

gencia quirúrgica en la mayoría de los casos, por lo tanto se debe valorar en qué condiciones de salud se encuentra el paciente anciano, para así poder reducir una serie de complicaciones tanto en el acto quirúrgico como en el postoperatorio; se deberán solicitar los siguientes exámenes de laboratorio y gabinete de acuerdo a cada paciente y dependiendo de su estado de salud: radiografía de torax, tipo de sangre, grupo y factor Rh, biometría hemática, química sanguínea, tiempo de sangrado y de coagulación, examen general de orina, (en caso necesario urocultivo), valoración cardiológica (electrocardiograma), en algunos casos pruebas funcionales hepáticas, además se valorará al paciente anciano por el servicio de medicina interna de acuerdo a los resultados obtenidos de los exámenes de laboratorio y gabinete para establecer el grado de riesgo quirúrgico que se lleva al ser sometido a cirugía sobre todo a personas de edad avanzada.

En el tratamiento quirúrgico también se tomará en cuenta el material que se va a utilizar en la cirugía ya que hay una variedad de placas, clavos y tornillos metálicos como medios de fijación, la elección dependerá de la localización y el ángulo de la

fractura; en algunos casos se utilizará prótesis (tipo Moore y Thomson) para sustituir la cabeza del fémur.

Durante la intervención quirúrgica se hará una incisión para abordar el sitio de la fractura, donde se utilizarán clavos guías, posteriormente se colocará la placa tomando en cuenta el grado de angulación, se fija al clavo adosándola a lo largo del borde externo del fémur, fijándose con tres o cuatro tornillos de 1 a 1/4 de pulgada según el grosor de fémur, una vez fijada la placa se tomará un control radiológico; después de estos pasos se procede a suturar por planos, en algunos casos es recomendable dejar tubos de pen rose para evitar la formación de hematomas, o bien la colocación de un portovak. (31)

3.6.2 Tratamiento conservador.

El tratamiento conservador consiste en reposo en cama bajo tracción percutánea y vendaje enyesado en -

abducción y rotación interna. Este tratamiento está indicado cuando no se cuenta con los medios hospitalarios adecuados o cuando las condiciones del paciente senil no permiten realizar el tratamiento quirúrgico, también está indicado en aquellas fracturas que por su naturaleza hacen imposible la aplicación de material de osteosíntesis, así como cuando las condiciones patológicas del paciente aumentan el riesgo quirúrgico.

Una tracción consiste en aplicar una fuerza o jalón a una extremidad o a una parte del cuerpo ya sea manual o por medios mecánicos. Tiene como objetivos principales: disminuir el dolor y el espasmo muscular, restablecer y conservar la longitud y así como para mantener la alineación de los fragmentos.

La tracción puede clasificarse en tres tipos: esquelética que se hace directamente sobre el hueso con un clavo de Steinman y/o Kirschner; cutánea cuando se aplica sobre la piel y partes blandas y manual que es la fuerza que se aplica a una parte del cuerpo con las manos.

Cuando este tipo de tratamiento se utiliza, se debe realizar una cuidadosa vigilancia del estado

general del paciente, así como un control radiográfico frecuente. Debido a que el tratamiento a largo plazo exige una mayor atención por parte del grupo de enfermería en proporcionar cuidados más específicos para evitar una serie de complicaciones.

3.7 Complicaciones.

" El anciano tiene algunas características especiales en cuanto a las enfermedades que padece, las cuales son el resultado de cambios orgánicos, funcionales y hormonales que ocurren con la edad, haciendo bajar el rendimiento del funcionamiento de casi todos los sistemas orgánicos, alterando su equilibrio y la reacción de sus mecanismos defensivos " . (32) De lo antes dicho y debido que las fracturas del extremo proximal de fémur constituyen en el anciano una de las primeras causas de lesión en el sistema músculo-esquelético, así las complicaciones son más frecuentes y se produce mayor riesgo de mortalidad.

(32) " Fractura de cadera, el alto riesgo avanzada cirugía para ancianos; rehabilitación y readaptación al hogar". Solidaria, revista del IMSS No. 14 sep. México 1984 p 51.

Dentro de las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia en este tipo de pacientes citaremos los siguientes: úlceras por decúbito debidas a la inmovilización a la que se ven sometidos por la mala circulación periférica insuficiente; neumonía hipostática secundaria a la inmovilización; cálculos renales; infección de vías urinarias; flebotrombosis; bronconeumonías; necrosis vascular por falta de una buena irrigación sanguínea; consolidación viciosa que se presenta en aquellos casos en que han sido inmovilizados inadecuadamente produciendose coxa vara de 90 grados, rotación externa y acortamiento ocasionando vasculamiento de la pelvis; formación de un callo exuberante que puede producir limitación y dolor a los movimientos; unión retardada; pérdida de la reducción de la fractura, esto sucede si la reducción de la fractura está mal hecha con muy pocos clavos, mala ubicación de los mismos o impacción inadecuada de los mismos; infección en la herida quirúrgica debido a que su proceso regenerativo esta reducido.

Es por lo tanto que el equipo interdisciplinario de salud debe estar alerta para evitar toda esta serie de complicaciones que suelen aparecer en los pacientes de edad avanzada. (33)

3.8 Atención de enfermería.

3.8.1 Ante un tratamiento conservador.

La participación de enfermería en el tratamiento conservador de las fracturas del extremo proximal de fémur en los ancianos es importante y básica. Ya han sido mencionadas las características físicas, psíquicas y sociales del anciano y, con estas premisas, no olvidar que al atender la patología traumática del paciente, considerar todos los riesgos a los que su misma edad lo expone y que aunado al deterioro fisiológico de algunos órganos como el oído, tomar en cuenta que es común, que en estos pacientes este sentido se debilite o se pierda radicalmente, lo que crea un ambiente de inseguridad para el anciano, lo cual se manifiesta por su cambio de comportamiento mostrándose en algunos casos renuente u obstinado en la cooperación para su tratamiento con el equipo interdisciplinario de salud, es por ello que es importante realizar una labor de convencimiento a través de explicaciones sencillas y claras y tratar de ganar su confianza logrando así su participación con el equipo de salud.

Las acciones de enfermería que se deben de llevar a cabo son las siguientes: explicar al paciente en qué consiste el tratamiento y cuál es la importancia para su recuperación y sobre todo hacerle saber que su colaboración y participación es la parte más importante en el tratamiento. Aclararle que todo procedimiento se hará con cuidado y que no se le causará algún problema.

Brindarle confianza y sobre todo evitar que el paciente se deprima por el tiempo tan prolongado en cama.

Proporcionar terapia ocupacional teniendo el apoyo de los familiares para que colaboren en el tratamiento, evitar que el paciente se sienta inútil y que él es muy importante dentro de la familia.

Enseñar al paciente cómo utilizar el trapecio para su movilización en los procedimientos de: cambio de ropa de cama, baño de esponja, cambios de posición, colocación de cómodo y ejercicios de rehabilitación.

Deben evitarse áreas de presión ocasionadas por la tracción o por el peso del cuerpo en zonas que tienen poca protección así como en las prominencias óseas.

Revisar con frecuencia la circulación y la sen

sibilidad de la extremidad, el llenado capilar, pulso, temperatura, color, todo esto se hace para corroborar que no exista alguna alteración en el vendaje o enyesado, según sea el caso, asimismo verificar la comodidad del paciente.

Elevación de la extremidad para facilitar el retorno venoso.

hacer curación en los sitios de entrada y salida de los clavos y protegerlos con gasa.

Verificar que el paciente realice ejercicios respiratorios para evitar neumonía hipostática.

En cuanto a la atención de enfermería relacionada a la nutrición, eliminación, sueño, limpieza (piel), movilización y necesidades espirituales serán abordadas más específicamente, para no caer en repeticiones, en el plan de atención de enfermería particularmente sobre las necesidades y/o problemas del paciente.

3.8.2 Ante un tratamiento quirúrgico.

Una vez que se haya elegido el tratamiento quirúrgico se deberá explicar al paciente que se le harán una serie de exámenes preoperatorios necesarios para conocer si las condiciones son óptimas para la operación. Se vigilará que los estudios de química

sanguínea, biometría hemática, grupo y factor Rh, electrocardiograma, valoración radiológica y por medicina interna.

Para reducir la tensión del paciente y familiares se les explicará en forma somera en que consiste la cirugía para obtener su mejor colaboración en el postoperatorio.

En términos generales los principios de los cuidados preoperatorios son los mismos en cualquier paciente que se somete a cirugía. En especial en este tipo de intervención los cuidados específicos que se deben de dar al paciente son: hacer la tricotomía en la región de la cadera, en algunos casos aplicación de enema, ministración de medicación preanestésica y vigilar el ayuno del paciente.

En el período postoperatorio se deberá establecer un programa de cuidados específicos encaminados al pronto restablecimiento del paciente que consiste en primera instancia en la administración de analgésicos, antinflamatorios, antibióticos y control de líquidos. Se vigilará si no hay huella de sangrado en apósito y se observará el funcionamiento del

sistema de drenaje de la herida quirúrgica y se colocará a nivel más bajo que el paciente asimismo se fijará en la solera de la cama. Vigilar estado neurocirculatorio distal de la extremidad pélvica intervenida. Vigilar signos vitales reportando cualquier alteración de los mismos. Aplicación de donas en taponajes para evitar formación de úlceras de decúbito. En casos especiales se volverá a colocar la tracción, si el cirujano lo cree pertinente para prevenir contracturas de rodilla.

La extremidad afectada se sostiene durante la movilización, manteniendo la cadera y rodilla sobre un mismo plano, para prevenir tensión sobre el lado operado. Se iniciará lo más pronto posible ejercicios de las extremidades no afectadas, y se alentará al paciente a flexionar y extender alternativamente los dedos del pie y el tobillo de la extremidad afectada para estimular la circulación, además se deberán realizar movimientos pasivos seguidos de ejercicios activos.

Se alienta al paciente a realizar ejercicios respiratorios, se dan cambios de posición tan pronto como sea posible para evitar una congestión pulmonar.

Al principio al paciente se le enseña a permanecer en posición erecta sobre la extremidad no afectada y podrá iniciar la marcha con andadera y posteriormente con muletas. Durante este período inicial se deberá tomar un control radiológico para verificar si la fractura ha consolidado satisfactoriamente.

Todo dato que sugiera cambio se deberá investigar a fondo, dolor continuo o espasmo muscular es signo que suele significar una insatisfactoria reducción de necrosis vascular de la cabeza del fémur, el dolor trocantérico es menos específico y puede tratarse de una bursitis trocantérica, aunque también puede significar una infección profunda.

