

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.



**INCORPORADA A
LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8723**



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
INTRAHOSPITALARIO, APLICADO A USUARIO ADULTO
MAYOR, CON FRACTURA DE CADERA IZQUIERDA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

IVONE ARZATE NIETO

No. DE CUENTA: 409511774

ASESORA:

LEO. ESPERANZA QUINTERO CISNEROS

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN; AGOSTO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.

INCORPORADA A

LA UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8723



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
INTRAHOSPITALARIO, APLICADO A USUARIO ADULTO
MAYOR, CON FRACTURA DE CADERA IZQUIERDA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

IVONE ARZATE NIETO

No. DE CUENTA: 409511774

ASESORA:

LEO. ESPERANZA QUINTERO CISNEROS

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN; AGOSTO 2014

I. AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a Dios por haberme dado la vida y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional; quien supo guiarme por el buen camino, me dio fuerzas para seguir adelante y no decayera en los problemas que se presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades y a no flaquear en el intento, y sobre todo a no perder la fe.

A mis padres, Maricela Nieto León e Ignacio Arzate Barajas; agradezco con amor y cariño, el haber creído en mí, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles; por darme todo lo que soy como persona, mis valores, principios, carácter, perseverancia y por forjar mi coraje para conseguir mis objetivos; en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome durante mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí ¡Gracias!

A mis hermanos, Rafael y Paola Berenice, que con su amor me han enseñado a salir adelante. Gracias por preocuparse por su hermana mayor, por compartir sus vidas, pero sobre todo, gracias por estar en otro momento tan importante en mi vida.

A mi abuela, Consuelo Barajas Ciriaco, que con la sabiduría de Dios, me enseñó a ser quien soy hoy, gracias por sus consejos, y por su

apoyo incondicional en mi vida. Gracias por cuidarme y bendecirme siempre desde el cielo donde te encuentras, sé que siempre lo haces.

Gracias a mis otros abuelos, María Elena León, Diego Nieto y Jesús Arzate, por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

A mis tíos, y primos, mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A mis sobrinas, Ximena y Andrea, quienes me demuestran que vale la pena vivir y compartir los mejores momentos de esta vida con los seres que más amamos.

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

A mi amigo y compañero de trabajo, Enfermero César González Cuadra, por brindarme todo su apoyo y conocimientos para la realización de este proyecto, por soportar mis estados de ánimo y siempre darme ánimos e inculcarme pensamientos positivos.

A mi asesora, la L.E.O. Esperanza Quintero Cisneros, por haber aceptado guiarme en este proyecto; a quien aprecio mucho, gracias por su apoyo y confianza, agradezco también el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas en el medio hospitalario. Es un gran ser humano, una brillante profesionalista, sin duda alguna un modelo a seguir profesionalmente hablando; para ella, mi respeto y admiración.

Su apoyo y confianza en mi trabajo, su capacidad para guiar mis ideas han sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo del proyecto, sino también en mi formación como profesional.

A la Escuela de Enfermería de Zamora A.C., por tener el nivel académico que siempre me motivó a ser una profesional de calidad, especialmente a todos los maestros y a la directora, la madre L.E.O. Ignacia Escalera Mora, por su esfuerzo por encauzarnos a todos por el buen sendero, por enseñarnos cada detalle, sin importar cuán pequeño fuera, gracias por formar profesionales, humanistas y competentes para el ámbito personal y de enfermería, bajo el lema: EL CONOCIMIENTO AL SERVICIO DE LA VIDA Y LA SALUD.

II. DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de existir y darme unos padres únicos.

A mi paciente Nicolás, por haberme permitido trabajar con él y poner su confianza en mí, para realizar este proyecto.

A mis padres, quienes siempre me dieron la confianza de salir adelante y estuvieron conmigo en todo momento, dándome fuerza y valor para ser toda una profesional, porque ellos representan el camino que me guía y el pilar fundamental en mi vida.

A mi asesora del proceso de atención de enfermería, la L.E.O. Esperanza Quintero Cisneros por apoyarme en todo momento en la estructuración y moldeo del presente trabajo.

ÍNDICE

APARTADO I

1.1 INTRODUCCIÓN.....	8
1.2 JUSTIFICACIÓN	11
1.3 OBJETIVOS.....	16
1.3.1 Objetivo general.....	16
1.3.2 Objetivos específicos	16
1.4 METODOLOGÍA	18
1.4.1 Tipo y diseño de estudio	18
1.4.2 Modelo de relación	18
1.4.3 Guías de valoración	18
1.4.4 Técnicas de trabajo.....	19
1.4.5 Exploración física	19
1.4.6 Recursos	19

APARTADO II

2.1 MARCO TEÓRICO	20
2.1.1 Antecedentes históricos de enfermería.....	20
2.1.2 Inicio del mundo cristiano	21
2.1.3 Alta edad media	22
2.1.4 Baja edad media.....	23
2.1.5 Mundo moderno	24
2.1.6 Nueva concepción de enfermería.....	24
2.1.7 Profesionalización del cuidado	25

2.1.8 Definición de enfermería	25
2.1.9 Concepción de Florence Nightingale.....	26
2.1.10 Las hermanas de la caridad en México en el siglo XIX; el origen de la enfermería actual	26
2.1.11 Disciplina enfermera en el momento actual.....	27
2.1.12 El cuidado como objeto de la disciplina enfermera	28
2.2 ANTECEDENTES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	29
2.2.1 Concepto del Proceso Atención de Enfermería	30
2.3 ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO	32
2.3.1 Valoración	32
2.3.2 Obtención de datos.....	32
2.3.3 Diagnóstico.....	33
2.3.4 Tipos de diagnósticos de enfermería	35
2.3.5 Componentes de un diagnóstico enfermero	36
2.3.6 Planeación	37
2.3.7 Ejecución.....	38
2.3.8 Evaluación.....	39
2.4 VIRGINIA HENDERSON.....	41
2.4.1 Biografía de Virginia Henderson	41
2.4.2 Teoría de Virginia Henderson.....	43
2.4.3 Relaciones de Enfermería.....	45
2.4.4 Paradigma de Virginia Henderson.....	46
2.5 GENERALIDADES DEL SISTEMA ÓSEO.....	49
2.6 FUNCIONES DEL HUESO Y SISTEMA ESQUELÉTICO..	51
2.6.1 Estructura ósea	51
2.6.2 Histología del tejido óseo	52

2.6.3 Irrigación e inervación del hueso	53
2.6.4 Formación de hueso.....	53
2.7 FRACTURA DE CADERA	54
2.8 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	55
2.8.1 Triada ecológica.....	55

APARTADO III

3.1 APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	65
3.1.1 Historia clínica.....	65
3.1.2 Valoración física	66
3.1.3 Valoración del estado emocional.....	68
3.2 VALORACIÓN EN BASE A LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	69
3.3 JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES AFECTADAS.....	74
3.4 CUADRO DE DATOS SIGNIFICATIVOS.....	76
3.5 DIAGNÓSTICOS.....	79
3.6 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN	82
3.7 EVALUACIÓN GENERAL	93
3.8 SUGERENCIAS.....	94
3.9 CONCLUSIÓN	96
3.10 FUENTES CONSULTADAS.....	98
3.10 ANEXOS.....	105

APARTADO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Hoy en día, la población está sufriendo un progresivo envejecimiento, lo cual favorece el aumento de la incidencia de fracturas de cadera, considerándose esta una de las lesiones más frecuentes y potencialmente devastadoras en las personas mayores de 65 años.

Este aumento de la incidencia está ocasionando un grave problema asistencial, así como sociosanitario, en todo el mundo. Además, para la persona anciana, sufrir una fractura de cadera puede suponerle un punto de inflexión que marcará completamente la evolución de su salud a partir de ese momento.

Este tipo de fractura es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad. Cabe recordar, por un lado, que la mayoría de estos pacientes presentan una patología sistémica asociada, inherente al declive fisiológico asociado con el envejecimiento (enfermedad cardiovascular, respiratoria, diabetes mellitus, déficit sensoriales o neurológicos, desnutrición, demencia, etc.); y por otro lado, cerca de la mitad de los ancianos independientes, pasarán a ser parcialmente dependientes para las actividades de la vida diaria tras sufrir la fractura, y un tercio de ellos incluso, puede llegar a ser totalmente dependientes.

Hay 2 grandes factores que contribuyen en la alta incidencia de fracturas de cadera en las personas mayores: la osteoporosis y las caídas a pie plano. La caída es el factor causal más importante de la fractura de cadera. El riesgo de caída va en aumento con la edad, influido por una gran multitud de factores, entre los cuales podemos destacar los cambios neuromusculares asociados con la edad, el deterioro general, la toma de ansiolíticos o psicotrópicos, que pueden disminuir el estado de alerta de la persona, los padecimientos neurológicos que afectan al aparato locomotor (enfermedad de Parkinson, cerebrovasculares), la pérdida de agudeza visual (cataratas, presbicia, degeneración macular asociada a la edad), o los estados confusionales (demencia senil), entre otros. Además del incremento en el riesgo de caída, también se produce una disminución de los mecanismos de defensa frente a las caídas, como las maniobras para disminuir la energía del impacto (mediante la extensión del brazo para apoyarse y evitar el golpe directo), que se vuelven más lentas o incluso inadecuadas (JE, 2000, pág. 257).

En el trabajo se plasman cinco apartados:

En el apartado I, se menciona lo relacionado con la justificación y los objetivos planteados en el Proceso de Atención de Enfermería, teniendo como base un objetivo general que engloba los aspectos a lograr en el trabajo y con el usuario así como la metodología a seguir.

En el apartado II, se involucra lo referente al marco teórico, en donde se plasman temas acerca de los antecedentes históricos de enfermería, la definición como tal de la misma, se aborda al Proceso Atención de Enfermería desde una expectativa global, para poder

definirlo de la mejor forma; se hace mención a la teórica Virginia Henderson y los aspectos más importantes dentro de su teoría y paradigma, se cita por último la patología que el usuario presenta, la historia natural de la enfermedad, así como la historia clínica que se realizó con la finalidad de tener una valoración completa.

En el apartado III, se aborda la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, empleando las cinco etapas que contiene, hago referencia al usuario en todas las fases. Por último, se generan conclusiones y sugerencias en base a la realización del proyecto en general.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La fractura de cadera es la causa más común de hospitalización en los servicios de urgencias. Esta condición acarrea problemas que van más allá del daño ortopédico y tiene repercusión en áreas, como Medicina Interna, Rehabilitación, Psiquiatría, Trabajo Social y Economía de la atención en salud. (GUTIÉRREZ, 2008; 22:73-81).

Históricamente, las fracturas del extremo superior del fémur ya se mencionaban en los trabajos de Hipócrates (460 a.C.). Gran parte de las veces, las fracturas de cadera ocurren en pacientes mayores de 60 años, sobre todo, en mujeres (80-85%), quizá como consecuencia de diversos factores, como: pelvis ósea más ancha, tendencia a la coxa vara, menos actividad, osteoporosis temprana y promedio de vida mayor, que los hombres. Los estados mexicanos con mayor número de adultos mayores son: Estado de México, Distrito Federal, Veracruz y Jalisco, mientras que los que tuvieron menor número en ese periodo fueron: Baja California Sur, Quintana Roo y Colima (GUTIÉRREZ, 2008; 22:73-81).

Las fracturas de cadera se vinculan con tasas de mortalidad altas. Una revisión epidemiológica sistemática reciente muestra que los pacientes están en un elevado riesgo de muerte temprana aun después de muchos años de haber sufrido una. La excesiva mortalidad después de una fractura de cadera puede deberse a las características de cada individuo o a las complicaciones que implica, como embolia pulmonar, infecciones e insuficiencia cardíaca. Se ha comunicado una tasa que va

desde 12 hasta 57% durante el primer año en pacientes con fractura intertrocanterica de cadera tratada en forma no quirúrgica.

En un estudio de las tasas de mortalidad en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, realizado en Noviembre de 2012 después de una fractura de cadera tratada en forma tradicional, así como las tratadas quirúrgicamente pero que no fueron movilizadas de manera temprana, se encontró una mortalidad intrahospitalaria de 25%. Recientemente se analizaron los factores de riesgo y se determinó que la edad avanzada, el sexo masculino, la localización intertrocanterica y la falta de movilidad antes de la fractura son factores relacionados con mayor mortalidad. La capacidad de recuperación funcional del grupo de pacientes que son intervenidos sufre un deterioro respecto a su estado previo a la fractura, y la mayoría de ellos alcanza una autonomía que les permite realizar sus desplazamientos sin ayuda de terceros, mientras que los no intervenidos tienen, en mayor medida, dependencia funcional y quedan confinados a una silla de ruedas.

La fractura de cadera tiene una gran incidencia mundial, fundamentalmente en la tercera edad. Hay estudios que estiman que su incidencia superará los 6 millones en el año 2050. En términos económicos, en 2008 este tipo de fractura supuso un 43% del gasto sanitario dedicado al tratamiento de fracturas en general en México.

En México, una de cada 12 mujeres y uno de cada 20 hombres mayores de 50 años sufre una fractura de cadera; sin embargo, se estima que debido al envejecimiento de la población, para el año 2050 el número anual de fracturas de cadera podría aumentar de 29,732 actuales

a 155,874 fracturas al año: un aumento del 424% dentro de los próximos cuarenta años (Noriega, 2008).

Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2006, los adultos mayores representaban al 5,3 % de la población, mientras que en el año 2009 esta proporción ascendió a 5,7 %. En México, se calcula que en el 2006, los costos del tratamiento de fractura de cadera fueron de más de USD 97 000 000,00. El costo promedio de tratamiento quirúrgico de fractura de cadera en el Instituto Nacional de Rehabilitación de la Ciudad de México, se estima de USD 1 729,085 incluyendo costos quirúrgicos, prótesis, hospitalización y pruebas de laboratorio y rayos X, antes y después de la cirugía.

