



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TRABAJO ACADÉMICO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA APLICADO AL PACIENTE CON FRACTURA DE FÉMUR EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN” - PUNO - 2019

MONOGRAFÍA

PRESENTADO POR:

FERNANDA ELIZABETH ARELA FLORES

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

PUNO – PERÚ

2020



DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mi abnegada madre, Fernanda Elizabeth Arela Flores, por ser mi gran ejemplo y guía de perseverancia. Guardo los más bellos recuerdos junto a ella, como el día en que puso un libro bajo mi almohada, para invitarme a andar por el fascinante mundo del conocimiento, invitándome a soñar y recorrer las más grandes experiencias que nos puede ofrecer este maravilloso camino al que llamamos Vida.



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por brindarme vida, salud y una hermosa familia a la que quiero mucho. Gracias a su misericordia, que me permite caminar día a día, equivocándome muchas veces, y volviéndome a estrechar la mano para levantarme y seguir andando.

A mi familia, por haberme brindado su apoyo moral, alentándome en mis decaídas y enseñándome que todo se puede lograr con esfuerzo y dedicación. Al lado vuestro, los momentos siempre son de aprendizaje, momentos llenos de amor y mucha alegría.

A mis Docentes, que con su gran experiencia, me han trasmitido las más valiosas enseñanzas para aplicarlas en el ámbito profesional.

A mi directora de tesis, Mg. Sonia Caroll Macedo Valdiva. Gracias por sus conocimientos, su paciencia y su apoyo.



ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|----|
| I. PRESENTACIÓN DE CASO | 8 |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 8 |
| 1.2. JUSTIFICACIÓN | 10 |
| 1.3. OBJETIVOS | 11 |
| 1.3.1. OBJETIVO GENERAL | 11 |
| 1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 11 |
| II. REVISIÓN TEÓRICA | 13 |
| 2.1. FRACTURA | 13 |
| 2.1.1. DEFINICIÓN | 13 |
| 2.1.2. FISIOPATOLOGÍA | 13 |
| 2.1.3. CLASIFICACIÓN | 15 |
| 2.1.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS | 17 |
| 2.1.5. COMPLICACIONES DE LAS FRACTURAS | 18 |
| 2.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA | 19 |
| 2.2.1. FRACTURA DIAFISARIA DE FÉMUR | 19 |
| 2.2.2. CUIDADOS PARA UN PACIENTE CON FRACTURA DE FÉMUR | 19 |
| 2.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) | 20 |
| 2.3.1. OBJETIVOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA | 21 |
| 2.3.2. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA | 21 |
| 2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS | 27 |
| III. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS | 29 |
| 3.1. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS | 29 |
| 3.2. SELECCION DE DOCUMENTOS | 29 |
| IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN | 34 |
| 4.1. ANÁLISIS | 34 |
| 4.1.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA | 34 |
| 4.1.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA IDENTIFICADOS | 45 |
| 4.1.3. PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA | 49 |
| 4.1.4. EJECUCIÓN | 54 |
| 4.1.5. EVALUACIÓN | 54 |
| 4.2. DISCUSIÓN | 56 |
| 4.2.1. BASE TEÓRICA DOMINIOS DE LA TAXONOMÍA NANDA | 56 |
| 4.2.2. COMPARACIÓN EN RELACIÓN A OTROS MODELOS | 56 |
| 4.2.3. JUICIO CRÍTICO | 57 |
| V. CONCLUSIONES | 58 |
| VI. RECOMENDACIONES | 59 |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 60 |
| ANEXOS | 63 |

ÁREA : Ciencias Médicas y de Salud: Ciencias de la Salud

TEMA : Fractura de fémur

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 13/01/2020



RESUMEN

La presente monografía se realizó en el Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de la ciudad de Puno, con el objetivo de aplicar el cuidado de enfermería en un paciente con Fractura de Fémur, a través del proceso de atención de enfermería en el servicio de Emergencia. La metodología consistió en aplicar sistemáticamente el cuidado del paciente mediante el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), permitiendo analizar, interpretar y priorizar diagnósticos por medio de una adecuada valoración, utilizando NANDA, a fin de realizar una buena planificación. En la evaluación se puede verificar que en cada una de las fases o etapas del proceso de atención de enfermería, se logró ejecutar el 85% del proceso planificado. El presente trabajo monográfico concluye determinando que el Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta primordial en nuestra labor diaria como profesional, ya que ayuda a la enfermera a elaborar un plan de cuidados centrado en la respuesta humana en forma racional, lógica y sistemática.

PALABRAS CLAVE: Cuidados de enfermería, emergencia, fractura de fémur.



ABSTRACT

This monograph was carried out at the Regional Hospital "Manuel Núñez Butrón" in the city of Puno, with the objective of applying nursing care in a patient with Femur Fracture, through the process of nursing care in the Emergency Service. The methodology consisted of systematically applying patient care through the Nursing Care Process (NCP), allowing to analyze, interpret and prioritize diagnoses through an adequate assessment, using NANDA, in order to perform a good planning. In the evaluation it can be verified that in each of the phases or stages of the nursing care process, 85% of the planned process was executed. The present monographic work concludes by determining that the Nursing Care Process is a primary tool in our daily work as a professional, since it helps the nurse to develop a plan of care focused on the human response in a rational, logical and systematic way.

KEY WORDS: Emergency, femur fracture, nursing care.



MONOGRAFÍA

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA APLICADO AL PACIENTE
CON FRACTURA DE FÉMUR EN EMERGENCIA DEL
HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN” -
PUNO - 2019**



CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN DE CASO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una fractura es la pérdida de continuidad normal del sistema óseo, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso, ésta puede ser expuesta o cerrada¹.

La mayor parte de las fracturas de fémur se producen como resultado de caídas de baja energía en pacientes ancianos. Las caídas son poco frecuentes en los adultos jóvenes debido a un mejor equilibrio y fuerza muscular y cuando se producen, por lo general no causa el patrón de lesión que se ve comúnmente en las personas de edad avanzada. Se pensaba anteriormente que el uso de benzodiazepinas aumenta el riesgo de fracturas de fémur, pero los científicos de la Universidad de Harvard demostraron que no hay tal asociación. Una persona normal no se fractura el fémur tras una caída de pie². En la que los cuidados que realizan las Enfermeras y de las cuales depende en gran medida la evolución ideal y recuperación del paciente, de ahí la necesidad de contar con Enfermeras calificadas y de experiencia suficiente como para brindar el apoyo emocional necesario, llevar a cabo el cumplimiento de las indicaciones médicas y velar por el estricto cumplimiento de las medidas encaminadas a lograr resultados satisfactorios en el tratamiento y recuperación³.

La fractura de fémur es una de las lesiones más temidas, sobre todo, por la gravedad y el tiempo de recuperación tan amplio que sufre el lesionado. Estas lesiones tan traumáticas están causadas principalmente por golpes fortuitos de gran impacto. Las principales lesiones se dan por mecanismos de compresión, aceleración, desaceleración,



con desgarros o arrancamientos. Como en los accidentes con automóviles poseen similares tipos de impactos, el principal aspecto negativo es que no tienen como los anteriores, protección por estructuras externas. Los principales mecanismos generadores de la lesión son colisiones frontales, laterales y por expulsión. Los traumatismos causados por caídas, accidentes ocasionan la muerte de aproximadamente 1,2 millones de personas al año y causan lesiones graves a una población comprendida entre 20 millones y 50 millones de personas cada año⁴.

Un aspecto relevante de la problemática es vial, por el elevado aumento de las caídas en el adulto mayor, que se refleja en las cifras de accidentes en la vía pública: el 47% de ellos involucra a estos vehículos de dos ruedas a nivel mundial, en el Perú del 57.3% de muertes el 3.75% son por esta causa, a nivel local asciende al 14%. Esto se debe en gran medida al incumplimiento de las normas de tránsito, entre ellos el manejo en estado de ebriedad, excesiva velocidad, caídas y otros, aumentando el riesgo de este tipo de fracturas, que muchas veces no son atendidos oportunamente menos en forma adecuada por lo que aumentan las infecciones en primer lugar y otras complicaciones⁵.

Con relación a fracturas de fémur en el adulto mayor en la ciudad de Puno, existe una frecuencia de 7.5%, del total de fracturas (40.5%), según reportes estadísticos del año 2018 del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón”. Sin embargo, el profesional en enfermería no aplica el Proceso de Atención de Enfermería, debido a que no existen Guías o Protocolos que indiquen la adecuada utilización del mismo. A este gran problema, se debe de agregar que en el Hospital, no se brindan capacitaciones ni existen otras estrategias que permitan actualizar constantemente al personal, por lo que es motivo de preocupación para la enfermera, puesto que al estar integrada con todos estos procesos, incide en numerosos factores de la estructura y la atención con calidad. En el servicio de Emergencia, los pacientes sufren graves problemas de salud de mucho riesgo, que ponen



en peligro su vida, por lo que requieren adecuados cuidados continuos para prevenir complicaciones y restablecer su estado fisiológico.

