

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

POLITRAUMATIZADO CON SECCION DE URETRA  
POSTERIOR.

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTA:

ELSA ALVAREZ BOLAÑOS.

  
DIRECTOR ACADEMICO:  
LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ.

Acapulco, Gro. Noviembre 2005

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

m342489



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Elsa Alvarez Bolaños

FECHA: 30 Marzo 05

FIRMA: EB

**Agradecimiento:**

A los profesores que compartieron sus conocimientos durante el desarrollo de la licenciatura. Especialmente al Lic. Federico Sacristán Ruiz. Por los muchos años que ha ayudado a innumerables estudiantes y pasantes de enfermería en el arte y ciencia de esta profesión, por su asesoría proporcionada para el desarrollo y culminación del presente documento.

## Dedicatoria

A mi familia con amor, por apoyar mis proyectos.  
Con aprecio a Rosa García y Magdalena Castillo, coordinadoras de la licenciatura.

## INDICE

Introducción	6 - 7
Justificación	8
Objetivo	9
Metodología	10-16
Universo de Trabajo	17-20
CAP. I. Marco teórico	21-27
1.- Aparato Genitourinario Masculino	21
1.1 Anatomía	21-23
1.2 Histología	23-24
2.- Traumatismo de uretra	24
2.1 Etiología	24
2.2 Fisiopatología	24
2.3 Cuadro clínico	24-25
2.4 Métodos de diagnóstico	25
2.5 Tratamiento	26
2.6 Complicaciones	26
2.7 Tratamiento de las complicaciones	27
2.8 Pronóstico	27
2.9 Educación para la salud	27-38
3.- I. Intervenciones de Enfermería	39-45

CAP. II. VALORACION DE ENFERMERIA	46-48
CAP. III. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	49
CAP. IV. PLANIFICACION, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN	50-76
Conclusiones	77
Sugerencias	78
Bibliografía	79-80

## INTRODUCCION

En el ámbito actual de los servicios asistenciales, la enfermera se enfrenta a situaciones de creciente complejidad en función de la tecnología avanzada, la gravedad de los pacientes en el hospital, procesos complejos de enfermedad, así como factores éticos y culturales en continuo cambio.

Las enfermeras utilizan por tradición un método de solución de problemas para la planeación de sus actividades, es el método científico, con su uso, la aplicación del proceso de enfermería se vuelve más dinámico.

El proceso de enfermería se basa en un método para la solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades asistenciales generales y de enfermería de los pacientes.

El proceso de atención de enfermería no es más que una forma sistemática en búsqueda de dar soluciones de enfermería a los problemas o necesidades de un individuo. Una necesidad es una situación que requiere solución o alivio. Conforme se avanza en el reconocimiento de necesidades a solucionar surgen los problemas.

La importancia del proceso de atención de ENFERMERÍA radica en la gran oportunidad que da al profesional de ENFERMERÍA de poder interaccionar con el paciente de una manera integral y que la participación activa del paciente, familia y comunidad son la oportunidad de enriquecer el proceso facilitando así la manera de poder contribuir de forma directa en la detección de las necesidades del paciente y por ende la solución a los problemas prioritarios del mismo.

La interacción entre los cinco pasos del proceso de ENFERMERÍA: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación es constante, ya que se trata de un proceso dinámico, no estático y el cambio del orden de cualquiera de ellos afecta a los demás y por ende altera nuestro objetivo principal que es el siguiente: contar con un documento con bases o fundamentos científicos para la comprensión de los problemas de los pacientes de una manera individual e integral.

El proyecto que presento está enfocado a un paciente politraumatizado del sexo masculino de 17 años de edad de ocupación cargador. La magnitud de este padecimiento es rara y ocurre con mayor frecuencia en varones en edad productiva.

La trascendencia de este padecimiento radica fundamentalmente en el tratamiento y manejo que se otorgue con oportunidad y a su vez en la prontitud con que el paciente solicite el apoyo requerido, ya que la tasa de mortalidad aumenta dependiendo de la evolución del mismo.

El paciente que me ocupa en esta ocasión del sexo masculino perteneciente a grupo vulnerable, politraumatizado y que la principal lesión motivo de mi atención es la sección de uretra posterior y que la causa principal del padecimiento es cuando ocurren fracturas pélvicas por contusión.

Independientemente de los cuidados que se otorguen en el hospital, el cuidado con enfoque integral para el paciente y la familia es de suma importancia, y en la medida de que se les informe sobre los factores de riesgo que condicionaron el padecimiento y las repercusiones que la enfermedad misma hará que se presenten, podría darnos apertura para encausarlos o sugerirles la integración a los grupos de ayuda existentes.

Un politraumatizado es aquella persona que sufre más de una lesión traumática grave, alguna o varias de las cuales supone, aunque sea potencialmente, un riesgo vital para el accidente.

El progresivo desarrollo social, industrial y tecnológico ha supuesto un aumento en el número y severidad de los accidentes, convirtiendo a los traumatismos en un grave problema de salud pública.



## JUSTIFICACION

El presente trabajo tiene como finalidad reflexionar sobre la relevancia de toda intervención de ENFERMERIA en la jerarquización de necesidades, detectando el / los problema(s) de todo paciente en forma integral y organizada de tal manera que facilite la participación activa del paciente, para que con la intervención del mismo se logre una pronta recuperación de la patología que lo aqueja y se reintegre a su familia y comunidad con un mínimo de secuelas o complicaciones.

Además se desea poner de manifiesto el papel tan importante que juega la enfermera ante este tipo de pacientes y la oportunidad con que debe desempeñarse, ya que las secuelas aumentan dependiendo de la evolución del mismo.

A su vez se debe llevar a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva con relación a esta patología, ya que esto dará margen para tener un amplio marco de referencia y fundamentar toda intervención de ENFERMERIA, facilitando así la construcción de alternativas de solución un tanto más precisas.

Por lo antes mencionado, considero importante el desarrollo del presente trabajo, siendo este a su vez un instrumento para realizar el examen profesional.

## **OBJETIVO GENERAL**

- Contar con un trabajo escrito para sustentar el examen profesional.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Contar con un documento sistematizado que guíe todas las acciones de enfermería con fundamento científico y enfoque holístico.
- Adquirir conocimientos sobre traumatismo de uretra masculina y así poder brindar atención oportuna y de calidad al paciente.

## METODOLOGIA

Para la elaboración del presente trabajo se recurrió a la aplicación del modelo Proceso de atención de ENFERMERÍA el cual se describe a continuación:

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

Consiste en pensar como enfermera. Es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la ENFERMERÍA desde el principio de la profesión. Con los años ha evolucionado adquiriendo mayor claridad y comprensión.<sup>1</sup>

Dicho proceso es un método para realizar algo, que abarca cierto número de pasos, intentando lograr un resultado particular. A su vez es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería.<sup>2</sup>

Para sobrevivir a los desafíos competitivos, la ENFERMERÍA debe otorgar un servicio de calidad que sea valorado por los pacientes. Constituye un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del cuidado que presta y la mejore.<sup>3</sup>

Por todo lo antes mencionado para el estudio del paciente se desarrollará el Proceso de Atención de ENFERMERÍA, el cual consiste de las siguientes etapas:

**Valoración:** Primera fase del proceso de atención de ENFERMERÍA como un componente inseparable de cada uno de los demás pasos del proceso.

Es un proceso sistemático y dinámico por medio del cual la enfermera, a través de la interacción con el paciente, sus familiares y otros profesionales de la salud, reúne y analiza datos acerca del enfermo. La valoración es parte de cada actividad que la enfermera realiza para él y con él. La valoración de ENFERMERÍA inicial es la base del plan de atención del paciente, y las posteriores contribuyen a realizar revisiones y actualizaciones a dicho plan conforme las condiciones del sujeto cambian.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Ellen Murray Mary, D. Atkinson Leslie, Proceso de atención de Enfermería, p. 1

<sup>2</sup> Ibidem.; p. 2

<sup>3</sup> Alfaro Rosalinda, Aplicación del proceso de Enfermería, p. 7

<sup>4</sup> Murray, Atkinson, Proceso de atención de enfermería, p. 9

Donde se organiza y sistematiza la recogida de datos sobre el estado de salud de un paciente a través de diversas fuentes, constituye la base para hacer los diagnósticos de enfermería, lograr los objetivos, llevar a cabo las intervenciones, y evaluar las actuaciones de enfermería. Al ser la valoración un proceso continuo, los datos posteriores indican a la enfermera si ha surgido algún problema adicional, causado por la hospitalización del paciente, la evolución de la enfermedad o el tipo de tratamiento aplicado. Para llevar esto a cabo se compara la información obtenida en el momento actual con la procedente de los datos registrados anteriormente.<sup>5</sup> Esta fase tiene dos partes básicas: la recogida de datos y el registro de éstos en documentos, se pueden definir los datos como aquella información concreta que se obtiene de un paciente; la enfermera recoge datos de cuatro tipos.<sup>6</sup>

**Subjetivos:** aquellos que reflejan una visión personal de los hechos o situaciones y comprenden las percepciones del paciente y sus sentimientos e ideas sobre sí mismo y su estado de salud.

**Objetivos:** estos se pueden observar y medir, esta información se obtiene generalmente a través de los sentidos (la vista, el olfato, el oído y el tacto) durante la exploración del paciente.

**Antecedentes:** estos datos consisten en hechos que han ocurrido anteriormente y pueden comprender hospitalizaciones previas, patrones de eliminación normales o enfermedades crónicas.

**Actuales:** estos datos se refieren a hechos que ocurren el presente. Aquí también se pueden utilizar la combinación de datos actuales y antecedentes para confirmar los problemas o identificar las discrepancias.<sup>7</sup>

Los datos recogidos proceden de distintas fuentes de información. Estas fuentes se clasifican en primarias y secundarias. El paciente constituye la fuente primaria, para recoger los datos subjetivos pertinentes. Las fuentes secundarias son ajenas al paciente, se consideran la familia del paciente, miembros del equipo de salud que le atiende y la historia clínica anterior, se incluyen en él los datos diagnósticos y los obtenidos del laboratorio, gabinete y radiología.<sup>8</sup>

**Diagnóstico:** es el segundo paso en el proceso de atención de ENFERMERÍA y es la fase durante la cual la enfermera analiza los datos reunidos durante la valoración e identifica áreas problemáticas para el

---

<sup>5</sup> W. Iyer, J. Taptich Bárbara, Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, p. 22

<sup>6</sup> Ibidem, p. 25

<sup>7</sup> Ibidem; p. 26

<sup>8</sup> Ibidem; p. 28-29

paciente. Después, ella realiza un diagnóstico de ENFERMERÍA. Un diagnóstico de ENFERMERÍA es el resultado específico de diagnosticar, y es la forma de enunciar problemas por medio de la cual la enfermera se comunica profesionalmente. La American Nurses Association define el diagnóstico de ENFERMERÍA como un juicio clínico acerca de la reacción de un paciente a condiciones o necesidades de salud reales o potenciales.<sup>9</sup>

El paso de diagnóstico comprende tres actividades.

**Análisis de datos:** esta actividad comienza considerando todos los datos que se colectaron durante la fase de valoración del proceso de atención de enfermería. La enfermera revisa los datos para ver su claridad, coherencia, que sean completos y amplitud.

**Identificación de problemas:** identificar un área amplia de interés que requiera intervención de ENFERMERÍA, es la identificación de áreas problemáticas. Las enfermeras utilizan la teoría de la ENFERMERÍA, una base de conocimientos generales y su experiencia acumulada para definir esta área.

**Formulación del diagnóstico de ENFERMERÍA:** la actividad final en el proceso de diagnóstico es la formulación del diagnóstico de ENFERMERÍA. Un diagnóstico médico a menudo sugiere diagnósticos de ENFERMERÍA. La enfermera experimentada que ha atendido varios pacientes con el mismo diagnóstico médico podrá predecir algunos diagnósticos de ENFERMERÍA frecuentes para una condición médica dada. Ella busca luego datos que den validez a la predicción. Esta experiencia contribuye a la habilidad en el establecimiento de diagnósticos de ENFERMERÍA. Por definición, un diagnóstico debe ser un problema para el paciente.<sup>10</sup>

**Tipos de diagnósticos de ENFERMERÍA.**

**Diagnósticos de ENFERMERÍA reales:** se refiere a un problema que existe en el presente, es decir, que existe en la realidad.

**Diagnósticos de enfermería de alto riesgo:** es un juicio clínico de que es más probable que un individuo, una familia o una comunidad sean más vulnerables que otros a desarrollar un problema en la misma situación o una similar.

---

<sup>9</sup> Murray. Atkinson. Opcit.; p. 33

<sup>10</sup> Ibidem. p.43

Diagnósticos de ENFERMERÍA posibles: datos relevantes, que al aumentar le permiten establecer firmemente la validez o improcedencia de aquél para un paciente específico.<sup>11</sup>

**Planeación:** Esta fase empieza después de la formulación del diagnóstico y finaliza con la documentación del plan de cuidados. Implica el desarrollo de estrategias diseñadas para reforzar unas respuestas saludables del cliente, o impedir, reducir o corregir las respuestas insanas, identificadas en el diagnóstico de ENFERMERÍA. En esta fase la enfermera desarrolla un plan para ayudar al paciente a lograr un nivel de funcionamiento óptimo o mejorado en las áreas problemáticas identificadas en los diagnósticos de enfermería; analiza los puntos fuertes y débiles del paciente y su familia, el personal de ENFERMERÍA; las instalaciones de cuidados de la salud y los recursos disponibles, también examina los puntos fuertes, creencias y valores personales que podrían influir en la fase de planeación de la atención.<sup>12</sup> Durante la fase de la planificación se desarrollan los resultados e intervenciones de ENFERMERÍA. Los componentes planificadores del proceso de enfermería constan de cuatro fases.<sup>13</sup>

1.- Fijación de Prioridades: Necesidades de supervivencia, estimulación, seguridad y protección, amor y pertenencia, estima, auto realización.