Se calcula que mundialmente el número de fracturas de cadera aumentará a 2,6 millones para el 2025 y más de 6 millones para el 2050.

Los pacientes con fractura de cadera a menudo han sufrido fracturas vertebrales u otras fracturas por osteoporosis y tienen un mayor riesgo de sufrir otra fractura de cadera. Las consecuencias de una fractura de cadera son serias.

La causa directa de una fractura de cadera suele ser una caída. Cada año, las caídas se producen en un tercio de las personas mayores de 65 años, y la incidencia de las caídas aumenta con la edad. Dependiendo de las características del paciente, de 22.6% de las caídas resultan en graves consecuencias, tales como fracturas, lesiones en la cabeza o lesiones de tejidos blandos. En la mayoría de los casos, la causa de una caída es multifactorial. Los factores de riesgo importantes para las caídas

son la vejez, el sexo femenino, caídas previas, deterioro del equilibrio y la marcha, deterioro de la visión, demencia, el deterioro cognitivo, enfermedades (Infecciones, depresión, accidente cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, artritis), el miedo de caer, y fármacos.

Se calcula que el 50% de los pacientes afectados por fractura de cadera no recuperará la capacidad funcional previa a la fractura, y un 20% necesitará ayudas durante largos períodos. La consecuencia es una persona incapacitada, que precisa cuidados más o menos intensos para una supervivencia de difícil solución. A esto se suma la falta de ayuda familiar condicionada por el cambio social de la férula familiar.

Entre el 15 y el 30% de los ancianos que se fracturan la cadera fallece al cabo de 1 año. Esta gran variabilidad depende del grupo de pacientes que se analizan. El porcentaje más bajo suele corresponder a los ancianos más jóvenes, que viven en su propio domicilio y que tenían una buena situación funcional antes de la fractura. Cuando estudiamos a todos los ancianos, incluyendo aquellos con fracturas patológicas, los que no han sido intervenidos y los que no caminaban antes de la fractura, la mortalidad anual suele alcanzar el 30%.

En el estudio americano del Osteoporosis Fractures Research Group, se identificó una serie de factores de riesgo, cuya presencia en ancianos aumentó la incidencia de fractura de cadera tras un período de seguimiento de 4 años. Entre estos factores, los 4 más prevalentes fueron: antecedente de fractura por traumatismo leve después de los 50 años, antecedente familiar de fractura de cadera (por parte materna), tabaquismo activo e índice de masa corporal bajo ($<19 \text{ kg/m}^2$). En otro

estudio prospectivo, efectuado en Estados Unidos, se demostró que el hecho de haber permanecido inmóvil durante un período de tiempo superior a 4 semanas, era también un factor predictivo de fractura de cadera durante el año siguiente.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Aplicar el Proceso de Atención Enfermería con base al modelo de Virginia Henderson a un paciente, adulto mayor con fractura de cadera, para identificar las necesidades alteradas, corregir, mantener, rehabilitar la salud, por medio de la aplicación de procedimientos, conocimientos y el registro sistemático de la rehabilitación.

1.3.2 Objetivos específicos

- Aplicar la guía de valoración conforme a las 14 necesidades de Virginia Henderson, con la finalidad de detectar las necesidades afectadas para la realización y priorización de diagnósticos; posteriormente, planes de cuidados enfermeros.
- Proporcionar cuidados de enfermería respetando la dignidad y la unidad de la persona, para contribuir a la recuperación de su estado de salud.
- Estructurar diagnósticos enfermeros en base a las necesidades que se observaron afectadas, dando prioridad a las que comprometen un grado de mayor dependencia del usuario.

- Elaborar planes de cuidados de enfermería, encaminados a mejorar las necesidades afectadas del usuario.
- Emplear las actividades planeadas conforme a las intervenciones de enfermería, de forma progresiva y continua.
- Evaluar los cambios y avances generados en el usuario de acuerdo al plan de cuidados establecido.

1.4 METODOLOGÍA

1.4.1 Tipo y diseño de estudio

Que busca reconstruir el pasado de una manera más objetiva y exacta, para recolectar, verificar, evaluar y sintetizar evidencias, permitiendo obtener conclusiones válidas, este proceso se lleva a cabo principalmente mediante la recopilación de los antecedentes del usuario.

Según el tiempo, es retro prospectivo, ya que se involucra información anterior y hechos a medida que ocurren; el trabajo también es de tipo documental, debido a que se basa en un proceso sistémico de recopilación de información, en el cual recurrimos a las fuentes de información y a todos aquellos documentos que existen sobre el tema de estudio.

1.4.2 Modelo de relación

Es un modelo que se guía por las 14 necesidades de Virginia Henderson, para lograr la validación de datos, se realizó la aplicación de guías de valoración de la misma teórica para desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería.

1.4.3 Guías de valoración

Se utilizó la guía de valoración, relacionada con Virginia Henderson, misma que contiene este trabajo en el apartado No. 1 de anexos. Consiste en valorar al usuario por las 14 necesidades.

1.4.4 Técnicas de trabajo

Se abordó al usuario en forma directa utilizando la guía de valoración de Virginia Henderson para recolectar información; así como la historia clínica, usando preguntas claras, concisas, precisas, logrando la participación activa y dinámica del usuario, tomando en cuenta cada necesidad de forma individual, para determinar el grado de afección de estas.

1.4.5 Exploración física

Se llevó a cabo la inspección, palpación, auscultación y percusión del usuario, de forma cefalocaudal con la finalidad de que la valoración resultara más completa.

1.4.6 Recursos

- ◆ **Recursos humanos:** el usuario y la enfermera.
- ◆ **Recursos financieros:** los gastos económicos están a cargo de la realizadora del Proceso Atención de Enfermería.
- ◆ **Recursos materiales:** se utilizaron en este proceso: lapiceros, hojas blancas, baumanómetro, estetoscopio, termómetro, impresora, USB, guía de valoración, fotocopidora y material para engargolar los trabajos a revisar.

APARTADO II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes históricos de enfermería

Las primeras narraciones de las civilizaciones antiguas ofrecen poca información sobre las personas encargadas de cuidar a los enfermos. Durante este tiempo, las creencias sobre las causas de las enfermedades estaban cargadas de supersticiones y de magia.

En la antigua Grecia y Roma, el cuidado de los enfermos y heridos estaba muy avanzado tanto en la mitología como en la realidad. Higiea, que era hija de Asclepio (dios griego y curandero principal) era la diosa de la salud y algunos la reverenciaban como la personificación de una enfermera. (Kozier, 1998; 12:30-40). En las culturas antiguas de África, las funciones de la enfermera eran las de comadrona, herborista, nodriza y cuidadora de niños y ancianos. En la antigua India, los primeros hospitales estaban atendidos por enfermeras fijas que debían cumplir con cuatro requisitos:

- 1) Conocimiento de la forma de preparar los fármacos para administrarlos.
- 2) Inteligencia.
- 3) Dedicación al paciente.
- 4) Pureza de cuerpo y mente (Donahue, 1985; 32:40-55).

2.1.2 Inicio del mundo cristiano

◆ *Primeras cuidadoras*

Los primeros siglos de la Era Cristiana conocieron el crecimiento continuo del fervor religioso en todo el mundo. Rápidamente florecieron congregaciones, hermandades y órdenes dedicadas al cuidado de los enfermos. Las primeras fueron de mujeres, fundadas con el fin de realizar un trabajo social. Destacaron como más importantes: las diaconisas, las viudas, las vírgenes y las matronas.

◆ *Diaconisas*

Viene del griego *diaconía*, que significa servir o suministrar, en el sentido material y moral. Formaban un grupo de mujeres, de buena cuna y elevada posición social, pertenecientes a las familias más distinguidas. Aunque su ocupación principal estaba en relación con los ritos iniciáticos de las catecúmenas (mujeres que se preparaban para recibir el bautismo), también ejercían funciones de auxilio en los hogares más necesitados proporcionando a las familias más desatendidas dinero, ropas y cuidados. Las primeras diaconisas que se conocen, fueron Febe y Olimpia.

◆ *Viudas*

Llegaron a formar un grupo numeroso de mujeres, dedicadas a la asistencia de los enfermos y pobres. Se dedicaban a trabajar con los enfermos y los pobres, y más tarde, desempeñaron un papel importante en la creación de hospitales.

◆ *Vírgenes*

El papel que estas mujeres representaron no está tan claro, parece ser que fue un grupo más dedicado a labores eclesiales y ejercicios religiosos, que a tareas relacionadas con la práctica de la caridad entre los más necesitados (García & Martínez, 2007; 25:69-156).

◆ *Matronas Romanas*

Marcella, fue la principal impulsora de este movimiento. Se preocupó de la formación de sus seguidoras en el cuidado del enfermo y ocupó tiempo entre el auxilio de los pobres, la atención de los enfermos y el estudio de las Escrituras.

Fabiola, en el año 394, aproximadamente, construyó en su palacio el primer hospital público cristiano en Europa, trabajando ella como cuidadora. Estos hospitales, que luego proliferaron, eran conocidos con el nombre de nosocomios, casas para enfermos.

Paula, se cree que fue la primera en diseñar un sistema de instrucción específico para mujeres dedicadas al cuidado (García & Martínez, 2007; 25:69-156).

2.1.3 Alta edad media

Fundamentalmente fueron dos grupos los que se pueden considerar cuidadores de las personas enfermas: las mujeres de los señores feudales y, de forma más organizada, los monjes (García & Martínez, 2007; 25:69-156).

La mujer feudal, tenía a su cargo, el cuidado de los enfermos de la hacienda, la curación empírica recaía casi por completo en sus manos. (García & Martínez, 2007; 25:69-156).

Los monjes, en un principio no fueron creados para cuidar a los enfermos, atender a los huérfanos o amparar a los pobres. Con el paso del tiempo, el cuidado de los enfermos se convirtió en función y deber primordial de la comunidad monástica.

2.1.4 Baja edad media

Los cuidados experimentaron la influencia de diversos acontecimientos, pues las condiciones de hacinamiento en que se vivía y el aumento consiguiente de la propagación de enfermedades, crearon la necesidad de establecer nuevos tipos de órdenes para la atención de los enfermos. A todas estas órdenes se les llamó Hospitalarias. Sus miembros se dividían en tres clases:

Los Caballeros, hombres que cuando no estaban en las batallas, ayudaban a cuidar enfermos.

Los sacerdotes, atendían las obligaciones religiosas en las iglesias, campamentos y hospitales.

La influencia de las órdenes militares en la Enfermería ha sido decisiva. De ellas se ha heredado: la idea sobre la importancia de los uniformes, la necesidad de la organización de los servicios de enfermería de forma rígidamente jerarquizada, algunas directrices en cuanto a la

manera de establecer y administrar los servicios hospitalarios (García & Martínez, 2007; 25:69-156).

2.1.5 Mundo moderno

Posiblemente, el aspecto más sobresaliente de este período es lo relativo a la evolución de los cuidados; la presencia de las órdenes religiosas continuó como en épocas pasadas.

Entre los cuidados que se describen, se encuentran:

- ✓ Los destinados a cubrir necesidades básicas (alimentación, eliminación, higiene y confort).
- ✓ Las tareas técnicas, haciendo referencia a la vigilancia del estado de los enfermos, aplicación de ventosas, administración de jarabes, purgas y otras órdenes médicas.
- ✓ La relación con los enfermos que incluía la conversación banal o de apoyo y las preguntas sobre su estado.

Las personas que en esta época se incorporaron al cuidado de los enfermos fueron en su mayoría mujeres de vida alegre, entregadas a la bebida y, frecuentemente, procedentes de cárceles. El interés de estas mujeres por instalarse en los hospitales como enfermeras, no fue otro que el de tener aseguradas la cama y la comida.

2.1.6 Nueva concepción de enfermería

La transformación de la práctica enfermera tuvo lugar en el siglo XIX y parte del XX. No obstante, en las primeras décadas del siglo XIX,

se mezclaron diferentes tipos de cuidadores. Continuaron ejerciendo como enfermeras mujeres de vida alegre que hicieron que esta práctica se situara en el nivel más bajo que se conoce en la historia. Fue el inicio de la enfermería moderna y con él, la profesionalización de la actividad de cuidar (García & Martínez, 2007; 25:69-156).

2.1.7 Profesionalización del cuidado

Desde que Florence Nightingale estableciera la necesidad de la preparación específica de las enfermeras, hasta las décadas de los años cincuenta y sesenta del siglo XX, se produce una interrupción en el desarrollo de la disciplina enfermera. A partir de estos años, surge la enfermera investigadora (García & Martínez, 2007; 25:69-156, pág. 2)

2.1.8 Definición de enfermería

La primera que definió la enfermería, en 1860, fue Florence Nightingale, conceptualizándola como el acto de utilizar el ambiente del paciente para ayudarle en su recuperación. Describe que la enfermería es el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, con el menor gasto de energía por el paciente (Nightingale, 1990; 22:50-67).

Virginia Henderson enfatiza que la enfermería era ayudar al individuo sano o enfermo a realizar aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o a morir en paz, que el individuo realizaría por sí mismo de tener la fuerza, los deseos y los conocimientos necesarios (Lyer, 1993, 2001; 12: 38, 256).

La Asociación Americana de Enfermeras (ANA) aportaron dos definiciones: la primera en 1970 donde destacan la descripción del ejercicio de la enfermera refiriendo que este era directo y orientado hacia el individuo y familia según sus necesidades. La segunda definición en 1980 menciona a la enfermería como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales.