Durante el proceso de consolidación son comunes los periodos de depresión, preocupación, ansiedad o angustia; el pensar que ya no van a volver a caminar o se van a morir debido a su edad los hace más vulnerables a tener estos problemas, se le explicará su tratamiento y por ende se le inspirará confianza y seguridad, se hablará con los familiares para que participen en el tratamiento brindando le confianza y apoyo, lo que le dará seguridad en sí mismo para su pronta recuperación. Por otra parte se deben de considerar también los cuidados de en-

fermería del tratamiento conservador.

3.9 Pronóstico.

El pronóstico de la fractura proximal de fémur dependerá de varios factores como son: la edad del paciente, la localización y extensión de la fractura, del carácter y duración del tratamiento, así como de las condiciones generales en que se encuentra el paciente, por lo tanto es necesario valorar en forma precisa la presencia de enfermedades que pongan en peligro su vida, por lo que debe hacerse un perfecto estudio clínico observando la evolución que presenta el paciente, asimismo el pronóstico se establecerá aunado a la presencia o no de complicaciones.

En cuanto a la función, la mayoría de los pacientes logran caminar nuevamente con algún grado de claudicación, ayudados por un bastón, en algunos con marcha dolorosa, pero el pronóstico, tomando en cuenta la edad y su actividad casi sedentaria, es bueno para la función y también para la vida. (34)

II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

2.1 Datos de Identificación.

La paciente M.R.S. del caso que nos ocupa es una anciana de 67 años de edad, originaria de Salamanca Guanajuato radica en el D.F. desde hace 30 años. Reside en zona urbana, en la colonia Gertrudis Sánchez que cuenta con todos los servicios públicos tales como: drenaje, iluminación, pavimentación, agua intradomiciliaria, control de basura cada tercer día y vías de comunicación (teléfonos, transporte de camiones, taxis colectivos). Tiene estudios hasta el sexto año de primaria. Actualmente vive en compañía de su hija, yerno y dos nietos, la casa donde vive es propiedad de su hija, este dato es importante ya que la paciente sentía ser una carga para la familia, aun a pesar de que se encuentra pensionada por el I.M.S.S.; económicamente depende en gran medida del yerno. Es viuda desde hace tres años sintiéndose en ocasiones sola por la falta de su esposo a pesar de que existe una buena integración familiar; se dedica a las labores del hogar; cuenta con buenos hábitos higiénicos ya que se baña todos los días con cambio de ropa total e higiene bucal dos veces al día; su hábitos dietéticos son buenos, come en general: frijoles, huevo, leche, café, pollo, verduras, chile, arroz, atole y pan, todo esto en pequeñas canti

dades porque de lo contrario le ocasionan trastornos gastro
intestinales.

Dentro de los antecedentes hereditarios familiares únicamente destaca el hecho de que su madre falleció a consecuencia de diabètes mellitus. Por lo que respecta a los antecedentes personales patológicos no hay ningún dato de importancia para su padecimiento actual, sin embargo, es importante considerar algunos puntos que pueden influír indirectamente en forma negativa. Es diabética desde hace cuatro años, controlada con hipoglucemiantes orales.

Esta patología, aunque aparentemente no le ocasione problema dado su control, si se requiere atención especial de enfermería para preveer complicaciones; sobre todo inter
firiendo la reparación de tejidos. Cabe destacar también el hecho de que la paciente presentó dos fracturas anteriormente, una de tibia derecha hace un año y la otra de clavícula hace tres meses. Estas fracturas nos hacen pensar en la edad de la paciente ya que como hemos planteado, en el ancia no los huesos tienden a perder calcio haciendose delgados y quebradizos. (osteoporosis)

Otro antecedente personal a considerar son los tras
tornos gastrointestinales que refiere la paciente manifesta

dos por gástritis, meteorismo y episodios alternos de constipación y diarrea. Desde luego requiere eliminar una etiología infecciosa o parasitaria causante del problema; pero no debemos olvidar que en el anciano se ve disminuida la motilidad gástrica o intestinal, así como las funciones enzimáticas a consecuencia de la edad.

La paciente es alérgica a la penicilina dato importante a considerar en el postoperatorio, ya que en los pacientes diabéticos son muy susceptibles a sufrir infecciones por lo cual es imperioso vigilar cualquier dato de algún proceso infeccioso.

Del padecimiento actual, la paciente acude al hospital por presentar traumatismo directo en cadera izquierda ocasionado al ir al baño y caerse sobre la región antes mencionada, el cual le originó dolor intenso creando incapacidad funcional, la extremidad inferior afectada está acortada y en rotación externa. Se diagnosticó fractura transcervical femoral izquierda. Ante esto se decide su internamiento y se coloca tracción esquelética de 3 Kg. para que posteriormente fuera valorada por medicina interna para la intervención quirúrgica con objeto de hacer la reducción de la fractura.

Durante los dos días que siguieron a su internamen-

to fueron practicados exámenes de laboratorio y gabinete para determinar las condiciones de salud y valorar el riesgo quirúrgico.

Entre los resultados obtenidos destacó el reporte de escherichia coli en el urocultivo por lo que se procedió a la administración de medicamentos específicos. Aún cuando la paciente no reportaba ninguna sintomatología urinaria, lo que hace pensar en un problema crónico, muy frecuente también en el anciano debido a que la vejiga pierde paulatinamente el tono muscular, disminuye el vaciado lo que aumenta la orina residual y predispone a la inflamación y más adelante a la infección.

En relación con la valoración hecha por enfermería además de los datos médicos mencionados, presenta gran angustia ante su problema. Con el antecedente de las fracturas anteriores, le preocupaba que ésta no consolidara y dejara cierto grado de incapacidad funcional que la convirtiera en una carga para sus familiares.

Uno de los aspectos que se hacía necesario considerar para la atención de enfermería se enfoca, a la tranquilidad emocional de la paciente sin olvidar un importante dato, su alergia a la penicilina y ante la necesidad de admi-

nistrar antibióticos para la patología urinaria, y vigilar estrictamente cualquier signo o síntoma de intolerancia o alergia que se pudiera presentar por la ministración de medicamentos.

Durante la inspección se observa paciente del sexo femenino, de edad aparente a la cronológica, orientada en tiempo lugar y espacio; de constitución integra; mal conformada; en posición de decúbito dorsal, presenta dolor e incapacidad funcional en la extremidad inferior izquierda, el cual presenta clavo para tracción esquelética, el dolor se exacerba a los movimientos. Coopera al interrogatorio.

Cabeza forma y volumen normal; sin exostosis ni hundimientos; pelo bien implantado seco y abundante. Ojos conjuntivas pálidas y bien hidratadas; pupilas simétricas e isocóricas. Nariz permeable, sin desviación de tabique. Cavidad bucal en buen estado de higiene; encías pálidas; faltan seis piezas molares; lengua saburral, mucosas orales pálidas y bien hidratadas; orofaringe hiperémica y bien hidratada. Cuello: forma y volumen normales. Torax: no se palpan ganglios supraclaviculares ni axilares; movimientos respiratorios rítmicos; a la auscultación campos pulmonares limpios. Glandulas mamarias sin alteraciones patológicas. Región precordial, a la auscultación frecuencia cardiaca normal. Abdo

men: forma y volúmen normal; flácido despresible; vello pubiano de acuerdo con su edad y sexo; no hay hiperestesia; así como masas tumorales palpables, ni visceromegalias; peristaltismo disminuido. Organos genitales: normales. Columna vertebral: sin datos patológicos. Extremidades superiores forma y volúmen normales y simétricas; arcos de movilidad normales; reflejos osteotendinosos presentes y normales. Extremidades inferiores: se mencionó en el padecimiento actual.

Exámenes de laboratorio y gabinete:

Laboratorio: Cifras normales.	Paciente	Observaciones
Hemoglobina. 12.8 - 17 g.	13 g.	Normal.
Hematocrito. 40 - 52 ml.	41 ml	"
C.M.H.G. "32 - 36 %	34 %	"
Leucocitos. 5000 - 10000 mm ³	8000	"
Linfocitos. 24 - 38 %	36 %	"
Monocitos. 4 - 9 %	6 %	"
Neutrofilos. 50 - 70 %	56 %	"
Eosinófilos. 1 - 4 %	3 %	"
Basófilos. 0 - 1 %	1 %	"
Segmentados. 45 - 65 %	55 %	"
Bandas. 0 - 7 %	4 %	"
T: protrombina. 80 - 100 %	85 %	"

	Cifras Normales.	Paciente.	Observaciones.
T. tromboplastina			
parcial.	30 - 50 seg.	36 seg.	Normal.
Factor Rh.	Positivo.	Grupo sanguíneo B.	
Glucosa.	60 - 100 mg.	160 mg.	Hiper glucemia.
Urea.	16 - 35 mg.	30 mg.	Normal.
Creatinina.	0.75 - 1.2 mg.	1.8 mg.	"
Urocultivo.	Se reporta Escherichia coli sensible a gentamicina.		

Observaciones. En general los resultados de laboratorio obtenidos no reportan alguna alteración importante que pudiera en algún momento ser causa de suspender la cirugía. La glucosa en sangre está ligeramente aumentada por ser una persona diabética, no representando un problema hasta el momento por estar bajo control. En cuanto al reporte del urocultivo hace sospechar en una infección urinaria crónica ya que la paciente no reporta alguna sintomatología.

Gabinete. Radiografía de torax en PA. La silueta cardíaca es de tamaño normal, con aorta ligeramente prominente a nivel de cayado aortico que muestra pequeñas placas de ateromas; los hilios y la vascularidad sin alteraciones; parénquimas pulmonares transparentes. Radiografía de cadera se observa fractura del extremo proximal de fémur, específicamente se aprecia fractura transcervical femoral izquierda. ECG normal.

2.2 Identificación de problemas.

Biológicos.

- Fractura transcervical femoral izquierda.
- Infección asintomática de vías urinarias.
- Diabetes mellitus controlada.
- Trastornos de la motilidad intestinal.

Psicológicos.

- Angustia.
- Sentimientos de soledad y minusvalía.

Socioculturales.

- Limitación para la autosuficiencia personal.
- Incapacidad para la autosuficiencia económica.

Diagnóstico de Enfermería.

Se trata de una paciente de sexo femenino, de 67 años de edad, procedente de un nivel socioeconómico y educacional medio, en estado de angustia a consecuencia de fractura transcervical femoral izquierda que la imposibilita para la deambulación, además presenta diabetes mellitus bajo control e infección asintomática de vías urinarias.