En el Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón”, mediante la observación y entrevistas realizadas a Enfermeros del Servicio de Emergencia, se obtuvo información similar a los encontrados en otros Hospitales como el manejo que se brinda a pacientes, que llegan al servicio de Emergencia; asimismo, la falta de conocimientos científicos, habilidades, destrezas, infraestructura y equipamiento inadecuados del servicio, siendo factores que influyen en gran medida para que la Enfermera no brinde un adecuado manejo al paciente, por la poca importancia de las autoridades encargadas en potenciar el servicio para otorgar atención de calidad según los estándares internacionales.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Debido al aumento en el número de accidentes en el adulto mayor, analizamos las cifras y los porcentajes de los traumas que más se presentan en el Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón”, los resultados nos muestran que una de las lesiones más frecuentes en este grupo etario son las fracturas de fémur, no siempre contando con la atención oportuna por falta de personal e insumos. Un inadecuado proceso de atención de las Enfermeras, puede traer como consecuencias un aumento en secuelas y posibles complicaciones como amputación de la extremidad, choque hipovolémico, infecciones, pérdida de la funcionalidad, etc.

En el caso clínico, motivo de la presente monografía, se aplica las cinco fases del Proceso de Atención de Enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.



La información que se detalla en la presente monografía será un aporte de vital importancia para las Enfermeras especialistas de “Emergencias y Desastres”, ya que les permitirá tener mayor conocimiento sobre los cuidados adecuados que requiere un paciente que ingresa por el Servicio de Emergencia con diagnóstico de Fractura de Fémur, a través del Proceso de Atención de Enfermería y aplicación de guías o protocolos, con fines de brindar atención oportuna y de calidad, ya que son ellas las que tienen el primer contacto con paciente.

Por esta razón se enfoca en este tipo de lesión, ya que la Enfermera tiene la obligación de tomar decisiones acertadas a través del Proceso de Atención de Enfermería, pensando siempre en el mejor beneficio para el paciente, ya que estos son la razón fundamental de nuestra profesión.

Considerando que el enfoque del Proceso de Atención de Enfermería es un método científico, holístico, que permite a los Enfermeros prestar cuidados en forma racional, lógica y sistemática, la presente monografía, tiene por finalidad aplicar el proceso de atención de enfermería en un paciente que ingresó por el Servicio de Emergencia con un diagnóstico médico de Fractura diafisaria de fémur izquierda.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Aplicar los cuidados de enfermería del paciente con fractura de fémur que acude por el Servicio de Emergencia del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” - Puno - 2019.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Valorar al paciente con Fractura de fémur.



- Formular los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas y necesidades de salud detectadas.
- Planificar el cuidado de enfermería para prevenir y evitar complicaciones.
- Ejecutar las acciones de enfermería planificadas.
- Evaluar los resultados de la respuesta del paciente frente a las acciones ejecutadas.



CAPÍTULO II

REVISIÓN TEÓRICA

2.1. FRACTURA

2.1.1. DEFINICIÓN

Se entiende como fractura la pérdida de continuidad de un hueso; varía desde la fisura hasta el estallido con presencia de varios fragmentos. Una fractura es una lesión localizada en el hueso que se acompaña de alteraciones en tejidos blandos adyacentes, estructuras regionales vecinas y el estado general del paciente⁴.

2.1.2. FISIOPATOLOGÍA

El tejido óseo constituye uno de los sistemas mayores del organismo, constituido por una matriz mineralizada y una fracción celular muy activa. Entre sus funciones destacan: servir de sustento y protección a las partes blandas, ser anclaje muscular y base de los movimientos, así como constituir un gran reservorio de iones como el calcio, que se liberarán de forma controlada, acorde a las necesidades de cada momento, y por último, no por ello menos importante, servir de almacenaje activo de la médula ósea, interaccionando con las células precursoras de la hematopoyesis.

El mantenimiento de la función de soporte requiere una correcta integración de dos aspectos esenciales en fisiopatología ósea: la densidad ósea y la calidad del hueso, entendida como: arquitectura, recambio, acúmulo de lesiones y mineralización correctas. El desequilibrio de estos factores va a condicionar un aumento de la fragilidad ósea e incremento del riesgo de fracturas, con sus importantes costes sanitarios y sociales. En este aspecto no debemos olvidar que la salud del hueso refleja tanto la genética como la



biografía de cada individuo, por lo que sería recomendable la educación poblacional sobre hábitos saludables desde el punto de vista óseo (alimentación, ejercicio, tóxicos, etc).

Los cambios de masa ósea se ha asumido que son secundarios a cambios en el balance entre la resorción y formación óseas, procesos generalmente acoplados, con matizaciones, a lo largo de la vida; así durante la infancia y adolescencia existe una elevada resorción ósea, pero con una formación de hueso todavía mayor, con el resultado de aumento de la masa esquelética. Esta situación anabólica llega al pico máximo de masa ósea aproximadamente en la tercera década, tras la cual, habitualmente, la resorción del hueso supera la formación, con pérdida progresiva de masa ósea.

Los mecanismos patogénicos que se han implicado en el desarrollo de una baja masa ósea son⁷:

- 1) Fallo en la consecución de un pico de masa ósea óptimo; aspecto, en parte condicionado genéticamente, sobre el que influyen diversos factores ambientales: estilo de vida, dieta, actividad física, etc. durante la etapa de crecimiento esquelético.
- 2) Incremento en la resorción ósea. Mecanismo implicado en la mayoría de pacientes con osteoporosis; con una regulación compleja, en la que influyen citocinas de síntesis local, aspectos hormonales típicos de la edad (déficit de estrógenos, hiperparatiroidismo secundario, etc), cambios en la respuesta al ejercicio, etc.
- 3) Formación ósea inadecuada, bien por resorción excesiva, que no permite la formación de nuevo hueso, al perderse parte de los elementos en la que ésta se sustenta; bien por alteración de la regulación osteoblástica, por factores locales o sistémicos.



2.1.3. CLASIFICACIÓN

Existen varios tipos de fractura, que se pueden clasificar atendiendo a los siguientes factores: estado de la piel, localización de la fractura en el propio hueso, trazo de la fractura, tipo de desviación de los fragmentos y mecanismo de acción del agente traumático⁵.

A. Según el estado de la piel

- **Fracturas cerradas.** Son aquellas en las que la fractura no comunica con el exterior, ya que la piel no ha sido dañada.
- **Fracturas abiertas.** Son aquellas en las que se puede observar el hueso fracturado a simple vista, es decir, existe una herida que deja los fragmentos óseos al descubierto. Unas veces, el propio traumatismo lesiona la piel y los tejidos subyacentes antes de llegar al hueso; otras, el hueso fracturado actúa desde dentro, desgarrando los tejidos y la piel de modo que la fractura queda en contacto con el exterior.

B. Según su localización

- **Epifisarias (localizadas en las epífisis).** Si afectan a la superficie articular, se denominan fracturas articulares y, si aquella no se ve afectada por el trazo de fractura, se denominan extraarticulares.
- **Diafisarias (localizadas en la diáfisis).** Pueden afectar a los tercios superior, medio o inferior.
- **Metafisarias (localizadas en la metáfisis).** Pueden afectar a las metáfisis superior o inferior del hueso.



C. Según el trazo de la fractura

- **Transversales:** La línea de fractura es perpendicular al eje longitudinal del hueso.
- **Oblicuas** : La línea de fractura forma un ángulo mayor o menor de 90 grados con el eje longitudinal del hueso.
- **Longitudinales:** La línea de fractura sigue el eje longitudinal del hueso.
- **En “Ala de mariposa”:** Existen dos líneas de fractura oblicuas, que forman ángulo entre si y delimitan un fragmento de forma triangular.
- **Conminutas:** Hay múltiples líneas de fractura, con formación de numerosos fragmentos óseos.
- **En “Tallo Verde”:** El hueso esté incurvado y en su parte convexa se observa una línea de fractura que no llega a afectar todo el espesor del hueso.