2.1.9 Concepción de Florence Nightingale

Supone la consideración de la Enfermería como una opción profesional, con un contenido específico por investigar. Aglutinó el contenido de los Cuidados de Enfermería, derivado de las órdenes religiosas, del voluntariado y de las incipientes escuelas de adiestramiento, e incorporó connotaciones militares y religiosas. Es suya la idea de una formación programada y sistemática, impartida por enfermeras de formación superior, alejadas de la ignorancia y desidia en que se habían instalado los cuidados en los siglos precedentes (Martínez & Chamorron, 2011; 23:136-154).

2.1.10 Las hermanas de la caridad en México en el siglo XIX; el origen de la enfermería actual

La enfermería, parte de la cultura occidental en el México colonial y más precisamente después de la Independencia, estuvo en manos de San Vicente de Paúl; realizó el primer programa que consistía en mantener una forma de asociación católica, bien ordenada, que tuviera continuidad y que fuera abierta, es decir, donde pudieran entrar son

diferencias ricos y pobres, hombres y mujeres, jóvenes y viejos, que atendieran a los enfermos y apoyaran a la comunidad frente a cualquier tipo de emergencias de salud física y moral, de alimentación o guerra (Malvido & ENEO, 1992; 15:186-194).

Las hermanas de la Caridad llegan a México en uno de los peores momentos de la historia del país (1844), durante el gobierno de Santa Anna; para entrar al país, requirieron de dictamen de Consejo de Estado, pues no se podían instalar en México ni como orden ni como Congregación, sino bajo el compromiso de dar servicio desinteresado en los Hospitales y casas de beneficencia (Malvido & ENEO, 1992; 15:186-194).

Desde el punto de vista de la enfermería moderna, fueron la clave de la organización, función que aun hoy día para bien o para mal fundamenta esa actividad (Malvido & ENEO, 1992; 15:186-194).

2.1.11 Disciplina enfermera en el momento actual

La enfermería es considerada una profesión que está construyendo su cuerpo disciplinar a partir de diferentes ramas del saber humano y a la vez, está aportando conocimientos a la ciencia. Una disciplina explica, porque describe, analiza y confiere conocimientos ordenados y sistemáticos, interrelacionados con otras áreas disciplinares pero con independencia de ellas (Hernandez, 1995; 18: 62, 63-195).

2.1.12 El cuidado como objeto de la disciplina enfermera

El saber enfermero se configura como un conjunto de conocimientos, riguroso y sistemático, sobre una materia concreta de la ciencia: el cuidado.

En definitiva, el cuidado es la causa o motivo de la acción profesional enfermera. Esta causa es la que debe ser percibida con claridad por los usuarios de los servicios que presta Enfermería en el contexto de la atención a la salud. Desde la perspectiva del ejercicio profesional, el cuidado constituye la función propia de la profesión.

2.2 ANTECEDENTES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión.

Jiménez de Esquenazi (1997), menciona que antes que se manejara el proceso de enfermería se utilizaba el método de solución de problemas, este había sido propuesto en 1910 por Dewey como instrumento para la práctica.

Bárbara Kozier cita que Linda Hall, en 1955 creó el término de *Proceso de Enfermería* el cual varias enfermeras lo describieron como: Wiendebach (1963) quien enfatizó tres componentes:

Identificación de la ayuda necesaria, Prestación de la ayuda y Verificación de que la ayuda fuera proporcionada.

Posteriormente, Knowles (1967) incorporó el planteamiento científico a las actuaciones de enfermería y sugería un modelo de las siglas *“Cinco Dö* (siglas en inglés): describir, profundizar, decidir, hacer y discriminar.

En los dos primeros estadios del proceso la enfermera recoge datos sobre el cliente; en el tercero decide un plan de acción, en el cuarto lo ejecuta y en el quinto y último valora la reacción del cliente a las acciones implementadas.

En 1967 Helen Yura y Mary Walsh escribieron el primer libro del proceso de enfermería, donde mencionaba que tenía cuatro componentes principales y se enfatizó en las destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de la práctica de enfermería. Yura y Walsh influyeron grandemente para que el proceso se divulgara, tanto en los planes de enseñanza como en la práctica (Esquenazi, 1997, págs. 235-239).

En 1973, el proceso de enfermería se legitima en la práctica clínica cuando la ANA publica las normas de la práctica de enfermería, estas normas son un modelo para evaluar la calidad del cuidado enfermero (Glover, 1983; 45:128-134).

La aplicación del proceso enfermero es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; sin embargo, todavía nos falta camino para recorrer en este terreno, que resulta aún desconocido para muchas compañeras, de nuestros días. (Rodríguez B. , 2000; 17:31-277).

2.2.1 Concepto del Proceso Atención de Enfermería

En la década de los cincuenta el proceso de enfermería ha tenido varios títulos: método enfermero, proceso del cuidado enfermero, etc.

Varios autores entre ellos: Alfaro R. Col. 1996, S. y Col. 1994; Long, B. y Col. 1997; Wittw Dugas, 2000 y Wong D. 1995, destacan las ideas principales de los conceptos del proceso enfermero:

- ✓ Aplicación del método científico.
- ✓ Marco referencial.
- ✓ Enfoque sistémico de funciones independientes.

- ✓ Método de los estándares del cuidado de enfermería.
- ✓ Instrumentos de evaluación del cuidado enfermero.

Entonces el proceso enfermero se define como: *método sistemático e intencionado que emplea el profesional de enfermería para atender las necesidades y/o problemas del usuario y familia y alcanzar el máximo bienestar posible, mediante una asistencia continua, coordinada y racionalizada.*

Es **sistemático**, porque consta de cinco pasos o etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación), están íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas, durante las cuales se llevan a cabo acciones deliberadas para lograr la máxima eficiencia y conseguir a corto o largo plazo, resultados beneficiosos (Ruiz, 2009; 18:3-5,192).

Es **intencionado**, porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y de la propia enfermera(o). (Rodríguez B. , 2000; 17:31-277).

Es dinámico, flexible, humanista, interactivo y centrado en objetivos (Alfaro, 1999; 27:4-265).

El Proceso de Enfermería implica una actuación constante en todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente, no solo desde una dimensión física o biológica sino, también desde la perspectiva cultural y espiritual.

2.3 ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

2.3.1 Valoración

La etapa inicial del proceso de enfermería, de cuya correcta complementación depende en buena parte su desarrollo global, corresponde a la recogida de datos.

Mediante la recopilación de información, basada en la observación y la entrevista al paciente, así como en toda fuente disponible, se pretende elaborar un inventario referente al enfermo que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales.

En este paso de valoración, se intenta averiguar tanto como sea posible, dentro de las limitaciones que imponga cada situación específica, sobre el propio paciente, su familia y su entorno, a fin de poder identificar sus necesidades, problemas y preocupaciones.

2.3.2 Obtención de datos

La labor de recopilación y posterior análisis de datos se basa unas veces en la observación directa, ya sea en forma de signos clínicos, o bien de referencias verbales claras, recogidas en el curso de la entrevista o la exploración, mientras que en otras ocasiones, deriva de un proceso de deducción y referencias indirectas.

Entre los datos a obtener, pueden diferenciarse unos que son objetivos, (detectados rectamente por el personal de enfermería); y otros que son subjetivos, (facilitados por el propio paciente, y dignos también de toda consideración).

En cualquier caso, la recogida de datos siempre supone un esfuerzo de comprobación, selección y clasificación, puesto que toda la información recabada, incluyendo la subjetiva, debe ser contrastable y admitida también por el resto del equipo de salud, que participe en la atención del paciente.

En la etapa de valoración, además de averiguar todo lo relacionado específicamente con el motivo de consulta, debe procurarse la obtención de datos que, a modo de sugerencia, recojan información sobre los siguientes ámbitos: información de carácter general, características personales hábitos, sistemas de apoyo, antecedentes personales y familiares, relacionados con la salud, estado físico, datos biológicos y psicosociales (Ruiz, 2009; 18:3-5,192).

2.3.3 Diagnóstico

La segunda fase del Proceso de Enfermería corresponde al análisis e interpretación de los datos recogidos en la etapa previa. Su finalidad consiste en determinar, con la mayor claridad posible y de manera concisa, el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan. Se trata, de elaborar el diagnóstico de enfermería, punto prioritario para establecer la situación y las

necesidades del paciente, así como para plantear los cuidados de enfermería más oportunos.

Gracias a esta fase del proceso, en definitiva, pueden sacarse conclusiones válidas acerca de los problemas que presenta el paciente y, consecuentemente, es posible diseñar un plan de atención adaptado a sus necesidades.

Básicamente, en esta etapa se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible los datos recopilados, para posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores que aseguran las necesidades del ser humano. De este modo, pueden determinarse las alteraciones presentes en el paciente o que el propio enfermo experimenta, los problemas actuales y los potenciales, aparentes y no aparentes, que permitan conformar un cuadro global de la situación.

Para ello, hay que considerar atentamente los hechos, comportamientos, signos y síntomas; identificar las relaciones existentes entre los diversos elementos; determinar el grado de autonomía del usuario; indagar las causas que provocan las dificultades que presenta la persona; establecer prioridades y prever posibles consecuencias. Siempre debe tenerse en cuenta que todo cambio desfavorable en la satisfacción de alguna necesidad fundamental (de orden biológico, psicológico, social, cultural o espiritual), que se manifiesta a través de signos observables, directos o indirectos, resulta de utilidad para la formulación del diagnóstico de enfermería (Ruiz, 2009; 18:3-5,192).

2.3.4 Tipos de diagnósticos de enfermería

◆ *Diagnóstico enfermero real*

Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales, que existen en un individuo, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas), que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas (ANA, 2005).

◆ *Diagnóstico enfermero de promoción de la salud*

Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas, como la nutrición y el ejercicio. Los diagnósticos de promoción a la salud pueden usarse con cualquier estado de salud y no requieren ningún nivel específico de bienestar establecido (ANA, 2005).

◆ *Diagnóstico enfermero de riesgo*

Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales, que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad (ANA, 2005).

2.3.5 Componentes de un diagnóstico enfermero

◆ *Etiqueta diagnóstica*

Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificadores (McCourt & Carroll, 1991;23:79).

◆ *Definición*

Proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares (McCourt & Carroll, 1991;23:79).

◆ *Características definitorias*

Claves o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real, de salud o promoción a la salud (McCourt & Carroll, 1991;23:79).

◆ *Factores de riesgo*

Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos, que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad, ante un evento no saludable (McCourt & Carroll, 1991;23:79).

◆ *Factores relacionados*

Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o adyuvantes al diagnóstico. Sólo los diagnósticos enfermeros reales, tienen factores relacionados. (McCourt & Carroll, 1991;23:79).

2.3.6 Planeación

En esta fase, teniendo como base los datos recabados en la etapa de valoración y el diagnóstico enfermero establecido, se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados previamente.

Es una etapa orientada a la acción, ya que se trata de establecer un plan de actuación y determinar sus diferentes pasos, los medios requeridos para su consecución, las intervenciones concretas que se deben instaurar y las precauciones que corresponde adoptar, en el curso de todo el proceso de enfermería. (Ruiz, 2009; 18:3-5,192).

La fase de planificación requiere el establecimiento de un orden de prioridades entre las necesidades identificadas en el paciente, diferenciando los problemas actuales de los potenciales, y los comunes, de otros más raros. A partir de tal jerarquización, pueden estipularse los objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería, para solventar los problemas el paciente y suplir aquellos factores que él no puede llevar a cabo por sí mismo para satisfacer sus necesidades y resolver su problema de dependencia. Tales objetivos pueden ser de muy diferente naturaleza: psicomotriz, cognitiva, afectiva, etc. Puede tratarse de

objetivos a corto, mediano o largo plazo, así como circunstanciales o permanentes, según sean las características de cada caso.

Una vez establecido el orden de prioridades, se intenta determinar, con la máxima precisión posible, el conjunto de intervenciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos. En este sentido, deben contemplarse las acciones que tendrá que realizar el personal de enfermería, para poder conseguir el bienestar del paciente y su mejoría, así como las acciones que deberán demandarse al propio enfermo y a sus familiares, asegurando la ayuda y las enseñanzas oportunas, en un intento de lograr la mayor independencia del enfermo (Ruiz, 2009; 18:3-5,192).

2.3.7 Ejecución

Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente, y cuya meta es la de conducir el paciente, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades. En tales actuaciones, dependiendo de cada situación, pueden intervenir, según sean las necesidades, posibilidades y disponibilidades, el paciente, su familia y el equipo de enfermería.

Dentro de lo posible, se intenta que sea el propio paciente, con la debida ayuda y supervisión, quien lleve a cabo el máximo de los cuidados planificados, aunque tal idea no siempre es accesible. En esta fase, la relación entre personal de enfermería y el paciente, adquiere su máxima significación. En este sentido, no sólo se debe tender a la resolución de los problemas de salud concretos del paciente, sino que también resulta fundamental conceder la debida atención a su dimensión

como persona, incluyendo sus preocupaciones, temores y ansiedades (Ruiz, 2009; 18:3-5,192).

A lo largo de esta fase, el plan de actuaciones previo se utiliza sencillamente como guía, puesto que se continúa obteniendo información sobre el estado del paciente y su respuesta a las atenciones y ello puede imponer una modificación o complementación de las estrategias.

Para que así pueda suceder, resulta fundamental registrar correctamente todas las prácticas implantadas, los resultados obtenidos y las respuestas del paciente ante su aplicación, dado que sólo de esta forma podrá evaluarse de manera idónea la eficacia del plan (Ruiz, 2009; 18:3-5,192).

2.3.8 Evaluación

La última fase del Proceso de Enfermería, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta qué punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente, y los resultados de la aplicación del plan de cuidados, a la par que se incorporan nuevos datos surgidos de la evolución del estado del paciente.