Los problemas mencionados sitúan a la paciente ante un cuadro de dolor a la movilización, disminución de la mo--

tilidad intestinal causando estreñimiento y meteorismo; se observa a la paciente con gran angustia y sentimientos de soledad y minusvalía, ante el temor de verse limitada para la autosuficiencia personal y económica.

III. Plan de atención de enfermería. (**)

3.1 Desarrollo del plan.

Una vez que contamos con los suficientes elementos para destacar y jerarquizar sus problemas; para integrar el diagnóstico de enfermería, y para trazar el objetivo general de atención, pasamos a la etapa de seguimiento del paciente durante siete días de permanencia hospitalaria. Durante ese tiempo se proporcionó atención de enfermería mediante la metodología del Proceso Atención de Enfermería buscando alcanzar los objetivos específicos trazados para cada día con base en los problemas y/o necesidades detectadas.

Durante el primer día de estancia, y con base en los problemas que presentó la paciente, se trazó el siguiente objetivo: Proporcionar una atención de enfermería encaminada a lograr las mejores condiciones físicas y psíquicas previas a la intervención quirúrgica.

Como primer problema citaremos que la fractura trans-cervical de cadera izquierda ocasionaba a la paciente dolor producido por la pérdida de continuidad del hueso, lesionando los músculos de la región, produciendo en ellos un espas-

(**) El plan de atención de enfermería se señala esquemáticamente en la sección de anexos. (anexo No. 2)

no causando el dolor; además acortamiento de la extremidad inferior izquierda, por lo que fue necesario colocar tracción esquelética para disminuir el espasmo muscular y por consiguiente el dolor, así como para evitar el acortamiento y alinear la extremidad inferior izquierda y se procedió a la ministración de analgésicos para inhibir el dolor. Se logró la alineación de la extremidad inferior afectada, el dolor se mitigaba por momentos aunque la movilización lo exacerbaba.

Otro de los problemas detectados fue el de angustia, ésta no sólo era manifestada en forma verbal por la misma paciente, sino que se traducía en inquietud, decaimiento, astenia y adinamia. Lo incierto del pronóstico y la posibilidad quirúrgica le causaba gran preocupación, sobre todo ante la posibilidad de no poder valerse por sí sola.

Al valorar este problema, encontramos a la angustia como una reacción normal ante un problema real y sentido; lo importante fue procurar que el problema no se exacerbara y constituyera un obstáculo incluso para la posterior cirugía.

Para lograrlo se planteó como acciones de enfermería, incrementar la comunicación con la paciente, que escuchara música; explicarle la importancia de estar en las mejores

condiciones de tranquilidad para la cirugía; procurar involucrar a su familia (sobre todo a su hija, dado que ella permanecía el mayor tiempo a su lado), en el tratamiento y participación para con la paciente.

Al hacer una evaluación de las acciones implantadas se observó que la paciente respondía muy bien ante la comunicación e interés por ella, aunque seguía preocupada ya se mostraba más tranquila y con un verdadero interés por colaborar en su tratamiento. Se habló con su hija para comunicarle del estado emocional en que se encontraba su mamá y que participara dándole apoyo emocional para evitar la angustia que sentía la paciente al estar en un ambiente extraño y ante la situación de su problema. La presencia física de aquellas personas quienes sienten cariño hacia la paciente le reafirman la confianza de estar siendo atendida.

Para el segundo día se encontraba con un mejor estado de ánimo, pero aun con facies de preocupación. Manifestando inquietud por no poder movilizarse adecuadamente a causa de la tracción esquelética y así atender personalmente sus necesidades de eliminación y aseo, además de que se sentía desadaptada al medio hospitalario.

Uno de los aspectos que hay que tomar siempre en cuenta para proporcionar atención de enfermería al paciente es

el hecho de que la persona anciana tiene poca resistencia a la infección por lo que los microorganismos representan una amenaza constante para su salud debido a que " las glándulas sebáceas se inactivan en las glándulas sudoríparas se observan fenómenos involutivos, especialmente en la porción secretora que es sustituida por tejido fibroso. Esto explica la piel seca, poco elástica, poco turgente, flácida y arrugada de los viejos, todo lo cual lo hace más susceptible a traumatismos compromete la excreción de productos nitrogenados, provoca prurito y favorece las infecciones cutáneas." (35)

De lo anteriormente expuesto se deben de mantener buenos hábitos higiénicos eliminando los desechos orgánicos y de excreción y contribuir a su bienestar físico y mental. Ante la incomodidad que presentaba la paciente por sentirse desaseada y tener un mal aspecto hacia las demás personas, se debía tener presente la importancia del aseo y satisfacer esta necesidad mediante el baño a paciente encamado para eliminar células muertas, secreciones y sudor, y favorecer la función circulatoria a través del masaje y el baño tibio buscando también un efecto sedante que favoreciera el descanso y el sueño.

(35) Langarica Salazar R. Gerantología y Geriatria. Ed. Interamericana. México 1985. p. 16

Así pues, en este día se trazó como objetivo " proporcionar mediante el aseo y el descanso bienestar a la paciente".

Las acciones de enfermería estuvieron encaminadas a: baño a paciente encamado; masaje y puño percusión; orientación al paciente sobre hábitos higiénicos y la forma de colaborar ella misma en algunas actividades específicas.

Para el tercer día la paciente se encontraba mucho más tranquila, adaptada al medio hospitalario, había mejorado su estado general emocional, en condiciones adecuadas para la intervención quirúrgica, sin embargo, se presentó un cuadro de estreñimiento y meteorismo secundario a la falta de movilización y a cambios en su dieta habitual, lo que ocasionó ansiedad ante la posibilidad de ser aplazada la cirugía.

Como objetivo para dicho día, se traza el de satisfacer una de las necesidades de la paciente, favoreciendo la eliminación del contenido intestinal y así evitar los problemas antes citados.

El estreñimiento en las personas ancianas es bastante común, debido a que el peristaltismo es menos frecuente y con menor fuerza, lo que ocasiona pérdida del tono muscular en

los intestinos, y esto, a la falta de actividad y ejercicio físico por tiempo prolongado al estar encamada, además de las tensiones emocionales, aparte de ocasionar malestar general, pueden contribuir a que presente constipación. (36)

Para favorecer la eliminación intestinal fue necesario dar una dieta rica en alimentos que laxen, evitando aquellos que contengan celulosa, ya que el aparato digestivo no tiene enzimas adecuadas para la digestión de la celulosa y en las personas ancianas la funcionalidad enzimática se encuentra disminuída; hay que aprovechar los requerimientos nutritivos que favorecen el desdoblamiento de los alimentos tales como: papaya, naranja, ciruela, toronja, etc.

Finalmente se obtuvo la valoración por Medicina Interna para la cirugía proyectándose para el día siguiente, con riesgo quirúrgico grado II; sedió orientación a la paciente en relación con la intervención quirúrgica, con el fin de que estuviera más tranquila ya que la comunicación contribuía a mejorar su estado emocional.

En cuanto al problema de estreñimiento la paciente aún continuaba sin poder evacuar hasta ese momento, por lo

(36) Ibidem. p. 147.

que dada la proximidad de la cirugía y por orden médica, se administro un enema laxante con buenos resultados.

El cuarto día encontramos a la paciente conciente, orientada, cursando el postoperatorio mediato de aplicación de prótesis de Thompson, presentando ligera palidez de tegumentos; con venoclisis en extremidad torácica izquierda pasándole solución mixta 1000 ml. para 8 hrs. Se observa en extremidad pélvica izquierda vendaje almohacillado, limpio y seco, portovak (sistema de drenaje) drenando material hemático en moderada cantidad, refiriendo dolor intenso en dicha extremidad, se observa con buena coloración y sensibilidad distal; refiere además polidipsia.

El objetivo que nos trazamos para este día es mitigar o eliminar el dolor, así como satisfacer la necesidad de hidratación, mantener una vía permeable para la ministración de líquidos y medicamentos prescritos y vigilar las condiciones de la herida quirúrgica..

Uno de los problemas que presentaba la paciente en el postoperatorio inmediato, fue molestia en el sitio de la punción para la venoclisis y que se manifestó por edema local; el flujo de la solución indicada se hacía más lento por lo que se procedió a retirar la venoclisis. Se colocaron compresiones

sas calientes para incrementar la absorción de líquido extravasado y se eligió otro sitio para mantener la vía permeable para la administración de soluciones parenterales y medicamentos. El edema del brazo izquierdo disminuyó paulatinamente, limitandose de esta manera las molestias que se presentaban.

Otro problema manifestado por la paciente, fue el dolor en la herida quirúrgica, causado por el estímulo de algunas terminaciones nerviosas por la manipulación de los tejidos. Se aplicaron analgésicos por vía intravenosa, explicándole a la paciente su acción para que estuviese mucho más tranquila. Otras medidas tomadas fueron: movilizar lo menos posible la extremidad afectada para no causar dolor; promover el descanso y la relajación.

Se pudo comprobar que el dolor cedió, lo que contribuyó a que durmiera mientras duraba el efecto analgésico.

No debíamos olvidar que la paciente es diabética pudiendose presentar alguna descompensación por lo que al manifestar polidipsia, nos obligó a vigilar estrechamente las cifras de glucosa en sangre y orina. Para corregir la polidipsia, se procedió a la ministración de líquidos por vía parenteral y posteriormente por vía oral habiendo buena tolerancia a los líquidos ministrados.

Una de las razones de que la paciente presentaba palidez de tegumentos era la pérdida sanguínea en el transoperatorio (se reportaron pérdidas de 500 cc. aproximadamente), ocasionando como consecuencia, una anemia transitoria, pues aunque se repusieron líquidos durante el acto quirúrgico, la disminución de eritrocitos, aunado a una vasoconstricción compensatoria nos explica esta palidez. Además pudiendose deber a que en el anciano existe una mala absorción de hierro y ácido fólico en el intestino, así como, de una gradual disminución del volumen medular en los huesos.

La situación antes expuesta, nos situaba ante la necesidad de vigilar el drenaje del portovac para detectar algún sangrado; vigilar también en los signos vitales cualquier alteración; y reportar oportunamente cualquier dato de alarma.

Al finalizar el turno, se dejó a la paciente con signos vitales estables y dentro de la normalidad. El vendaje se encontró sin huellas de sangrado y el portovac drenó 100 ml aproximadamente de material serohemático.