2.- Desarrollo de resultados: Los resultados definen de que manera la enfermera y el cliente saben que la respuesta humana identificada en el diagnóstico ha sido impedida, modificada y corregida. Los resultados también sirven de anteproyecto para el componente de evaluación del proceso, ya que permiten determinar la eficacia de las intervenciones de ENFERMERÍA.

3.- Desarrollo de intervenciones de ENFERMERÍA: Son estrategias específicas diseñadas para ayudar al cliente a obtener los resultados. Actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a las respuestas humanas.

4.- Documentación del plan: Es el registro organizado de los Diagnósticos e Intervenciones de ENFERMERÍA. Es un método para comunicar importante información relativa al cliente. Ayuda a la enfermera a preparar la información generada durante la fase de recolección y diagnóstico.

**Ejecución:** En esta etapa se aplican los cuidados de ENFERMERÍA con base en las necesidades del paciente: físicas, psicosociales, emocionales, espirituales, sociales, culturales, económicas, rehabilitativas, con

---

<sup>11</sup> Ibidem.; p.44-45

<sup>12</sup> Ibidem.; p. 59

<sup>13</sup> W. Iyer, J. Taptich Bárbara. Opcit. p.37

participación activa de la enfermera-paciente-familia-equipo de salud, facilitando así la continuidad del cuidado; fomentando la educación al paciente y familia para el autocuidado.<sup>1</sup>

Consiste en varias actividades: validación y escritura del plan, suministro y documentación de la atención de la colecta de datos.

Validación del plan de atención: este paso no debe ser necesariamente una prolongada consulta programada, sino más bien ha de tomar un tiempo muy breve en el cual las enfermeras buscan la opinión de otras colegas. De este modo, la enfermera que da validación revisa el plan en cuatro áreas principales: seguridad, idoneidad, eficacia, atención de ENFERMERÍA individualizada. Debido a su experiencia en el cuidado de ENFERMERÍA, son otras enfermeras el recurso más frecuentemente utilizado para la validación.<sup>2</sup>

Documentación del plan de atención de ENFERMERÍA: los profesionales de la salud trabajan juntos con objeto de desarrollar un plan de atención para el paciente, concentrándose en especial en objetivos a largo plazo e intervenciones. El enfermo y su familia participan en este grupo de resolución de problemas siempre que sea posible.

El informe de cambio de turno es otra ocasión en que la enfermera comparte preocupaciones sobre los pacientes, busca más datos o sugerencias de colegas, identifica problemas, establece prioridades, identifica objetivos intermedios y planea intervenciones. La enfermera puede delegar o clarificar actividades para otros miembros del equipo de salud, de modo que todos sepan qué es importante valorar e informar y qué hacer por el paciente y su familia o con ellos en las siguientes horas.

El instrumento de comunicación que se utiliza un kárdex de ENFERMERÍA como sistema para organizar los planes de atención. Un kárdex de ENFERMERÍA es un archivo que contiene los planes de atención de ENFERMERÍA. Las formas de kárdex pueden incluir espacio para tratamientos médicos, procedimientos diagnósticos y otros aspectos planeados.<sup>3</sup>

Suministro y documentación de la atención de ENFERMERÍA: la enfermera tiene ahora un plan que individualizará la atención proporcionada a un paciente. Está lista para suministrar la atención según lo planeado. Aunque ha desarrollado un excelente plan de atención, en ocasiones se presentan situaciones que interfieren en la realización o ejecución del plan.

Hay ocasiones en que la enfermera considera que la realización de determinados tratamientos, valoraciones y actividades es necesaria para la seguridad física del paciente. Es posible entonces que pacientes, familiares y otros trabajadores de la salud tengan que redefinir sus prioridades y reprogramar o modificar lo que habían planeado.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Alfaro Rosalinda, Opcit. p 15

<sup>2</sup> Murray. Atkinson. Opcit.; p.109

<sup>3</sup> Ibidem. p. 111

<sup>4</sup> Ibidem. p. 113-114

Colecta de datos: durante todo el proceso de realización la enfermera continúa colectando datos. A medida que la condición del paciente cambia, la base de datos también lo hace, de manera que resulta necesario revisar y actualizar el plan de atención. Los datos colectados mientras se da atención de ENFERMERÍA también pueden emplearse como pruebas para la evaluación del logro de los objetivos.<sup>5</sup>

**Evaluación:** Es un mecanismo de retroalimentación que juzga la calidad de la atención de ENFERMERÍA realizando una apreciación de los resultados obtenidos en relación a los esperados. Detectando que problemas fueron resueltos, cuales requieren revaloración y replaneación, llevándonos a la fase final del proceso solo señalando los problemas que se han resuelto. Los que han de volverse a valorar y planear, así como los efectuados y revalorados, el proceso de atención de ENFERMERÍA es un ciclo continuo al que hay que estar evaluando constantemente.<sup>6</sup>

La evaluación es continua durante el suministro de la atención, turno tras turno, a medida que las enfermeras avanzan hacia los objetivos intermedios, y de manera aditiva hasta el alta de la institución, cuando se evalúan los objetivos finales. Hay cuatro actividades bien definidas en la fase de evaluación del proceso de atención de enfermería.<sup>7</sup>

Documentación de las reacciones a las intervenciones: mientras suministra atención al paciente, la enfermera evalúa de manera continua cómo reacciona éste a las intervenciones. Tal reacción o respuesta puede ser la esperada por la enfermera la que presentan la mayoría de los pacientes.

Evaluación de la eficacia de las intervenciones: las intervenciones de ENFERMERÍA se evalúan en términos de su utilidad para ayudar al paciente a avanzar hacia dichos objetivos. Se eligen con base en principios científicos y conocimientos de ENFERMERÍA. Si inducen el resultado esperado en el comportamiento del paciente, son eficaces y llevarán a éste hacia el objetivo. Si producen un resultado inesperado o no pueden realizarse en el tiempo previsto por variaciones en la reacción del individuo o en su rapidez de recuperación, deben examinarse en un intento por mejorar su eficacia.

Evaluación del cumplimiento de los objetivos: la finalidad de esta parte de la evaluación es decidir si el paciente ha alcanzado los objetivos seleccionados durante la fase de planeación del proceso de atención de ENFERMERÍA. Los objetivos se evalúan en el momento o la fecha especificados en el plan. El resultado de la atención de ENFERMERÍA, en la forma de cambio en el comportamiento o la condición del paciente, es el centro de interés de la evaluación basada en el objetivo.

---

<sup>5</sup> Ibidem. p. 115

<sup>6</sup> W. Iyer, J. Taptich Bárbara, Opcit. p. 18

<sup>7</sup> Murray. Atkinson. Opcit.; p. 119



Revisión del plan de atención de ENFERMERÍA: después de la evaluación del cumplimiento de un objetivo, la enfermera repite las actividades del proceso de atención de ENFERMERÍA revisando el plan de atención. Esto se realiza se haya cumplido o no el objetivo. Tal revisión mantiene el plan actualizado y acorde a las necesidades cambiantes del paciente. Este proceso de revisión da por resultado un plan actualizado para el cuidado de ENFERMERÍA, el cual después se realiza y evalúa, lo que lleva de nuevo a la revisión como parte de la evaluación.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Ibidem. p. 119-120-121-125.

## **Universo de Trabajo**

Paciente adolescente masculino policontundido confinado en el 7° piso Traumatología del Hospital General Regional "Vicente Guerrero", IMSS en Acapulco, Gro.

## **Revisión bibliográfica**

Este aspecto es sumamente importante ya que es el que le dio la autenticidad, validez o fundamento a cada uno de los aspectos que aquí se mencionan, al revisar libros, revistas folletos etc., con relación al padecimiento que nos ocupa. Además del fundamento o sustento de todo acto de ENFERMERÍA se tuvo lo necesario para realizar un Marco Teórico emanado de toda fuente de información sumamente relevante para respaldar el proceso de Atención de ENFERMERÍA con relación al padecimiento que se presenta.

De la bibliografía que se consulto solo se tomo, aquella información con relación a traumatismo de uretra posterior y los aspectos más relevantes para la realización de un Proceso de Atención de ENFERMERÍA con fundamento científico.

## **Elaboración de Fichas de Trabajo**

Este es otro aspecto importante ya que de este dependió la rapidez y fluidez para la realización del presente trabajo porque todo aquello que se leyó o consulto se registro en fichas, nos permitió organizar y jerarquizar información que en el momento que tuvimos que utilizar esta nos permitió evitar pérdidas de tiempo y tener un orden adecuado cuando se tuvo que realizar el listado de la bibliografía, nos sirvió de consulta y cotejo de información cada vez que se tenia alguna duda con relación al trabajo que se presenta.

Son la base para construir el marco teórico y fundamentación de las acciones de ENFERMERÍA.

## **Construcción del Marco Teórico**

Es donde se enmarco el problema que aqueja a nuestro paciente y todo lo relacionado al mismo, además que se nos permitió enlistar y organizar todo y cada uno de los elementos que se analizaron.

Es aquel que en todo trabajo debe incluirse, ya que es aquí, donde se plasman las soluciones de las necesidades a las que hace referencia nuestro paciente.

### **Revisión del Expediente Clínico**

Es una fuente secundaria, indirecta que nos sirvió como guía para contrastar la información con la otorgada por nuestro paciente, que no es otra cosa más que la exposición de los problemas que le aquejaron. Este fue primordial para la realización del o los Diagnósticos de ENFERMERÍA.

### **Elaboración de la Historia Clínica**

Esta nos permitió una interacción con el paciente y su familia de primera intención, ya que la realización de esta nos proporciona un panorama general de las condiciones en como estaba integrado a su comunidad y como se desarrollaba en esta, dándonos pauta para conocer a una persona que inicialmente era un desconocido a convertirse en una persona completamente conocida que permitió detectar en forma integral las necesidades que tuvo él y su familia, a su vez, se detectó de que manera su medico pudo influir para el desenlace de su padecimiento.<sup>22</sup>

En la Historia Clínica se plasmo los hechos más significativos con relación al padecimiento efectuándose el Diagnóstico de ENFERMERÍA y la realización del Plan de Atención de ENFERMERÍA.

La Historia Clínica se realizó a través de la observación interrogatorio y examen físico.

### **Plan de Atención de Enfermería**

En este apartado se plasma anticipadamente, una vez detectado el problema o necesidad de nuestro paciente, cada uno de los cuidados que se le otorgaron, cómo, porqué se van a dar y qué mejoría tuvo o no, una vez que se le dieron. Dándonos la oportunidad de que, de no haberse logrado el objetivo planteado inicialmente se replanteara nuevamente hasta lograr cubrirlo con eficiencia y eficacia, y otorgar una atención de calidad.

La calidad estuvo dada por la satisfacción del paciente que fue completa, una vez que otorgamos nuestros cuidados, pero de una manera planeada, organizada y sistematizada con fundamentación científica en cada uno de nuestros actos.

---

<sup>22</sup> Potter, Perry. Fundamentos de Enfermería. Tomo I p. 151.

Todo lo antes mencionado se desarrolló coordinadamente con los demás integrantes ya que esto estuvo dado por la actividad completa del equipo multidisciplinario que integran los servicios de salud.

Como ya se menciona antes, las habilidades de ENFERMERÍA para la realización de sus cuidados, se llevaron a cabo desarrollando un razonamiento lógico y con capacidad metódica que fueron garantía de una atención profesional. Para esto se requirió de impulsar el pensamiento reflexivo, ordenado y analítico que otorgo las mejores condiciones de actuar en la solución de problemas partiendo de los principios básicos y fundamentales del proceso de investigación.<sup>23</sup>

El empleo del Proceso de Atención de ENFERMERÍA ayudo a evitar duplicaciones y omisiones que dan como resultado el uso innecesario de recursos.

Este proceso es el crecimiento, la habilidad constante esencial que ha caracterizado a la ENFERMERÍA desde el inicio de la profesión.

Los elementos que se consideraron en la estructura del plan de atención de enfermería son:

**Necesidad.-** Elemento imprescindible para que el ser humano mantenga homeostasis física, social y psicológica. Las necesidades humanas básicas son elementos que son necesarios para la supervivencia y la salud del ser humano (p. ej. comida, agua, seguridad y amor). Aunque cada persona tiene otras necesidades propias, todas comparten unas necesidades humanas básicas y el punto hasta el que se satisfagan estas necesidades básicas es un factor importante para determinar el estado de salud de una persona.<sup>24</sup>

**Problema.-** Se denomina problema a la insatisfacción de necesidades causada por manifestaciones fisiológicas producidas por un desequilibrio metabólico.<sup>25</sup>

**Manifestaciones del problema.-** Es la manera en como el organismo va manifestando una serie de signos y síntomas que delatan un proceso patológico y a su vez nos guió para determinar nuestro proceder jerarquizando, primeramente, aquellos que pudieron agudizar o gravar el cuadro que presento nuestro paciente.<sup>26</sup>

---

<sup>23</sup> Murray – Atkinson. Opcit; p.113

<sup>24</sup> Potter /Perry. Opcit. P. 6

<sup>25</sup> L.J.Carpenito. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. p. 5

<sup>26</sup> Idem. P. 12

Razón Científica del Problema.- Aquí se señala, con fundamento en toda la bibliografía consultada, la razón de toda la Fisiopatología dada en el paciente.<sup>27</sup>

Acción de ENFERMERÍA.- Son todos aquellos cuidados de ENFERMERÍA que se otorgaron al paciente de manera organizada y sistematizada para ayudar a resolver sus problemas o necesidades detectadas, proporcionando al paciente la posibilidad de participar en el fomento, conservación y recuperación de la salud.<sup>28</sup>

Razón Científica de la Acción.- Cada intervención de ENFERMERÍA va apoyada por un fundamento, tanto en el caso de problemas añadidos como de diagnósticos de ENFERMERÍA. El fundamento explica por qué la intervención resulta apropiada y por qué producirá la respuesta deseada.<sup>29</sup>

Evaluación.- La enfermera es responsable de evaluar a diario el estado y la evolución del paciente hacia el logro de los objetivos. La evaluación del estado y progreso del paciente es diferente para los problemas añadidos que para los diagnósticos de ENFERMERÍA. De este modo la evaluación de los diagnósticos de ENFERMERÍA se centra en el progreso hacia el logro de los resultados del paciente, mientras que la evaluación de los problemas añadidos se centra en el estado del paciente comparado con las normas establecidas. Es donde se refleja el avance que se tuvo con cada acción de ENFERMERÍA en nuestro paciente, buscando revertir la problemática del mismo.<sup>30</sup>

---

<sup>27</sup> L.J. Carpenito. Opcit; p 54

<sup>28</sup> Idem. p. 10

<sup>29</sup> Idem. p. 54

<sup>30</sup> Idem. p. 21

## CAPITULO I: MARCO TEORICO

### 1. Aparato Genitourinario Masculino

#### 1.1 Anatomía y Fisiología

El aparato urinario está constituido por los riñones, uréteres, vejiga y uretra.