Las consecuencias de la instauración de intervenciones suelen ser positivas, pero también pueden resultar negativas o incluso inesperadas, y ello obliga a una evaluación constante que permita modificar oportunamente la planificación de cuidados en beneficio del enfermo.

En el momento de la evaluación, puede comprobarse el logro de objetivos propuestos, pero a la par, pueden detectarse nuevas necesidades, surgidas en el proceso, que requieran nuevos objetivos y ejecuciones, o la modificación del plan establecido. Así, se complementa un proceso cíclico y continuo, poniendo en marcha un mecanismo de retroalimentación que constituye un factor esencial de toda la actividad de enfermería (Ruiz, 2009; 18:3-5,192).

2.4 VIRGINIA HENDERSON

2.4.1 Biografía de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City, Missouri. Pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C.

Durante la primera Guerra Mundial, desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918, ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service, de Nueva York. En 1929, trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York (Avenel, 1996;67:10-20).

Disfrutó de una larga carrera como autora e investigadora. La gran diferencia entre la enfermería de entonces y la de ahora es que "en aquellos tiempos utilizábamos nuestros sentidos. Ahora son las máquinas las que suplen estas funciones. Los médicos actuales no tocan a sus pacientes", se lamentaba.

Una de las grandes constantes que aparecen en los textos que ha escrito sobre su profesión, es la influencia de los avances tecnológicos en la enfermería. Explica que la tecnología puede llegar a deshumanizar cualquier aspecto de la vida y, según ella, "la vida es una mezcla de

temas artísticos", lo que denomina *arte de vivir*. (Avenel, 1996;67:10-20).

En 1955, el Consejo Internacional de Enfermería, integrado por 97 países, adoptó la definición que Henderson realizó para definir cuál debe ser la función de las enfermeras. Según esta doctora *honoris causa*, por cinco universidades, el objetivo es "ayudar a los individuos enfermos o sanos a realizar aquellas actividades que él mismo realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios". Henderson ha sido enfermera de sí misma a lo largo de su vida. No tiene ningún secreto que justifique la vitalidad y energía que irradia a sus 91 años de edad. (Avenel, 1996;67:10-20).

Virginia Henderson, en su libro **Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería**, nos ofrece un desarrollo de la disciplina enfermera dentro de la corriente de la integración. Elaborando conceptos basados en teorías de otras disciplinas y en base a sus propias experiencias. En definitiva, crea un modelo conceptual en Enfermería, que aunque no lo reconoce, está influenciado por la jerarquización de las necesidades de Abraham Maslow.

En su obra comienza haciendo una definición de Enfermería. La define en términos funcionales, entiende que la función primaria es la de dar cuidados directos a la persona, sana o enferma, asistiendo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación. En momentos de agonía, hacer que sea lo más pacífica posible, y contribuir de manera que ayude a ganar la independencia en la

mayor brevedad posible. También señala como función, el ayudar al enfermo a seguir de la forma más adecuada, los tratamientos prescritos por el médico (Avenel, 1996;67:10-20).

En cuanto al rol profesional, establece que la enfermera tiene funciones propias e independientes, y se interrelaciona con los miembros del grupo médico, en un papel de colaboración mutua. Esta definición introduce nuevos conceptos y una forma diferente de actuación, ya que hasta entonces, la función de la enfermera era meramente de asistencia a la enfermedad y auxiliar del médico.

2.4.2 Teoría de Virginia Henderson

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad, o integración total de mente y cuerpo. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica, y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias. Su filosofía se basa en el trabajo de:

- ✓ Thorndike (psicólogo estadounidense).
- ✓ Sus experiencias como estudiante con la Henry House Visiting Nurse Agency.
- ✓ Su experiencia en enfermería de rehabilitación.
- ✓ La conceptualización de la acción propia de la enfermería de Orlando.

Henderson puso de relieve el arte de la enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería. Sus atribuciones incluyen la definición de enfermería, la determinación de las funciones autónomas de enfermería, la puesta de relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente, y la creación de los conceptos de independencia. (Avenel, 1996;67:10-20).

Henderson hizo extraordinarias contribuciones a la enfermería durante sus 60 años como enfermera, profesora, escritora, e investigadora. En 1958, el Comité de Servicios de Enfermería del International Council of Nurses, le pidió que expusiera su definición de enfermería:

La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación, (o a la muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible (Avenel, 1996;67:10-20).

Henderson identificó 14 necesidades básicas, en las que se basa la atención de enfermería.

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Eliminar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.

6. Elegir la ropa adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con los otros.
11. Actuar con arreglo a la propia fe.
12. Trabajar para sentirse realizado.
13. Participar en diversas formas de entretenimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad. (FUDEN, 2013).

Además, identificó tres niveles de relaciones enfermera-paciente, en los que la enfermera actúa como sigue:

- a) Sustituta del paciente.
- b) Colaboradora del paciente.
- c) Compañera del paciente.

2.4.3 Relaciones de Enfermería

Enfermera paciente. Henderson nos dice que la enfermera ha de adentrarse en el interior de cada paciente para saber no sólo lo que este desea, sino además, lo que necesita para mantenerse en vida o recobrar la salud.

Enfermera médico. La enfermera tiene funciones propias, colabora con otros profesionales y no debe aceptar funciones delegadas si ello implica la pérdida de su propia función. Al mismo tiempo destaca la

importancia de los planes de cuidados escritos e individualizados que siempre se organizan en torno al plan terapéutico.

Enfermera equipo de salud. La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales de la salud. Todos se ayudan mutuamente para complementar el programa de cuidado al paciente, pero no deben realizar tareas ajenas.

2.4.4 Paradigma de Virginia Henderson

Es un modelo de suplencia o ayuda. Parte del concepto de las necesidades humanas de Abraham Maslow. El paradigma se representa cuando señala el carácter integral del ser humano, pues para ella, es un todo complejo que presenta catorce necesidades fundamentales (Fernández & Navarro, 2003;24:57-67).

El objetivo para Henderson es que el ser humano sea independiente lo antes posible.

◆ *Persona*

El paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. Porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. La persona es capaz de aprender durante toda su vida. El paciente y la familia conforman una unidad. (García M. J., 2002;10:30-44).

◆ *Salud*

La considera un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad, por lo tanto, es un estado de dependencia motivadora para la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades. La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano. (García M. J., 2002;10:30-44).

Independencia: nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con la edad, el sexo, la etapa de desarrollo en la que se encuentre cada persona. No hay que confundirlo con autonomía: capacidad física e intelectual, que permite a la persona satisfacer sus necesidades mediante acciones que ella misma lleva a cabo.

Dependencia: estado en el cual un sujeto no tiene desarrollado suficientemente, o inadecuado, el potencial del que dispone para satisfacer las necesidades básicas.

◆ *Entorno*

El medio ambiente en que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad; por lo tanto, las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos (García M. J., 2002;10:30-44).

◆ *Rol de enfermería*

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que este realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible. (Fernández & Navarro, 2003;24:57-67).

- ◆ **Nivel de sustitución:** la enfermera sustituye totalmente al paciente.
- ◆ **Nivel de ayuda:** la enfermera lleva a cabo solo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
- ◆ **Nivel de acompañamiento:** la enfermera permanece al lado del paciente, desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia, su capacidad de autonomía.

2.5 GENERALIDADES DEL SISTEMA ÓSEO

El esqueleto humano es el conjunto total y organizado de piezas Óseas que proporciona al cuerpo humano una firme estructura multifuncional (locomoción, protección, contención, sustento, etc.) a excepción del hueso hioides que se halla separado del esqueleto, todos los huesos están articulados entre si formando un continuum, soportados por estructuras conectivas complementarias como ligamentos, tendones, músculos y cartílagos.

El esqueleto de un ser humano adulto tiene, aproximadamente, 206 huesos, el esqueleto humano participa con alrededor del 12% del peso total del cuerpo.

El conjunto organizado de huesos u órganos esqueléticos conforma el sistema esquelético, el cual concurre con otros sistemas orgánicos (sistema nervioso, sistema articular y sistema muscular) para formar el aparato locomotor.

Uno de los esquemas para el estudio del esqueleto humano, lo divide en 2 partes:

- El Esqueleto Axial, que son los huesos situados a la línea media o eje, y ellos soportan el peso del cuerpo como la columna vertebral. Se encargan principalmente de proteger los órganos internos.
- El Esqueleto Apendicular, que son el resto de los huesos pertenecientes a las partes anexas a la línea media (apéndices); concretamente, los pares de extremidades y sus respectivas cinturas, y ellos son los que realizan mayores movimientos como el carpo (muñeca).

2.6 FUNCIONES DEL HUESO Y SISTEMA ESQUELÉTICO

El tejido óseo constituye aproximadamente el 18% del peso corporal, y desempeña seis funciones básicas:

1. Sostén.
2. Protección.
3. Asistencia en el movimiento.
4. Homeostasis mineral.
5. Producción de células sanguíneas.
6. Almacenamiento de triglicéridos. (Derrickson, 2006;56:520-524).

2.6.1 Estructura ósea

Un hueso largo tiene mayor longitud que diámetro y consta de las siguientes partes:

- Diáfisis (cuerpo del hueso).
- Epífisis (terminaciones proximal y distal del hueso).
- Cartílago articular (reduce la fricción y absorbe los impactos en las articulaciones móviles).

- Cavidad medular (es el espacio dentro de la diáfisis).
- Endostio (fina membrana que limita la cavidad medular) (Derrickson, 2006;56:520-524).

2.6.2 Histología del tejido óseo

- El tejido óseo contiene una abundante matriz extracelular que rodea a las células muy separadas unas de otras.
- Los cuatro tipos principales de células del hueso son las osteógenas, los osteoblastos, los osteocitos y los osteoclastos.
- La matriz extracelular del hueso contiene abundantes sales minerales (principalmente hidroxapatita) y fibras colágenas.
- El tejido compacto está formado por osteonas (sistemas haversianos) separados por pequeños espacios.
- El hueso compacto cubre al hueso esponjoso en las epífisis y forma la mayor parte del tejido óseo en las diáfisis. Es el componente óseo más fuerte y protector, que soporta y resiste tensión.
- El tejido óseo esponjoso carece de osteonas. Está formado por trabéculas que rodean a los espacios que contienen médula ósea roja.
- El hueso esponjoso constituye la mayor parte de la estructura de los huesos planos, cortos e irregulares, y el interior de las epífisis de los huesos largos. Sus trabéculas ofrecen resistencia a lo largo de las líneas de tensión, soportan y protegen a la médula ósea y

hacen a los huesos más livianos, la cual facilita su movilidad (Derrickson, 2006;56:520-524).

2.6.3 Irrigación e inervación del hueso

- Los huesos largos reciben irrigación de las arterias periósticas, nutricias y epifisiarias, que están acompañadas por las venas respectivas.
- Los nervios acompañan a los vasos sanguíneos en el hueso; el periostio es rico en neuronas sensitivas (Derrickson, 2006;56:520-524).

2.6.4 Formación de hueso

- El hueso se forma por un proceso denominado osificación (osteogénesis), que comienza cuando las células mesenquimatosas se transforman en células osteógenas. Estas realizan la división celular y dan lugar a las células que se diferencian en osteoblastos, osteoclastos y osteocitos.
- La osificación comienza durante la sexta semana de vida embrionaria. Los dos tipos de osificación (intramembranosa y endocondral), consisten en el remplazo del tejido conectivo preexistente con tejido óseo.
- En la osificación intramembranosa, el hueso se forma directamente dentro del mesénquima, y se dispone en capas que parecen membranas.

- En la osificación endocondral, el tejido óseo se forma en el interior del cartílago hialino que se desarrolla a partir del mesénquima. El centro primario de osificación de un hueso largo está en la diáfisis. El cartílago se degenera y deja espacios que se unen para formar la cavidad medular. Los osteoblastos depositan hueso. La osificación ocurre luego de la epífisis, donde el cartílago es sustituido por hueso, con excepción de la placa epifisiaria (Derrickson, 2006;56:520-524).

2.7 FRACTURA DE CADERA

Las fracturas femorales proximales, generalmente denominadas "fracturas de cadera", son la pérdida de la solución de continuidad del tejido óseo del fémur a nivel de articulación proximal y pueden subdividirse en intracapsulares (las proximales a la inserción de la cápsula articular de la cadera en el fémur) y extracapsulares (las distales a la cápsula articular de la cadera). (Derrickson, 2006;56:520-524)

Las fracturas intracapsulares pueden subdividirse en desplazadas y las esencialmente no desplazadas. Las fracturas no desplazadas incluyen las denominadas fracturas impactadas o de aducción.

2.8 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

2.8.1 Triada ecológica

PERIODO PREPATOGENICO

a) AGENTE:

Físicos y mecánicos

Las caídas y los golpes, los accidentes de tránsito como atropellamiento y colisión de vehículos, levantamiento de objetos pesados, armas de fuego, caídas en los ancianos por la presencia de procesos que disminuyen la perfusión arterial cerebral.

Químico-endógeno

La deficiencia de vitamina D, la interrupción de la secreción de estrógenos, y la menopausia.

b) HUÉSPED:

Las fracturas pueden afectar a las personas sin distinción de edad o sexo, pero prevalece más en infantes y ancianos; se observa una frecuencia muy elevada de fracturas intertrocantericas en individuos de 60 años de edad debido a la fragilidad de sus huesos. Está bien determinado que la incidencia es aún mayor en las mujeres que en los hombres, en promedio de 6-1, en los ancianos influyen los problemas auditivos y visuales. Las personas de la tercera edad, adquieren posturas anatómicas inadecuadas, lo cual va dificultando cada vez más su

facilidad de desplazamiento; una alimentación inadecuada, la ausencia de actividades recreativas y deportivas. Por lo general los individuos de más de 60 años de edad llevan una vida sedentaria, esto a su vez repercute en el organismo ya que al disminuir el ejercicio ocasiona debilidad muscular, deficiencia circulatoria, disminución de oxígeno a los tejidos.

c) AMBIENTE

AMBIENTE GEOGRÁFICO

Las fracturas que sufren los ancianos generalmente son debidas a caídas producidas por irregularidades en el plano de sustentación o variación del relieve natural del suelo.