Para el quinto día, la paciente se encontraba aparentemente en buen estado general; las glucocetonurias resultaron negativas; del portovac ya no había drenaje de material

serohemático, por lo que se procedió a retirarlo. Este día la paciente presentó elevaciones térmicas hasta de 38 grados centígrados así como disfagia, rinorrea, lagrimeos y estornudos.

El objetivo que se marcó para este día es bajar y/o controlar la hipertermia por medios físicos o químicos e investigar la causa de ésta, así como tomar las medidas necesarias para evitar los síntomas que presenta.

La fiebre podía ser el resultado de un exceso de producción de calor, causado en este caso, probablemente por infección de vías respiratorias, por lo que se procedió a controlar la fiebre por medio de bolsa de hielo, con lo que el cuerpo pierde calor por la conducción.

La disfagia estaba causada por la inflamación de las amígdalas, éstas se encontraban edematosas e hiperémicas, dificultando el paso de los alimentos por lo que se prescribió dieta blanda para evitar precisamente que el paso de los alimentos provoque incomodidad a la deglución; además los alimentos debían tener una presentación agradable, ser apetecibles para el paciente anciano, ya que en él las papilas gustativas se encuentran con cierto grado de atrofia, así como una menor producción de saliva. Es importante cui-

dar la alimentación del anciano, para cubrir los requerimientos nutricionales y satisfacer sus necesidades básicas de nutrición, y a la vez, tener un efecto terapéutico en la reparación de tejidos, función que se encuentra disminuída en el paciente de edad avanzada.

Un aspecto importante a considerar en este momento fué la inactividad a que se vió sometido la paciente, que trae como consecuencia, en primer término, en los pacientes ancianos la susceptibilidad de sufrir neumonías hipostáticas, debido a que la fuerza de los músculos de la respiración se encuentra disminuida, existiendo una marcada ineficiencia ciliar, trayendo como consecuencia reducción de la velocidad espiratoria máxima dando como resultado deficiencia del reflejo túsígeno, provocando retención de secreciones en traquea y bronquios, bloqueando el intercambio gaseoso a nivel de los alveolos, lo cual favorece los procesos bronconeumónicos; (37) explicandose hasta cierto punto los problemas antes citados, por lo tanto, como medida preventiva, se prescribieron ejercicios respiratorios y puño percusión, para remover las secreciones que se encontraran a lo largo del árbol bronquial y así facilitar su especificación.

La hipertermia cedió por medios físicos, además de

(37) Ibidem. p. 47.

que se le ministró clorofeniramina compuesta, disminuyendo los signos de lagrimeo, rinorrea y los estornudos; la disfagia aun persistía pero en menor intensidad.

Al finalizar el turno se procedió a retirar el portovak y se colaboró con el médico en la colocación de una tracción cutánea de 3Kg. de peso en la extremidad pélvica izquierda, con el objeto de prevenir contractura de la rodilla, se dió posición adecuada, siguiendo la tracción del eje longitudinal de la extremidad pélvica afectada.

Para el sexto día la paciente M.R.S. se encontraba con buen estado general, ya no persistía la disfagia ni la fiebre; la herida quirúrgica se encontró limpia, en proceso de cicatrización sin complicaciones; las glucocetonurias continuaban siendo negativas. Se vigiló que la tracción cutánea estuviera correctamente alineada, se colocaron donas en talones y almohadillas en la extremidad pélvica afectada para prevenir posturas viciosas o escaras, se colocaron también donas en las prominencias óseas y se dió masaje para evitar las úlceras por decúbito. La epidermis de las personas ancianas suele adelgazarse y bien puede engrosarse en algunas zonas, la piel se deshidrata, mostrando tendencia a la sequedad de la misma y aunado a la falta de movilización son factores que contribuyen a que se presenten, con frecuencia, úlceras en este tipo de pacientes, para ello es necesario tomar

medidas preventivas, como las que se mencionaron anteriormente, además de realizar cierta movilización, con pequeños ajustes de posición, y cuidado en el manejo de la tracción, alentar a la paciente a usar el trapecio como medio de sosten para su movilización, estimulación de la circulación periférica mediante ejercicios activos y pasivos, así como tomar medidas de higiene general y, por supuesto, cuidados en la piel. (38)

Se tomó placa de Rx para control, para ver como se encuentra alineada la cadera, una vez interpretada la placa, se decidió por orden médica retirar la tracción. Dándose orientación a la paciente para que efectue los ejercicios funcionales de recuperación encomendados y readaptarla a la marcha flexion y extensión de la extremidad pélvica afectada. Se indica a la paciente que realice movimientos de hombro y brazos levantandolos sucesivamente sobre la cabeza a todo lo que dé. Para realizar los ejercicios de brazos y muñeca se señala flexionar el brazo hasta que los dedos de la mano toquen el hombro; Ejercicios para la muñeca de la mano se indica mover el puño cerrado, mover éste hacia derecha e izquierda manteniendo el antebrazo inmovil; Ejercicios de las extremidades inferiores, estos se ejercitan mediante movimientos tales como: flexionar la pierna sin doblar la rodi-

lla, flexionar la extremidad dirigiendo el pie hacia atras, flexionar la extremidad doblando la rodilla hasta que sea posible tocarlo con la mano, mover la extremidad tanto en aducción como en aducción y finalmente realizar movimientos de rotación de la pierna hacia derecha e izquierda. (39) Los ejercicios antes mencionas se pueden realizar en forma activa o pasiva segun las condiciones en que se encuentre el paciente.

Para el séptimo día, la paciente se encontraba con muy buen estado de animo, superando en gran medida el cuadro de ansiedad que presentó en un principio, el cual cedió paulatinamente, conforme se estableció la comunicación entre la paciente y el equipo interdisciplinario de salud. En relación con la herida quirúrgica, esta evolucionaba satisfactoriamente y sin datos de infección.

Pudo iniciar deambulación sin apoyo de la extremidad pélvica operada, asistida con andadera, tomándose en cuenta las condiciones físicas del paciente si estas lo permitían, y evitar el riesgo de sufrir una caída; no sin antes haber realizado previamente los ejercicios ya descritos anteriormente, para poder iniciar la deambulación. Se valoró su egreso del hospital citándose a consulta externa en ocho días pa

El proceso de atención de enfermería que se siguió en el caso de M.R.S. concluyó al ser dada de alta la paciente en las condiciones antes citadas. Nuestra participación final fué hacer énfasis en aspectos de orientación y educación para la salud, tanto a la paciente como a su hija; sobre todo en aquellos aspectos que favorecieran la recuperación y evitaran complicaciones.

En la orientación que se impartió a la paciente y sus familiares, se tomaron en cuenta factores que interactúan en forma cotidiana con éste y su padecimiento. Considerando de mayor relevancia la orientación higiénico dietética, señalando que los alimentos deberan de ser de una consistencia que permita la masticación y que esta incluya una cantidad de proteínas suficiente para favorecer la cicatrización de la herida quirúrgica, además que la alimentación deberá ser equilibrada, adecuada, variada e higiénica, así como de tácil ingestión, digestión y absorción, considerando los problemas que el anciano presenta sobre todo de tipo digestivo.

Cabe mencionar también la importancia de prevenir accidentes en el hogar, para lo cual se deben tomar medidas necesarias tales como: evitar dejar objetos innecesarios que obstaculicen el paso, colocar cintas antiderrapantes en los

sitios de mayor peligro como son las escaleras, colocar barras anexas al cuarto de baño y colocar tapetes antiderrapantes en el sitio de la regadera para que éste no resbale, evitar que el paciente cargue objetos pesados y no permitir que deambule sola por las calles para no sufrir algún accidente de tránsito.

Otro punto a considerar en la orientación es que la paciente se encuentre integrada al núcleo familiar, es decir, que se le tome en cuenta y solicitar su participación en las labores cotidianas de la familia, para que no se sienta aislada y pierda la confianza en sí misma y por lo tanto caiga en depresiones.

Conclusiones.

En la medida que el personal profesional de enfermería tenga conocimientos firmes sobre los cambios biopsicosociales que se producen en el anciano, se prestarán cuidados de enfermería de mayor calidad a la persona de edad avanzada, lo que implica más acercamiento con él y su familia logrando de esta manera destacar la importancia de su salud para la sociedad, considerando que el anciano es una fuente rica de conocimientos y experiencias, que ha acumulado a través del tiempo, que la ayuda que pudieramos brindarle es tan solo una mínima parte de la que podamos recibir de ellos en forma de enseñanza, comprensión, consejos y ayuda moral.

Como se mencionó en el presente trabajo, el anciano va teniendo cambios muy importantes en su personalidad, que debemos tomar en cuenta, esto aunado a la fractura del extremo proximal de fémur repercute terminantemente en el estado de ánimo y por ende en la integración al medio ambiente y en este caso a su interacción con el equipo de salud, lo que nos obliga a prestarle mayor atención; tomando en cuenta que se deberán llevar a cabo medidas preventivas fundamentales evitando de esta manera depresiones severas en el paciente así como complicaciones graves que nos conducirían a un pronóstico y resultado desfavorable.

La familia es también parte fundamental en la rehabilitación del paciente, hacerles conciencia que ellos juegan un papel fundamental no rechazándolo, brindándole todo su apoyo y confianza, haciéndole sentir que es un miembro muy importante en la familia no obstante su padecimiento; en gran parte, de ellos depende la integración nuevamente a la sociedad en que se desenvuelve el paciente. También la atención que se le brinde en el hospital, es determinante para que se rehabilite y adapte a su nueva vida en caso de que exista una secuela como resultado del padecimiento.

Sugerencias.

Implantar prácticas y/o programas de educación continua para el personal paramédico y de enfermería en torno a las generalidades de la geriatría dada la importancia que el paciente anciano merece y tiene ante la sociedad; el cual constituye una unidad de estudio y atención tan específico como la pediatría, medicina interna y las otras ramas de la medicina. La atención al paciente anciano es primordial e implica la proporción de cuidados de personal capacitado para obtener como resultado el cuidado integral de buena calidad al paciente de edad avanzada.

Realizar una selección minuciosa del personal de enfermería al cual se le encomendará el cuidado y manejo de estos pacientes, para ello puede ser necesario realizar entrevistas al personal para saber si se cuenta con disponibilidad de su parte para laborar con este tipo de pacientes, ya que de ello dependerá el éxito de los programas implantados y como consecuencia lograr en los pacientes una recuperación más rápida y satisfactoria con un mínimo de complicaciones, de la misma manera que se obtiene una colaboración más amplia por parte del equipo interdisciplinario de salud y familia.