El **riñón** es un órgano doble que elabora la orina con la que se elimina agua y desechos del organismo, además de regular la presión sanguínea y estimular la formación de la sangre. Su peso medio suele oscilar en unos 150 gramos y sus medidas aproximadas son de 11,5 cm. de largo, 6 cm. de ancho y 3,5 de grosor. Ambas estructuras tienen en su porción superior la glándula suprarrenal.

Los riñones elaboran la orina a partir de la depuración de la sangre filtrándola a sus cavidades denominadas cálices los cuales confluyen en la pelvis renal que se continua con el uréter. La cantidad diaria de orina es aproximadamente de un litro y medio diario y su cantidad suele estar condicionada por la ingesta de líquidos y las pérdidas por sudor, heces y la transpiración a través de la piel.

El **uréter** es un órgano par que une cada riñón con la vejiga desembocando en un orificio en esta última denominado meato uretral. Transportando la orina mediante movimientos peristálticos regulados por el sistema nervioso autónomo.

La **vejiga** es un órgano único de localización central en la pelvis, de forma esférica que se continúa con la uretra en su porción más inferior. Su función es de almacenaje acomodándose mediante distensión a volúmenes de orina que varían entre 250- 500 ml. De la misma forma desempeña un papel fundamental en la expulsión de orina al exterior cuando alcanza su límite de capacidad de llenado. Para el proceso de expulsión (micción) la vejiga se contrae utilizando su porción muscular denominado músculo detrusor constituido por fibras musculares lisas de control vegetativo autónomo. Este músculo gracias a sus características elásticas es capaz de distenderse hasta su capacidad máxima sin apenas variar su presión interior, fenómeno conocido como acomodación. En su interior debemos diferenciar una porción denominada trigono de forma triangular limitada por los dos orificios ureterales y el uretral.<sup>31</sup>

La **uretra** es un órgano impar y medio en el que terminan las vías urinarias. En los hombres, la uretra mide cerca 12cm de largo, pasa

---

<sup>31</sup> Emil A. Tanagho. Urología General de Smith, p. 10

por la glándula prostática y luego a través del pene al exterior del cuerpo.

Por este conducto se expulsa la orina desde la vejiga al exterior. En el hombre la uretra tiene 4 porciones, uretra prostática, membranosa, bulbar y peneana, a diferencia de la de la mujer que mide sólo unos 4 cm. En el hombre además de conducir la orina también conduce el semen a partir de la uretra prostática durante la eyaculación.

La uretra es un conducto común al aparato urinario y al aparato reproductor, por tanto su función es llevar al exterior tanto la orina como el líquido seminal. En los hombres, la uretra parte de la zona inferior de la vejiga, pasa por la próstata y forma parte del pene.

El aparato urinario y genital masculino comparte un único conducto de salida, la uretra. En ella desembocan:

La vejiga urinaria, que ha almacenado, la orina proveniente de los riñones a través de los uréteres, y que al contraerse ocasiona la micción.

Los conductos eyaculadores, a través de los cuales se expulsan los espermatozoides, que provienen del testículo y la secreción proveniente de las vesículas seminales.

Se ha dividido a la uretra masculina en dos porciones.

- Uretra anterior: compuesta por el meato uretral (orificio externo), la uretra navicular, la peneana o péndula y la uretra bulbar (está rodeada por el bulbo uretral, un engrosamiento del cuerpo esponjoso).
- Uretra posterior: Compuesta por la uretra membranosa (o uretra esfinteriana), la uretra prostática y termina en el cuello vesical.<sup>32</sup>

Los **esfínteres** son estructuras funcionales cuya función es por un lado mantener la orina en la vejiga durante el llenado vesical y facilitar su evacuación durante el acto miccional. Existen dos tipos de esfínteres.<sup>33</sup>

- Esfínter liso: ubicado en el cuello vesical que responde al control del sistema nervioso autónomo, es decir sin control voluntario.

---

<sup>32</sup> Emil A. Tangho. *Opcil*. P. 12

<sup>33</sup> *Idem*. p. 13

- **Esfínter estriado o externo:** Situado alrededor de la uretra, con fibras musculares circulares con prolongaciones hasta el cuello vesical. Su control es voluntario dependiente del sistema nervioso central.

La dinámica de la micción (el proceso de orinar) tiene lugar cuando la vejiga alcanza su capacidad fisiológica, diferenciando por tanto dos fases:

- **Fase de llenado:** en virtud de su capacidad elástica y de tono muscular la vejiga se adapta a la cantidad de orina que le llega a través de los uréteres hasta capacidades de aproximadamente entre los 250-500 ml. Este proceso de llenado es inconsciente hasta que se encuentra llena. Los esfínteres permanecen cerrados.
- **Fase de vaciado:** la evacuación se produce con la relajación de los esfínteres y la contracción simultánea del músculo detrusor precisando de una coordinación automática.<sup>34</sup>

## 1.2 Histología

### Uretra.

La mucosa de la uretra que recorre el glande está formada por epitelio escamoso. En la vecindad la mucosa es de tipo transicional, por debajo de la mucosa está la submucosa, la cual contiene tejidos conjuntivo, elástico y muscular liso, así como las numerosas glándulas de Littre, cuyos conductos se abren a la luz de la uretra. La uretra está rodeada por el cuerpo vascular esponjoso y el glande del pene.<sup>35</sup>

### Circulación Sanguínea.

#### a) Arterial

El pene y la uretra están irrigados por las arterias pudendas internas. Cada arteria se divide en una arteria profunda del pene (que irriga los cuerpos cavernosos), una arteria dorsal del pene y una arteria bulbouretral. Estas últimas ramas nutren el cuerpo esponjoso, el glande y la uretra.<sup>36</sup>

<sup>34</sup> Deane A. Traumatismo de las vías urinarias bajas, BMJ (de. Esp.) 1991; 1:50-52

<sup>35</sup> Emil A. Tanagho, Jack W. Mc Aninch. Urología General de Smith, 11° ed. Ed. El manual moderno 1997 p.14

<sup>36</sup> *Ibidem.*; p. 15



## **2 TRAUMATISMO DE URETRA.**

Los traumatismos pueden dividirse en uretra anterior o posterior, según afecten a la uretra por debajo o por encima del diafragma urogenital. La uretra anterior está formada por la porción peneana y bulbosa, mientras la posterior se divide en membranosa y prostática. En ambos casos las lesiones pueden ser completas o incompletas, hecho determinante a la hora de establecer el tratamiento y el pronóstico.<sup>37</sup>

### **2.1 Etiología**

Las lesiones de uretra posterior son el resultado de traumatismos con fracturas de pelvis, y por ello aparecen en politraumatismos graves. Además, son las que tienen mayor riesgo de causar secuelas con pérdida de la continencia urinaria y de la erección, ya que el mecanismo de la continencia y la inervación autónoma están en relación con la uretra prostática, membranosa y el diafragma urogenital.<sup>38</sup>

### **2.2 Fisiopatología**

Traumatismos: la caída a horcajadas puede lesionar la uretra a través del penís, y puede producir un estrechamiento uretral. Las fracturas de la pelvis pueden acompañarse de roturas uretrales, parciales o totales.<sup>39</sup>

### **2.3 Cuadro Clínico**

#### **a) Síntomas**

Los pacientes suelen quejarse de dolor abdominal bajo e incapacitante para orinar.

#### **b) Signos.**

El signo más importante de lesión uretral es sangre en el meato de la uretra, orina hematurica, dificultad o imposibilidad para la micción. La presencia de sangre en el meato externo de la uretra indica que es necesaria la uretrografía inmediata para establecer el diagnóstico.

A la exploración física se observará:

<sup>37</sup> Moore EE, Cogbill Th, et al. Organ injury Scoring III: chest Wall Abdominal Vascular, ureter, bladder an uretha. J. Trauma 1992; 33:337-339.

<sup>38</sup> Ibidem.; p.336

<sup>39</sup> Ibidem.; p. 338

- distensión vesical.
- hipersensibilidad suprapúbica y presencia de fractura pélvica.
- puede palparse el desarrollo de un gran hematoma pélvico.
- a menudo, se encuentran contusiones perineales y suprapúbicas.
- la exploración rectal puede revelar un gran hematoma pélvico con la próstata desplazada hacia arriba.
- si los ligamentos puboprostáticos permanecen intactos, no ocurre desplazamiento de la próstata hacia la región superior.<sup>40</sup>

## 2.4 Métodos de Diagnóstico

La prueba diagnóstica de elección en pacientes con sospecha de lesión uretral es la uretrografía retrógrada.

Si existe una lesión uretral el estudio de la vejiga se realizará mediante cistografía por punción suprapúbica.

Los hallazgos que podemos encontrar en la uretrografía son los siguientes;

- Flujo retrógrado a través de la uretra hasta el interior de la vejiga, en caso de ausencia de lesión uretral.
- Extravasación de contraste en el espacio pélvico extraperitoneal. Cuando está rota la uretra membranosa e intacto el diafragma urogenital.
- Paso de contraste hacia el espacio pélvico extraperitoneal y hasta el periné, indica rotura de uretra posterior y del diafragma urogenital.
- Si hay extravasación con flujo de contraste hacia la vejiga, la rotura es incompleta. En caso de que no llegue contraste a la vejiga, lesión uretral será completa.<sup>41</sup>

## 2.5 Tratamiento

Cistostomía más Antibióticos y Derivación.

El tratamiento definitivo de estas lesiones estará determinado por la localización y extensión de la lesión, así como por la posibilidad de otras lesiones de tratamiento prioritario.

<sup>40</sup> Emil A. Tanagho. *Opcit.* p. 335

<sup>41</sup> Shneider R.E. Traumatismo Genitourinario. Interamericana McGraw Hill 1993; 155-157

Dependiendo de ello y de la experiencia del urólogo, se puede optar por cistostomía suprapúbica y reparación primaria o diferida.<sup>42</sup>

#### Medidas Quirúrgicas.

1.- Tratamiento inmediato: Este debe constar de cistostomía suprapúbica para proporcionar el drenaje urinario. Por lo general, la vejiga y la próstata están rechazadas hacia la región superior por los grandes hematomas perivesical y periprostático.

La laceración incompleta de la uretra posterior cura de manera espontánea y la cistostomía suprapúbica puede cerrarse en 2 a 3 semanas.

2.- Reconstrucción de la uretra: la reconstrucción de la uretra después de rotura prostática puede intentarse en tres meses, antes de la reconstrucción debe efectuarse una cistografía combinada con una uretrografía, para determinar la longitud exacta de la estrechez de la uretra. La técnica que se refiere es la reconstrucción en una sola etapa de la rotura uretral con extirpación directa del área estrecha y anastomosis del bulbo de la uretra directamente con el vértice de la próstata.

3.- Realineación inmediata de la uretra: la reconstrucción mediante sutura directa de la rotura prostatomembranosa en la lesión aguda es en extremo difícil. La hemorragia persistente y el hematoma circundante crean problemas técnicos. La frecuencia de estrechez, impotencia e incontinencia parece ser mayor que con la cistostomía inmediata y la reconstrucción retardada.<sup>43</sup>

## 2.6 Complicaciones

Estenosis uretral, impotencia e incontinencia, como complicaciones de la rotura prostatomembranosa, están entre los accidentes más graves y debilitantes que se producen por traumatismo del aparato urinario.<sup>44</sup>

### 2.6 Tratamiento de las complicaciones.

En caso de que se presente estrechez (<5%) ésta suele ser muy corta, y la uretrotomía mediante observación directa ofrece curación fácil y rápida.

---

<sup>42</sup> Jenkins BJ, Badenoch DF, Fowler CG, Long-term results of urethral injuries in males caused by external trauma. Br J Urol 1992;70:73-7

<sup>43</sup>Shneider RE. Op cit. 158

<sup>44</sup> Idem. p.159

El paciente puede ser impotente por varios meses después de la reparación retardada. La impotencia es permanente en casi el 10% de los casos; si ésta aún se presenta dos años después de la reconstrucción, está indicada la implantación de una prótesis de pene.

La incontinencia rara vez permite la reconstrucción transpubica. En caso de que se presente por lo general se resolverá lentamente.<sup>45</sup>

## **2.8 Pronóstico**

Si pueden evitarse las complicaciones, el pronóstico es excelente, por último, las infecciones urinarias se resuelven con el tratamiento adecuado.<sup>46</sup>

## **2.9 Educación para la Salud**

Adquirir conocimientos para cuidar mejor nuestra salud, nunca es pérdida de tiempo. La salud es indispensable para que el ser humano sea capaz de realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar su realidad para vivir mejor.