El entorno urbano también juega un papel muy importante, ya que el crecimiento de las ciudades ha traído como consecuencia un tránsito vehicular que ha redituado en un ambiente más propicio para los accidentes de tránsito, colisiones, atropellamientos, etc.

AMBIENTE SOCIOECONÓMICO

Este tipo de padecimientos es más observable en personas de escasos recursos, quienes no tienen lo básico en sus hogares, ya sea comida, servicios médicos y en ocasiones no cuentan con las instalaciones adecuadas, por consiguiente provoca accidentes que llegan a presentar un verdadero peligro.

PERIODO PATOGENICO

Etapa subclínica

LOCALIZACIÓN Y MULTIPLICACIÓN DEL AGENTE

A diferencia de las urgencias médicas de otros aparatos u órganos, los del sistema músculo-esquelético con mucha frecuencia son consecuencia de traumatismo que puede ser provocado por caídas, accidentes, atropellamiento o impacto por arma de fuego, posiciones incorrectas, uso inadecuado de la mecánica corporal al efectuar movimientos bruscos o levantar objetos pesados. Este traumatismo en ocasiones es evidente, pero en otras es oculto y puede ser tan grave que amenaza las funciones y en ocasiones hasta la vida del paciente traumatizado.

Etapa clínica

CUADRO CLÍNICO

Las manifestaciones clínicas de una fractura son: dolor, pérdida de la función, edema localizado, rubor, deformidad, movimiento anormal y crepitación. En fracturas de huesos largos hay acortamiento del miembro por la contracción de los músculos insertados por arriba y debajo del sitio de fractura.

El dolor es de tipo continuo y aumenta de intensidad hasta que los fragmentos óseos son inmovilizados.

El edema y el rubor localizados algunas veces no aparecen hasta varias horas o días después del accidente.

DEFECTO O DAÑO

- Limitación en el movimiento de extremidades inferiores.
- Dolor crónico.
- Alteraciones en la marcha.

MUERTE

Las fracturas de la cadera se asocian siempre con elevadas tasas de mortalidad, dependiendo de la edad del paciente y del estado físico y mental.

El tratamiento quirúrgico modifica escasamente la tasa de mortalidad en estos pacientes, la mayoría muere a consecuencia de los problemas patológicos propios de su edad. El 30% manifiesta disfunción cerebral, el 18% tiene síntomas de artrosis, y el 16% presenta insuficiencia cardiaca congestiva, el 14% sufre diabetes y el 8% padece enfermedad pulmonar.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Promoción para la salud

1. Promoción y orientación acerca de las visitas periódicas al médico.
2. Orientar sobre prácticas higiénicas para fomentar la salud.
3. Instruir sobre los alimentos más nutritivos para una dieta balanceada.

4. Programas sobre la prevención de accidentes en el hogar y la vía pública.

Protección específica

1. Rodearse de un medio seguro para evitar caídas.
2. Conservarse activo físicamente para fortalecer los músculos y evitar la atrofia por falta de uso y mayor desmineralización ósea.
3. Orientar sobre el uso de la mecánica corporal en todos los movimientos y posturas que se deben adoptar, al levantar objetos pesados para evitar lesiones.
4. Proporcionar asesoría dietética en general, con una dieta rica en calcio, proteínas y vitaminas para disminuir el ritmo de pérdida ósea.
5. Educación vial.
6. Prevención de accidentes en el hogar.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Diagnóstico precoz

Una vez condicionado el traumatismo, se instala la fractura y el dolor en cadera afectada, referido a rodilla ipsolateral, incapacidad absoluta para la movilidad en todos sus arcos, deformidad en la región, acortamiento y rotación medial de la extremidad pélvica lesionada y la crepitación ósea nos obliga a considerar una fractura intertrocantérica.

Ya instalado el cuadro clínico, los estudios protocolarios son: AP pelvis que incluye el extremo proximal de ambos fémures el estudio de Rayos pélvicos nos demuestra el tipo de fractura y el grado de osteoporosis o de alguna otra alteración, para determinar con esto el tratamiento a seguir.

- **Placa de Tórax.** Asociada a Electrocardiograma, ayuda a valorar el estado cardíaco, pero principalmente el pulmonar.
- **Electrocardiograma.** Estado cardíaco.
- **Biometría Hemática.** Valorar el estado hemodinámico y el grado de anemia.
- **Grupo y Rh.** Considerar hemotransfusión de ser necesario.
- **Tiempo de Protombina y Tromboplastina.**
- **Glicemia.**
- **Urea y Creatinina.**

Tratamiento oportuno inmediato

Aliviar el dolor. Habrá dolor muy frecuentemente en el punto de la fractura, sensación de presión por el edema y espasmo de los músculos de la zona.

Medir y valorar signos vitales.

Inmovilización de la zona afectada.

- ✓ Aplicación de férula.
- ✓ Tracción.

Propósitos:

1. Reducir o inmovilizar una fractura.
2. Recuperar la longitud y alineación normal de una extremidad lesionada.
3. Reducir al mínimo o eliminar el espasmo muscular.
4. Evitar deformaciones por la fractura.
5. Dar libertad al paciente para sus actividades en cama.
6. Reducir el dolor.

Métodos:

a) Tracción Cutánea. Se lleva a cabo por un peso que tira en una tela adhesiva, esponja y ganchos, o materiales de plástico que se fijan en la piel o dispositivo especial. Se utiliza como medida temporal en adultos; se emplea antes de la cirugía en el tratamiento de fracturas intertrocantéricas en la cadera.

b) Tracción esquelética. Es la que se aplica a los huesos utilizando alambres, alfileres o espigas; es la forma más eficaz de tracción, los coloca el cirujano ortopedista. Este tipo de tracción es usada para tratar fracturas de fémur, húmero, tibia y columna cervical.

◆ *Tratamiento quirúrgico.*

LIMITACIÓN DEL DAÑO

- Medir y valorar signos vitales.
- Mantener la higiene del usuario.
- Colaborar con la aplicación de tracción.
- Valorar el estado neurovascular de la extremidad.
- Vigilar pulsos periféricos, color y temperatura.
- Proteger salientes óseas que estén en riesgo de escararse.
- Comunicar de inmediato cualquier molestia.
- Ejercicios respiratorios.
- Alineación de miembros pélvicos.
- Administración de analgésicos según indicación médica.
- Cambio de posición cada 2 horas.
- Estimular al paciente para que participe en actividades de autocuidado.
- Ayudar al paciente a practicar ejercicios activos y pasivos para conservar y restablecer la función articular óptima, evitar deformaciones y estimular la circulación.

PREVENCIÓN Terciaria

Rehabilitación

El programa de rehabilitación comprende medidas para mejorar y mantener el estado físico general del individuo.

- Corrección de deformidades.
- Movimientos pasivos.
- Ejercicios activos.

- Apoyo y tratamiento psicológico.
- Enseñar a la familia cómo puede ayudar a mejorar al paciente y al mismo tiempo, conservar sus energías.

En la evaluación del potencial de rehabilitación del individuo, es importante una historia de sus antecedentes.

Desde un punto de vista técnico, la rehabilitación incluye un conjunto de procedimientos y tratamientos destinados al paciente traumatizado en la barrera mínima de su incapacidad y en el límite máximo de sus posibilidades, y comprende tres aspectos fundamentales:

a) REHABILITACIÓN FÍSICA. Tiene por objeto devolver al individuo su condición de ser independiente y útil a través de la fisioterapia. Para lograr dicha meta es necesario un programa de ejercicios según la tolerancia del paciente.

b) REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA. Tiene por objetivo estimular la autoconfianza y conectar al individuo con su medio a través de terapias, recuperación física y una actitud de comprensión hacia sus problemas.

c) REHABILITACIÓN SOCIAL. Tiene por objeto ubicar al individuo en su medio social a través de la ayuda del servicio social. Es muy importante la participación de los familiares, en caso de que el paciente no los tenga y viva en alguna institución, es importante llegar a platicar con sus compañeros que tal vez desarrollen una vida más o menos normal, el apoyo que ellos le puedan brindar y lo valioso que éste pueda ser en la recuperación del paciente.

Las personas de edad avanzada pueden aburrirse al realizar ejercicios monótonos, pero en cambio se apasionan e interesan por actividades productivas y recreativas. Muchos ancianos saben que son ejercicios para recuperar sus funciones, es aquí donde se lleva a la práctica todo lo imaginado para satisfacer sus necesidades, en otras palabras para que su vida en la colectividad sea menos amarga aun cuando padezcan enfermedades invalidantes (J. Flores, 2003;45:1030-1050).

APARTADO III

3.1 APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

3.1.1 Historia clínica

Masculino con iniciales NRR de 75 años de edad, con fecha de nacimiento del 29 de Mayo de 1938, originario de San Francisco Tangamacutiro Michoacán, y residente de Zamora, Michoacán.

Al realizar somatometría se observaron los siguientes datos:

Su peso es de 69 kilogramos, talla 1.70 metros. Signos vitales: Frecuencia Cardíaca de 80 latidos / minuto, Frecuencia Respiratoria de 24 Respiraciones / minuto, Temperatura Corporal de 36.3° Centígrados, Tensión Arterial de 130/80 milímetros de Mercurio.

En el interrogatorio, se recaudaron diversos datos:

MOTIVO DE CONSULTA

El usuario es llevado por equipo de rescate al Hospital General de Zamora, luego de haber sufrido accidente en la zona vial, donde fue arrollado con su bicicleta mientras se dirigía a una dirección específica.

PADECIMIENTO ACTUAL. Presenta fractura de cadera izquierda, infección de vías urinarias nosocomial.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES. No recuerda la causa del fallecimiento de sus padres.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS. Actualmente no trabaja, estado civil viudo, de religión católica, habita con un grupo de 10 hombres en una casa de beneficencia, vive en zona urbana, en su calle si hay pavimento y cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, zoonosis negativa. Grupo de sangre O Rh positivo; refiere tener el esquema de vacunación completo, toxicomanías y transfusiones sanguíneas interrogadas y negadas.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. Refiere no padecer ninguna enfermedad crónico-degenerativa, afirma no tener alergias a ningún alimento o medicamento.

3.1.2 Valoración física

Presenta un buen aspecto, manifestado por buena coloración de piel y tegumentos, cabello con buena implantación, cejas con aspecto normal; en la nariz menciona no tener problemas; su cavidad oral se

observa hidratada, ausencia de algunas piezas dentarias, refiere no acudir al dentista regularmente; el cuello está aparentemente sano, presenta un buen llenado capilar de 2 a 3 segundos, uñas cortas y limpias. El abdomen se encuentra blando y con ligero dolor a la palpación.

En extremidades pélvicas, en pierna izquierda se observa férula de yeso por debajo de la rodilla, quedando descubiertos los dedos de los pies, los cuales se observan con micosis.

Sistema respiratorio: sin compromiso, mucosas hidratadas, piel con buena coloración y ligera flexibilidad, ruidos respiratorios normales sin alteraciones.

Sistema cardiovascular: no se observan alteraciones.

Sistema músculo esquelético: atrofia de miembro pélvico izquierdo debida a fractura.

Sistema digestivo: apetito normal, presenta disminución en el número de evacuaciones, debidas al reposo prolongado en el hospital.

Sistema genitourinario: tiene colocada sonda tipo Foley en región suprapúbica, presentó infección de vías urinarias con reporte de abundantes colonias de *Staphylococos Aureus* resistentes a la Gentamicina.

Sistema endócrino: no se observan alteraciones.

Sistema neurológico: sin alteraciones, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, lenguaje claro y coherente, buena comprensión y expresión.

3.1.3 Valoración del estado emocional

Manifiesta no estar desanimado por el internamiento hospitalario, ya que confía en el personal de salud y tiene fe que saldrá curado.

3.2 VALORACIÓN EN BASE A LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1.- Oxigenación

Muestra una frecuencia respiratoria en rangos normales de 24 respiraciones por minuto, a la inspección se observa expansión torácica completa, respiraciones continuas sin esfuerzo y regulares, presenta un llenado capilar de 2 a 3 segundos y movimiento abdominal al respirar. Frecuencia cardiaca de 80 pulsaciones por minuto y Tensión Arterial de 130/80 milímetros de Mercurio.

2.- Nutrición e hidratación

Se observa piel hidratada, cabello con buena implantación, limpio con presencia de canas, su cavidad oral se encuentra con ausencia de algunas piezas dentarias, encías y lengua rosadas. Su peso es de 69 kg y su talla 1.70 metros su IMC de 23.87 Kg/m².

La dieta del usuario suele ser de 3 comidas diarias siendo estas de mala cantidad y calidad, su ingesta semanal se basa en carnes rojas 2/7 , pollo 2/7, pescado 0/7, verduras 3/7, frutas 2/7, leguminosas (frijoles y lentejas) 7/7, tortillas 4/al día, pan 1/día, y lácteos 4/7, describe no tomar mucha agua, refresco consume rara vez; tiene horario para ingerir sus alimentos, cuenta no tener alergias a ningún tipo de alimento, la comida que es de su predilección es òel caldo de resõ. Presenta dificultad para masticar debido a la falta de piezas dentarias. No tiene problemas para deglutir.