Acondicionar hasta donde sea posible una sala del

hospital que se destine para la atención de pacientes ancianos solamente con fracturas del extremo proximal de fémur porque como se mencionó a lo largo de este estudio, es uno de los traumatismos más frecuentes que sufre el paciente de edad avanzada; es una manera de crear un ambiente más aceptable y cordial para el paciente porque se sentirá menos solo y desvalido al tener de compañeros a personas que sienten y piensan como él, esto facilitará el trabajo al equipo de salud en lo que se refiere a la aceptación del tratamiento por parte del paciente y su colaboración para el éxito del mismo.

Proporcionar retroalimentación periódica al personal de enfermería acerca de los adelantos y nuevas técnicas para el tratamiento de las fracturas del extremo proximal de fémur en los pacientes ancianos, así como elaboración de manuals para la atención del paciente a partir de la retroalimentación difundida, permitiendo de esta manera mejorar cada vez el nivel de calidad de atención que el personal de enfermería proporciona al anciano y reconocer que en cierta medida es la base de la adaptación y aceptación del paciente al tratamiento al medio hospitalario, de lo cual la consecuencia positiva es su recuperación.

El personal de enfermería deberá ser fijo por lo me-

nos en un lapso de seis meses, esto es con el fin de que es té bien capacitado y más que nada porque estos pacientes tienden a familiarizarse con el personal y la comunicación que se logra establecer es favorable para que el paciente deposite su confianza en el equipo de salud de tal manera que colaborará más satisfactoriamente durante su estancia en el hospital.

La alimentación es muy importante en la vida de un individuo y doblemente en el anciano, es un punto importante mencionar ya que comunmente no se toma en cuenta este factor dentro del tratamiento, se sugiere que el tipo de dieta sea a libre complacencia o a libre demanda, tomando en consideración que el paciente tiene hábitos dietéticos en lo que se refiere al tipo de alimentos y forma de preparación, de la misma manera cabe señalar que no todos cuentan con la dentadura completa, por lo anteriormente expuesto se reconoce que el primer problema con que se enfren ta a su llegada al hospital es el de alimentación y por ello es necesario brindarle al anciano hasta donde sea posi ble una dieta balanceada y de su agrado salvo contraindicación medica.

Fomentar la terapia ocupacional y si el paciente lo solicita traerle de su domicilio el material que solicite y

en un momento dado el servicio deberá contar con terapistas asignadas al mismo; cabe mencionar que el anciano ha sido durante toda su vida una persona activa en mayor o en menor grado y de alguna manera es la forma de lograr que se les tomen en cuenta, y el dejarlos inactivos sería muy difícil para ellos y podría ser una manera de que se aislen del medio que los rodea.

Dar educación a la familia acerca del padecimiento y tratamiento del paciente anciano con fractura del extremo proximal de fémur para lograr también en ellos su apoyo al equipo de salud y más que nada al paciente que es lo que más necesita para que su recuperación sea esta satisfactoria.

Bibliografía.

- Acción y proyección del Instituto Nacional de la Senectud.
Material Impreso del INSEN, México 1982. 79. pp.
- Andión-Tabuada. Guía de Investigación Científica. UAM. Xochimilco. México 1980. 106 pp.
- Baena Paz, Guillermina. Manual para elaborar trabajos de investigación documental. Ed. . UNAM. 3a. ed. México 1977 123 pp.
- Brunner Sholtis, Lilian. et. al. Enfermería Médico Quirúrgica. Ed. Interamericana. 3a ed. México 1978. 1230 pp.
- Comité de Traumatología del American College of Surgeons. Traumatología Asistencial inmediata del lesionado. Ed. Interamericana. México 1975. 411 pp.
- Cowdry E. V. El cuidado del paciente geriátrico. Ed. . La Prensa Médica Mexicana. México 1962. 401 pp.
- Dorland. Diccionario de Ciencias Médicas. Ed. . El Ateneo 5a. ed. México 1976. 1664 pp.
- "Fractura de cadera, el alto riesgo avanzada cirugía para ancianos, rehabilitación y readaptación al hogar." Solidaria Revista del IMSS. N.º. 14 Sept. México 1984. 56 pp.
- Farreras, Rozman. Medicina Interna. Ed. Marín. México -- 1980. 1076 pp.

- Fuentes Aguilar, Raúl. Filosofía de la vejez. Ed. El Caballito. México, 1978. 378 pp.
- Gardner, Osburn. Anatomía Humana. Ed. Interamericana. 2a ed. Mexico 1975. 526 pp.
- Gomar, F. Traumatología. Ed. Sección Saber. México, 1980. 1024 pp.
- Kozier - Dugas. Tratado de Enfermería Práctica. Ed. Interamericana. 2a. ed. México 1976. 437 pp.
- La revista de la enfermera mexicana. Enfermera al día. Febrero 1985. México. 22 pp.
- Marenees, Doroty. Elementos de Enfermería Psiquiátrica. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 2a. ed. México 1973. 277 p
- Meza - Morales - Magaña. Introducción al Método Estadístico. UAM. Xochimilco, México, 1980. 95 pp.
- Molina Osorio, Carlos. Traumatología. Ed. Francisco Mendez Cervantes. México, 1975. 490 pp.
- Muriel Skeet. Boletín de la Oficina Panamericana. Vol. 92 No. 4 Abril 1982 México. p. 348.
- Nordmark - Rohweder. Principios científicos aplicados a la enfermería. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México 1977 295 pp.
- Roper, Naney. et. al. Proceso de Atención de Enfermería. Modelo de Aplicación. Ed. Nueva Editorial Interamericana

México 1983. 358 pp.

Sabiston C. David. Tratado de Patología Quirúrgica T. 2.
Ed. Interamericana. 11a. ed. México, 1980. 2209 pp.

San Martín, Hernán. Salud y Enfermedad. Ed. La Prensa Mé
dica Mexicana. 3a. ed. México, 1979. 819 pp.

Testut, Latarjet. Anatomía Humana T. I. Ed. Salvat.
9a. ed. México 1979. 634 pp.

Tronzo. Cirugía de la Cadera. Ed. Médica Panamericana
México 1975. 1908 pp.

Valls, E. Jorge. Ortopedia y Traumatología. Ed. El Ateneo
2a. ed. México 1976. 526 pp.

Watson E. Jeannette. Enfermería Médico Quirúrgica. Ed.
Interamericana. 2a. ed. México 1983. 696 pp.

Glosario de terminos.

- Abducción. Movimiento que se aleja de la línea media cor
poral; movimiento hacia afuera.
- Aducción. Movimiento de un miembro hacia el centro del
cuerpo.
- Bursitis. Es la inflamación aguda o crónica de cuales--
quiera de las bolsas sinoviales en el cuerpo.
- Cilios. Pequeño filamento vibrátil incerto en la su--
perficie libre de una célula.
- Cóndilo. Extremidad ósea conve xa, cuya superficie es
lisa y ovoide. Forma la parte móvil de una ar
ticulación y generalmenta encaja en el hueso
correspondiente de otro hueso.
- Coxavara. Deformidad de la cadera en la que el ángulo
formado por el eje de la cabeza y el cuello
del fémur con el eje de la diáfasis está dis-
minuido.
- Dehiscencia. Abertura espontánea de una parte o de un órga
no que se había suturado durante una interven
ción quirúrgica; representa una complicación
de la misma.

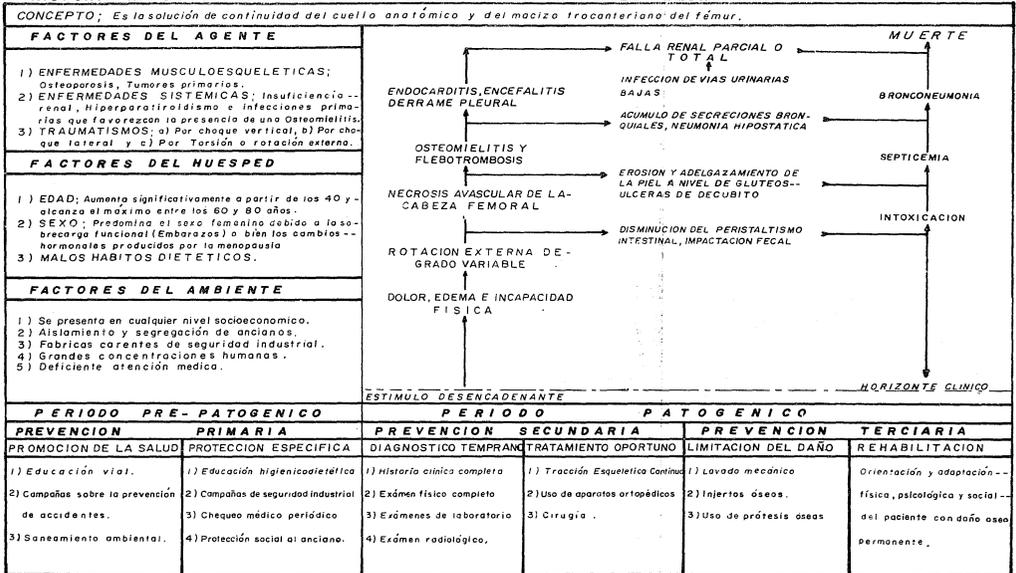
- Diáfisis.** Cuerpo o parte media de un hueso largo, situado entre las dos épifisis o extremidades. tiene forma de cilindro irregular alargado y, generalmente, con función articular.
- Extensión.** Tratándose de una extremidad, significa estirar la articulación.
- Flexión.** Doblando una o varias articulaciones, por ejemplo la rodilla, el codo o el muslo sobre el tronco.
- Inguinocrural.** Perteneciente o relativo a la ingle y al muslo.
- Osteosíntesis.** Unión quirúrgica de los extremos de un hueso fracturado, mediante anillos, placas, . . .
- Osteoporosis.** Porosidad o rarefacción de los huesos debida al agrandamiento de sus conductos o a la neoformación de espacios que se efectúa a expen-
de la destrucción de las trabéculas.
- Presbicia.** Dificultad para distinguir con nitidez los objetos próximos, causada por el envejeci-
miento y pérdida de la elasticidad del cris-
talino que da lugar a una disminución del po
der de acomodación del ojo.

- Prótesis de Thompson. Consiste en una pieza metálica que asemeja la cabeza del fémur y su aplicación está indicada en las fracturas del cuello del fémur.
- Trabéculas. Banda de tejido conectivo que se extiende desde la cápsula de un órgano hasta la sustancia que ella encierra.
- Trocánter. Cualquiera de las dos apófisis que se encuentran por debajo del cuello del fémur.