La educación para el fomento a la salud ayuda a que la persona se adapte a su enfermedad, coopere con el tratamiento prescrito y aprenda a resolver problemas cuando enfrente situaciones nuevas y puede prevenir complicaciones y la rehospitalización.

La adhesión al régimen terapéutico requiere que el sujeto haga uno o más cambios en su estilo de vida. Es factible que tenga que observarse para detectar signos y síntomas de la enfermedad, tomar medicamentos, poner en práctica medidas higiénicas específicas, acatar una dieta, restringir sus actividades y someterse a evaluaciones periódicas de su estado de salud, así como a muchas otras medidas terapéuticas y preventivas.

---

<sup>45</sup> Idem. 159.

<sup>46</sup> Emil A. Tanagho. Jack W. McAninch. Opcit. ; p. 336-337

Antes del alta requieren los servicios de ENFERMERÍA para ayudarles a planear la forma en que llevarán a cabo el cuidado continuo de su salud. La identificación de los requerimientos de cuidados continuos y la obtención de los servicios para satisfacer esas necesidades evita que el paciente reingrese al hospital.<sup>47</sup>

### **Actividad física.**

La mayoría de los hombres adultos reducen en forma importante su actividad física a causa de su trabajo, ya que permanece la mayor parte del tiempo sentado, o bien, realizan trabajos que requieren menor esfuerzo o movimiento. Si consideramos que el ser humano está diseñado para el movimiento y que su capacidad funcional aumenta como respuesta a la actividad física y se deteriora con la inactividad, es conveniente insistir en que el hacer ejercicio de manera regular, beneficia a nuestra mente y a nuestro cuerpo.

Los efectos benéficos que el ejercicio le brinda son los siguientes:

- Mejora el trabajo del corazón, disminuye la presión arterial y el riesgo de tener infartos.
- Reduce los niveles de azúcar y grasa en la sangre y le ayuda a bajar de peso.
- Disminuye la tensión nerviosa, favorece el aprendizaje, aumenta la autoestima y la sensación de bienestar, en general, mejora la calidad de vida!

Es recomendable realizar actividad física de 20 a 40 minutos, tres a cuatro veces por semana. Si se quiere adelgazar, deberá hacer ejercicio diariamente por más de 30 minutos. Si nunca ha hecho ejercicio, debe

---

<sup>47</sup> Bruner y Suddarth. Tomo 1º Op.cit. p.40

realizarlo durante 10 minutos al día y aumentar poco a poco, hasta alcanzar un tiempo de 20 a 40 minutos y no olvide las siguientes recomendaciones:<sup>9</sup>

- Realizar un examen médico previo que avale su estado de salud.
- Usar ropa y zapatos cómodos.
- Iniciar cualquier ejercicio tres horas después de haber comido.
- Tomar agua durante y después del ejercicio.
- Suspender la actividad si siente algún tipo de color y consultar a su médico.

Por más ocupado que esté, seguramente podrá darse tiempo para realizar diariamente la siguiente actividad física mínima:

- Permanecer de pie de dos a tres horas en diversos momentos del día, para prevenir la pérdida de minerales de los huesos.
- Levantar algo moderadamente pesado durante unos segundos para evitar el deterioro muscular.
- Movilizar las articulaciones del cuerpo para contrarrestar la pérdida de movilidad.
- Aumentar moderadamente la frecuencia cardíaca durante tres minutos, mediante caminata o subiendo y bajando escaleras, para prevenir el deterioro cardiovascular.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Imss. Guía para el cuidado de la salud, hombre de 20 a 59 años; Preventivas 2000. p. 3

<sup>10</sup> Imss. Guía para el cuidado de la salud. Opcit. p. 4

## Salud bucal.

La buena nutrición comienza en la boca, al masticar correctamente los alimentos, por ello es importante que cuide la integridad de sus dientes y encías.

Las enfermedades más frecuentes de la boca son las caries y la inflamación de las encías, que tienen como principales complicaciones: pérdida de los dientes, mal aliento, mala digestión y, en ocasiones, hasta infecciones del corazón y de los riñones.

Para mantener el buen estado de su boca, acuda por lo menos una vez al año al dentista para que revise, limpie y proteja con flúor su dentadura. Si ya ha perdido algunos dientes o muelas, es importante que los reemplace por prótesis dentales, para mejorar su forma de masticar y de hablar, además de la apariencia de su boca.

Recuerde que para conservar su boca sana debe:

- Cepillar los dientes después de cada comida: realice el cepillado con precaución, siempre desde las encías hacia el borde de los dientes, es decir, los dientes de arriba cepíllelos hacia abajo y los dientes de abajo hacia arriba; inicie de atrás hacia delante y cepille en forma circular la superficie de las muelas.
- Además recuerde cepillar la lengua de la parte media hacia la punta y enjuague siempre muy bien.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Inss. Guía para el cuidado de la salud. Op.cit. p. 5

## **Sexualidad.**

La sexualidad es muy importante en la vida de todo ser humano, incluye el conocimiento e identificación de sí mismo como hombre y la manera de relacionarse con otras personas.

La sexualidad se inicia con la vida misma y se encuentra presente durante toda la existencia, influye en muchos aspectos del desarrollo personal y tiene que ver con la atracción física, los lazos afectivos hacia la pareja, la capacidad de dar y recibir amor, la capacidad de experimentar placer y la reproducción de la especie.

Los valores e ideas que se adquieren durante la vida son determinantes para desarrollar una sexualidad sana, por ello la conveniencia de que usted comprenda y ejerza su sexualidad en su auténtica dimensión humana, sin prejuicios, sin represiones ni frustraciones y sepa que las relaciones sexuales implican: Erotismo, placer, afectividad y que su grado máximo de plenitud y autenticidad se logra en el amor.

Los conocimientos sobre sexualidad, la práctica sana y responsable de la misma tienen que ver con un compromiso personal, tiene el derecho y la responsabilidad de definir su vida sexual, es decir, puede decidir cuándo, cómo, por qué, y sobre todo, con quién tener relaciones sexuales.

Recuerde que toda relación sexual conlleva riesgos, sobre todo si es con una pareja ocasional, por ello es recomendable:

- Tener relaciones sexuales sólo con su pareja.
- Si llegara a tener relaciones sexuales ocasionales use condón, pues le ayudará a prevenir el SIDA, el contagio de infecciones de transmisión sexual y evitar embarazos no deseados.



Es muy común que los hombres experimenten vergüenza al hablar de algún problema sexual como:

- Impotencia, que es la falta de erección o erección parcial aun cuando esté presente el deseo.
- Eyaculación precoz, que consiste en eyacular antes de tiempo, lo que deja insatisfechos tanto al hombre como a la mujer.<sup>51</sup>

Con frecuencia estos problemas tienen un origen psicológico derivado de mitos y prejuicios; se deben a padecimientos específicos como diabetes o hipertensión, o bien a discapacidad física. Si usted presenta alguna de estas situaciones acuda con su médico familiar, él identificará la causa, lo orientará sobre la mejor manera de resolverlos o lo referirá con otro especialista.

Debemos hablar de sexualidad con seriedad, respeto y honestidad para que usted conozca las características biológicas y sociales que lo identifican como hombre y aprenda acerca de la función reproductora, la relación de pareja, la satisfacción sexual, la responsabilidad y riesgos de las relaciones sexuales, la manera de prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseados, así como aspectos relacionados con la masturbación, la impotencia y la eyaculación precoz.<sup>52</sup>

### **Prevención de adicciones.**

La adicción se considera una enfermedad y se manifiesta en una conducta compulsiva por consumir drogas "o sustancias adictivas". Son varias las causas que la provocan, pero destacan entre otras: los problemas con la familia, especialmente con los padres o la pareja,

---

<sup>51</sup> Imss. Guía para el cuidado de la salud. Opcit. p. 6

<sup>52</sup> Imss. Guía para el cuidado de la salud. Opcit. p. 7

carencia o exceso de dinero, malas compañías, falta de empleo, inconformidad con la vida, baja autoestima, tener un familiar o amigo que sea adicto.

En México las adicciones son un problema muy serio en el ámbito individual, familiar y social. Las tendencias de los últimos años nos indican que la conducta adictiva va en aumento con repercusiones en: problemas de salud, accidentes, violencia y desintegración familiar.

El hombre se inicia en el consumo de drogas durante la adolescencia y la juventud, generalmente por "curiosidad". Existe un alto riesgo de que un buen número de ellos queden atrapados en la adicción, sobre todo cuando viven situaciones de falta de afecto y desintegración familiar.

El uso y consumo de bebidas alcohólicas, de tabaco y otras drogas se ha incrementado en la población, motivado por problemas afectivos, económicos, de trabajo o por influencia de la publicidad, al crear falsas expectativas de aceptación social, sin tomar en cuenta que el uso y abuso de estas sustancias son nocivas para la salud. Además de señalar la salud y de llevar incluso a la muerte, las adicciones perjudican también las relaciones afectivas, familiares y laborales.<sup>53</sup>

¿Qué podemos hacer para prevenir las adicciones?

- A nivel personal tener alta autoestima, es decir, respeto, confianza y amor a sí mismo.
- Tener un proyecto de vida, con planes a corto y largo plazo de lo que se quiere ser y hacer.
- Mejorar la integración familiar, la comunicación, la convivencia y las manifestaciones de afecto y pertenencia.

<sup>53</sup> Imss. Guía para el cuidado de la salud. Opcit. p. 8

- Aprovechar el tiempo libre en actividades deportivas, artísticas, culturales y de esparcimiento con familiares y amigos.
- Participar en grupos deportivos y culturales.

### **Prevención de accidentes.**

Son eventos no deseados que se presentan de forma súbita y que ocasionan un daño, afectan la integridad física, mental y económica del individuo, trastoran su modo de vida, de organización y sus relaciones familiares y laborales.

El hombre está expuesto a los accidentes, sobre todo en el trabajo y en la vía pública. Casi siempre son situaciones de error humano o de descuido personal.

Los accidentes se pueden prevenir si se toman precauciones específicas para cada situación, ya que muchos de ellos están asociados a problemas afectivos, emocionales y económicos, consumo de alcohol, o bien, a falta de capacitación para el manejo de situaciones de riesgo, uso adecuado de herramientas, equipo y vehículos automotores, entre otros.<sup>54</sup>

#### **Recomendaciones para prevenir accidentes En el hogar**

Existen situaciones y actividades que, por ser cotidianas, las realizamos sin la debida precaución como son: el cambiar el cilindro de gas, poner una lámpara, para algún aparato eléctrico.

---

<sup>54</sup> Imss. Guía para el cuidado de la salud. Op.cit. p. 9

Recuerde que existen personas expertas en el manejo del gas y la luz. ¡Llámelos!, mejor prevenga un accidente. En caso de que usted lo haga le sugerimos:

- Tener precaución de cerrar la llave de paso del gas cuando quite y coloque el cilindro.
- Asegúrese de desconectar la corriente eléctrica cuando repare algún contacto o algo que tenga que ver con electricidad.
- Recuerde guardar los solventes, equipo y herramientas fuera del alcance de los niños.<sup>55</sup>

### En el trabajo

Son la principal causa de incapacidades temporales y permanentes, con la consecuente afectación económica, psicológica y familiar. Para prevenirlos se le sugiere:

- Solicitar la capacitación necesaria.
- Evitar presentarse a trabajar si ha ingerido alcohol u otras drogas.
- Poner la máxima atención en el trabajo, evitar la distracción de sí mismo y de los demás.
- No trabajar con prisa ni tratar de ahorrar tiempo o esfuerzo o realizar maniobras indebidas.
- Utilizar el equipo de protección indicado que se le proporciona. Si no lo tiene exíjalo.
- Cumplir con las normas de seguridad e higiene cuando maneje productos químicos riesgosos.
- Estimular la participación efectiva de las comisiones de seguridad e higiene de la empresa.

---

<sup>55</sup> Idem. p. 10

- Tener identificados, en caso de accidentes, los sitios donde se encuentra el equipo de protección: extinguidotes, mangueras, regaderas, etcétera.
- Conocer las rutas de evacuación, en caso de siniestro.<sup>56</sup>

#### **Accidentes en la vía pública.**

Son causa de pérdida de vidas humanas y lesiones, tanto individuales como colectivas, son producidos principalmente por conducir con exceso de velocidad, bajo la influencia del alcohol y otras drogas, o distraerse y no respetar las señales de tránsito. Para evitar ser víctima y hacer víctimas a otros, se recomienda al conductor:

- Respetar los límites de velocidad.
- Usar los cinturones de seguridad.
- Evitar la combinación de volante con alcohol. El alcohol altera la vista, distorsiona la percepción de las distancias y retarda considerablemente los reflejos.
- No manejar el automóvil con cansancio físico, porque puede dormirse al volante. Un vehículo conducido a 50 km/h recorre 13 metros en un segundo, lo que significa que un segundo de distracción equivale a 13 metros de desviación o de recorrido peligroso lo que propicia choques y atropellamientos.
- Conserve la distancia prudente con el vehículo de adelante.
- Respete los reglamentos de vialidad, semáforos y señalamientos.
- Ceda el paso a peatones y a vehículos de emergencia.
- Dé paso al ferrocarril y al tren ligero.
- Rebase y cambie de carril con prudencia.<sup>57</sup>

<sup>56</sup> Imss. Guía para el cuidado de la salud. Opcit. p. 11

<sup>57</sup> Imss. Guía para el cuidado de la salud. Opcit. p. 12

## **Prevención de violencia.**

Cuando el hombre es agredido en forma física, verbal o emocional, o utilizando la fuerza para someterlo con la intención de causarle algún daño, se está realizando un acto de violencia en contra de él.

Si se encuentra ante un suceso o circunstancia imprevista no se altera, piense y recapacite antes de actuar, sea prudente, amable y respetuoso con las demás personas, evite el manejo de armas de fuego y punzocortantes, procure no caminar por lugares oscuros o poco transitados, no lleve objetos de valor en forma ostentosa, no salga de noche a lugares inseguros o peligrosos, de ser necesario hágalo acompañado y busque seguridad en el transporte.