3.- Eliminación

Refiere evacuar 2 veces al día y la consistencia de las heces suele ser de blandas a duras, de color marrón en cantidad moderada, sin olor fétido, debido a la estancia hospitalaria evacúa cada tercer día mencionando sentir abdomen globoso, y dolor. Micción por medio de sonda vesical en moderada cantidad, menciona sentir olor al miccionar por la infección que presenta, tratándose con Fenazopiridina.

4.- Termorregulación

Mantiene una temperatura estable y en valores normales de 36.3°C axilar. Se observa piel morena sin datos de palidez. Se adapta a cualquier tipo de clima. Siendo de su preferencia el clima frío.

5.- Moverse y mantener una buena postura

Se encuentra consciente, tiene la fuerza muscular disminuida. Su capacidad física cotidiana es andar en bicicleta recorriendo las calles del lugar donde vive; por el momento no realiza ningún tipo de actividad física por la fractura que tiene.

6.- Descanso y sueño

No tiene un horario establecido de sueño, ni en su casa ni en el hospital, ya que en el cuarto que convive, tiene que esperar hasta que se apagan las luces para poder descansar. El hábito que tiene ligado al sueño es la lectura, menciona sentirse ligeramente cansado al despertar al no poder dormir sus horas.

7.- Uso de prendas de vestir adecuadas

Su forma de vestir es de acuerdo a las prendas que le regalan, no presenta problemas para vestirse solo en su domicilio pero, en el hospital requiere de ayuda, cambia su ropa diariamente en su casa.

8.- Higiene y protección de la piel

Su estado de piel es bueno, hidratado y flexible, se observan signos de micosis en uñas de los pies.

Realiza baño diario de preferencia por las mañanas con duración de 20 minutos, utiliza jabón de tocador, menciona lavarse los dientes una vez al día, nariz, ojos y orejas limpias y aparentemente sanas, cabello con buena implantación y sano, uñas limpias y cortas. Menciona lavarse las manos siempre antes de comer. Durante su estancia en el hospital, refiere que lo bañan cada tercer día.

9.- Evitar peligros

Mantiene un entorno seguro, refiere conocer las medidas preventivas para incendio, temblor, etc., tiene el esquema de inmunización completo.

10.- Comunicarse

Estado civil viudo, vive con un grupo de 10 hombres en una casa de beneficencia, no tiene un rol social establecido, le cuesta trabajo expresar su emociones, la mayoría de su tiempo está acompañado de 2 amigos en la casa donde vive, en el hospital se encuentra sin acompañante, mantiene 5 sentidos íntegros (vista, tacto, olfato, gusto y oído).

11.- Vivir según sus creencias y valores

De religión católica, asiste a misa cada 8 días; le gusta coleccionar estampas de santos, mantiene educación y valores, mencionando como principales: respeto, honestidad, y trabajo, siendo congruente con su forma de pensar y actuar.

12.- Trabajar y realizarse

Actualmente se encuentra sin empleo fijo por su edad, lo que le causa estrés por no tener dinero, pero busca ganarlo realizando

mandados a personas que conoce, no tiene limitaciones para actividades de realización en casa, ahora su afección le impide realizar ciertas acciones. Los objetos que utiliza para sus actividades de trabajo son su bicicleta y una canasta con la que cuenta.

13.- Jugar y participar en actividades recreativas

En su tiempo libre le gusta ver televisión, en especial un programa llamado "El chavo del 8", escuchar la radio siendo de su elección la estación "La tapatía", leer, escuchar música ranchera y de acordeón. No practica ningún deporte porque no son de su agrado.

14.- Aprendizaje

Su grado de escolaridad es nulo, aprendió a leer y escribir gracias a un amigo que le enseñó. Su memoria a corto y largo plazo es aceptable. Conoce su estado de salud, así como sus diagnósticos, desconoce de los medios terapéuticos a seguir, pero se muestra interesado en conocerlos y aplicarlos.

3.3 JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES AFECTADAS

<i>NECESIDAD DE VIRGINIA HENDERSON</i>	<i>JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES AFECTADAS</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Oxigenación. 2. Nutrición/Hidratación. 3. Eliminación. 4. Termorregulación. 5. Moverse y mantener una buena postura. 6. Descanso y sueño. 7. Usar prendas de vestir adecuadas. 8. Higiene y protección de la piel. 9. Evitar peligros. 10. Comunicarse. 11. Vivir según creencias y valores. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminación. 2. Moverse y mantener una buena postura. 3. Descanso y sueño. 4. Higiene y protección de la piel. 5. Comunicarse. 6. Aprendizaje.

<p>12. Trabajar y realizarse.</p> <p>13. Jugar y participar en actividades recreativas.</p> <p>14. Aprendizaje.</p>	
---	--

3.4 CUADRO DE DATOS SIGNIFICATIVOS

1.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>	<i>GRADO DE CONDICIÓN</i>
<ul style="list-style-type: none">• Evacuaciones esporádicas.• Abdomen blando con dolor a la palpación.• Heces de blandas a duras.	Parcialmente dependiente.

2.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>	<i>GRADO DE CONDICIÓN</i>
<ul style="list-style-type: none">• Fuerza muscular disminuida.• Atrofia de miembro pélvico izquierdo.	Parcialmente dependiente.

3.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>	<i>GRADO DE CONDICIÓN</i>
<ul style="list-style-type: none">• Dificultad para conciliar el sueño.• Refiere molestia al momento de estar prendida la luz de la sala en el hospital.• Menciona despertar cansado al no poder dormir.	Parcialmente dependiente.

4.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>	<i>GRADO DE CONDICIÓN</i>
<ul style="list-style-type: none">• Micosis en uñas de los pies.• Lavado dental nulo en hospital.	Parcialmente dependiente.

5.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>	<i>GRADO DE CONDICIÓN</i>
<ul style="list-style-type: none">• Viudo.• No expresa sentimientos.• Sin acompañante en el hospital.	Parcialmente dependiente.

6.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>	<i>GRADO DE CONDICIÓN</i>
<ul style="list-style-type: none">• Grado de escolaridad nulo.• Desconoce medios terapéuticos a seguir.	Parcialmente dependiente.

3.5 DIAGNÓSTICOS

3.- *ELIMINACIÓN*

Dominio 3: Eliminación e intercambio.

Clase 2: Función gastrointestinal.

Estreñimiento (00011) relacionado con actividad física insuficiente, detención inadecuada y aporte insuficiente de líquidos, manifestado por dolor, ruido y distensión abdominal, así como esfuerzo con la defecación (NANDA, International, 2009-2011; 56:68).

5.- *MOVERSE Y MANTENER UNA POSRURA*

Dominio 4: Actividad/ reposo.

Clase 2: Actividad/ ejercicio.

Deterioro de la movilidad física (00085) relacionado con deterioro del estado físico, disminución de la resistencia y fuerza, pérdida de la integridad de las estructuras óseas y dolor manifestado por dificultad para girarse e inestabilidad postural (NANDA, International, 2009-2011;27:127-177).

6.- DESCANSO Y SUEÑO

Dominio 4: Actividad/reposo.

Clase 1: Sueño/reposo.

Trastorno del patrón de sueño (00198) relacionado con iluminación y ruidos manifestado por insatisfacción con el sueño e informes de haberse despertado durante la noche (NANDA, International, 2009-2011;27:127-177).

8.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Dominio 11: Seguridad/ protección.

Clase 2: Lesión física.

Deterioro de la dentición (00048) relacionado con falta de higiene oral ineficaz, manifestado por falta de piezas dentarias (NANDA, International, 2009-2011;27:127-177).

10.- COMUNICACIÓN

Dominio 5: Percepción/cognición.

Clase 5: Comunicación

Disposición para mejorar la comunicación (00157) manifestado por deseos de expresar sus sentimientos, pensamientos y poder entablar

una conversación donde pueda sentirse cómodo (NANDA, International, 2009-2011;27:127-177).

14.- APRENDIZAJE

Dominio 1: Promoción de la salud.

Clase 2: Gestión de la salud.

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud manifestado por deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad (NANDA, International, 2009-2011;27:127-177).

3.6 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

1.- ELIMINACIÓN

Dominio 3: Eliminación e intercambio.

Clase 2: Función gastrointestinal.

Estreñimiento (00011) relacionado con actividad física insuficiente, dentición inadecuada y aporte insuficiente de líquidos, manifestado por dolor, ruido y distensión abdominal, así como esfuerzo con la defecación (NANDA, International, 2009-2011; 102).

Objetivo general.- Favorecer la eliminación intestinal en el usuario.

Objetivos específicos:

- Realizar actividad física pasiva y cambios posturales en el usuario, diarios a tolerancia.
- Incrementar el consumo de suficientes líquidos y fibra en el usuario durante la estancia hospitalaria.

INTERVENCIÓN: <i>Aliviar el estreñimiento.</i>		
ACTIVIDAD	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Explicar las razones del estreñimiento y comentar las formas de aliviar los factores	El estreñimiento se describe como la frecuencia anormal o irregularidad de la defecación, se observa como resultado de los hábitos	Se comunica al usuario los factores causantes del

<p>Causales durante una sesión de 30 minutos.</p>	<p>dietéticos (bajo consumo de fibra y consumo inadecuado de líquido), falta de ejercicio regular y una vida llena de estrés (Barrera, 2005;24:56-67)</p>	<p>estreñimiento.</p>
<p>Aumentar la ingesta de líquidos durante su estancia hospitalaria a tolerancia.</p>	<p>Es necesaria una ingesta suficiente de líquido para mantener los patrones intestinales y promover una adecuada consistencia de las heces fecales (Barrera, 2005;24:56-67).</p>	<p>Se orienta al usuario sobre la importancia del consumo de agua durante el día y la repercusión que tiene en el organismo si no se consume.</p>
<p>Explicar la importancia de educar al intestino.</p>	<p>No reprimir la necesidad de evacuar. Habitarse a ir al baño a un horario regular, procurando ir con tiempo y nunca con prisas. Evitar los esfuerzos excesivos en la evacuación. (Bello, 2006;23:56-78).</p>	<p>Se orienta al usuario sobre las características de las evacuaciones normales y las anormales.</p>

2.- MOVERSE Y MANTENER UNA POSRURA

Dominio 4: Actividad/ reposo.

Clase 2: Actividad/ ejercicio.

Deterioro de la movilidad física (00085) relacionado con deterioro del estado físico, disminución de la resistencia y fuerza, pérdida de la integridad de las estructuras óseas y dolor manifestado por dificultad para girarse e inestabilidad postural (NANDA, International, 2009-2011; 23:127).

Objetivo general.- Mejorar la movilidad física en el usuario.

Objetivos Específicos:

- Regenerar la capacidad funcional del usuario mediante el manejo rehabilitatorio para mejorar su calidad de vida.
- Aumentar la resistencia y fuerza muscular.
- Disminuir el dolor.

INTERVENCIÓN: Manejo Rehabilitatorio.		
ACTIVIDAD	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Tratamiento postural a diario cada 2 horas.	El cambio de posición favorece el alivio en la presión de las prominencias óseas y por ende la ausencia de úlceras por presión (Nilda, 2006;18:320-322).	El usuario se movilizó constantemente, y a pesar de la estancia prolongada que

		tiene, no presenta ningún tipo de úlcera.
Ejercicios respiratorios cada dos horas por un lapso de 15 minutos.	La Fisioterapia Respiratoria en los adultos facilita la movilización y expectoración de secreciones, mejorando la ventilación pulmonar y la oxigenación (Rodríguez B. S., 2013).	Se realizaron los ejercicios en una sesión de 15 minutos cada dos horas, aceptando estos ejercicios favorablemente por el usuario.
Contracciones isométricas por 15 minutos a diario.	La contracción activa de los músculos es necesaria para conservar y mejorar la fuerza y el tono muscular (Bello, 2006;23:56-78).	Éste tipo de ejercicios fueron los que más cansaron al paciente, se realizó la actividad a tolerancia del usuario.
Ejercicios Pasivos durante 30 minutos cada tercer día.	Los ejercicios pasivos en el arco completo del movimiento evitan el desarrollo de contracturas que puedan entorpecer el movimiento articular (Bello,	Éste tipo de ejercicios fueron los que más cansaron al paciente, se realizó la actividad a

	2006;23:56-78).	tolerancia del usuario.
--	-----------------	-------------------------

3.- DESCANSO Y SUEÑO

Dominio 4: Actividad/reposo.

Clase 1: Sueño/reposo.

Trastorno del patrón de sueño (00198) relacionado con iluminación y ruidos manifestado por insatisfacción con el sueño e informes de haberse despertado durante la noche (NANDA, International, 2009-2011, pág. 118).

Objetivo general.- Favorecer el descanso nocturno del usuario.

Objetivo Específico.- Ampliar las horas de sueño del usuario disminuyendo la luz de la sala en la que se encuentra y los ruidos externos creados por el personal operativo.

INTERVENCIÓN: Favorecer el sueño		
ACTIVIDAD	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Mantener al paciente lo más cómodo posible.	La comodidad favorece el sueño y este por ende favorece la capacidad para mantenerse alerta, la productividad y la habilidad	Se colocó al paciente sobre sus sábanas bien extendidas y limpias.

	para interactuar socialmente (Jacobson, 2008).	
Reducir al máximo la estimulación auditiva y sonora nocturna.	El ruido ayuda a disminuir la productividad y eficiencia en la realización de las actividades y aumenta la probabilidad de cometer errores debido a la distracción (Henaó, 2007).	Se trató de disminuir en un 50% el ruido mientras el usuario dormía, pero esto fue muy difícil ya que hay más pacientes dentro de la sala en la que se encontraba Nicolás.
Fomentar la lectura antes de dormir cada que el paciente lo permita.	La lectura estimula la actividad cerebral y fortalece las conexiones neuronales. (Portillo, 2013).	El usuario durante su estancia hospitalaria realizó las actividades con gusto
Promover la meditación durante el día a diario.	Meditar ayuda a encauzar positivamente el pensamiento, favorece la relajación muscular, la mejora de la circulación o el reforzamiento del sistema inmunitario, entre otros	El usuario aceptó de manera favorable el realizar esta actividad, ya que lo ayudó a conciliar el sueño y a

	beneficios (Gross, 2013).	olvidarse de sus problemas por un rato.
--	---------------------------	---

4.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Dominio 11: Seguridad/ protección.