A N E X O S .

HISTORIA NATURAL DE LA FRACTURA DEL EXTREMO PROXIMAL DEL FEMUR

CONCEPTO: Es la solución de continuidad del cuello anatómico y del macizo trociteriano del fémur.



PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre del paciente. M.R.S.
Edad. 67 años. Sexo Femenino.

Servicio. Hospitalización 3° Oriente Cava 308

Diagnóstico médico. Fractura transcraneal femoral izquierda.

Objetivos del plan. Proporcionar una atención de enfermería encaminada a lograr las mejores condiciones físicas y físicas previas a la intervención quirúrgica. Mejorar las condiciones generales del paciente anciano con fractura del extremo proximal de fémur previniendo posibles complicaciones. Dar educación a la familia acerca del manejo adecuado del paciente anciano con la fractura referida.

Diagnóstico de enfermería. Paciente del sexo femenino, procedente de un nivel socioeconómico y educacional medio, con fractura transcraneal femoral izquierda. Presenta dolor a la movilización, disminución de la motilidad intestinal causando estreñimiento y meteorismo; se observa a la paciente con gran angustia, sentimientos de soledad y minusvalía, ante el temor de verse limitada para la autosuficiencia personal y económica.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Fractura transcraneal femoral izquierda.	Dolor Edema	Al haber pérdida de continuidad del hueso, se desgarran el endostio y periostio, afectándose también las partes blandas circunvecinas, así mismo, se observan desgarros de los vasos sanguíneos y linfáticos, los tejidos se infiltran y se injugitan de sangre, linfa, y coágulo, lo que produce edema, dolor y trastornos circulatorios.	Ministración de analgésicos.	Los analgésicos actúan a nivel de las terminaciones nerviosas, disminuyendo la sensibilidad al dolor.	El dolor se mitiga por momentos, aunque la movilización lo exacerbaba.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE INTERESERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
	Acourtamiento d e la extremidad.	El acortamiento de la extremidad es producido por la posición en que queda la cadera en flexión y aducción adoptando la posición en rotación interna; asimismo se produce el acortamiento por espasmos de los músculos, tendones y/o ligamentos.	Colaboración en la aplicación de la tracción esquelética de la extremidad afectada.	La tracción es la aplicación de una fuerza a una parte del cuerpo para jalar o estirar un espasmo y conservar la longitud de una extremidad, así como para mantener la alineación de los fragmentos.	Se logró la alineación de la extremidad afectada, así mismo se redujo en gran medida el espasmo muscular.
Angustia	Inquietud. Temor.	Anto una situación desconocida provoca una reacción de ansiedad y miedo. El temor es una reacción emocional de carácter físico y psicológico que se presenta cuando el individuo no es capaz de medidas concretas por remediar la situación.	Incrementar la comunicación con la paciente y explicarle la importancia de estar en las mejores condiciones de tranquilidad para la cirugía. Mantener comunicación con los familiares.	La expresión de un sentimiento o de una emoción se logra a través de una variedad de reacciones del comportamiento y de adaptación. La comunicación asegura un alto grado de equilibrio psicológico. La presencia física de aquellas personas quienes sienten cariño hacia el paciente refuerzan la confianza de estar siendo atendido.	La paciente respondía muy bien ante la comunicación e interés por ella, aunque seguía preocupada, se mostraba más tranquila con el deseo de cooperar en el tratamiento.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZÓN CIENTÍFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERÍA	RAZÓN CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Angustia	Expresa temor y preocupación.	Cualquier interferencia o cambio en la función fisiológica y psicológica normales, es probable que produzca un desequilibrio porque puede percibirse como una amenaza contra la vida, así como se puede tener miedo de las consecuencias percibidas. El temor es una reacción emocional de carácter físico y psicológico que se presenta cuando el individuo no es capaz de medidas concretas por remediar la situación.	Incrementar la comunicación con la paciente y explicarle la importancia de estar en las mejores condiciones de tranquilidad para la cirugía. Mantener una buena relación enfermera-paciente	La expresión de un sentimiento o de una emoción se logra a través de una variedad de reacciones del comportamiento y de adaptación. La comunicación asegura un alto grado de equilibrio psicológico.	La paciente <u>responde</u> muy bien ante la comunicación e intervenciones por ella, aunque seguía preocupada, se mostraba más tranquila y con interés por colaborar en su tratamiento.
Higiene personal deficiente.	Incomodidad de sentirse desaseada y tener un mal aspecto hacia las demás personas.	Los olores suelen ser sensibles a olores desagradables, la transpiración excesiva y la presencia de bacterias en boca y piel son causa de tales olores por lo tanto el paciente tiene el deseo de mejorar la imagen de sí mismo, de cuidar de su aspecto estableciendo así una mejor comunicación con los demás.	Realizar baño de esponja diario, con cambio de ropa. Aseo bucal.	La limpieza corporal contribuye a la salud del individuo ya que la piel y la mucosa sirven a integrar son las primeras líneas de defensa contra agentes nocivos. La buena higiene bucal es básica para la salud y el bienestar del paciente.	Con el baño y el aseo de boca, la paciente se mostraba segura y tranquila, mejorando también su autoimagen <u>in</u> personal.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES.	EVALUACION
			Lavado de manos frecuentes.	Las manos son una fuente de contaminación para el paciente. El agua y el jabón eliminan el polvo, grasa y células superficiales que se desprenden constantemente de la piel.	
Estrañamiento	Distensión abdominal.	La capacidad de digestión disminuye notablemente debido al problema de masticación y falta de piezas dentarias, así mismo la pérdida del tono muscular en los intestinos ocasiona que el peristaltismo sea con menor fuerza lo que contribuye a la presencia de estrañamiento con relativa frecuencia en los pacientes ancianos.	Dar una dieta que incluya alimentos que laxen.	Para que el organismo funcione eficientemente es necesario que se eliminen los residuos alimenticios y los gases que se encuentran en el conducto gastrointestinal. Los alimentos como la papaya, ciruela, plátano, naranja, etc. tienen la propiedad de laxantes.	La paciente continúa preocupada hasta antes de la aplicación del enema evacuante, el cual mejoró notablemente el estado de ánimo de la paciente, así mismo se eliminó la distensión abdominal que presentaba.
	Ansiedad.	Las tensiones emocionales prolongadas aparte de ocasionar malestar general pueden favorecer la presencia de constipación.	Orientar al paciente para disminuir la tensión emocional.	La comprensión del comportamiento humano en estado de salud o enfermedad colabora positivamente en el tratamiento del paciente.	

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES.	EVALUACION
----------	------------------------------	---	------------------------	-----------------------------------	------------

Aplicar enema evacuante

La distensión e irritación de la pared intestinal produce peristalsis inversa, que basta para vaciar la porción inferior del intestino. Los enemas de retención reblandecen las heces y estimulan el reflejo de la defecación.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Postoperatorio fractura transcorvical femoral izquierda.	Dolor en la herida quirúrgica.	El dolor es debido a la irritación y a la estimulación de los nervios que transmiten las sensaciones dolorosas al cerebro. Durante el proceso quirúrgico muchas terminaciones son estimuladas o seccionadas lo cual causa dolor que varía desde mínimo, moderado o intenso según el traumatismo y el umbral normal del dolor de cada sujeto.	Ministración de analgésicos. Toma de signos vitales.	Los analgésicos bloquean en alguna forma la transmisión de impulsos dolorosos, probablemente en las vías tácticas, disminuyendo así la percepción del dolor. Los efectos de la anestesia y la pérdida de líquidos son factores a considerar durante la valoración de los signos vitales. Estos reflejan el estado hemodinámico del paciente.	El dolor disminuye paulatinamente mientras dura el efecto analgésico.
	Falta de una vía permeable.	La mayoría de los pacientes con pérdida hidroelectrolítica, requiere de restitución de líquido extracelular con soluciones isotónicas.	Ministración de soluciones indicadas. Vigilar la permeabilidad de la venoclisis.	Los requerimientos basales de líquidos y electrolitos, así como la restitución de pérdidas anormales de estos es valorada de acuerdo al estado clínico del paciente, balance hidroelectrolítico, hematócrito y química sanguínea principalmente. El goteo constante y uniforme evita alteraciones del trabajo cardíaco. Una vía permeable nos permite restablecer o conservar el equilibrio de líquidos y electrolitos, así como tener un medio para administrar medicamentos por i.v.	Se canalizó otra vena para la ministración de soluciones.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
	Edema local en brazo izquierdo	El edema es la acumulación excesiva de líquidos en los espacios tisulares.	Aplicación de compresas calientes en brazo izquierdo.	El calor mejora la circulación de la sangre, el líquido se absorbe con más facilidad donde los tejidos y el edema se reduce.	Mediante la aplicación de las compresas calientes el edema del brazo disminuyó.
	Polidipsia	La inhibición de la secreción mucosa se debe a la administración de atropina y a la pérdida de líquidos corporales. La atropina es un vasopilico y por lo tanto inhibe la producción de secreciones.	Ministración de líquidos por vía oral.	El agua es un factor importante en el equilibrio ácido-base. La extinción de la sed resulta de humedecer las mucosas orales y faringosas.	La polidipsia cedió una vez tolerada la vía oral, de cualquier forma se tomarán glucocorticoides de control, resultando estas negativas.
Anemia.	Palidez de piel y conjuntivas.	La pérdida sanguínea ocasiona disminución en la concentración de la hemoglobina y el hematocrito.	Detección de manifestaciones clínicas.	La vigilancia constante e información oportuna en relación a los signos vitales cada 15 a 30 minutos, aparición de síntomas de estado de choque, pérdida de conciencia, condiciones del apéndice quirúrgico, permiten la detección oportuna de evidencia de hemorragia y complicaciones, así como su pronta solución.	La paciente se encuentra aún con palidez de tegumentos, sin embargo, no hay sangrado por la herida quirúrgica y el drenaje del portovac es importante, estando sus signos vitales estables.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Falta de movilización	Incomodidad por la tracción cutánea.	La línea de la tracción debe permanecer constante, la tracción no debe de interrumpirse si la finalidad es inmovilización y reducción	Evitar úlceras por decubito mediante la lubricación de la piel y la movilización.	Una hemorragia excesiva puede ocasionar un choque hipovolémico si no se detecta a tiempo. El vigilar el estado de un individuo que permite comprender lo que percibe del mundo exterior mediante sus sentidos, y tomar conocimiento a cada instante de su propia existencia y de sus modificaciones, nos permite valorar en que condiciones se encuentra el paciente.	Con la movilización adecuada que se ha dado y los cuidados a la piel no se han presentado úlceras por decubito y el paciente se ha movido sin molestias con la movilización.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
----------	------------------------------	---	------------------------	----------------------------------	------------

les llega oxígeno ni nutrientes, al prolongarse esta presión los tejidos mueren.