La violencia se da también dentro de la familia y puede ser verbal, física, sexual, emocional o económica. La víctima frecuentemente es la mujer y el hombre en menor grado, sin embargo, sin importar el papel que se adopte, la violencia familiar es un grave y doloroso problema social.

La violencia no es natural, se aprende y se aprende y se refuerza día con día, con los ejemplos que se observan en la familia, las amistades, los vecinos y los medios masivos de comunicación.

Para prevenir la violencia familiar, se recomienda:

- Educar a los padres para que la crianza y educación de los hijos sea con amor, respeto cariño y confianza.
- El hombre debe solucionar los problemas familiares pacíficamente, con calma para su mejor razonamiento.
- El hombre debe mantener una buena comunicación familiar.
- Darle el valor y respeto a cada uno como ser humano.

- Ser ejemplo y enseñarles a sus hijos el respeto a los demás.
- Participar en la selección de los programas de televisión y actividades recreativas para evitar mensajes de violencia.
- Derivar su tensión y el estrés hacia el ejercicio físico, la música u otras actividades de esparcimiento como lectura, danza y compartirlas con la familia.<sup>58</sup>

La violencia familiar es un problema complejo para el que no existen soluciones fáciles, sin embargo, el primer paso siempre será identificar que el problema existe y tener el valor de pedir ayuda para resolverlo.

Las causas de la violencia en el hombre son múltiples, entre las más frecuentes están: alcoholismo o algún otro tipo de adicción, problemas económicos, enfermedad grave, incapacidad o muerte de algún familiar o simplemente, tener la costumbre del maltrato a la mujer, a los hijos o a cualquier persona que dependa económica o emocionalmente del jefe de la familia.<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> Imss. Guía para el cuidado de la salud. Opcit. p. 13

<sup>59</sup> Imss. Guía para el cuidado de la salud. Opcit. p. 14

### **3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

El personal de ENFERMERÍA es uno de los elementos del equipo multidisciplinario que mayor contacto tiene con el paciente, desde el momento de su ingreso al hospital y que interacciona con él y su familia en todo momento para detectar sus necesidades y cooperar de manera inmediata para la resolución de las mismas.

Por lo que las acciones que efectúan la enfermera y el paciente para prevenir o atenuar sus complicaciones y poder, mantener o restablecer la salud.<sup>60</sup>

#### **3.1 Ingreso del Paciente al servicio de Urgencias**

Cada una de las personas admitidas en una institución de salud debe ser considerada individualmente, tanto en lo que se refiere a sus necesidades personales, como a lo que se relaciona con la magnitud de su enfermedad.<sup>61</sup>

Cuando el paciente se interna por la sala de urgencias tratar sus necesidades especiales es más importante que cumplir con los procedimientos de ingreso. Una vez que ha sido tratado y asistido se procede a realizar lo siguiente:

##### **a) Admisión del Paciente:**

Es muy importante identificar al paciente desde el momento de su ingreso, ya que esto permitirá facilitar la interacción enfermera paciente, iniciándose a su vez el plan de cuidados que es de gran importancia, efectuándose la comunicación inmediata entre estos.<sup>62</sup>

Identificar completamente a nuestro paciente, disminuye un poco la ansiedad con que llega a su ingreso al Hospital, ya que siempre es angustiante para cualquier persona llegar al hospital con algún problema que le aqueje y obviamente cuando se desconoce la magnitud del problema que se tiene.

Se deberá tratar con prontitud y respeto, de una manera muy individualizada. Otorgándole tranquilidad que requiere ante su temor y angustia, así como a la de su familia.

---

<sup>60</sup> Alfaro, Rosalinda. *Opcit.*; p 96

<sup>61</sup> Fuerst y Wolf. *Principios fundamentales de Enfermería*, p. 102

<sup>62</sup> *Ibidem.*; p.104



Cumpléndose así los siguientes objetivos: Verificar la identidad del paciente y valorar su estado clínico, haciéndolo sentir tan cómodo como sea posible en su nuevo ambiente.<sup>63</sup>

#### **b) Preparación Psicológica:**

Cuando una persona se transforma en paciente y necesita la atención de los miembros de un equipo de salud, no debe considerarse repentinamente solo como un "cardíaco" o un "diabético". Es el mismo individuo que era antes de sufrir la alteración debido a su enfermedad; dinámico a su propia manera, y necesitado de atención.<sup>64</sup>

Las necesidades emocionales y espirituales de cualquier paciente son tan importantes como las físicas.

Hay disposiciones que el médico da a la enfermera y que ésta "realiza" oportunamente. El paciente, entonces, se transforma sólo en vehículo intermediario, alguien a quien "se le hace algo", sin recibir el beneficio de alguna explicación.<sup>65</sup>

Por esto se hace primordial la participación del paciente anticipadamente de cada una de las acciones que se realicen; así el paciente tendrá la oportunidad de comunicar sus inquietudes y liberarse de algunos de sus temores, convenciéndose así de que él también participa en el plan de curación.<sup>66</sup>

Todo lo anterior debe tener como principio fundamental el respeto a la individualidad del hombre, llamándolo por su nombre, ayudarlo a colocarlo en su cama, para que guarde el reposo que requiere y se coloque en una posición cómoda, ya que esto ayudará a que disminuya su ansiedad y mejore un tanto las molestias que acompañan a su padecimiento.

#### **c) Toma de Signos Vitales:**

Una vez colocado el paciente en su unidad, se procederá a la toma de los signos vitales, los cuales son sumamente importantes desde el momento de su ingreso, ya que estos nos llevarán a evaluar el estado físico, de tal forma que, nos indicaran cualquier complicación que presente nuestro

---

<sup>63</sup> Fuerst y Wolf. *Opcit.* ; p. 83

<sup>64</sup> *Idem.*; p. 34

<sup>65</sup> *Idem.*; p. 37

<sup>66</sup> *Idem.*; p. 37

paciente. Ya que el mecanismo del cuerpo que lo gobierna es extremadamente sensible a cualquier cambio de lo normal.<sup>67</sup>

**d) Administración Soluciones Intravenosas:**

Es el procedimiento ideal para la administración de grandes cantidades de líquidos al organismo, también de una forma lenta gota a gota, circunstancia que sin embargo, permite aportar 2,000-4,000cc ó más en 24 horas para hidratación de los pacientes.<sup>68</sup>

**e) Cambio de ropa personal por la hospitalaria e identificación del paciente:**

Es parte de la norma de todo hospital que en cuanto ingrese un paciente a este, debe cambiarse inmediatamente con la ropa hospitalaria, ya que ésta es parte de su identificación propia como paciente. (Siempre teniendo mucho cuidado en la custodia de sus pertenencias con las que ingresa.

El brazalete de identificación es el medio fundamental para verificar la identidad del paciente y ayuda a evitar errores en la asistencia. El brazalete debe ser cotejado antes de cualquier tratamiento, prueba diagnóstica o administración de medicamentos.<sup>69</sup>

**f) Ayuno:**

A su ingreso asegurarse de que él paciente no tome alimentos o bebida alguna el objetivo de esta medida es prevenir la broncoaspiración, que puede ocurrir cuando se regurgitan alimentos o líquidos, además de que dificulta o incluso bloquea el intercambio adecuado de aire.<sup>70</sup>

**g) Valoración del Dolor:**

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que obedece a una lesión histica real o potencial, y es la causa que con mayor frecuencia ocasiona que las personas soliciten servicios asistenciales.<sup>71</sup>

Dolor agudo de inicio reciente, se relaciona con la Fx. Ramas izquiopubicas bilaterales, Fx. Maleolar de Tobillo derecho, se requiere tratamiento y el dolor disminuye a medida en que el hueso se repara.

<sup>67</sup> Fuerst y Wolf. Op cit. ; p. 119

<sup>68</sup> Sitges Creus A. Manual de la Enfermera. Tomo II, p. 578

<sup>69</sup> Klusck Hamilton Helen. Procedimientos de Enfermería. 1ª ed; Ed. Nueva Editorial Interamericana, año 1986. p. 8

<sup>70</sup> Bruner y Suddarth. Enfermería Médicoquirúrgica. Tomo I. 8° ed. McGraw- Hill, 1997 P. 376

<sup>71</sup> Bruner y Suddarth. Op.cit. p. 182

#### **h) Tratamiento Preoperatorio de ENFERMERÍA.**

Las tareas de la enfermera relacionadas con la intervención quirúrgica de una persona, es decir, antes de la operación, comienzan con la decisión de efectuar la intervención quirúrgica y termina con el transporte del individuo al quirófano. La diversidad de actividades de enfermería en este lapso puede ser considerable, como la valoración inicial, preparación del paciente para la anestesia que recibirá y para la operación que se le practicará.<sup>72</sup>

#### **i) Solicitud de exámenes de radiodiagnóstico.**

Toda exploración radiológica debe ir acompañada de múltiples radiografías que confirmen el diagnóstico, como lo son: Rx Simple de Abdomen, Rx de Torax. A.P, Rx Pelvis, Rx Ms ls., gracias al intensificador de imágenes con su circuito cerrado de televisión, es posible comprobar las imágenes patológicas por simple radioscopia televisada.<sup>73</sup>

Se realizan con objeto de obtener la imagen estática de las diferentes partes que permiten el estudio de los detalles más significativos en ocasiones, el único elemento efectivo para establecer el diagnóstico.

#### **j) Solicitud de Exámenes de Laboratorio:**

Algunas pruebas coadyuvan en el diagnóstico temprano después del comienzo de los síntomas y signos; otras auxilian en el establecimiento del diagnóstico diferencial de varios trastornos posibles; otras más ayudan a determinar la etapa o actividad de la enfermedad. Finalmente las pruebas pueden ser de utilidad en el tratamiento del paciente. Las pruebas pueden coadyuvar a: 1) evaluar la intensidad de la enfermedad, 2) estimar el pronóstico, 3) vigilar el curso de la enfermedad (avance, estabilidad o resolución), 4) detectar reincidencias de enfermedad y 5) seleccionar medicamentos y ajustar el tratamiento.<sup>74</sup>

#### **k) Verificar el expediente clínico:**

Asegurarse que el expediente se encuentre integrado, en orden y completo, con la orden de internamiento debidamente requisitada, así como la solicitud de intervención quirúrgica, con exámenes de laboratorio y gabinete completos.

---

<sup>72</sup> Ibidem.; p 366

<sup>73</sup> Sitges Creus. A. Manual de la Enfermera Tomo I. p. 403

<sup>74</sup> Lawrence M. Tierney, Jr. Diagnóstico Clínico y Tratamiento 33ª ed. Ed. Manual moderno. 1998. p. 29

Para posteriormente trasladarlo al servicio de Quirófanos.

### **3.2 Estancia del Paciente en Quirófano:**

#### **a) fase Transoperatoria:**

Comienza cuando se recibe al enfermo en el departamento de cirugía y termina cuando se le transfiere al área de recuperación. Las tareas de la enfermera y sus actividades pueden ser tan amplias como iniciar una venoclísis, administrar medicamentos por la misma, encargarse de la amplia gama de métodos de monitorización fisiológica durante la intervención quirúrgica y emprender medidas orientadas a la seguridad del enfermo.<sup>75</sup>

#### **b) fase Postoperatoria:**

Comienza con la transferencia del operado al área de recuperación y termina con la valoración seriada en el hospital o el hogar. En la fase posoperatoria inmediata el objetivo central incluye la valoración de los efectos de los agentes anestésicos, la monitorización de los signos vitales y la prevención de complicaciones. Después, las actividades de enfermería se centran en promover la recuperación del paciente e iniciar las recomendaciones, el seguimiento y las referencias esenciales para la recuperación y rehabilitación exitosas a partir del momento en que es dado de alta.<sup>76</sup>

### **3.3 Estancia del paciente en el Servicio de Especialidades Quirúrgicas.**

Una vez realizada la intervención quirúrgica y haber superado efectos anestésicos es trasladado a su unidad en hospitalización, continuando con las acciones de enfermería mencionadas con anterioridad, agregando las que a continuación se señalan:

- a) Una vez instalado en su cama, se prepara todo el equipo y material necesario para su atención como son: equipo de termometría, de canalización intravenosa, etc.
- b) Se vigilara constantemente la permeabilidad de catéteres y sondas, así como la presencia de orina hematórica, el cambio de posiciones asistidas, ya que continuara en reposo.

---

<sup>75</sup> Brunner y Suddarth. Opcit.; p. 366

<sup>76</sup> Ibidem. p. 366

- c) Anotar con todo cuidado la evolución del paciente y hacer las anotaciones pertinentes de todo lo acontecido a nuestro paciente, así como de alguna acción específica o procedimiento realizado.<sup>77</sup>
- d) Continuar con el tratamiento establecido en las dosis y horarios indicados, así como la valoración constante del dolor y la mejoría o disminución de este.
- e) Dependiendo de la evolución del paciente se valorara la suspensión del ayuno y se iniciara la vía oral, primeramente con líquidos claros, que consisten en la supresión de todo tipo de alimento sólido, administrando agua y té, durante las primeras horas.<sup>78</sup>

Continuara posteriormente con dieta blanda: en especial frutas y verduras. Caracterizada por la supresión de alimentos con abundantes grasas, así como toda clase de especias, picantes y condimentos o cualquier sustancia que pueda imitar la mucosa digestiva.<sup>79</sup>

f) Baño y aseo: es muy tonificante para la mayoría de los pacientes cuando sufren calor, cansancio o incomodidad. Pueden sentirse estimulados o descansados después de tomarlo, al grado de dormirse posteriormente. Los efectos fisiológicos que lo acompañan serán ventajosos para nuestro paciente.