Clase 2: Lesión física.

Deterioro de la dentición (00048) relacionado con falta de higiene oral ineficaz, manifestado por falta de piezas dentarias (NANDA, International, 2009-2011; 14:308).

Objetivo general.- Detener la pérdida de más piezas dentarias en el usuario.

Objetivo específico.- Enseñar la técnica del cepillado dental en el usuario.

INTERVENCIÓN: Enseñanza sobre higiene oral eficaz.		
ACTIVIDAD	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Orientación sobre el cuidado bucal en una sesión de 30 minutos.	La higiene dental diaria, meticulosa y constante de los dientes y mucosas es el mejor tratamiento preventivo para la mayoría de las patologías bucales.	Nicolás asimiló y comprendió la información que se le dio sobre el cuidado oral, se le pidió que rescatara

	(Olivencia, 2013)	lo más importante de la plática dada, lo que demostró la información captada.
Técnica de cepillado en una sesión de 30 minutos.	Una buena técnica de cepillado garantizará la higiene correcta de nuestra boca (UTEL, 2000).	Aprendió los pasos a seguir en el cepillado dental mediante la práctica.
Practicar la técnica del cepillado.	La regularidad del cepillado es determinante, para eliminar la placa bacteriana que se forma con la ingesta de alimentos (UTEL, 2000).	Aunque le costó trabajo al principio, pero fue desarrollando la práctica satisfactoriamente.
Proporcionar material para su aseo (Cepillo, pasta dental y agua).	El contar con el material necesario para el aseo personal, disminuye en gran medida las enfermedades propias de cada aparato corporal. (Barrera, 2005;24:56-67)	Aunque él conocía el material de aseo, refirió que no sabía cómo usarlos, y fue aprendiendo.

5.- COMUNICACIÓN

Dominio 5: Percepción/cognición.

Clase 5: Comunicación

Disposición para mejorar la comunicación (00157) manifestado por deseos de expresar sus sentimientos y pensamientos (NANDA, International, 2009-2011; 24:177).

Objetivo general.- Fomentar en el usuario la comunicación.

INTERVENCIÓN: Favorecer la expresión de sentimientos.		
ACTIVIDAD	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Escucha Activa durante la estancia con el usuario.	Escuchar activamente es atender con esmero y concentración, centrando toda nuestra energía en las palabras e ideas del comunicado para entender el mensaje y demostrarle a nuestro interlocutor que se siente bien interpretado (Ruiz, 2009; 18:3-5,192).	Mediante la escucha activa se: Creó un clima positivo para la comunicación logrando que ésta fuera más efectiva. Nicolás se mostró con más confianza al expresar sus sentimientos. Por mi parte adquirimos nuevos conocimientos enriquecedores.

6.- APRENDIZAJE

Dominio 1: Promoción de la salud.

Clase 2: Gestión de la salud.

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud manifestado por deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad (NANDA, International, 2009-201162).

Objetivo general.- Promover en el usuario el cuidado de su salud.

INTERVENCIÓN: <i>Fomentar el cuidado de la salud.</i>		
ACTIVIDAD	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Orientación sobre los accidentes viales y como prevenirlos.	La orientación sobre la prevención de accidentes viales, favorece en la persona la cautela al momento de andar por la calle (Castillo, 2006).	El usuario refirió que tendría más cuidado al momento de cruzar una calle luego de egresado del hospital.
Presentación de cuidados a seguir sobre las fracturas de cadera.	El conocer los cuidados posteriores a una patología disminuye en gran medida la recaída y la enfermedad (Ribera, 2007).	El usuario refería conocer algunos cuidados a seguir luego de su egreso del hospital, ya que un compañero suyo sufrió un accidente parecido al de él, pero la

		información brindada le sirvió de mucha ayuda.
--	--	--

3.7 EVALUACIÓN GENERAL

En lo que respecta a la aplicación del Proceso Atención de Enfermería en el usuario Nicolás, de quién se habló todo este trabajo, los objetivos programados se cumplieron y culminaron en un 90%, aún hay mucho que trabajar, pero la respuesta del usuario cambió a como estaba cuando lo conocí.

Se logró involucrar a varios miembros del personal de enfermería en la rehabilitación del usuario, para poder trabajar en conjunto y favorecer su egreso.

En lo que respecta a la necesidad de movilidad que aún se encuentra afectada, se redujo el nivel de limitación, con la ayuda y constancia de la rehabilitación física, y el personal de enfermería que ayudaba en sus sesiones.

El usuario refiere sentirse satisfecho con los avances que se presentaron gracias a las actividades implementadas por enfermería, logró mejorar las habilidades de movimiento en cama, ya que por su tratamiento no puede desplazarse aún a otros sitios, logró conciliar el sueño, conocer más a fondo sobre su patología y por último y no menos importante las actividades de autocuidado en la vida diaria.

Es importante mencionar que el usuario siempre se mostró cooperador y con una gran disponibilidad para realizar las actividades planteadas, por lo que se facilitó aún más la realización de este Proceso Atención de Enfermería.

3.8 SUGERENCIAS

Llegar a una edad madura no tiene por qué convertirse en sinónimo de incapacidad, inmovilidad o abandono; el adulto mayor puede ser un activo social importante y factor de cohesión para las familias.

Es de suma importancia inculcar en los alumnos de las próximas generaciones que al momento de asistir a prácticas hospitalarias, brinden cuidados de calidad a los usuarios que se los demanden, en especial a aquellas personas que no puedan valerse por sí mismas como son los adultos mayores. Que aprendan a dominar y aplicar el proceso enfermero, ya que es una herramienta base para su formación como profesionales de la salud en el área de la enfermería.

Hoy en nuestros días dentro del ámbito hospitalario se requiere de personas que se destaquen por sus actitudes, habilidades y valores en el campo de la ética, la actitud humanitaria, la sensibilidad, el respeto y el amor al adulto mayor y el interés por el desarrollo personal. Se hace énfasis en el adulto mayor por dos cosas; la primera porque este trabajo habla sobre un paciente de la tercera edad y la segunda porque somos una población que dentro de pocos años se volverá anciana, ya que la pirámide de población se invertirá.

El enfermero debe mantener una actitud positiva hacia los adultos mayores y la adaptación a todos los cambios que experimentan, favoreciendo la integración y la satisfacción personal con lo que han vivido.

Podemos ser responsables de otro, cuando descubrimos que no estamos solos en el mundo y que es posible estar con nuestros semejantes cuidándolos y cuidándonos.

Hay que considerar que en muchos casos ser adulto mayor es ser vulnerable cuando se está expuesto a un mayor desgaste o a la soledad. Los enfermeros de hoy en día deben saber que toda atención del adulto mayor debe hacerse desde una visión integral; de esta manera el adulto mayor será atendido con base en su situación médica general, su capacidad funcional y el entorno en el que se desenvuelve. En este sentido, existe una importante labor de educación sanitaria, que puede mejorar claramente la calidad asistencial del adulto mayor dependiente o disfuncional.

3.9 CONCLUSIÓN

Al realizar el Proceso Atención de Enfermería a mi paciente Nicolás, me permitió verlo de forma holística, basándome en las necesidades de Virginia Henderson. Pude darme cuenta que este adulto mayor, al igual que muchos que se encuentran en su misma condición, es tan vulnerable y necesita de muchos cuidados.

El proceso enfermero valora el cuerpo, la mente y el espíritu, ya que pretende potenciar al máximo la capacidad de la persona para realizar actividades que para ellas son importantes en su vida cotidiana. Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales, mediante la realización y el desarrollo de un plan eficaz y eficiente.

Esencialmente, el personal de enfermería a cargo de un adulto mayor debe favorecer que el adulto mayor tenga entretenimiento y diversión, socialización, actividades productivas, comodidad física, movilidad y buena salud. Del mismo modo ayudará a disminuir la presencia de dependencia, incomodidad física o pérdida de algún sentido, soledad, aburrimiento, inactividad, inmovilidad, pérdida de respeto o prestigio.

La labor del personal de enfermería será relevante para el adulto mayor, porque permitirá:

- Ayudar a identificar los principales problemas y dificultades cotidianas.

- Facilitar la administración de recompensas ante el esfuerzo y progresos del adulto mayor.
- Dar información sobre la génesis y mantenimiento de los problemas.
- Proporcionar más horas de tratamiento.
- Permitir a los adultos mayores estar más motivados a continuar tratamientos intensivos y a largo plazo para conseguir pequeñas mejoras.
- Se pueden beneficiar personalmente al atender y comprender mejor lo que está ocurriendo al afectado.

Como comentario final, me queda un gran gusto, el poder haber ayudado a una persona tan vulnerable como lo es mi paciente, con los conocimientos obtenidos a lo largo de mi formación profesional y con una herramienta fundamental como lo es el Proceso Enfermero, herramienta base de nuestro quehacer, el cual se encuentra en constante evolución y perfeccionamiento, gracias a los esfuerzos de colegas que en equipo hacen que esta profesión tan humana sea cada día mejor.

3.10 FUENTES CONSULTADAS

- Ackley, B., & Ladwig, G. (2005). *Manual de Diagnósticos de Enfermería, Guía para la planificación de los cuidados*. (7° ed.). España: ELSEVIER.
- Alfaro, R. (1999; 27:4-265). Aplicación del proceso enfermero guía paso a paso. En R. Alfaro, *Aplicación del proceso enfermero guía paso a paso* (págs. 4-265). Filadelfia: SPRINGER.
- ANA, A. A. (2005). *Recognition Criteria and Definitions*. Washington DC: ANA CNP II.
- Avenel, V. (1996;67:10-20). Overview of Nursing. En V. Avenel, *Overview of Nursing* (págs. 10, 11, 12, 16, 18, 19, 20). Harcourt.
- Barrera, S. R. (2005;24:56-67). *Fundamentos de Enfermería*. España: Manual Moderno.
- Bello, N. L. (2006;23:56-78). Fundamentos de Enfermería parte I. En N. L. Fernández, *Fundamentos de Enfermería parte I* (pág. 345). La Habana: Ciencias Médicas.
- Castillo, D. F. (Noviembre de 2006). *CROEM*. Obtenido de CROEM: www.croem.es/.../CROEMPrevencionRiesgos.../MANUAL%20PREVENCIONDEACCIDENTESVIALES.PDF
- Cecil, L. (1977). *Tratado de Medicina Interna Tomo I*. México DF: Interamericana.
- Cervera, C. (2006). *Alimentación y Dietoterapia* (4° ed.). DF, México, México: Mc Graw Hill.
- Cervera, C. (2006). *Alimentación y Dietoterapia* (4° ed.). México DF: Mc Graw Hill.

- Chita, I. (2005). *Cuidados Enfermeros*. Barcelona España: PANAMERICANA.
- Claudia P. Sánchez-Castillo, S. (2004). *Epidemiología de la obesidad*. México DF: Departamento de Fisiología de la Nutrición.
- CONAPO. (5 de Agosto de 2004). *Población total de los municipios a mitad de año 2000-2030. Proyecciones de población de México*. Obtenido de Población total de los municipios a mitad de año 2000-2030. Proyecciones de población de México.: <http://www.conapo.gob.mx/estados/proyecciones/Rep%FABlica%20Mexicana.xls>
- Derrickson, T. &. (2006;56:520-524). Principios Básicos de Anatomía y Fisiología. En T. &. Derrickson, *Principios Básicos de Anatomía y Fisiología* (págs. 520-524). Panamericana.
- Donahue. (1985; 32:40-55). LA ENFERMERÍA EN LA HISTORIA. En Donahue, *LA ENFERMERÍA EN LA HISTORIA* (pág. 205). Lima, Perú: Santillana.
- Escudero, L. G. (Junio de 2000). *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Obtenido de Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48760111.pdf>
- Esquenazi, J. d. (1997). Teóricas de Enfermería. En J. d. Esquenazi, *Teóricas de Enfermería* (págs. 235-239).
- Fausto Guerra, J., & Valde López, R. M. (2006). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 91-94.
- Fernández, & Navarro. (2003;24:57-67). *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barselona: MASSON.

- FUDEN. (Domingo 6 de 08 de 2013). *Observatorio, Metodología Enfermera*. Obtenido de Observatorio, Metodología Enfermera: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=424
- García, C., & Martínez, M. L. (2007; 25:69-156). Historia de la Enfermería, Evolución histórica del Cuidado Enfermero. En M. L. Catalina García, *Historia de la Enfermería, Evolución histórica del Cuidado Enfermero*. España: ELSEVIER.
- García, M. J. (2002;10:30-44). *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. México DF: Progreso.
- Glover, M. (1983; 45:128-134). El proceso de Enfermería. En M. Glover, *El proceso de Enfermería* (págs. 128-134). Panamericana.
- Gross, M. (25 de Marzo de 2013). *Pensamiento Imaginactivo*. Obtenido de Pensamiento Imaginactivo: <http://manuelgross.bligoo.com/20130324-seis-actividades-que-favorecen-las-emociones-positivas>
- GUTIÉRREZ, R. (ENERO-MARZO 2013 de 2008; 22:73-81). *MORTALIDAD DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA*. Obtenido de http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/especialidades_mq/2013/Enero-Marzo/EMQ%201.7%20Mortalidad.pdf.
- Henoa, J. B.-B. (25 de Septiembre de 2007). *Niveles de ruido en Aulas*. Obtenido de Niveles de ruido en Aulas : www.medellin.unal.edu.co/dirplanea/documentos/EstudioRuidoAulas.pdf
- Hernandez, J. (1995; 18: 62, 63-195). Historia de la Enfermería. En J. Hernandez, *Historia de la Enfermería* (págs. 62, 63-195). España: Mc Graw Hill.