Enseñar al paciente a realizar ejercicios que le ayudaran a reducir el maximo de bien estar posible.

Cuidados de la piel.

Dar masaje en las prominencias óseas.

La educación al paciente y la familia sobre la finalidad de los ejercicios, logran su colaboración y participación en el tratamiento para su pronta recuperación.

La piel sana e integra es una barrera de defensa contra los microorganismos. La conservación de la piel limpia y seca inhibe el desarrollo de bacterias patógenas.

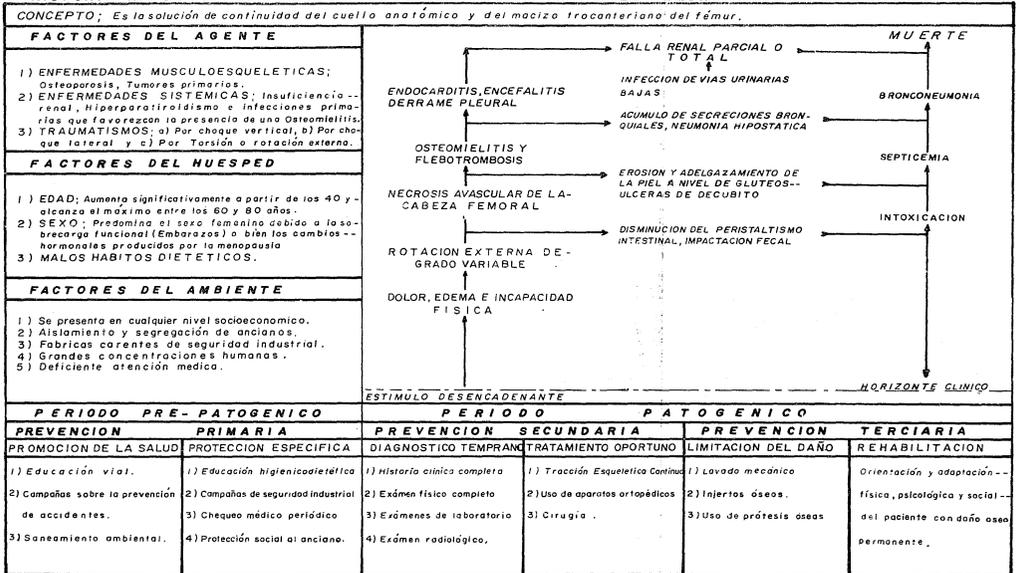
El masaje, especialmente de la piel que se encuentra sobre los puntos de presión, debe efectuarse de manera eficaz y tan frecuentemente como sea necesario. El masaje favorece el riego sanguíneo en la zona, alivia la tensión y promueve la relajación.

Enfermedad	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Infección de vías respiratorias altas	Hipertemia	La hipertemia es una reacción del organismo como defensa, contra la invasión de microorganismos patógenos.	Aplicación de bolsa de hielo.	La aplicación de frío aplicado en la superficie cutánea estimula los receptores de la piel, estos estímulos viajan al hipotálamo, como reacción al frío el cuerpo aumenta su producción de calor y disminuye la pérdida del mismo.	La hipertemia disminuyó por medicos físicos
	Disfagia	La disfagia es causada por la inflamación de las amígdalas que dificultan el paso de los alimentos.	Dar al paciente dieta blanda.	La dieta blanda evita precisamente que el paso de los alimentos por voga incomodidad a la deglución.	La dieta blanda favoreció la deglución disminuyendo a esta manera la disfagia.
	Rinorrea, lagrimeo y estornudos	Son manifestaciones clínicas que se presentan como resultado de infecciones en las vías respiratorias altas.	Ministración de antihistamínicos. Realizar ejercicios respiratorios.	Son un grupo de sustancias que antagonizan la acción de la histamina y se usan en forma sintéctica. En los pacientes ancianos existe una disminución de la fuerza de los músculos de la respiración y la marcada ineficiencia ciliar, dan como resultado reducción de la velocidad espiratoria, provocando deficiencia del reflejo túrgido ocasionando re-	Mejoró la ventilación de la paciente con los ejercicios respiratorios así como de la ministración de los antihistamínicos.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Invalidez secundaria.	Dificultad para iniciar la marcha.	En las fracturas del esturmo proximal de fémur el tratamiento es quirúrgico mediante la aplicación de prótesis lo que ocasiona como consecuencia una invalidez secundaria. Los pacientes ancianos pierden potencia muscular y el equilibrio para participar en la marcha con muletas sin apoyo en los pies.	<p>Alentar a que realice ejercicios musculares.</p> <p>Ayudar al paciente a emplear la andadera.</p>	<p>tensión de secreciones en tráquea y bronquios, falta acumulación blo -- quea el intercambio gaseoso a nivel de alveolos con lo que se favorecen los cuadros broncomotóricos.</p> <p>Los ejercicios comprenden una serie de maniobras que estimulan el funcionamiento de músculo los, nervios, huesos y articulaciones; la recuperación de la función depende de la potencia de los músculos que controlan las articulaciones. El músculo cuadriceps crural extiende la pierna y es uno de los principales músculos para la desambulación.</p> <p>El empleo de una andadera estimula la sensación de seguridad e independencia. La ambulación contribuye a restablecer el sentido del equilibrio y promueve la confianza del paciente en sí mismo.</p>	La paciente empezó a caminar con la ayuda de la andadera bajo vigilancia con algo de temor.

HISTORIA NATURAL DE LA FRACTURA DEL EXTREMO PROXIMAL DEL FEMUR

CONCEPTO: Es la solución de continuidad del cuello anatómico y del macizo trociteriano del fémur.



PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre del paciente. M.R.S.
Edad. 67 años. Sexo Femenino.

Servicio. Hospitalización 3° Oriente Cava 308

Diagnóstico médico. Fractura transcraneal femoral izquierda.

Objetivos del plan. Proporcionar una atención de enfermería encaminada a lograr las mejores condiciones físicas y físicas previas a la intervención quirúrgica. Mejorar las condiciones generales del paciente anciano con fractura del extremo proximal de fémur previniendo posibles complicaciones. Dar educación a la familia acerca del manejo adecuado del paciente anciano con la fractura referida.

Diagnóstico de enfermería. Paciente del sexo femenino, procedente de un nivel socioeconómico y educacional medio, con fractura transcraneal femoral izquierda. Presenta dolor a la movilización, disminución de la motilidad intestinal causando estreñimiento y meteorismo; se observa a la paciente con gran angustia, sentimientos de soledad y minusvalía, ante el temor de verse limitada para la autosuficiencia personal y económica.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Fractura transcraneal femoral izquierda.	Dolor Edema	Al haber pérdida de continuidad del hueso, se desgarran el endostio y periostio, afectándose también las partes blandas circunvecinas, así mismo, se observan desgarros de los vasos sanguíneos y linfáticos, los tejidos se infiltran y se injerican de sangre, linfa, y coágulo, lo que produce edema, dolor y trastornos circulatorios.	Ministración de analgésicos.	Los analgésicos actúan a nivel de las terminaciones nerviosas, disminuyendo la sensibilidad al dolor.	El dolor se mitiga por momentos, aunque la movilización lo exacerbaba.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE INTERESERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
	Acourtamiento d e la extremidad.	El acourtamiento de la extremidad es producido por la posición en que queda la cadera en flexión y aducción adoptando la posición en rotación interna; asimismo se produce el acourtamiento por espasmos de los músculos, tendones y/o ligamentos.	Colaboración en la aplicación de la tracción esquelética de la extremidad afectada.	La tracción es la aplicación de una fuerza a una parte del cuerpo para jalar o estirar un espasmo y conservar la longitud de una extremidad, así como para mantener la alineación de los fragmentos.	Se logró la alineación de la extremidad afectada, así mismo se redujo en gran medida el espasmo muscular.
Angustia	Inquietud. Temor.	Anto una situación desconocida provoca una reacción de ansiedad y miedo. El temor es una reacción emocional de carácter físico y psicológico que se presenta cuando el individuo no es capaz de medidas concretas por remediar la situación.	Incrementar la comunicación con la paciente y explicarle la importancia de estar en las mejores condiciones de tranquilidad para la cirugía. Mantener comunicación con los familiares.	La expresión de un sentimiento o de una emoción se logra a través de una variedad de reacciones del comportamiento y de adaptación. La comunicación asegura un alto grado de equilibrio psicológico. La presencia física de aquellas personas quienes sienten cariño hacia el paciente refuerzan la confianza de estar siendo atendido.	La paciente respondía muy bien ante la comunicación e interés por ella, aunque seguía preocupada, se mostraba más tranquila con el deseo de cooperar en el tratamiento.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZÓN CIENTÍFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERÍA	RAZÓN CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Angustia	Expresa temor y preocupación.	<p>Cualquier interferencia o cambio en la función fisiológica y psicológica normales, es probable que produzca un desequilibrio porque puede percibirse como una amenaza contra la vida, así como se puede tener miedo de las consecuencias percibidas.</p> <p>El temor es una reacción emocional de carácter físico y psicológico que se presenta cuando el individuo no es capaz de medidas concretas por remediar la situación.</p>	<p>Incrementar la comunicación con la paciente y explicarle la importancia de estar en las mejores condiciones de tranquilidad para la cirugía.</p> <p>Mantener una buena relación enfermera paciente</p>	<p>La expresión de un sentimiento o de una emoción se logra a través de una variedad de reacciones del comportamiento y de adaptación.</p> <p>La comunicación asegura un alto grado de equilibrio psicológico.</p>	<p>La paciente <u>res</u>pondía muy bien ante la comunicación e intervenciones por ella, aunque seguía preocupada, se mostraba más tranquila y con interés por colaborar en su tratamiento.</p>
Higiene personal deficiente.	Incomodidad de sentirse desaseada y tener un mal aspecto hacia las demás personas.	<p>Los olores suelen ser sensibles a olores desagradables, la transpiración excesiva y la presencia de bacterias en boca y piel son causa de tales olores por lo tanto el paciente tiene el deseo de mejorar la imagen de sí mismo, de cuidar de su aspecto estableciendo así una mejor comunicación con los demás.</p>	<p>Realizar baño de esponja diario, con cambio de ropa.</p> <p>aseo bucal.</p>	<p>La limpieza corporal contribuye a la salud del individuo ya que la piel y la mucosa sirven a integrar son las primeras líneas de defensa contra agentes nocivos.</p> <p>La buena higiene bucal es básica para la salud y el bienestar del paciente.</p>	<p>Con el baño y el aseo de boca, la paciente se mostraba segura y tranquila, mejorando también su autoimagen <u>in</u>terpersonal.</p>