D. Según la desviación de los fragmentos

- **Anguladas:** Los dos fragmentos en que ha quedado dividido el hueso a causa de la fractura forman un ángulo.
- **Con desplazamiento lateral:** Las dos superficies correspondientes a la línea de fractura no quedan confrontadas entre sí, por haberse desplazado lateralmente uno o los dos fragmentos.
- **Acabalgadas:** Uno de los fragmentos queda situado sobre el otro, con lo cual se produce un acortamiento del hueso afectado.
- **Engranadas:** Uno de los fragmentos ha quedado empotrado en el otro.



E. Según el mecanismo de producción

- **Traumatismo directo.** La fractura se produce en el punto sobre el cual ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura de cúbito por un golpe fuerte en el brazo.
- **Traumatismo indirecto.** La fractura se produce a distancia del lugar donde ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura del codo por una caída sobre las palmas de las manos.
- **Contracción muscular brusca.** En deportistas y personas con un gran desarrollo muscular se pueden producir fracturas por arrancamiento óseo al contraerse brusca y fuertemente un músculo determinado. También se han observado fracturas de este tipo en pacientes sometidos a electroshock.

2.1.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los signos y síntomas de una fractura incluyen⁶:

- Hinchazón o magulladuras sobre un hueso.
- Deformidad.
- Tumefacción y rotación externa con acortamiento del miembro lesionado.
- Dolor en la zona lesionada, que empeora cuando hay movimiento o se aplica presión.
- Pérdida de la función en el área lesionada.
- En fracturas compuestas, el hueso sobresale de la piel.



a. Deformidad. La deformación del miembro afectado depende del tipo de fractura. Algunas fracturas producen deformidades características cuya observación basta a los expertos para saber qué hueso está fracturado y por dónde.

b. Dolor. Es el síntoma capital. Suele localizarse sobre el punto de fractura. Aumenta de forma notable al menor intento de movilizar el miembro afectado y al ejercer presión, aunque sea muy leve, sobre la zona.

c. Impotencia funcional. Es la incapacidad de llevar a cabo las actividades en las que normalmente interviene el hueso, a consecuencia tanto de la propia fractura como del dolor que ésta origina.

d. Hematoma. Se produce por la lesión de los vasos que irrigan el hueso y de los tejidos adyacentes.

e. Fiebre. En muchas ocasiones, sobre todo en fracturas importantes y en personas jóvenes, aparece fiebre después de una fractura sin que exista infección alguna. También puede aparecer fiebre pasados unos días, pero ésta es debida, si no hay infección, a la reabsorción normal del hematoma.

2.1.5. COMPLICACIONES DE LAS FRACTURAS

- Formación de un callo óseo (proceso normal de consolidación de una fractura) excesivamente grande, que puede comprimir las estructuras vecinas, causando molestias más o menos importantes.
- Lesiones de los vasos sanguíneos, que pueden dar lugar a trombosis arteriales, espasmos vasculares y a la rotura del vaso, con la consiguiente hemorragia. Este tipo de lesiones puede provocar también gangrena seca, debida a la falta de irrigación del miembro afectado⁷.



- Estiramientos, compresiones y roturas nerviosas, que se pondrán de manifiesto con trastornos de la sensibilidad y alteraciones de la motilidad y las fuerzas musculares.
- Cuando la fractura ha sido articular, puede dejar como secuelas: artritis, artrosis y rigidez posterior de la articulación.
- Las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento en los niños pueden ocasionar la detención del crecimiento del hueso fracturado⁸.
- Infección de la zona fracturada, cuando en ella se ha producido herida.

2.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

2.2.1. FRACTURA DIAFISARIA DE FÉMUR

La fractura de fémur es una rotura que se produce en la diáfisis de este hueso. Para que se produzca es necesaria una fuerza muy violenta¹³.

Se suelen producir en gente joven por accidentes de tráfico, deportivos, caídas, etc.

2.2.2. CUIDADOS PARA UN PACIENTE CON FRACTURA DE FÉMUR:

- Valoración de signos vitales.
- Valorar la presencia del dolor en la extremidad afectada.
- Administración de analgésico (indicado por el médico).
- Vigilar reacciones adversas al medicamento administrado.
- Mantener la alineación e inmovilización de la zona afectada.



- Vigilar vía periférica permeabilidad.
- Vigilar la presencia de signos de infección.
- Prevención de riesgos de caídas.
- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuada¹⁴.

2.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a las Enfermeras prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, dinámica, homogénea, lógica y sistemática.

Se considera el Proceso de Atención de Enfermería como la base del ejercicio de la profesión Enfermeras, ya que es la aplicación del método científico a la práctica, el método por el que se aplican los conocimientos a la práctica profesional.

La práctica de los cuidados ha ido cambiando a lo largo de la historia; ha pasado de ser considerado como un arte, a desarrollar un marco conceptual propio. Los cuidados de enfermería han tenido un importante desarrollo en los últimos años con el establecimiento de Procedimientos, Protocolos y Planes de Cuidado.

El uso del Proceso de Atención de Enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita intervenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no solo a su enfermedad.



2.3.1. OBJETIVOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir e individualizar las necesidades del paciente, de la familia y de la comunidad. Otros objetivos son:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

2.3.2. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Los siguientes son los pasos o etapas del Proceso de Atención de Enfermería:

1) Valoración

La valoración consiste en recolectar y organizar los datos obtenidos de diferentes fuentes (Primarias y secundarias) que conciernen a la persona, familia y entorno con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones e intervenciones posteriores.

Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes.

La piedra angular del trabajo enfermero es la valoración de enfermería, ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas, y así poder realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas.



Esta valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada usuario es una persona autónoma que va a interactuar con el ambiente de forma diferente.

Debido a esto, la valoración debe ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases de proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentre el paciente.

Llevar a cabo el proceso de valoración enfermera implica, desde el inicio de éste, la toma de decisiones importantes: qué información es relevante, qué áreas son de nuestra competencia, cuál debe ser el enfoque de nuestra intervención, etc.; decisiones que, sin duda, están influidas por los conocimientos, las habilidades, valores y creencias de quién lleve a cabo la valoración.

Además, la valoración no sólo debe estar orientada a la determinación de la situación de salud, problemática o no, que estén viviendo las personas, sino al modo de responder, de actuar, de comportarse,... ante ésta.

Independientemente del modelo de valoración que utilicemos, el objetivo perseguido y los resultados que queremos obtener, deben ser los mismos elaborando un sistema que reúna y unifique todas las posibilidades de valoración existente, o al menos, las más conocidas; con la finalidad de conseguir un lenguaje unificado y estandarizado del que todos formemos parte tanto para su uso, como para su construcción.

2) Diagnóstico

La NANDA, define el diagnóstico de enfermería como un juicio acerca de la respuesta del individuo, familia, comunidad o problemas de salud, procesos vitales reales o potenciales. Esto significa que el diagnóstico de enfermería no es una observación sino una interpretación, análisis y juicio de una serie de observaciones.



El diagnóstico de enfermería se estructura a partir de tres componentes esenciales: problema de salud, factores etiológicos o relacionados, características definitorias o serie de signos y síntomas.

La definición propuesta por la AENTDE (mayo de 2001) es la siguiente: “Juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/problemas de salud reales o potenciales, que el enfermero identifica, valida, y trata de forma independiente”.

El diagnóstico enfermero o diagnóstico de Enfermería constituye la segunda etapa del proceso de enfermería, en la que se analizan los datos recogidos del paciente o cliente con la finalidad de identificar los problemas que constituirán la base del plan de cuidados.

Los diagnósticos de enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados.

Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencias.

El propósito de esta fase es identificar los problemas de enfermería del paciente. Los diagnósticos de enfermería están siempre referidos a respuestas humanas que originan déficits de autocuidado en la persona y que son responsabilidad del Enfermero o Enfermera que pueden ser reales o potenciales.

Diagnóstico de Enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual y el potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

El diagnóstico, siempre es la consecuencia del proceso de valoración y es la suma de datos ya confirmados y del conocimiento e identificación de necesidades o problemas.



Los diagnósticos se organizan en sistemas de clasificación o taxonomías diagnósticas. Aunque consideramos que la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) son los de mayor aceptación, existen otras taxonomías:

OMAHA: de bastante utilidad para las enfermeras comunitarias.

CAMPBELL: contiene diagnósticos enfermeros, diagnósticos médicos y diagnósticos duales.

3) Planificación

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del individuo sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del individuo enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Consta de las siguientes etapas:

- Elaboración de objetivos.
- Desarrollo de intervenciones de enfermería.
- Documentación del plan.

Plan de cuidados de enfermería

“Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”.



Con las guías estandarizadas se ofrece una propuesta destinada al uso clínico, con un enfoque basado en el razonamiento a partir de los elementos del diagnóstico conjugándolo con la NIC-NOC, generados con las propuestas de enfermeros y sometidos a validación de contenido por consenso de expertos dentro de la Institución.