Una fricción en la piel, estimula las terminaciones nerviosas periféricas y la circulación periférica. Cuando se contraen los músculos, se facilita el retorno de la sangre al corazón. La actividad de los músculos le ayuda a mantener su tono, que es ese ligero grado de contracción siempre presente en los músculos del esqueleto.<sup>80</sup>

g) Cambios de posición asistida: la posición y el alineamiento correctos son necesarios en todo paciente.

Cuando se acompaña de cambios de posición regulares y ejercicios de amplitud completa, la posición adecuada puede fomentar la comodidad, mantener y ayudar a restablecer las funciones orgánicas, y contribuir a evitar contractura.<sup>81</sup>

h) Valorar el dolor en nuestro paciente en cuanto a intensidad, duración y que mejoría tiene con los analgésicos que se administran.

<sup>77</sup> Fuerst y Wolf. *Opcit.*; p.111

<sup>78</sup> Sitges Creus A. *Manual de la Enfermera* Tomo II, p. 542 y 554

<sup>79</sup> Sitges Creus. *Opcit.*; p. 554

<sup>80</sup> Fuerst y Wolf. *Opcit.*; p. 180

<sup>81</sup> Wiock L. King. E. M: *Técnicas de Enfermería*, p. 558- 559

- i) Se vigilaran con frecuencia los resultados de los estudios de laboratorio de control, ya que son de suma importancia para observar la disminución de sangre en orina, así como tiempos de coagulación y presencia de leucocitosis en sangre.
- j) Al ser dado de alta nuestro paciente, es sumamente relevante explicarle la importancia que tiene continuar con su tratamiento, de las medidas higiénico dietéticas que deberá seguir en casa, de asistir puntualmente a sus citas médicas, y de exámenes de laboratorio y Rx ya que con esto garantizaremos una pronta recuperación e incorporación a la vida.

## CAPITULO II: VALORACION CLÍNICA DE ENFERMERÍA

### a) Ficha de Identificación:

Nombre: S. H. M.  
Cedula: 72 00 62 08 19 3M 62 Ord.  
Edad: 17 años  
Sexo: Masculino  
Lugar de Nacimiento y Residencia: Huitzuc de los Figueroa, Gro.  
Escolaridad: Secundaria.  
Estado civil: Soltero  
Servicio: Urología  
Ocupación: Cargador.  
Persona Responsable: Madre  
No. De Cama: 726  
Religión: Católica.  
Dinámica Familiar: Familia integrada con buena convivencia.

### b) Antecedentes Heredo familiares:

Abuelos paternos sin antecedentes de importancia. Abuelos maternos con hipertensión en control y tratamiento irregular.

### c) Antecedentes Personales Patológicos:

Enfermedades propias de la infancia, tabaquismo positivo desde los 15 años de edad, alcoholismo social.

### d) Antecedentes Personales no Patológicos:

Alimentación: Balanceada en regular cantidad y calidad, tres comidas al día, dieta rica en irritantes y grasas, consumo diario de refresco.

Eliminación: Peristalsis disminuida, su patrón normal es cada 24 horas, micciones normales, ahora presenta hematuria por Sonda Foley.

Descanso: Duerme por la noche, de 6 a 7 horas diarias, refiere no tener trastornos del sueño, en esta ocasión refiere dormir poco por múltiples molestias en sitios de traumatismos.

Higiene: Buena, baño diario, se lava las manos antes de comer y después de ir al baño, lavado de dientes después de los alimentos, cambio de ropa diaria.

Esparcimiento: Actividades sociales y deportivas (fútbol).  
Otros que estén afectando el estado actual del Paciente: Ninguno.

**Ambiente Físico:**

Tipo de Habitación: Paredes de material, loza y piso de cemento, con buena iluminación y ventilación, la habitan seis personas, conviven con animales domésticos (perro, gato, gallinas.)

Cuenta con todos los servicios públicos.

Grado de conocimiento y aceptación de su padecimiento actual; si tiene conocimiento, aunque no de la magnitud real.

Posibilidades y limitaciones que el individuo tiene para participar y lograr su recuperación: Tiene todas las posibilidades y ninguna limitación.

Metas de la hospitalización actual (esperanza del paciente): lograr su recuperación integral.

**e) Padecimiento Actual:**

Lo inicia el día 11 de Marzo del 2003, seguido de accidente de trabajo, al estar sobre tarima de camión repartidor de refrescos, el vehículo se pone en movimiento (reversa) el paciente cae de manera accidental siendo atropellado por la parte trasera (llantas del vehículo) que pasan por región pélvica y miembros inferiores, presentando inmediatamente dolor intenso de dichas regiones.

**f) Exploración Física:**

A su ingreso despierto, orientado, quejumbroso, palidez de piel y tegumentos, con sangrado abundante a nivel rectal, verificándose herida abierta de aproximadamente 15 cm. en región perianal, abdomen con resistencia, duro y dolor a la palpación a nivel de marco cólico y región suprapúbica, peristalsis disminuida, miembros pélvicos: con presencia de hematomas a nivel tercio medio interno de miembro pélvico izquierdo, inflamación y dolor intenso a nivel de tobillo derecho, con presencia de escoriación en tercio interno de pierna izquierda, pulso pedial y popíteo presente, presencia de hematuria en meato uretral.

**g) Habitus Exterior:**

Paciente masculino con edad aparente igual a la cronológica, constitución media, conformación delgada, orientado en sus tres esferas neurológicas, (tiempo, persona y espacio), con facies de dolor y actitud forzada.



#### **h) Exámenes de Laboratorio y Gabinete:**

B.H; Q.S; T.P; TPT; Gpo y Rh; Rx de Abdomen, Ms Ps, Pelvis y Tórax.

Descripción de Hallazgos por Rx:

Rx. Simple de Abdomen, de decúbito.

Rx. Tórax A.P, pulmones y corazón normales.

Rx. Pelvis, fractura de ramas isquiopubicar bilaterales.

Rx. Miembros Pélvicos, fractura maleolar de tobillo derecho.

Laboratorio:

Biometría hemática: hemoglobina 9.9, Hematocrito 28.2, Leucocitos: 15.600, Linfocitos: 12, Monocitos: 2, Eosinófilos: 2, Basófilos: 0, Segmentados: 80, Banda: -4, Química sanguínea: glucosa - 95; Creatinina: .8 mg Urea: 20mg

Grupo y Rh: " O " positivo  
Tiempo de Protombina: 94%

EGO; Orina P.H: 6.0 Densidad: 1.020  
Albúmina negativo, Glucosa negativo, Acetona negativo, Bilirrubinas Negativo, Hemoglobina ++, Sedimento- numerosas células epiteliales, Leucocitos: 0, Eritrocitos: 5xc, Cilindros 0xc.

#### **i) Terapéutica Empleada.**

- 1.- Sol. Hartman 1000 cc carga rápida  
Sol. Glucosada al 5% 1000 CC C/8 hrs.  
Sol. Mixta 1000 cc C/8 hrs  
Sol. Hartman 1000 cc C/ 8 hrs
- 2.- Metronidazol 500mg I.V-C/8 hrs
- 3.- P.S.C 5000 000 U.I I.V C/6 hrs.
- 4.- Dorixina 1 ampula I.V C/6 hrs.
- 5.- Ranitidina 1 ampula I.V C/8 hrs
- 6.- Metoclopramida 1 ampula I.V C/8 hrs
- 7.- Vitamina K 10mg I.V C/ 12 hrs.
- 8.- Cefotaxima 1 gramo I.V C/8 hrs

### **CAPITULO III: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.**

- 1.- Alteración de la comodidad por dolor y molestias a causa de los traumatismos presentes.
- 2.- Riesgo de infección relacionado por la presencia de herida y excoiación (deterioro de la integridad de la piel.)
- 3.- Deterioro potencial de la integridad cutánea por presencia de hematomas e inflamación.
- 4.- Riesgo de alterar su estado de salud por estilo de vida negativo ante el consumo de tabaco y alcohol.
- 5.- Alteraciones nutricionales: ingestión inadecuada grasa, irritante, refresco.
- 6.- Miedo a una posible alteración de la función sexual y miembros inferiores.
- 7.- Déficit de cuidados personales por limitación de la capacidad para realizar las actividades cotidianas.
- 8.- Intranquilo y angustiado por temor a la Enfermedad o a la muerte, ante desconocimiento de su enfermedad.
- 9.- Déficit de conocimiento acerca de los procedimientos y pruebas diagnósticas.

## **CAPITULO IV: PLANIFICACION, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Contribuir a que el paciente se reincorpore a su familia y sociedad, proporcionándole atención de ENFERMERÍA holística con relación a sus necesidades y padecimiento, logrando su participación activa a través de acciones educativas y de fomento para la salud. Esperando con esto, disminuir los factores de riesgo que propicien complicaciones agregadas, mantenerlo informado acerca de su padecimiento tratamiento y evolución a fin de que el paciente participe con el equipo de salud y a la vez se sienta tranquilo, protegido y seguro.

### **PROBLEMA Y/ O NECESIDAD**

Alteración de la comodidad.

### **MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA**

- Dolor (parestias- sensación de hormigueo o dolor quemante.)
- Molestias (entumecimiento)
- Edema

### **RAZÓN CIENTÍFICA DEL PROBLEMA**

El traumatismo, inflamación o aparatos de inmovilización pueden interrumpir la perfusión de tejido. El estado neurovascular (es decir color, temperatura, llenado capilar, pulso, dolor, edema, parestesia, movimiento) de la extremidad se debe valorar con frecuencia. Si se nota circulación comprometida, se instituyen medidas para restaurar la circulación adecuada.

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 1) Evaluar el tipo y localización del dolor y la molestia del paciente.

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 1) El dolor espontáneo y la presión, es normal con las fracturas y lesiones hísticas; los espasmos musculares surgen como respuesta a la lesión e inmovilización.

### **ACCIÓN DE ENFERMERÍA**

- 2) Evaluar las molestias.

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 2) La valoración del dolor permite tener datos de base para la planeación de las intervenciones de ENFERMERÍA.

### **ACCIÓN DE ENFERMERÍA**

- 3) Emplear medidas de control del dolor
  - a) inmovilizar y apoyar el área lesionada
  - b) realizar los cambios de posición con suavidad
  - c) elevar la extremidad lesionada
  - d) vigilar el edema y el estado neurovascular
  - e) administrar analgésicos según órdenes médicas en los inicios del dolor.
  - f) Sugerir el uso de técnicas de relajación.

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 3)
  - a) Se previenen lesiones adicionales y se minimizan los movimientos de los fragmentos óseos.
  - b) Disminuyen los espasmos musculares.

- c) Se controla el edema al facilitar el drenaje.
- d) El edema y la hemorragia en los tejidos traumatizados causan molestias; el dolor que no cede suele indicar el síndrome de compartimiento aponeurótico.
- e) Los analgésicos alivian el dolor posfractura; el control del síntoma es más eficaz al inicio del ciclo del dolor.
- f) Se modifica la experiencia dolorosa.

#### **ACCIÓN DE ENFERMERÍA**

- 4) Explicar las medidas de ENFERMERÍA para control de dolor, edema y lesiones hísticas adicionales.

#### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 4) Las lesiones hísticas causan dolor; la inmovilización disminuye las molestias al evitar los movimientos de los fragmentos óseos; la comprensión de la causa del dolor reduce la percepción de éste por el paciente.

#### **ACCIÓN DE ENFERMERÍA**

- 5) Alentar los ejercicios activos y pasivos de amplitud de movimiento de articulaciones no inmovilizadas; alentar los cambios de posición dentro de los límites que imponga el dispositivo de inmovilización.

#### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 5) La presión sobre las prominencias óseas el desuso contribuyen a las molestias.

### **ACCIÓN DE ENFERMERÍA**

6) Minimizar el tiempo que la extremidad lesionada está en posición pendiente.

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

6) El edema surge en los tejidos lesionados cuando están en posición pendiente y contribuye a las molestias.

### **EVALUACIÓN**

- El paciente describe las molestias.
- Mantiene elevada la extremidad con fractura.
- Controla el edema y el estado neurovascular es satisfactorio.
- El paciente utiliza técnicas de relajación.
- Demuestra los métodos de control de dolor y edema.
- Realiza los ejercicios activos y pasivos de amplitud de movimientos de las articulaciones.

## **PROBLEMA Y / O NECESIDAD**

Riesgo de infección.

## **MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA**

- Herida abierta región perianal.
- Excoriación pierna izquierda.

## **RAZÓN CIENTÍFICA DEL PROBLEMA**

Defensas primarias inadecuadas, las roturas de la piel, tejidos lesionados, acción ciliar disminuida, estasis de líquidos corporales, cambios en el pH de las secreciones, peristalsis alterada.

Defensas secundarias inadecuadas, incluidas la disminución de la hemoglobina, leucopenia, inmunodepresión o respuesta inflamatoria inhibida.<sup>82</sup>

## **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 1) Explicar los factores de riesgo que sitúan al cliente en riesgo de desarrollar una infección.

## **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 1) El conocimiento personal de las conductas de riesgo puede producir cambios de comportamiento que reducen el riesgo.

---

<sup>82</sup> B. Kozier. Op.cit.; p. 718

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 2) Cubrir la herida con un apósito de gasa estéril y seca. Asegurarse que ninguna superficie cutánea entra en contacto con otra.

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 2) Al reducir la humedad en la herida de región perianal, disminuye el riesgo de infección.

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 3) Enseñar al cliente acerca de:

- El objetivo de los fármacos ( p. ejem; la terapia antibiótica profiláctica)
- El control del estado de salud ( p. ejem; las constantes vitales, la auscultación pulmonar)
- Las curas de la herida y otros protocolos de intervención (p. ejem; cambios posturales frecuentes.)

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 3) La comprensión del paciente facilita el cumplimiento y la participación total en el régimen terapéutico.

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 4) Llevar a cabo las precauciones asépticas apropiadas y justificadas.



#### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

4) Las precauciones apropiadas reducen el riesgo de transmisión de microorganismos al cliente y de los de éste a otros.

#### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

5) Controlar las constantes vitales y el color de la piel en cada turno, o con más frecuencia, para detectar cambios que podrían indicar la presencia de una infección.

#### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

5) El aumento de la temperatura corporal, el enrojecimiento de la piel, y las frecuencias cardíaca y respiratoria aumentadas pueden indicar una infección sistémica.

#### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

6) Valorar las cifras de los análisis de sangre para detectar indicios de infección.

#### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

6) Un recuento leucocitario elevado, una velocidad de sedimentación de los eritrocitos elevada y un cultivo de sangre positivo son indicativos de infección.

#### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

7) Fomentar la cicatrización de la herida.

- Fomentar una dieta bien equilibrada y una adecuada ingesta de líquidos.

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

7) Una alimentación e hidratación óptima mejora la salud general favoreciendo la cicatrización de cualquier herida.

### **EVALUACIÓN**

Verbaliza la comprensión de los factores de riesgo individuales relacionados con el riesgo de infección, comprende las medidas de precaución que se llevan a cabo para prevenir o reducir el riesgo de infección.

Permanece libre de infección durante la hospitalización, manifestado por:

- Ausencia de signos de infección sistémica (tiene las constantes vitales normales, la velocidad de sedimentación de leucocitos y eritrocitos es normal y no presenta escalofríos, malestar, o letargo).

## **PROBLEMA Y / O NECESIDAD**

Deterioro de la integridad cutánea.

## **MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA**

- Presencia de hematoma miembro inferior izquierdo.
- Inflamación y dolor tobillo derecho.

## **RAZÓN CIENTÍFICA DEL PROBLEMA**

La rotura resultante de muchos vasos pequeños produce sangrado en los tejidos blandos. Los hematomas se desarrollan cuando el sangrado es suficiente como para provocar una acumulación apreciable de sangre.

## **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 1) Aplicación intermitente de frío durante 20 a 30 minutos durante las 24 a 48 horas después de la lesión.

## **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 1) Produce vasoconstricción, que reduce el sangrado, el edema y las molestias.

## **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 2) Vendaje elástico de compresión.

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

2) Controla la hemorragia, reduce el edema y proporciona apoyo para los tejidos lesionados.

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

3) Después de la etapa inflamatoria aguda (de 24 a 48 horas después de la lesión) se aplica intermitentemente calor (de 15 a 30 minutos cuatro veces al día).

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

3) alivia el espasmo muscular y favorece la vasodilatación, absorción y curación.

### **EVALUACIÓN**

Conserva los signos vitales dentro de la escala normal. El paciente señala molestias mínimas y desaparece el hematoma. Participa en la aplicación de terapia antiinflamatoria.

## **PROBLEMA Y /O NECESIDAD**

Riesgo de alterar su estado de salud por estilo de vida negativo ante el consumo de tabaco y alcohol.

## **MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA**

- Consumo diario de cigarrillos en cantidad (5) al día por lo regular.
- Ingesta de bebidas alcohólicas cada fin de semana.

## **RAZÓN CIENTÍFICA DEL PROBLEMA**

El estilo de vida y los comportamientos también tienen efectos negativos sobre la salud. Es durante esta etapa de la adolescencia cuando el hombre o la mujer se inician en el consumo de drogas, generalmente por "curiosidad". Existe un alto riesgo de que la gran mayoría quede atrapada en la adicción, sobre todo cuando se viven situaciones de falta de afecto y desintegración familiar. Las adicciones son un problema muy serio a nivel individual, familiar y social. La conducta adictiva va en aumento con todo lo que conlleva. Problemas de salud, accidentes, violencia y desintegración familiar. Son varias las causas que lo provocan, pero destaca la de origen social, económico, psicológico y biológico. A largo plazo el consumo de estos provoca: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer pulmonar, infarto agudo al miocardio, enfermedad cerebrovascular y cirrosis hepática, entre otros.<sup>83</sup>

---

<sup>83</sup> Imss. Guía para el cuidado de la salud. Opcit. p.12-14

## ACCIONES DE ENFERMERÍA

Promoción de la salud mediante educación del bienestar y prevención de enfermedades, a través de servicios de salud preventiva y educación sanitaria.<sup>84</sup>

La prevención de las adicciones durante la adolescencia se sustenta fundamentalmente en tres acciones:

1. Educación para la salud, que busca llevar el conocimiento sobre lo que son las drogas psicoactivas, los tipos de drogas que existen y los efectos indeseables que pueden ocasionar.
2. Promover la autoestima y la asertividad, para que los adolescentes se respeten a sí mismos y aprendan a decir no, cuando así lo convenga.
3. Participación de la comunidad, empezando por la familia, para que se promuevan alternativas que generen placer sin riesgo (deporte, cultura y bienestar).<sup>85</sup>

## EVALUACIÓN

La enfermera aumenta el grado de conocimientos del cliente y familia sobre el impacto potencial de conducta sobre la salud, explica los principios psicológicos del cambio de hábitos y ofrece información sobre los riesgos para la salud.

El individuo está motivado para adoptar programas de salud específicos, y decide cambiar las conductas de estilo de vida, a cuidarse de manera sana dado que con esto tiene la capacidad de aumentar su calidad de vida. La familia se sensibiliza ante la situación y propone a colaborar a fin de erradicar estas conductas negativas en los miembros del núcleo familiar.

---

<sup>84</sup> Potter - Perry, Tomo 1º OpCit. p. 14-15

<sup>85</sup> Imss. Guía para el cuidado de la salud. OpCit. p. 15

## **PROBLEMA Y /O NECESIDAD**

Alteraciones nutricionales: ingestión inadecuada en cantidad y calidad de grasas, irritantes, refrescos.

## **MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA**

- Consumo diario de irritantes, grasas, refresco.

## **RAZÓN CIENTÍFICA DEL PROBLEMA**

Durante la adolescencia la alimentación debe ser suficiente en energía, tomando en cuenta el género, estatura y la actividad física que se desempeñe. Una alimentación completa debe incluir diariamente cereales y tubérculos, frutas y verduras, alimentos de origen animal y leguminosas y guardar un equilibrio de las sustancias nutritivas, como son las proteínas, carbohidratos y grasas. La alimentación debe ser variada e higiénica.<sup>86</sup>

## **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

Proporcionar información a paciente y familia sobre los grupos de nutrientes que se encuentran en los alimentos, y que son aprovechados por el organismo para su correcto funcionamiento.

## **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

Para cubrir las necesidades nutritivas es necesario que los alimentos que incluya en su alimentación diaria contengan sustancias como:

- Proteínas. Ayudan a formar y reponer los músculos, la piel, la sangre, el cabello, huesos; además son importantes para combatir las infecciones. Las proteínas las obtenemos de la carne, leche, queso, pescado, frijol, lentejas y habas.

---

<sup>86</sup> Inss. Guía para el cuidado de la salud, hombre de 20 a 59 años; Prevenimss 2000. p 18

- **Azúcares.** Dan energía para tener fuerza, desarrollar las actividades diarias: correr, jugar, trabajar y estudiar. Los encontramos en los cereales como: maíz, trigo, arroz, avena, cebada y en otros alimentos como papa, camote, miel, cajeta.
- **Grasas.** Proporciona energía y sirven para regular la temperatura del cuerpo, protegen al riñón y corazón, dan forma al cuerpo humano llevan las vitaminas a su destino. Están presentes en crema, mantequilla, tocino, y en aceites de origen vegetal como el de maíz, olivo, girasol y cártamo entre otros.
- **Vitaminas y Minerales.** El organismo las requiere en pequeñas cantidades y ayudan a:
  1. **Vitamina "A".** Mejorar la resistencia del cuerpo contra las infecciones, protege la vista. Esta vitamina esta contenida en verduras y frutas como: zanahoria, espinacas, acelgas, brócoli, papaya, zapote, chabacano, melón; así como en leches, queso, hígado, yema de huevo.
  2. **Vitamina "C".** Evita enfermedades respiratorias, favorece la cicatrización de heridas, evitar el sangrado de encías y la encontramos en frutas y verduras como: guayaba, fresa, piña, naranja, toronja, mandarina, lima, jitomate, pimiento morrón, chile, brócoli, espinacas y berros.
  3. **Vitamina "E".** Protege al organismo de diversos tóxicos que se encuentran en el medio ambiente, como el plomo, mercurio y el ozono. Esta vitamina la podemos encontrar en aceite de origen vegetal, como el de maíz, en cereales integrales y en pescados.
  4. **Ácido fólico.** Componente que ayuda a la formación de la sangre y evita la anemia. Los alimentos que lo contienen son: hígado, huevo, carne, acelgas, quelites, brócoli, trigo integral, nueces y avellanas.



5. Hierro. Es otro componente esencial de la sangre. Este sirve para llevar el oxígeno a todo el cuerpo, ayuda a mejorar el rendimiento y el aprendizaje; lo obtenemos de frijol, lentejas, garbanzo, hígado, yema de huevo, nopal, chiles secos, espinacas, berros, betabel y alfalfa.
6. Calcio. Es un mineral indispensable en la formación y crecimiento de los huesos, y es valioso para las funciones musculares normales y la coagulación de la sangre y está presente en la leche, tortillas, sardina, chajales, quesos, berros, semillas de girasol, nueces y almendras.<sup>87</sup>

### **EVALUACIÓN**

Verbaliza la comprensión de la importancia de la nutrición que es el proceso a través del cual el organismo aprovecha o utiliza los nutrientes de los alimentos que consume. Su familia amplía sus conocimientos en cuanto a alimentación adecuada y propone modificar sus hábitos alimenticios.

- Acepta la dieta que le es ofrecida en su estancia hospitalaria.

---

<sup>87</sup> Imss. Guía para el cuidado de la salud. Opcit. p.16-17

## **PROBLEMA Y / O NECESIDAD**

Alteración de los patrones de sexualidad.

## **MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA**

Temores y preocupaciones.

## **RAZÓN CIENTÍFICA DEL PROBLEMA**

El cliente necesita una información exacta pero concisa. El profesional de ENFERMERÍA puede explicar lo que es normal; de que modo algunas situaciones médicas, tratamientos, lesiones o intervenciones quirúrgicas pueden afectar a la sexualidad y a la función sexual.<sup>39</sup>

## **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 1) Indicar al individuo los efectos de la cirugía en la función sexual.

## **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 1) Las modalidades terapéuticas pueden modificar la función sexual, pero cada una se valora por separado en lo que respecta a sus efectos en una paciente particular.

## **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 2) Ofrecer intimidad y dar al cliente suficiente tiempo para expresar sus preocupaciones.

---

<sup>39</sup> B. Kozier, G. Erb Fundamentos de enfermería 5º ed; Vol. 1º Ed. McGraw- Interamericana 1999 p. 370

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

2) Los clientes se sienten más cómodos si comentan en privado cuestiones íntimas, embarazosas o que les libere de culpas, y necesitan tiempo para expresarlas verbalmente.

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

3) Incluir a la compañera para que entienda mejor e identifique otras técnicas satisfactorias para ambos.

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

3) A menudo los vínculos en la pareja se refuerzan con la identificación y apoyo en aspectos que no se habían considerado antes de la enfermedad.

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

4) Escuchar de forma activa.

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

4) Ayuda a ratificar que se ha comprendido correctamente el mensaje del cliente.

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

5) Valorar hasta qué punto el cliente entiende los motivos del cambio en la función sexual o el deseo sexual.

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 5) Permite a la enfermera identificar la información errónea y centrarse en la información que el cliente necesita.

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 6) Crear un plan docente que proporcione información apropiada (p. ejemp, necesidad de limitar la actividad sexual, modificar la postura o el método de actividad sexual, efectos de la medicación prescrita sobre la función sexual.)

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 6) El plan garantiza que se proporcione toda la información necesaria.

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 7) Fomentar una comunicación abierta entre el cliente y su pareja.

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 7) Les ayuda a expresar verbalmente satisfacción o insatisfacción con el plan de cuidados.

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 8) Analizar lo que opinan el cliente y su pareja en relación con los métodos alternativos de actividad sexual (p. ejemp, estimulación urogenital y masturbación mutua).

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

8) Sentimientos adversos sobre métodos alternativos concretos imponen cambios inapropiados para estas personas en concreto.

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

9) Remitir al cliente al sitio adecuado cuando esté indicado, ejemplo: psicoterapeuta.

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCION**

9) Es posible que el paciente necesite una evaluación y tratamiento especializado. Las dificultades sexuales no resueltas requieren intervenciones que están fuera del ámbito de la práctica de enfermería.

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

10) Reafirmar la necesidad de un acercamiento y expresiones de cariño, implicar a la pareja del paciente en el contacto físico y explorar formas alternativas de expresión sexual diferentes al coito.

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

10) El placer y la satisfacción sexual no están limitados al coito. Otras expresiones de sexualidad y cariño pueden resultar incluso más significativas y satisfactorias. Las formas alternas de expresión sexual son aceptables.

## **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

11) Analizar el papel de dar y recibir amor, calidez y afecto.

## **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

11) De acuerdo con la etapa de madurez, la sexualidad significa cosas distintas para diferentes personas.

## **EVALUACIÓN**

Expresa sus preocupaciones acerca del patrón de sexualidad alterado.

Comprende los factores relacionados con el patrón de sexualidad alterado y modos alternativos de afrontar la expresión.

Expresa su satisfacción con los cambios propuestos en los modos de expresión sexual.

## **PROBLEMA Y / O NECESIDAD**

Déficit de cuidados personales.

## **MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA**

- Sudor, mal olor.
- Piel seca.
- Mal aliento

## **RAZÓN CIENTÍFICA DEL PROBLEMA**

La higiene personal es el autocuidado por el que las personas realizan funciones tales como el baño, la higiene general del cuerpo y el aseo personal. La higiene es una cuestión muy personal que esta determinada por los valores y las prácticas individuales. La higiene implica el cuidado de la piel, el cabello, las uñas, los dientes, las cavidades oral y nasal, los ojos, las orejas, y las zonas perianal y genital.