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES.	EVALUACION
			Lavado de manos frecuentes.	Las manos son una fuente de contaminación para el paciente. El agua y el jabón eliminan el polvo, grasa y células superficiales que se desprenden constantemente de la piel.	
Estrañamiento	Distensión abdominal.	La capacidad de digestión disminuye notablemente debido al problema de masticación y falta de piezas dentarias, así mismo la pérdida del tono muscular en los intestinos ocasiona que el peristaltismo sea con menor fuerza lo que contribuye a la presencia de estrañamiento con relativa frecuencia en los pacientes ancianos.	Dar una dieta que incluya alimentos que laxen.	Para que el organismo funcione eficientemente es necesario que se eliminen los residuos alimenticios y los gases que se encuentran en el conducto gastrointestinal. Los alimentos como la papaya, ciruela, plátano, naranja, etc. tienen la propiedad de laxantes.	La paciente continúa preocupada hasta antes de la aplicación del enema evacuante, el cual mejoró notablemente el estado de ánimo de la paciente, así mismo se eliminó la distensión abdominal que presentaba.
	Ansiedad.	Las tensiones emocionales prolongadas aparte de ocasionar malestar general pueden favorecer la presencia de constipación.	Orientar al paciente para disminuir la tensión emocional.	La comprensión del comportamiento humano en estado de salud o enfermedad colabora positivamente en el tratamiento del paciente.	

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES.	EVALUACION
----------	------------------------------	---	------------------------	-----------------------------------	------------

Aplicar enema evacuante

La distensión e irritación de la pared intestinal produce peristalsis inversa, que basta para vaciar la porción inferior del intestino. Los enemas de retención rehidratan las heces y estimulan el reflejo de la defecación.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Postoperatorio fractura transcorvical femoral izquierda.	Dolor en la herida quirúrgica.	El dolor es debido a la irritación y a la estimulación de los nervios que transmiten las sensaciones dolorosas al cerebro. Durante el proceso quirúrgico muchas terminaciones son estimuladas o seccionadas lo cual causa dolor que varía desde mínimo, moderado o intenso según el traumatismo y el umbral normal del dolor de cada sujeto.	Ministración de analgésicos. Toma de signos vitales.	Los analgésicos bloquean en alguna forma la transmisión de impulsos dolorosos, probablemente en las vías tácticas, disminuyendo así la percepción del dolor. Los efectos de la anestesia y la pérdida de líquidos son factores a considerar durante la valoración de los signos vitales. Estos reflejan el estado hemodinámico del paciente.	El dolor disminuye paulatinamente mientras dura el efecto analgésico.
	Falta de una vía permeable.	La mayoría de los pacientes con pérdida hidroelectrolítica, requiere de restitución de líquido extracelular con soluciones isotónicas.	Ministración de soluciones indicadas. Vigilar la permeabilidad de la venoclisis.	Los requerimientos basales de líquidos y electrolitos, así como la restitución de pérdidas anormales de estos es valorada de acuerdo al estado clínico del paciente, balance hidroelectrolítico, hematócrito y química sanguínea principalmente. El goteo constante y uniforme evita alteraciones del trabajo cardíaco. Una vía permeable nos permite restablecer o conservar el equilibrio de líquidos y electrolitos, así como tener un medio para administrar medicamentos por i.v.	Se canalizó otra vena para la ministración de soluciones.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
	Edema local en brazo izquierdo	El edema es la acumulación excesiva de líquidos en los espacios tisulares.	Aplicación de compresas calientes en brazo izquierdo.	El calor mejora la circulación de la sangre, el líquido se absorbe con más facilidad donde los tejidos y el edema se reduce.	Mediante la aplicación de las compresas calientes el edema del brazo disminuyó.
	Polidipsia	La inhibición de la secreción mucosa se debe a la administración de atropina y a la pérdida de líquidos corporales. La atropina es un vasopilico y por lo tanto inhibe la producción de secreciones.	Ministración de líquidos por vía oral.	El agua es un factor importante en el equilibrio ácido-base. La extinción de la sed resulta de humedecer las mucosas orales y faringosas.	La polidipsia cedió una vez tolerada la vía oral, de cualquier forma se tomarán glucocorticoides de control, resultando estas negativas.
Anemia.	Palidez de piel y conjuntivas.	La pérdida sanguínea ocasiona disminución en la concentración de la hemoglobina y el hematocrito.	Detección de manifestaciones clínicas.	La vigilancia constante e información oportuna en relación a los signos vitales cada 15 a 30 minutos, aparición de síntomas de estado de choque, pérdida de conciencia, condiciones del apéndice quirúrgico, permiten la detección oportuna de evidencia de hemorragia y complicaciones, así como su pronta solución.	La paciente se encuentra aún con palidez de tegumentos, sin embargo, no hay sangrado por la herida quirúrgica y el drenaje del portovac es importante, estando sus signos vitales estables.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Falta de movilización	Incomodidad por la tracción cutánea.	La línea de la tracción debe permanecer constante, la tracción no debe de interrumpirse si la finalidad es inmovilización y reducción	Evitar úlceras por decubito mediante la lubricación de la piel y la movilización.	Una hemorragia excesiva puede ocasionar un choque hipovolémico si no se detecta a tiempo. El vigilar el estado de un individuo que permite comprender lo que percibe del mundo exterior mediante sus sentidos, y tomar conocimiento a cada instante de su propia existencia y de sus modificaciones, nos permite valorar en que condiciones se encuentra el paciente.	Con la movilización adecuada que se ha dado y los cuidados a la piel no se han presentado úlceras por decubito y el paciente se ha movido sin molestias con la movilización.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
----------	------------------------------	---	------------------------	----------------------------------	------------

les llega oxígeno ni nutrientes, al prolongarse esta presión los tejidos mueren.

Enseñar al paciente a realizar ejercicios que le ayudaran a reducir el maximo de bien estar posible.

Cuidados de la piel.

Dar masaje en las prominencias óseas.

La educación al paciente y la familia sobre la finalidad de los ejercicios, logran su colaboración y participación en el tratamiento para su pronta recuperación.

La piel sana e integra es una barrera de defensa contra los microorganismos. La conservación de la piel limpia y seca inhibe el desarrollo de bacterias patógenas.

El masaje, especialmente de la piel que se encuentra sobre los puntos de presión, debe efectuarse de manera eficaz y tan frecuentemente como sea necesario. El masaje favorece el riego sanguíneo en la zona, alivia la tensión y promueve la relajación.

Enfermedad	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Infección de vías respiratorias altas	Hipertemia	La hipertemia es una reacción del organismo como defensa, contra la invasión de microorganismos patógenos.	Aplicación de bolsa de hielo.	La aplicación de frío aplicado en la superficie cutánea estimula los receptores de la piel, estos estímulos viajan al hipotálamo, como reacción al frío el cuerpo aumenta su producción de calor y disminuye la pérdida del mismo.	La hipertemia disminuyó por medicos físicos
	Disfagia	La disfagia es causada por la inflamación de las amígdalas que dificultan el paso de los alimentos.	Dar al paciente dieta blanda.	La dieta blanda evita precisamente que el paso de los alimentos por voga incomodidad a la deglución.	La dieta blanda favoreció la deglución disminuyendo a esta manera la disfagia.
	Rinorrea, lagrimeo y estornudos	Son manifestaciones clínicas que se presentan como resultado de infecciones en las vías respiratorias altas.	Ministración de antihistamínicos. Realizar ejercicios respiratorios.	Son un grupo de sustancias que antagonizan la acción de la histamina y se usan en forma sintéctica. En los pacientes ancianos existe una disminución de la fuerza de los músculos de la respiración y la marcada ineficiencia ciliar, dan como resultado reducción de la velocidad espiratoria, provocando deficiencia del reflejo túrgido ocasionando re-	Mejoró la ventilación de la paciente con los ejercicios respiratorios así como de la ministración de los antihistamínicos.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Invalidez secundaria.	Dificultad para iniciar la marcha.	En las fracturas del esturmo proximal de fémur el tratamiento es quirúrgico mediante la aplicación de prótesis lo que ocasiona como consecuencia una invalidez secundaria. Los pacientes ancianos pierden potencia muscular y el equilibrio para participar en la marcha con muletas sin apoyo en los pies.	<p>Alentar a que realice ejercicios musculares.</p> <p>Ayudar al paciente a emplear la andadera.</p>	<p>tensión de secreciones en tráquea y bronquios, falta acumulación blo -- quea el intercambio gaseoso a nivel de alveolos con lo que se favorecen los cuadros broncomórbidos.</p> <p>Los ejercicios comprenden una serie de maniobras que estimulan el funcionamiento de músculo, los nervios, huesos y articulaciones; la recuperación de la función depende de la potencia de los músculos que controlan las articulaciones. El músculo cuadriceps crural extiende la pierna y es uno de los principales músculos para la desambulación.</p> <p>El empleo de una andadera estimula la sensación de seguridad e independencia. La ambulación contribuye a restablecer el sentido del equilibrio y promueve la confianza del paciente en sí mismo.</p>	La paciente empezó a caminar con la ayuda de la andadera bajo vigilancia con algo de temor.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES.	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
			<p>Auxiliar al paciente en la ambulación según su estado y progresos físicos.</p>	<p>Proteger al paciente de causas externas que pongan en peligro su integridad física. Sostener el peso con la extremidad afectada antes de que ocurra la unión ósea ejercerá en él demasiada tensión y puede causar doblamiento o fractura de la prótesis.</p>	
			<p>Orientar a la familia para que participe en la rehabilitación.</p>	<p>La participación de la familia del individuo en una situación puede aumentar la sensación de comodidad y bienestar al compartir el individuo la responsabilidad con los miembros del grupo familiar. El sentimiento de bienestar y seguridad puede aumentar por la presencia de una persona cariñosa y comprensiva.</p>	<p>Se logró la participación de la familia en la rehabilitación del paciente.</p>