El cuidar es una actividad inherente al ser humano desde que ésta existe, es un factor relevante que con el paso del tiempo ha sido convertida en una actividad exclusiva de un gremio, que al principio llamaron “oficio” pero que ahora se conoce como “profesión de enfermería”.

Algoritmos en la intervención de enfermería

La institucionalización de los algoritmos de Intervención de enfermería permitirá orientar la práctica del personal de enfermería durante su desempeño laboral para mejorar la calidad del cuidado y los servicios de salud prestados.

En la actualidad existe referencia electrónica y bibliográfica extensa de las guías clínicas y algoritmos encaminados a orientar el diagnóstico oportuno y tratamiento médico de las enfermedades más comunes, no así de la gestión de cuidado de enfermería, lo cual constituye un retroceso en su práctica profesional al no contar con un instrumento en el cual plasmar la evidencia de la calidad de sus decisiones.

4) Ejecución

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.



En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico.

La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo los cuidados de enfermería.

Sistema de clasificación de la práctica de enfermería en urgencias

La clasificación determina una toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente con relación a su estado de salud, adecuando esa toma de decisiones a las capacidades del servicio y de respuesta material y humana que presenta cada unidad asistencial. La clasificación se hará en función de los síntomas y manifestaciones subjetivas del paciente, o acompañante, en áreas de una priorización en la atención médica y de cuidados enfermeros.

En la RAC (sistema hospitalario de recepción, acogida y clasificación de pacientes) se iniciará la prestación de cuidados inmediatos ofreciendo un abordaje integral de la persona en cuanto a manifestaciones físicas, emocionales y cognitivas.

En cuanto a la escala empleada para clasificar asignando una prioridad en la atención, la bibliografía recomienda expresamente que se utilice un sistema con solvencia acreditada, citando como ejemplo el canadiense, australiano o Manchester, desaconsejando la utilización de aquellos que sean desarrollados localmente sin haber sido validados correctamente. La mayoría de estas escalas de clasificación hacen mención de 4 o 5 niveles de prioridad en los que prima la atención médica.

Ejemplo de escala de prioridad:

- Nivel 1.- Resucitación.



- Nivel 2.- Emergencia.
- Nivel 3.- Urgente.
- Nivel 4.- Semiurgente.
- Nivel 5.- No urgente.

5) Evaluación

La evaluación es la fase final del proceso de enfermería y se produce siempre que el profesional de enfermería interacciona con el paciente. Se comparan los resultados obtenidos con los objetivos planteados para verificar si se ha realizado un buen plan de cuidados para con el paciente.

El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar.

Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, así el proceso se reiniciará otra vez.

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Fractura**

Una fractura es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea o cartilaginosa, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso. El término es extensivo para todo tipo de roturas de los huesos, desde aquellas en que el hueso se destruye amplia y evidentemente, hasta aquellas lesiones muy pequeñas e incluso microscópicas.



- **Emergencia**

Se designa con el término de emergencia al accidente o suceso que acontece de manera absolutamente imprevista y pone en riesgo inmediato la vida de una persona.

- **Cuidado de enfermería**

Son los cuidados que un enfermero, tal como se denomina al profesional que desempeña la actividad, le brinda a un paciente, ya sea para tratar o prevenir alguna enfermedad que esté padeciendo o bien la asistencia que le proporciona al mismo luego que éste haya sido sometido a una práctica quirúrgica.

- **Riesgo**

Se define el riesgo como rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

- **Accidente**

Hecho súbito de presentación rápida o instantánea, producido por situaciones o actos inseguros previos al momento que tiene lugar, seguido de lesiones o la muerte, daños materiales que pueden interrumpir un proceso de producción.

- **Complicaciones**

Problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. La complicación puede deberse a una enfermedad, el procedimiento o el tratamiento, o puede no tener relación con ellos.



CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

3.1. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS

A continuación se presenta los antecedentes relacionados con el estudio lo que permite ubicar a las investigaciones en el contexto actual.

3.2. SELECCION DE DOCUMENTOS

3.2.1. A nivel internacional

Castellanos P. (Guatemala, 2012). En su investigación titulada "Tratamiento de fracturas diafisarias de fémur en adultos mayores en el departamento de ortopedia y traumatología en el Hospital General San Juan de Dios de Guatemala". Estudio descriptivo prospectivo longitudinal observacional aplicado 43 pacientes con fractura de fémur, se encontró al sexo masculino en 74%, la edad de mayor frecuencia fue de 81 a 90 años, seguida por adultos mayores de entre 70 a 80 años, encontrándose como principal etiología de la fractura las caídas en 76%, seguida por los hechos de tránsito en 23%, provocando estas dos fracturas oblicuas en un 58%. En su estudio concluye que, a mayor edad del adulto mayor, es mayor el factor de riesgo que pueden presentar los pacientes en esta etapa de vida¹⁵.

Estos resultados nos muestran que, a diferencia de otros grupos etarios, el adulto mayor es el más vulnerable de padecer fracturas de fémur (con seguridad, también está expuesto a padecer otras fracturas). Es preocupante encontrar en los resultados de Castellanos¹⁵, que, la principal causa se da por caídas. Es sabido que, en esta etapa de vida, las funciones fisiológicas del organismo, ya no ejercen las mismas funciones, como en otras etapas, motivo por el cual están en riesgo cada vez que realizan sus actividades



diarias; a esto, debemos de agregar que muchos de ellos viven en soledad, viéndose desprotegidos y exponiéndose en todo momento a los accidentes.

García E. (España, 2013). En una investigación sobre Epidemiología de la Fractura de la extremidad proximal de fémur, estudio descriptivo, observacional y de corte transversal, los resultados mostraron que, los pacientes con mayor incidencia de Fractura de fémur son más prevalente en las mujeres que en los varones y en ellas se produce en una edad más avanzada (entre 75 y 80 años). El hábitat habitual es urbano y presentan caídas previas en la mitad de los casos. Las mujeres con Fractura de fémur tienen una mayor prevalencia de HTA, Hipercolesterolemia y Diabetes Mellitus que los varones con Fractura de fémur, mientras que éstos tienen una mayor prevalencia de enfermedades neurológicas previas. En su estudio se pudo concluir que la osteoporosis (OP) es una enfermedad ósea metabólica frecuente, responsable de la mayoría de las fracturas que se producen en personas mayores de 50 años¹⁶.

Las fracturas son el resultado mórbido de la OP y constituyen un grave problema sanitario, no solo por la repercusión en la salud y calidad de vida del paciente, sino por el coste económico y social que supone su tratamiento y las secuelas que produce. En los resultados obtenidos por García¹⁶, podemos encontrar que en comparación a Castellanos¹⁵, la mayor incidencia la presentó el sexo femenino. Esto puede a la menopausia, ya que aproximadamente el 20% de las mujeres menopáusicas de los países occidentales cumplen los criterios definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para sufrir una OP. Muchos son los factores de riesgo conocidos, tales como el consumo de alcohol, tabaco, el sedentarismo, el tratamiento con corticoides, la existencia de fracturas previas, la menopausia, el envejecimiento y la genética etc.



Sánchez G. (España, 2013). En tesis doctoral que lleva por título “Las emociones en la práctica enfermera”, realizado en la ciudad de Barcelona, España y que tuvo por objetivo analizar la percepción que tienen los usuarios y las enfermeras del papel de las emociones en los cuidados enfermeros, realizó un estudio exploratorio descriptivo con aproximación metodológica mixta (cualitativa y cuantitativa) y de comparación por grupos. La muestra estuvo constituida por 40 participantes (usuarios y enfermeras). Y se llega a la conclusión de que los usuarios no le otorgan un valor profesional y/o terapéutico al tipo de relación que establecen las enfermeras¹⁷.

El cuidado de las emociones, aunque se entiende beneficioso, se considera peligroso para la eficacia y el equilibrio emocional de las enfermeras. La empatía, la escucha activa y la capacidad de gestión emocional son habilidades emocionales básicas y constituyentes de la competencia emocional enfermera. La falta de habilidades emocionales se señala como posible causa del poco desarrollo de la atención y cuidados de las emociones. Es necesario replantear la formación enfermera en estas habilidades. Sería relevante continuar la investigación que permitan justificar el valor (efectos beneficiosos) del cuidado emocional y la necesidad de potenciar la formación enfermera habilidades emocionales. Esta tesis doctoral de Sánchez¹⁷ aporta significativamente al presente trabajo porque nos muestra otra realidad importante, donde se ve afectado el aspecto emocional no solo desde el punto de vista como paciente, sino como enfermera, ya que diariamente está se ve expuesta a diferentes situaciones emocionales que los pacientes le puedan expresar.