- INEGI. (2000). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2000*. México.
- Innsuchise, S., & Goldman, L. (2011). *Type 2 diabetes mellitus*. Philadelphia: ELSEVIER.
- INSP, I. N. (Agosto de 2013). *COEPO*. Obtenido de <http://coepo.app.jalisco.gob.mx/PDF/LibroDiezproblemas/Capitulo1.pdf>
- J. Flores, R. E. (2003;45:1030-1050). Ejercicios de Rehabilitación. En R. E. J. Flores. España: Mc Graw Hill.
- Jacobson, D. B. (2008). *The Better Sleep Council*. Obtenido de The Better Sleep Council: <http://www.dormirmejor.org/Dormir-Mejor/preguntas-al-experto-para-dormir-mejor.asp>
- JE, E. R. (2000). *Fracturas de Cadera en Geriatria*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- KEROUAC, S. (2005). El pensamiento enfermero. En S. KEROUAC, *El pensamiento enfermero* (págs. 58 y 70- 167). Barcelona, España: MASSON.
- Kozier, B. (1998; 12:30-40). Fundamentos de Enfermería. En B. Kozier, *FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA I* (pág. 150). Mc. Graw Hill.
- Lawrance, T. (1998). *Diagnóstico Clínico y Tratamiento*. México DF: El Manual Moderno.
- Lyer, P. (1993, 2001; 12: 38, 256). Teóricas de Enfermería. En O. M, *Teóricas de Enfermería* (págs. 38, 256). España: Porrúa.
- Lyles. (2007). Reintegración Social. En C.-E. CS, *Reintegración Social* (págs. 799-809). Magaziner.

- Mac Blacklow, B. (1973). *Signos y síntomas Fisiopatología aplicada e interpretación clínica*. México DF: Interamericana.
- Malvido, E., & ENEO, I. (1992; 15:186-194). *El historiador frente a la hisotria*. México DF: UNAM.
- Martínez, M. L., & Chamorron, E. (2011; 23:136-154). Historia de Enfermería, evolución histórica del cuidado enfermero. En E. C. María Luisa Martínez, *Historia de Enfermería, evolución histórica del cuidado enfermero* (2° ed., págs. 136-154). España: ELSEVIER.
- McCourt, A., & Carroll, J. (1991;23:79). *Classification of nursing Diagnoses: Proceedings of the ninth conference*. Philadelphia: Lippincott.
- Muñoz, S. (2000). Enfermedades y Rehabilitación. En Muñoz, *Enfermedades y Rehabilitación* (págs. 73-79). Trillas.
- NANDA, International. (2009-2011;27:127-177). *Diagnósticos Enfermeros 2009-2011*. Barcelona, España: ELSEVIER.
- Nightingale. (26 de Noviembre de 1990; 22:50-67). FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. En Nightingale, *FUDAMENTOS DE ENFERMERÍA* (págs. 50-67). España, Barcelona: Trillas.
- Nightingale, F. (1990). Notas de Enfermería. Qué es y qué no es. En F. Nightingale, *Notas de Enfermería. Qué es y qué no es* (págs. 2-225). Barcelona: Salvat.
- Nilda, B. F. (2006;18:320-322). Fundamentos de Enfermería. En B. F. L., *Fundamentos de Enfermería* (págs. 320-322). La Habana: Ciencias Médicas.
- Noriega. (Diciembre de 2008). A. *Datum Corporation*. Obtenido de A. Datum Corporation:
http://www.saludcronica.com/nota.php?id_nota=2513

- Olivencia, D. (12 de Febrero de 2013). *Zendental*. Obtenido de Zendental: <http://www.zendental.es/odontologia/higiene-bucal/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (Febrero de 2013). *OMS*. Obtenido de www.who.int/es/
- Portillo, V. G. (25 de Septiembre de 2013). *La Jornada*. Obtenido de La Jornada: <http://www.jornada.unam.mx/2013/09/25/opinion/a03a1cie>
- Potter, & Perry. (2005). *Fundamentos de Enfermería Volumen 1* (5° ed.). España: Harcourt/ OCEANO.
- Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Barcelona, España: ELSEVIER.
- Ribera, H. d. (2007). ANCIANO AFECTO DE FRACTURA DE CADERA. En H. d. Ribera, *ANCIANO AFECTO DE FRACTURA DE CADERA* (págs. 65-100). España: ELSEVIER. Obtenido de ANCIANO AFECTO DE FRACTURA DE CADERA.
- Rodríguez, B. (2000; 17:31-277). Proceso Enfermero Aplicación Actual. En B. Rodríguez, *Proceso Enfermero Aplicación Actual* (2° ed., págs. 31-277). México: Cuellar.
- Rodríguez, B. S. (2013). *Fisiorespiración*. Obtenido de Fisiorespiración: <http://www.fisiorespiracion.es/quees.htm>
- Ruiz, X. (2009; 18:3-5,192). Fundamentos Técnicas de Enfermería. En X. Ruiz, *Enciclopedia de Enfermería Volumen 1* (págs. 3,4,5-192). Barcelona, España: OCEANO/CENTRUM.
- S.García, R. D. (2000). *Fracturas de Cadera en el Adulto Mayor*. Barcelona, España: Porrúa.

- Sánchez-Castillo, V.-M. L.-E. (2003). *Diabetes and hypertension increases in an abdominally obese society: results of the NHS*. Helsinki, Finland: 12th European Congress of Obesity.
- Saunders, L. (2000). *Cuidados de enfermería*. México DF: Mc Graw Hill.
- UTEL, U. (30 de Noviembre de 2000). *Cuidado Infantil*. Obtenido de Cuidado Infantil: <http://cuidadoinfantil.net/importancia-del-cepillado-de-dientes.html>
- Wolf AM, C. G. (Junio de 1998). *Current estimates of the economic cost of obesity in the United States*. Recuperado el Febrero de 2013, de Current estimates of the economic cost of obesity in the United States.: <http://www.medscape.com/viewarticle/571715>

3.10 ANEXOS

Anexo No. 1

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Ficha de identificación.

Nombre_____ edad_____ peso_____
talla_____ Fecha de nacimiento _____ sexo_____ ocupación_____
Fecha de admisión_____ hora_____ procedencia_____ Fuente de
información_____ Fiabilidad (1-4) miembro de la familia/
persona significativa_____

Valoración de las necesidades humanas

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE OXIGENACIÓN, NUTRICIÓN E
HIDRATACIÓN, ELIMINACIÓN Y TERMORREGULACIÓN.

a) Oxigenación

Subjetivo

Disnea debido a:_____tos productiva/seca:_____ Dolor asociado con
la respiración:_____ fumador:_____ desde cuándo fuma/ cuántos
cigarros al día / varía la cantidad según su estado
emocional:_____

Objetivo

Registro de signos vitales y características:_____ tos
productiva/ seca:_____ estado de conciencia:_____ coloración de
piel/ lechos ungueales/peribucal:_____ circulación del retorno
venoso:_____ otros:_____

b) Nutrición e Hidratación

Subjetivo

Dieta habitual (tipo):_____ número de comidas diarias:_____ trastornos
digestivos:_____ intolerancia
alimentaria/ alergias: _____ problemas de la
masticación y deglución: _____ patrón de ejercicio:

Objetivo

Turgencia de la piel:_____ membranas mucosas hidratadas/ secas:
_____ características de uñas / cabello: _____
funcionamiento neuromuscular y esquelético:
_____ aspecto de los dientes y encías:
_____ heridas, tipo y tiempo de cicatrización:
_____ otros:

c) Eliminación

Subjetivo

Hábitos intestinales: _____ características de las heces, orina
y: _____ menstruación: _____
historia de hemorragias/ enfermedades renales: _____
otros: _____ uso de
laxantes: _____ hemorroides: _____ dolor al defecar/
menstruar / orinar: _____ cómo influyen las emociones
en sus patrones de
eliminación: _____

Objetivo

Abdomen/ características: _____ ruidos
intestinales: _____ palpación de la vejiga urinaria:
_____ otros: _____

d) Termorregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura:
_____ ejercicio/ tipo y
frecuencia: _____ temperatura ambiental que
le es agradable: _____

Objetivo

Características de la piel:_____ transpiración:_____
condiciones del entorno físico: _____ otros:

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE: MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA, USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS, HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo

Capacidad física cotidiana: _____ actividades en el tiempo libre:
_____ hábitos de descanso: _____ hábitos de
trabajo: _____

Objetivo

Estado del sistema muscular esquelético / fuerza:
_____ capacidad
muscular tono / resistencia / flexibilidad: _____
posturas: _____ ayuda para la deambulación: _____ dolor
con el movimiento: _____ presencia de temblores:
_____ estado de conciencia:
_____ estado emocional: _____ otros:

b) Descanso y sueño

Subjetivo

Horario de descanso: _____ horario de sueño: _____ horas de
descanso: _____ horas de sueño: _____ siestas: _____
ayudas: _____ ¿Padece insomnio? _____ ¿A
qué considera que se deba? _____ ¿Se siente
descansado al levantarse?: _____

Objetivo

Estado mental: ansiedad / estrés/ lenguaje: _____
ojeras: _____ atención: _____ bostezos: _____ concentración:
_____ apatía: _____ cefaleas: _____ respuestas a estímulos:
_____ otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivos

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de
vestir?: _____ ¿Su autoestima
es determinante en su modo de vestir?: _____
¿Sus creencias le impiden vestir como a usted le gustaría?:
_____ ¿Necesita ayuda para la selección de su
vestuario?: _____

Objetivo

Vestirse de acuerdo a su edad: _____
capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____
vestido incompleto: _____ sucio: _____ inadecuado:
_____ otros: _____

d) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo

Frecuencia del aseo: _____ momento preferido para el
baño: _____ ¿Cuántas veces se lava los
dientes al día: _____ aseo de manos antes y después de comer:
_____ después de eliminar: _____ ¿Tiene
creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?:

Objetivos

Aspecto general: _____ olor corporal: _____
halitosis: _____ estado de cuero cabelludo: _____ lesiones
dérmicas, ¿qué tipo?: _____ otros:

e) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo

¿Qué miembros componen su familia de pertenencia?: _____
¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia?: _____ ¿Conoce
las medidas de prevención de accidentes? _____ en el hogar:
_____ en el trabajo: _____ ¿Realiza controles
periódicos de salud recomendados? _____ ¿Cómo
canaliza las situaciones de tensión en su
vida?: _____

Objetivos

Deformidades congénitas: _____ condiciones del ambiente:
_____ del hogar: _____
trabajo: _____ otros:

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE: COMUNICACIÓN, VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES, TRABAJAR Y REALIZARSE, JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS Y DE APRENDIZAJE.

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivos

Estado civil: _____ años de relación: _____ Vive con: _____ preocupaciones/estrés: _____ familiares: _____ otras personas que pueden ayudar: _____ rol en la estructura social: _____ comunica sus problemas debido a la enfermedad/estado: _____ cuanto tiempo pasa sola (o): _____ frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivos

Habla claro: _____ confusa: _____ dificultad en la visión: _____ audición: _____ comunicación verbal/ no verbal con la familia/ con otras personas significativas: _____ otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivos

Creencia religiosa: _____ ¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____ principales valores en su familia: _____ principales valores personales: _____ ¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

Objetivos

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____ ¿permite el contacto físico?: _____ ¿tiene algún objeto indicativo de determinado valores o creencias?: _____ otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo

¿Trabaja actualmente?: _____ tipo de trabajo: _____ riesgos: _____ ¿Cuánto tiempo le dedica al trabajo: _____ ¿Está satisfecho con su trabajo? _____ ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?: _____ ¿Está satisfecho con el rol familiar que juega?: _____

Objetivos

Estado emocional calmado/ ansioso/ enfadado/ retraído/ temeroso/
irritable/ quieto/ eufórico:_____

otros:_____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo

Actividades recreativas que realizan en su tiempo libre: _____ ¿Las
situaciones de estrés influyen en la satisfacción de sus
necesidades?:_____

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?:_____

¿Ha participado en alguna actividad lucida o recreativa?:

Objetivo

Integridad del sistema neuromuscular: _____ ¿Rechaza las
actividades recreativas?: _____ su estado de ánimo es apático/ aburrido/
participativo/:_____ otros:_____

e) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo

Nivel de educación: _____ problemas de aprendizaje:
_____ limitaciones cognitivas: _____ tipo:

preferencias leer/ escribir: _____ ¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: _____ ¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?: _____ ¿tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: _____ otros: _____

Objetivos

Estado del sistema nervioso: _____ órganos de los sentidos: _____ estado emocional/ ansiedad/ dolor: _____ memoria reciente: _____ memoria remota: _____ otras manifestaciones: _____

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.

INCORPORADA A

LA UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8723



La Dirección de la Escuela de Enfermería de Zamora A.C. con estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México clave 8723, autoriza impresión del trabajo de titulación a la C.

IVONE ARZATE NIETO

NO. DE CUENTA: 409511774

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

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
INTRAHOSPITALARIO, APLICADO A USUARIO ADULTO MAYOR,
CON FRACTURA DE CADERA IZQUIERDA**

Se extiende la presente a solicitud de la interesada para los usos legales que a ella convenga, en la ciudad de Zamora, Michoacán, agosto 2014

ATENTAMENTE

LEO. Ignacia Escalera Mora

Directora