## **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

1) Discutir los procedimientos de aseo de la institución con el cliente, y tener en cuenta sus preferencias personales (p. ejem: baño o ducha) productos de aseo que prefiere y mejor momento para llevar a cabo los cuidados.

## **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

1) La sensación de control aumenta el amor propio y la autoestima. Los dispositivos asistenciales pueden mejorar la capacidad de autocuidado y aumentar la sensación de control que tiene el paciente sobre su vida.

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 2) identificar claramente el nivel funcional del cliente para el baño/higiene.

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 2) Esto evita sobrecargar al grado de energía y las capacidades del cliente, y promueve toda la independencia que sea posible.

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 3) Permitir que el paciente conserve su autonomía y dignidad cuando se le brindan los cuidados necesarios.
  - a) proporcionar intimidad adecuada.

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 3) El fomento de la autonomía mejora la sensación de dignidad y bienestar general. Un ambiente agradable y seguro puede reducir la ansiedad y aumentar las capacidades de autocuidado.

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 4) Involucrar a los familiares y servicios de apoyo en la medida necesaria y apropiada.

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 4) La incapacidad asociada a la enfermedad puede interferir con la capacidad del paciente de cuidar de sí mismo. Otras personas pueden ayudar al lesionado en las actividades cotidianas de cuidados personales.



### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 5) Crear un plan de enseñanza para el paciente y su familia y dar instrucciones específicas sobre los siguientes aspectos;
  - a) Dieta
  - b) Progresión de actividades
  - c) Ejercicio
  - d) Vigilancia de la temperatura corporal.
  - e) Régimen medicamentoso

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 5) Cada paciente tiene necesidades propias de aprendizaje. Esto puede ayudar a mantener la estructura familiar existente y su función como unidad de apoyo.

### **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 6) Hacer que la familia participe en todas las sesiones de enseñanza.

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 6) El miembro de la familia encargado de la asistencia en el hogar suele sentir angustia y necesita tiempo para aprender. La planificación y jerarquización puede ayudar a mantener la integridad familiar y reducir el estrés.

## **EVALUACIÓN**

Comenta la lesión y los efectos que ésta tiene en su vida.

Utiliza los recursos y mecanismos de adaptación disponibles para modificar la tensión emocional.

El paciente y familiar identifican los cambios necesarios en el estilo de vida a causa del régimen terapéutico.

Participa en la elaboración del plan asistencial.

Participa en las actividades cotidianas.

Muestra el uso correcto de las modalidades terapéuticas y dispositivos auxiliares.

Logra un nivel apropiado de cuidados personales en el hogar.

## **PROBLEMA Y / O NECESIDAD**

Intranquilo y angustiado. (Ansiedad)

## **MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA**

- Temor al padecimiento que presenta.
- Temor al internamiento.

## **RAZÓN CIENTÍFICA DEL PROBLEMA**

La tensión y la ansiedad aumentan la percepción propia del dolor.

Los pacientes hospitalizados suelen tener reacciones emocionales inesperadas a su padecimiento: El miedo a la enfermedad o a la muerte es una sensación que se debe enfrentar al entrar al hospital, sufrir una enfermedad en la casa o ser llevado a un hospital en situaciones que producen temor y ansiedad. Al convertirse en un caso o un número, en lugar de una persona.<sup>36</sup>

## **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 1) Valorar la causa del temor que experimenta nuestro paciente a su ingreso y durante su hospitalización.

## **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 1) El ambiente desconocido para el enfermo y una sensación de aislamiento puede provocar estrés al recién llegado. Para las

---

<sup>36</sup> Sheik L. King E. M. Técnicas de Enfermería, p. 7 y 8

personas hospitalizadas es de gran importancia la capacidad para obtener asistencia rápida.

El mantener a la familia informada puede atenuar la ansiedad y facilitar la adaptación al hospital.

### **ACCIÓN DE ENFERMERÍA**

- 2) Calmar la intranquilidad del paciente, con respecto a su miedo por lo desconocido.

### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 2) Mucha gente en un momento siente cara a cara la realidad de su propia mortalidad, su conducta puede ser influida por los valores que la sociedad confiere a la enfermedad y a la muerte. La enfermera debe permitir al paciente que exprese sus sentimientos acerca de estos temas y dar respuesta honesta a sus preguntas. Una necesidad importante para cada enfermo es sentirse aceptado como miembro valioso de la sociedad, sin que se tome en cuenta su condición física.<sup>37</sup>

La enfermera puede expresar su interés por el paciente de muchas formas, por ejemplo: tocándolo con delicadeza o escuchándolo con atención. Antes que un enfermo se acepte a sí mismo, debe sentirse la aceptación de los demás.

### **ACCIÓN DE ENFERMERÍA**

- 3) Inspirar confianza a nuestro paciente y familia.

---

<sup>37</sup> Sheik L. King E. M. Técnicas de Enfermería, p. 7 y 8

## **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 3) Proporcionar al paciente y familia explicaciones amables acerca de las normas del hospital relativo a objetos de valor, horas de visita, televisores, teléfonos y cualquier otro elemento que pudiera disminuir su aprehensión y aumentar su comodidad.

También explicar las rutinas dentro del hospital. Cuando el paciente sabe lo que puede esperar se reduce el temor y aprehensión innecesarios, lo que permite concentrar su energía en la adaptación a la experiencia hospitalaria.

Proporcionar toda información al momento de ingresar el enfermo dentro del contexto de su importancia para él.<sup>38</sup>

## **EVALUACIÓN**

El temor y la ansiedad que presentaba el paciente disminuyó, se ve confiado y coopera satisfactoriamente. No es así cuando no se le explica primeramente o anticipadamente lo que se le va a realizar.

Se torna hosco, rechazo de primera intención, pero se logra avanzar cuando se retoma lo ya mencionado.

---

<sup>38</sup> Sheik L. King E. M. Técnicas de Enfermería, p. 7 y 8

## **PROBLEMA Y / O NECESIDAD**

Déficit de conocimiento acerca de los procedimientos y pruebas diagnósticas.

## **MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA**

- Temor
- Intranquilidad
- Incremento de la tensión muscular

## **RAZÓN CIENTÍFICA DEL PROBLEMA**

Todas las personas, sin importar la amplitud y el tipo de disfunción que padezcan de las vías renales y urinarias, son sometidas a pruebas para valorar la función de dichas vías. Incluso los sujetos sometidos a estas pruebas de manera repetida en el pasado, tienen temor y aprensión acerca del procedimiento y sus resultados. Además es común que sientan molestias y vergüenza relacionadas con una función privada y personal. Aunque el personal asistencial tiene que ver con dicha función de manera muy frecuente en el curso de la prestación de sus servicios, es importante recordar que este tipo de situaciones no es habitual para el paciente.<sup>35</sup>

## **ACCIONES DE ENFERMERÍA**

- 1) Evaluar el nivel actual de comprensión que tiene el sujeto respecto de las pruebas y procedimientos planos.

## **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 1) Sirve de base para explicaciones y enseñanzas ulteriores e indica las percepciones que tiene el paciente de los procedimientos. A mayor información que se les brinda a los pacientes de sus padecimientos y

---

<sup>35</sup> Brunner y Suddarth Enfermería médico quirúrgica, Vol. II 8º, ed; Ed. McGraw- Hill Interamericana. 1997, p.1150

procedimientos a realizar tendrán una actitud positiva, participativa, favoreciendo su tratamiento.

#### **ACCIÓN DE ENFERMERÍA**

- 2) Informarle sobre datos de las pruebas con lenguaje y términos que entienda.

#### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 2) Si comprende, es posible que sea más fácil que se anime a cumplir el tratamiento y participar en su autocuidado, lo que ocurrirá que aumente la cooperación y el acatamiento de medidas terapéuticas por parte del sujeto.

#### **ACCIÓN DE ENFERMERÍA**

- 3) Evaluar la comprensión del paciente respecto de los resultados de las pruebas después de realizarlas.

#### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 3) La aprensión suele obstaculizar la capacidad de comprensión de la información y de los resultados terapéuticos que aportan el médico y otros profesionales.

#### **ACCIÓN DE ENFERMERÍA**

- 4) Reforzar la información dada al enfermo acerca de los resultados de las pruebas y las consecuencias para la asistencia subsecuente.

#### **RAZÓN CIENTÍFICA DE LA ACCIÓN**

- 4) Permite que se aclaren puntos y que el paciente prevea la asistencia ulterior.

## **EVALUACIÓN**

Expresa los fundamentos de los procedimientos diagnósticos planeados y las tareas y conductas que se esperan durante ellos, acata las instrucciones para los procedimientos requeridos para la evaluación diagnóstica.

Expresa con sus propias palabras, los resultados de la evaluación diagnóstica.

Pide aclaración de términos y procedimientos.

**ESTA TESIS NO SALI  
DE LA BIBLIOTECA**



## CONCLUSIONES

- El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de politraumatizado con sección de uretra posterior en este paciente fue determinante para el buen pronóstico del mismo.
- La valoración diaria por parte del personal médico ante cualquier eventualidad es importante, para actuar en consecuencia.
- La aplicación oportuna de la terapéutica y de los cuidados integrales por parte de ENFERMERÍA contribuyó al restablecimiento del paciente.
- Fue fundamental revisar la bibliografía sobre traumatismo de uretra masculina para poder brindar atención oportuna y de calidad y de Proceso Atención de ENFERMERÍA para conocer cada uno de las etapas que lo componen y así facilitar la elaboración del mismo.
- Me permitió reconocer que nos mecanizamos tanto en las actividades diarias a realizar, que nos olvidamos de retomar y efectuar las acciones con fundamento científico, con respeto, honestidad y con un alto sentido humano para lograr la satisfacción de nuestro principal objetivo, nuestro paciente.
- El paciente tuvo una evolución favorable, gracias a los esfuerzos unidos de personal de salud, del propio paciente y familia que estuvieron muy cooperadores con el tratamiento.
- Las condiciones a su egreso fueron buenas, la reconstrucción de la uretra se planeo a los tres meses, en la cual se reconstruyo en una sola etapa con la extirpación directa del área estrecha y anastomosis del bulbo de la uretra directamente con el vértice de la próstata, lo que propicio que quedarán complicaciones en uretra, impotencia e incontinencia por un corto tiempo debido al debilitamiento del aparato urinario.

## SUGERENCIAS

- Deja como enseñanza lo relevante que es la realización de dicho proceso en cada uno de nuestros pacientes y lo importante que es la participación del mismo durante su atención.
- Sugiero se realicen procesos de atención de ENFERMERÍA de los principales padecimientos en cada uno de los servicios del hospital para tener una fuente de consulta y facilite el desarrollo o realización de las actividades propias del Proceso Atención de ENFERMERÍA.
- Es recomendable que el personal de ENFERMERÍA tenga una visión holística en cuanto a la implantación de procesos de atención de enfermería dentro de las instituciones de atención médica de los diferentes niveles ya que con ello se contribuirá a fortalecimiento de la profesión de ENFERMERÍA

## BIBLIOGRAFIA

Alfaro Rosalinda, Aplicación del Proceso de Enfermería.

Ed. Doyma, Barcelona España, 1989; p. 96.

Bayler Raff Ellen, Lloyd Zusi Mary, Consultor de enfermería clínica.

Ed. Océano/Centrum, p. 237- 40.

Brunner y Suddarth, Enfermería Médico Quirúrgica. Vol. I y II

8ª ed; Ed. Interamericana McGraw- Hill, 1997, p. 366 -1168.

Cedric M.Smith, M. Reybard Alan, Farmacología.

Ed. Medica Panamericana, 1993, p 735.

C. Smeltzer, G. Bare Brenda, Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y

Suddarth. Vol. I y II, 7ª ed. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill, 1994, p.

182,366

Deane A. Traumatismo de las vías Urinarias Bajas. BMJ (de. Esp.) 1991;

1:50-52

Emil A. Tangho. Jack W. Mc Aninch. Urología General de Smith.

11a ed. Ed. El Manual Moderno 1997. p. 14 -336.

Fuerst Wolf, Principios Fundamentales de Enfermería. 12ª, ed, Ed. La

prensa Médica Mexicana, 1980, p. 34 - 370.

Imss. Guía para el cuidado de la salud, hombre de 20 a 59 años:

Prevenimss 2000. p 3-14.

Jenkins BJ, Badenoch DF, Fowler CG, Blandy JP. Long-term results of urethral injuries in males caused by external trauma.

Br J Urol 1992; 70:73

Klusek Hamilton Helen, Bowen Rose Minnie, Procedimientos de Enfermería. 1ª ed; Ed. Nueva Editorial Interamericana, año 1986. p 8

Lawrence M Tierney Jr. Diagnóstico Clínico y Tratamiento.

33ª ed. Ed. Manual Moderno. 1998. p. 29

L. J. Cardenito, Planes de cuidados y documentación en enfermería. 1ª ed;

Ed. McGraw-Hill – Interamericana de España, 1994. p. 5- 54

Potter / Perry, Fundamentos de enfermería. volumen 1, 5ª ed; Ed. Harcourt

/ Océano. 2001. p. 6-151

Schneider. R.E Traumatismo Genitourinario En: Marx JA eds. Avances en

Traumatología. Clínicas de Medicina de Urgencias de Norteamérica (de.

Esp) Madrid: Interamericana McGraw Hill 1993; 1: 157-155

Sitges Creus A, Manual de la Enfermera tomo I y II

3ª ed. S.A. Barcelona, Ed. Toray, 1978, p. 542 - 578.

Wieck L. King. E. M; Técnicas de Enfermería Manual Ilustrado.

3ª ed; Ed. Interamericana McGraw-Hill 1998. p. 558 -59