3.2.2. A nivel nacional

Martínez E. (Lima, 2004). En un estudio descriptivo, no experimental de corte transversal sobre Fracturas de fémur asociadas a la edad nos dice que la edad promedio



en la que presentó una mayor incidencia fue de 72.6 años (rango: 37-96). El fémur izquierdo fue el más afectado (66.7%). Las fracturas femorales representan un gran reto para la atención adecuada por la enfermera y su posterior intervención por el cirujano ortopeda, ya que, su número se ha incrementado conforme ha aumentado el número de pacientes que sufren esta emergencia. Las opciones de tratamiento son varias y el tratamiento apropiado para cada paciente debe de ser determinado en base a la disponibilidad de material necesario para cada reconstrucción, la familiaridad del cirujano con la técnica a utilizar, los factores relacionados con el paciente (edad, nivel de actividad, calidad ósea), y la configuración de la fractura¹⁸.

Esta valiosa información del estudio de Martínez¹⁸ en Lima, corroboran los datos obtenidos por la oficina de Estadística del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón”, porque también existe un gran incremento de Fracturas de Fémur en el adulto mayor que ingresan por el servicio de Emergencia. Una razón puede deberse al incremento de accidentes de tránsito que se han reportado en los últimos años, y que, a la fecha, no se ha dado un control, ni mucho menos una solución a este problema.

3.2.3. A nivel regional

Herrera Y. (Puno, 2006). Su estudio nos muestra el Proceso de Atención de Enfermería Aplicado al Paciente con Fractura de Húmero y Fémur; nos dice que, el sistema músculo esquelético incluye, huesos, articulaciones, músculos, tendones, ligamentos y bolsas del cuerpo. La aparición de problemas en estas estructuras es muy frecuente y afecta a personas de todas las edades. La fractura, de origen traumático, determina una serie de alteraciones anatómicas y funcionales, que, si no son corregidas, producirán grados variables de discapacidad. Los accidentes de tránsito han convertido a las fracturas en lesiones, por lo que su tratamiento correcto origina problemas de



organización, de los que dependerá en gran parte el porvenir del paciente. El tratamiento de urgencia es inmovilizar la zona afectada, si se produce una fractura abierta se cubre la herida con un apósito limpio (estéril para prevenir la contaminación de tejidos). Los principios de tratamiento de las fracturas son reducción, inmovilización y recuperación de la función y resistencia normales por rehabilitación. La enfermera ocupa un rol esencial dentro del manejo del traumatismo en general. Las enfermeras (os) de traumatología se enfrentan continuamente al reto de satisfacer las urgencias, complejas y rápidamente cambiantes necesidades de los paciente con fractura. El profesional de enfermería proporciona cuidados de soporte vital en trastornos músculo esquelético (fracturas) y son considerados como miembro clave, son un eslabón entre el equipo de traumatología, el paciente y la familia; teniendo para ello como base científica las generalidades de fractura¹⁹.

Las intervenciones del profesional de enfermería son en base a los diagnósticos de enfermería clasificados por la North American Nursing Diagnosis Assocation (NANDA), las cuales han contribuido considerablemente a definir el cuerpo de conocimientos concreto de enfermería. Mediante las cuales se reconoce rápidamente las necesidades que se presenta en el paciente y familia enfocado desde las 5 etapas biopsicosocioespiritual según evolución de la patología constituyéndose así en una actividad primordial del profesional de enfermería. Sin embargo, no se han estado aplicando adecuadamente, debido a que no se cuenta con una política que establezcan guías o protocolos en los hospitales de nuestra región.



CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Proceso de enfermería realizada a través de la observación, entrevista, examen físico y exámenes auxiliares aplicado a la paciente con fractura diafisiaria de fémur izquierdo del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón”, Puno 2019.

4.1. ANÁLISIS

4.1.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

DATOS DE FILIACIÓN

| | |
|----------------------|-------------------------------|
| Nombre | : B.R.A. |
| Edad | : 83 años |
| Sexo | : Femenino |
| Religión | : católico |
| Estado civil | : Viuda |
| Número de hijos | : 5 |
| Grado de Instrucción | : su casa |
| Nacionalidad | : Peruana |
| Lugar de nacimiento | : Acora. |
| Procedencia | : Acora |
| Con quien vive | : Con su hija |
| Fecha de ingreso | : 26/09/2019 |
| Fecha de valoración | : 26/09/2019 |
| Diagnóstico médico | : Fractura de fémur izquierdo |



MOTIVO DE CONSULTA

Paciente es traído por familiares, luego de sufrir accidente de caída, familiares de paciente refiere que se encontraba con su ganado y fue arrastrado por estos, no pierde la conciencia pero siente dolor en muslo izquierda y no poder caminar. Ingresa al servicio de Emergencia en camilla acompañado por familiares, en aparente regular estado general, LOTEPE, aparentemente regular estado de nutrición y aparente regular estado de hidratación, conjuntivas rosadas, pupilas isocóricas, fotoreactivas, piel pálida, miembro inferior izquierdo con deformidad.

Funciones biológicas

Apetito : Conservado
Sed : Aumentada
Sueño : Conservado
Deposición : Conservado
Micción : 70cc por hora

ANTECEDENTES PERSONALES

HÁBITOS NOCIVOS

Café : No refiere
Alcohol : No refiere
Tabaco : No refiere
Estupefacientes : No refiere



FISIOLÓGICOS

Inmunizaciones : se desconoce
Desarrollo psicomotor : De acuerdo a la edad

PATOLÓGICOS Y QUIRÚRGICOS

Hospitalizaciones : No
Tuberculosis : No
HTA : No
Intervenciones quirúrgicas : No

SOCIOECONÓMICOS

Vivienda : Material adobe
Agua, desagüe, luz : Si
Eliminación de basura: A la intemperie

EXAMEN FÍSICO

ASPECTO GENERAL

Estado general : AREG
Estado nutricional : AREN
Estado hidratación : AREH
Llenado capilar : 2 segundos



SIGNOS VITALES

T° : 36.5°C

FC : 97 x´

FR : 22x´

P/A : 90/60 mmHg

SatO₂ : 85%

ANTROPOMETRÍA

Peso : 45 kg

Talla : 1.47 cm

IMC : 20.83

IMC = peso (Kg)/estatura (m²). Se considera que una persona es obesa si su IMC es superior a 30.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Aspecto general

Piel : Ligera palidez.

Cabello : Bien implantado.

Ojos : Pupilas isocóricas, fotoreactivas, conjuntivas rosadas.

Oídos : Permeables, pabellón orbicular de buena implantación.

Nariz : Fosas nasales permeables.

Boca : Labios y encías



- Cuello : Cilíndrico móvil, no se palpa adenopatías.
- Tórax : Simétrico.
- Corazón : Ruidos cardiacos, no soplos.
- Pulmones : Murmullo vesicular presentes en ambos campos pulmonares.
- Abdomen : Blando depresible con ruidos hidroaéreos presentes.
- Extremidades : Superiores normales, miembro Inferior izquierda con inflamado y con deformidad, doloroso a la palpación.
- Neurológico : LOTEPE, escala de Glasgow = 15/15 (AO=4, RV=5, RM=6).



EXÁMENES AUXILIARES

Estudios de laboratorio

Hemograma

| DESCRIPCIÓN DEL EXAMEN | VALORES ENCONTRADOS | VALORES NORMALES | INTERPRETACIÓN |
|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Glóbulos blancos | 18.96x10 ³ /ul | 5,000- 10,000x10 ³ ul | Aumentado |
| Neutrófilos | 93.3 % | 50-70% | Aumentado |
| Linfocitos | 3.0% | 20-40% | Disminuido |
| Monocitos | 2.6% | 3-12% | Disminuido |
| Eosinófilos | 2.0% | 0.5%-5.0 | Normal |
| Glóbulos rojos | 4.42x10 ⁶ /ul | 3.5-5.5x10 ⁶ /ul | Normal |
| Hemoglobina | 12.7 g/dl | 11-16 g/dl | Normal |
| Hematocrito | 37.8% | 37-54% | Normal |

Fuente: Servicio de Laboratorio Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.

En los resultados obtenidos de laboratorio se observa que hay aumento de leucocitos, neutrófilos, que entre otras causas puede deberse a daño en los tejidos, inflamación o infección; así como al estrés emocional debido por ejemplo al dolor, por la función de defensa del organismo.



Examen bioquímico

| DESCRIPCIÓN DEL EXAMEN | VALORES ENCONTRADOS | VALORES NORMALES | INTERPRETACIÓN |
|---------------------------|------------------------|-----------------------|----------------|
| Urea | 17 mg/dl | 7-20 mg/dl | Normal |
| Creatinina | 1.3 mg/dl | 0.6mg/dl- 1.5mg/dl | Normal |
| Glucosa | 123mg/dl | 70-110mg/dl | Elevada |

Fuente: Servicio de Laboratorio Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.

En el examen bioquímico se observa glucosa elevada, que es un factor importante para desarrollar diabetes, si no es controlada. La hiperglicemia es el exceso de azúcar (glucosa) en la sangre... La insulina es una hormona que produce el páncreas y es responsable de mantener los niveles “normales” de azúcar en la sangre. Se recomienda un nivel de glucosa de menos de 180 mg/dl después de una comida y de 90-130 mg/dl antes de la comida.

Indicaciones terapéuticas:

- Dieta blanda
- Cloruro de sodio 0.9%o 1000 cc a XXX gotas x´.
- Omeprazol 40 mg EV c/24 h
- Cefazolina 1 gr. E.V.c / 8 Hrs.
- Tramadol 100 mg. E.V. c / 8 Hrs.
- Diminhidrinato 50 mg. E.V. c / 8 Hrs.



VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR DOMINIOS (NANDA)

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Clase1 : Toma de conciencia de su enfermedad, Paciente refiere desconocer sobre su enfermedad.

Clase2: Gestión de la Salud, no identifica y no tiene control de su enfermedad.

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Clase1 : Ingestión, Paciente refiere que antes que la hospitalizaran comía 3 veces por día, desayuno, almuerzo y cena (solo mate), su dieta se basa en alimentos propios de su región como papa, chuño, oca, arroz, fideos, en raras ocasiones consume carne, frutas.

Clase2 : Digestión, Cuenta con piezas dentarias incompletas, encías y labios sanos, paciente refiere que no se cepilla los dientes.

Clase3 : Absorción, No presente ninguna patología.

Clase4 : Metabolismo, Normal.

Clase5 : Hidratación, Solo toma líquidos con sus alimentos.

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN

Clase1 : Función urinaria, Micción espontanea, color ámbar, diuresis horaria 70 cc/h.

Clase2 : Función gastrointestinal, Paciente refiere que antes de su hospitalización realizaba deposiciones interdiarias o cada 2 días, heces formadas.



DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO

Clase1 : Sueño/Reposo, Paciente refiere que antes de su hospitalización dormía entre 7 a 8 horas diarias, pero ahora en el hospital no duerme tranquila por preocupación e intranquilidad.

Clase2 : Actividad/ejercicio. La paciente actualmente se encuentra en cama en reposo, no puede realizar sus actividades de aseo, alimentación, movilización sola debido a su fractura, necesita de apoyo.

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN

Clase1 : Atención, Distraída por la edad y ansiosa

Clase2 : Orientación, LOTEPE Glasgow 15/15.

Clase3 : Sensación/percepción, Ninguna.

Clase4 : Cognición, Pensamiento y lenguaje adecuado, voz quejumbrosa.

Clase5 : Comunicación, Emite y recibe información adecuada

DOMINIO 6: AUTO - PERCEPCIÓN

Clase1 : Autoconcepto, Paciente refiere que su pierna no quedara igual.

Clase2 : Autoestima, Baja.

Clase3 : Imagen corporal, Paciente refiere que no podrá caminar como antes, su pierna quedara más débil.



DOMINIO 7: ROL/RELACIONES

Clase1 : Roles de cuidador, Familiares se encuentran muy preocupados ya que la paciente es de edad.

Clase2 : Relaciones Familiares, Adecuada con toda su familia.

Clase3 : Desempeño del rol, Desempeña sus actividades diarias con total normalidad según sus creencias y costumbres.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Clase1 : Identidad Sexual, Paciente adulto mayor de sexo femenino de 83 años de edad.

Clase2 : Función sexual, Estado civil viuda.

Clase3 : Reproducción, tiene 05 hijos.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase2 : Respuesta del afrontamiento, Paciente refiere estoy preocupada por mi enfermedad, y tengo miedo de no recuperarme.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Clase1 : Valores, Paciente refiere que saldrá adelante con esta enfermedad.

Clase2 : Creencias. Religión católica.



DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN

Clase1 : Infección por presencia de vía periférica.

Clase2 : Lesión física, Paciente refiere me siento débil y no tengo fuerza en mis piernas.

DOMINIO 12: CONFORT

Clase1 : Confort físico, Paciente refiere dolor en miembro inferior izquierdo.

Clase3 : Confort social, Apoyo de sus familiares.

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

No aplica persona adulta mayor.



4.1.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA IDENTIFICADOS

- DOLOR AGUDO
- ANSIEDAD
- RIESGO DE INFECCIÓN
- RIESGO DE CAÍDAS

A. DOLOR AGUDO

| | |
|----------|-------------------------|
| Etiqueta | : dolor agudo |
| Código | : 00132 |
| Dominio | : percepción/ cognición |
| Clase | : Confort físico |

Definición:

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.

Características : Cambio de parámetros fisiológicos, diaforesis, expresión facial de dolor.

Factor Relacionado : Enfermedad



Confrontación Bibliográfica

En el paciente se observa cambios de conducta y alteración de las funciones vitales como son irritabilidad, facies álgica, polipnea, taquicardia, hipotenso.

B. ANSIEDAD

| | |
|----------|--|
| Etiqueta | : ansiedad |
| Código | : 00146 |
| Dominio | : afrontamiento / tolerancia al estrés |
| Clase 02 | : respuestas de afrontamiento |

Definición:

Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma, Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Características : Angustia, aprensión, irritabilidad, incremento de la preocupación.

Factor Relacionado : Amenaza para el estado actual.

C. RIESGO DE INFECCIÓN

| | |
|----------|-----------------------|
| Etiqueta | : riesgo de infección |
| Código | : 00004 |



Dominio : seguridad/protección

Clase 01 : infección.

Definición:

Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.

Características : Alteración de la integridad cutánea, conocimientos insuficientes para evitar la exposición a los agentes patógenos, disminución de la hemoglobina.

Factor Relacionado : Defensas primarias y secundarias inadecuadas.

Confrontación Bibliográfica:

Infección implica la incorporación de un microorganismo por varias puertas de acceso, como la discontinuidad a nivel de la piel o mucosas, la boca o la nariz, a su vez en un paciente hospitalizado las múltiples vías invasivas y la vulnerabilidad inmunológica será determinante para un evento infeccioso.

D. RIESGO DE CAÍDAS

Etiqueta : riesgo de caídas

Código : 00155

Dominio 11 : seguridad/protección



Clase 02 : lesión o daño corporal

Definición:

Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud.

Características : Limitación de las habilidades motoras finas y/o gruesas. Deterioro en la deambulación.

Factor Relacionado : Disminución de la fuerza y/o masa muscular.

Confrontación Bibliográfica

Riesgo de caída son aquellos que, por diversos factores, como el estado de salud, la conducta y la actividad, tienen mayor probabilidad de sufrir un daño al caerse. Es importante saber que todas las caídas pueden ser prevenidas o minimizadas siempre que se identifiquen los factores de riesgo asociados al paciente y su entorno.



4.1.3. PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

- Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p facies álgicas y/o manifestación verbal.
- Ansiedad r/c estado de salud m/p manifestación verbal.
- Riesgo de infección f/r procedimientos invasivos (catéter venoso, fractura).
- Riesgo de caídas f/r deterioro de la movilidad.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DIAGNÓSTICOS | OBJETIVOS (NOC) | INTERVENCIONES (NIC) | ACTIVIDADES | FUNDAMENTO | EVALUACIÓN |
|--|--------------------------------|--|--|--|---|
| <p>00132 Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p facies álgicas y/o manifestación verbal.</p> | <p>1605 Control del dolor.</p> | <p>1400 Manejo del dolor: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.</p> <p>2314 Administración de medicación: intravenosa: Preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa.</p> | <p>- Realizar una valoración del dolor que incluya: Localización, características, intensidad.</p> <p>- Observar claves no verbales de dolor, especialmente en aquellas personas que no puedan comunicarse eficazmente.</p> <p>- Administrar analgésicos prescritos (Tramadol 100mg IV).</p> <p>- Controlar los factores ambientales que pueden influir en el paciente.</p> <p>- Proporcionar información acerca del dolor: Causas, tiempo que durará, recursos para aliviarlo.</p> <p>- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del Dolor.</p> | <p>Una adecuada valoración ayuda en el tratamiento oportuno.</p> <p>El inmovilizar un hueso fracturado disminuye el dolor.</p> <p>Tramadol: se usa para aliviar el dolor moderado a moderado intenso, analgésico opiáceo (narcóticos) funciona al cambiar la manera en que cerebro y el sistema nervioso responden al dolor.</p> <p>La administración correcta de acuerdo a protocolos establecidos y conocimiento científico de los medicamentos contribuye en la recuperación de la salud del paciente.</p> <p>El conocimiento ayuda al cambio de actitud y comportamiento en beneficio de la persona.</p> | <p>Objetivo logrado: Se logró calmar el dolor en la paciente luego de la administración del analgésico prescrito.</p> |

Fuente: Diagnósticos de enfermería Taxonomía NANDA.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DIAGNÓSTICOS | OBJETIVOS (NOC) | INTERVENCIONES (NIC) | ACTIVIDADES | FUNDAMENTO | EVALUACIÓN |
|--|---------------------------------|---------------------------------|--|---|--|
| 00146 Ansiedad r/c estado de salud m/p manifestación verbal. | 1402 Autocontrol de la ansiedad | 5820 Disminución de la ansiedad | <ul style="list-style-type: none"> - Se proporciona información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico al paciente y familiares. - Se explica todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. - Se permanece con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo (Apoyo emocional). | <ul style="list-style-type: none"> - Una información adecuada contribuye en el cambio de actitud de la persona. - Las enfermedades físicas influyen en el estado de ánimo de la persona y provocan temor, miedo o preocupación, así como muchos problemas psicológicos provocan síntomas físicos. - Dar apoyo emocional ayuda a la facilitación de tranquilidad, resignación de ánimo durante los momentos de inseguridad. | <p>Objetivo parcialmente logrado: Paciente manifiesta verbalmente ansiedad disminuida.</p> |

Fuente: Diagnósticos de enfermería Taxonomía NANDA.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DIAGNÓSTICOS | OBJETIVOS (NOC) | INTERVENCIONES (NIC) | ACTIVIDADES | FUNDAMENTO | EVALUACIÓN |
|---|---|---|--|--|---|
| 00004 Riesgo de infección f/r procedimientos invasivos (catéter venoso, fractura). | 1902 Control de riesgo 1908 Detección del riesgo | 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso: manejo del paciente con acceso venoso prolongado. 6550 Protección contra las infecciones: Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo. | <ul style="list-style-type: none"> - Poner en práctica las precauciones universales. - Lavado de manos antes y después de cada procedimiento. - Monitorizar las funciones vitales en especial la T°. - Vigilar la presencia de signos de infección. - Vigilar vía periférica permeabilidad. | <ul style="list-style-type: none"> - Con el fin de evitar la transmisión de agentes causantes de infecciones en el paciente. - Es la medida más efectiva en el control de prevención de infecciones y causa una importante reducción de microorganismos en las manos. - Los signos vitales nos ayudan a identificar si existe alguna alteración en el paciente y sobre todo el aumento de la T° nos ayuda a identificar enfermedades infecciosas y procesos inflamatorios. - La vigilancia constante de la vía periférica permite detectar oportunamente complicaciones y así dar una pronta solución. | Objetivo logrado: Se evitó que la paciente mostrara signos de infección. |

Fuente: Diagnósticos de enfermería Taxonomía NANDA.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DIAGNÓSTICOS | OBJETIVOS (NOC) | INTERVENCIÓNES (NIC) | ACTIVIDADES | FUNDAMENTO | EVALUACIÓN |
|--|---|--|---|---|---|
| 00155 Riesgo de caídas f/r deterioro de la movilidad. | 1909 Conducta de seguridad: prevención de caídas. | 6490 Prevención de caídas: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones de caídas. | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar el déficit cognitivo o físico que puede aumentar la posibilidad de caída - Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuada. - Permitir que un familiar se quede con el paciente. | <ul style="list-style-type: none"> - Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio, y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. - Los adultos mayores son los que corren mayor riesgo de lesión grave por caídas. | Objetivo logrado: Durante el periodo de hospitalización la paciente no presentó riesgo de caídas. |
| | 1912 Estado de seguridad: caídas. | 6610 Identificación de riesgos: Análisis de los factores de riesgos potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas. | <ul style="list-style-type: none"> - Orientación de la realidad. - Utilizar dispositivos físicos de sujeción que limiten la posibilidad de movimientos inseguros. | <ul style="list-style-type: none"> - Aproximadamente 1 de cada 3 adultos mayores, experimentan caídas. - El riesgo aumenta con la edad, la presencia de comorbilidades, trastorno en la marcha, entre otros. | |

Fuente: Diagnósticos de enfermería Taxonomía NANDA.



4.1.4. EJECUCIÓN

Durante el Proceso de Atención en el servicio de Emergencia, el Plan de Cuidados se ejecutó en un 85%.

4.1.5. EVALUACIÓN

En la evaluación se puede verificar que en cada una de las fases o etapas del proceso de atención enfermería conjuntamente con la obtención y recolección de datos en la entrevista del paciente y en un tiempo planificado se cumple en 85%.

S.O.A.P.I.E.

- “S” Familiares refieren, “Lo hemos traído porque sufrió accidente de caída cuando se encontraba con su ganado y fue arrastrada por estos”
- “O” Paciente ingresa al servicio de Emergencia en camilla, traído por familiares, en aparente mal estado general, aparente regular estado de nutrición y aparente regular estado de hidratación , quejumbroso de dolor, orientado en espacio, tiempo y persona, pupilas isocóricas, foto reactivas, conjuntivas y piel pálidas, fosas nasales permeables, deformidad e inflamación en muslo izquierda; funciones vitales: FC 97 x minuto, T° 36.5°C, P/A 90/60 mm Hg, FR 22/min, SatO2 85%.
- “A1” Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p facies álgicas y/o manifestación verbal.
- “A2” Ansiedad r/c estado de salud m/p manifestación verbal.
- “A3” Riesgo de infección f/r procedimientos invasivos (catéter venoso, fractura).
- “A4” Riesgo de caídas f/r deterioro de la movilidad.
- “P1” Paciente disminuirá dolor.
- “P2” Paciente disminuirá ansiedad.



- “P3”** Paciente no mostrará signos de infección.
- “P4”** Paciente no presentará riesgo de caídas.
- “I”** 17:45 horas: Paciente es evaluado por médico de turno.
- 17:50 horas: Se monitoriza funciones vitales.
- 18:05 horas: Se instala catéter venoso periférico con llave de triple vía en miembro superior derecho perfundiendo Cloruro de sodio al 0.9% a XXX gotas x minuto.
- 18:15 horas: Se administra Omeprazol 40 mg vía EV.
- 18: 18 horas: Se administra tramadol 100 mg vía EV.
- 18:30 horas: Se realiza inmovilización de muslo izquierda con férula de yeso.
- 18:55 horas: Se administra cefazolina 1gr EV en volutrol.
- 19:45 horas: se deja muestra de sangre a laboratorio.
- 19:50 horas: Personal Técnico lleva a paciente para toma de placas radiográficas
- 20:00 horas: es re evaluado por médico de turno con placa radiográfica y resultados de exámenes de sangre, deja indicaciones en Historia Clínica.
- 20:15 horas: se adjunta placa radiográfica y medicamentos para posterior intervención y/o hospitalización.
- “E”** Paciente disminuye el riesgo de infección, ansiedad y dolor disminuidos.
- Paciente queda estable para su posterior intervención quirúrgica y hospitalización.



4.2. DISCUSIÓN

4.2.1. BASE TEÓRICA DOMINIOS DE LA TAXONOMÍA NANDA

Actualmente no existe un instrumento de valoración de enfermería por dominios que este establecido o estandarizado en el servicio de Emergencia del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón”. En tal sentido surge la necesidad de determinar la validez de un instrumento de valoración de enfermería siguiendo la estructura según los Dominios de la Taxonomía NANDA, que son 13 dominios, 47 clases, 235 diagnósticos. Explora todas las áreas de dominio de la enfermera, el cual, es completo, porque se aplica a la persona enferma, sana, a la familia y comunidad, mejorando las etapas de valoración e identificación de los diagnósticos de Enfermería; asimismo, permitirá en un futuro que el personal de enfermería pueda realizar un trabajo continuo y sistematizado.

4.2.2. COMPARACIÓN EN RELACIÓN A OTROS MODELOS

Hay diferentes modelos enfermeros, con la que quizá estemos familiarizados, y queremos reflexionar aquí, breve y sencillamente, acerca de la generalidad de estas, ya que van a influir de manera decisoria, en la forma de realizar nuestra valoración en enfermería.

Cada modelo enfermero, que ha ido construyéndose influido por las diferentes teorías existentes en esta y en otras disciplinas (teoría de las necesidades, teoría general de sistemas, teoría de la comunicación, teoría del desarrollo y de la adaptación), nos ha ido presentando una visión distinta de la enfermería; por ello, y aunque todos tengan los mismos componentes, sucede que cada modelo puede aportar una visión diferente acerca de un mismo concepto.



Virginia Henderson el concepto del entorno es el conjunto de factores que actúan de forma positiva o negativa mientras que, Hidergarrd Peplau, este es el grupo de personas significativas con quien la persona interactúa.

Así pues, y en consecuencia lógica con lo que estamos argumentando, cuando dos enfermeras adopten modelos conceptuales distintos para su actuación profesional, y por tanto, para llevar a cabo sus valoraciones enfermeras, pueden estar realizando valoraciones completamente distintas de una misma situación.

4.2.3. JUICIO CRÍTICO

En el Servicio de Emergencia del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón”, se cuenta con personal de enfermería insuficiente por la gran demanda de pacientes y por ser un Hospital de referencia.

Existe desconocimiento científico y de actualización en la atención de paciente con fracturas, así como habilidades y destrezas no desarrolladas en el personal nuevo, estudiantes de ciencias de la salud, internos de medicina y enfermería. No se dispone de Guías o Protocolos de Atención a pacientes con fracturas, siendo factores que influyen en gran medida, para que la Enfermera brinde un adecuado manejo y atención de calidad a este tipo de pacientes, según los estándares internacionales.



CONCLUSIONES

- La aplicación del PAE en una paciente con fractura de fémur izquierdo, se observa la importancia de una adecuada y correcta elaboración de cada etapa del PAE, por ello el PAE es una herramienta primordial en nuestra labor diaria como profesional, ya que ayuda a la enfermera a elaborar un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, planificado e individualizado.
- En el Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón”, en el servicio de emergencia el cuidado del personal de enfermería, se fundamenta en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, permite una atención integral al individuo con un enfoque científico.
- La presente monografía nos permite reconocer el importante papel que cumple el profesional de enfermería especialista en emergencias y desastres, porque brinda un cuidado especializado demostrando habilidades y destrezas en el manejo de los diferentes procedimientos, de acuerdo a protocolos establecidos y aplicando principios éticos.



RECOMENDACIONES

- La enfermera debe utilizar en su labor diaria, el proceso de atención de enfermería por ser nuestra herramienta científica, para lograr un cuidado eficaz y humanizado en el paciente con fractura de fémur.
- Se recomienda que, en el servicio de Emergencia, laboren enfermeras especialistas en emergencias y desastres, que se encuentren en continua actualización del cuidado del paciente con fractura de fémur.
- Realizar protocolos de atención de enfermería estandarizados en todos los pacientes que ingresen por el servicio de Emergencia.
- Realizar capacitaciones sobre PAE en pacientes con fracturas.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ugalde M, Rigoli A. Diagnósticos de enfermería Taxonomía NANDA, traducción, revisión y comentarios; Editorial Masson S.A. Sexta edición. 2016.
2. Henderson V. La naturaleza de la enfermería: reflexiones 25 años después. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1994. 115 p.
3. Gordon M. Diagnósticos enfermeros proceso y aplicación. 3ra Ed. Edit. Doyma. 1996; España: Mosby.
4. Malagon Castro V, Soto Jiménez D. Capítulo 1. Generalidades sobre fracturas. En: Compendio de ortopedia y fracturas. Madrid: Editorial médica Celsus; 2005; 815-858.
5. Mata K, Alava D. Proceso de atención de enfermería aplicado a pacientes con fracturas atendidos en la sala de traumatología del Hospital Universitario, en el año Octubre de 2013 a marzo de 2014. Tesis. Guayaquil- Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2014.
6. Nieto C. Universidad Tecnológica de Pereira - Fractura. [Online].; 2009 Citado 20 de noviembre de 2019. Disponible en:
<http://academia.utp.edu.co/soportevitalbasicoypa/files/2012/09/6-FRACTURAS.pdf>.
7. Hernández J. Fractura de cadera: Una oportunidad para tratar la Osteoporosis. Edit. Rev Osteoporos Metab Miner. España 2015.
8. Steimberg ME. El fémur, diagnóstico y tratamiento de su patología. Editorial Panamericana. 1993: 290-332, 326-337.
9. Valdivia, Fractura de fémur. Orthop Clin North Am 1974; 5: 683-712.
10. Gustillo RB, Kile RF, Premer RF, Análisis intertrochanteric hip fractures. J Bone Joint Surg 1979; 61: 216-221.

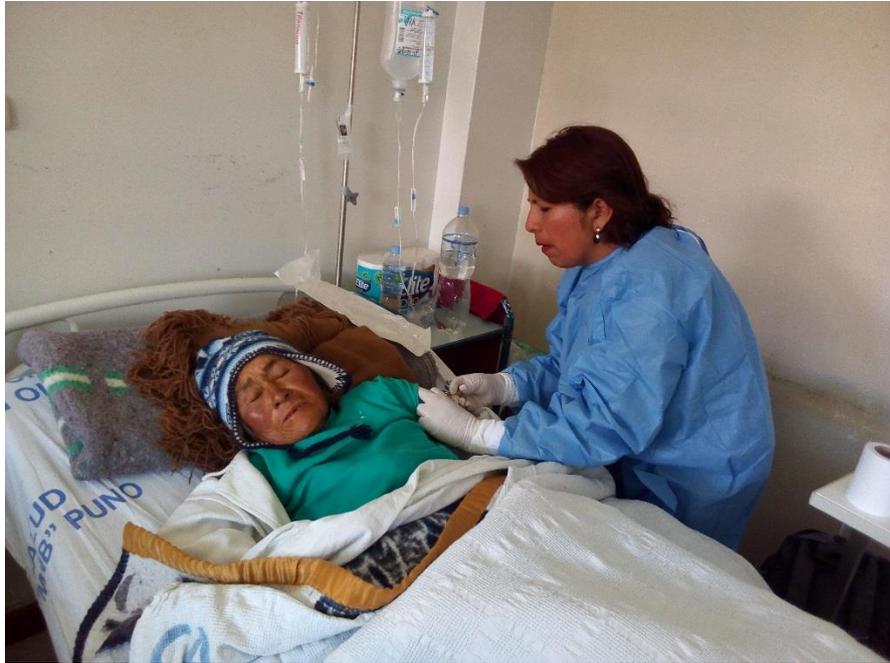


11. Parker MJ, Pryor GA. Hip fracture management. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993.
12. Siris ES, Miller PD, Barrett-Connor E, Faulkner KG, Wehren LE, Abbott TA, et al. Identification and fracture outcomes of undiagnosed low bone mineral density in postmenopausal women: results from the National Osteoporosis Risk Assessment. JAMA 2001; 286: 2815-2822.
13. Gallagher JP, Melton LJ, Riggs BL, Bergstrath E. Epidemiology of fractures of the proximal femur in Rochester, Minnesota. Clin Orthop Relat Res 1980; (150): 163-171.
14. Grisso Jeaneann, Kelsey P. Risk factors for falls as a cause of hip fracture in woman. N Engl Med 1991; 324 (19): 1326-1330.
15. Castellanos P. Tratamiento de fracturas diafisarias de fémur en niños, Tesis grado maestro. Guatemala, Universidad de san Carlos de Guatemala, 2015.
16. García E. Epidemiología de la fractura de la extremidad proximal del fémur. La Palmas de Gran Canaria - España octubre 2013.
17. Sánchez G. Las emociones en la práctica enfermería. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/284050lgsr1de1.gdf;isessionid=042E152FF7A3E9FBA1BB6B1065B6532E.tdx1?sequence=1>. Consultada el 15 de octubre de 2019.
18. Martínez E. Fracturas periprotésicas de fémur asociadas a artroplastia de cadera. Lima Perú 2004. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1998/Martinez_pe.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Herrera Y. Proceso de Atención de Enfermería Aplicado al Paciente con Fractura de Húmero y Fémur Puno 2006.



20. Zahn HR, Skinner JA, Porteous MJ. The preoperative prevalence of deep vein thrombosis in patients with femoral neck fractures and delayed operation. *Injury* 1999; 30: 605-607.

ANEXOS



FOTOGRAFÍA 1. Administración de analgésico tramal 100mg. Subcutánea.



FOTOGRAFÍA 2. Canalización de vía periférica.



FOTOGRAFÍA 3. Comodidad de zona afectada.