

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

**FRACTURA DE TOBILLO IZQUIERDO EN SUPINACION-  
ADDUCCIÓN O LESION TIPO A.**

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

**CLAUDIA JUÁREZ MIRANDA**

**40307904-3**

**DIRECTOR ACADEMICO:  
LIC. EN ENF. FEDERICO SACRISTAN RUIZ**

**México, D.F., Agosto del 2007.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## DEDICATORIA

*Todo mi agradecimiento al creador por concederme talento  
y entendimiento a mi ser, a mis padres y hermanos por su  
amor y apoyo.*

*A mi familia, amigos y maestros por su motivación,  
comprensión y contribución en mi formación  
profesional.*

## INDICE

Introducción.....	5
Justificación.....	7
Metodología.....	8
Objetivos.....	9
a) General.....	9
b) Especifico.....	9
<b><i>I. - MARCO TEORICO</i></b>	
1) Enfermería.....	10
2) Cuidado.....	19
3) Proceso Atención Enfermería.....	27
4) Etapas de Proceso Atención Enfermería	
4.1.-Valoración.....	30
4.2.- Diagnósticos.....	35
4.3.- Plantación.....	36
4.4.- Ejecución.....	39
4.5.-Evaluación.....	40
5) Modelo Conceptual de Virginia Henderson.....	42
6) PAE y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson.....	51
7) Taxonomía diagnóstica la NANDA y el Modelo de V. Henderson.....	53
8) Fractura.....	55
a) Definición de fractura de tobillo.....	58
b) Clasificación de las fracturas de tobillo.....	58
c) Etiología de fractura de .tobillo.....	59
d) Fisiopatología de fractura de tobillo.....	61
e) Tratamiento de fractura de tobillo.....	64
f) Rehabilitación.....	77
g) Complicaciones de fractura de tobillo.....	79
h) Medidas preventivas de fractura de tobillo.....	79
i) Cuidados de enfermería.....	80
<b>II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA</b>	
1) Valoración de Enfermería.....	82

2) Valoración por necesidades de acuerdo a	
Virginia Henderson.....	85
3) Jerarquizacion de necesidades.....	88
4) Plan de Cuidados.....	89
Conclusiones.....	105
Sugerencias.....	106
Bibliografía.....	107
Glosario.....	113
Anexos.....	116

## **INTRODUCCION**

En este Proceso Atención de Enfermería (PAE), es aplicado a un paciente con fractura de tobillo izquierdo en supinación-aducción, donde se toma en cuenta la definición de fractura, causas, signos y síntomas clínicos, fisiopatología, diagnóstico, tratamiento inicial como definitivo entre otros.

También estará la valoración de enfermería, donde se incluye la historia clínica, exploración física, valoración de las 14 necesidades de acuerdo a Virginia Henderson, y en el Plan de Cuidados se incluye diagnósticos de enfermería, fundamentación; intervenciones de enfermería, su fundamentación; evaluación de la planeación; conclusiones y por último los anexos.

Para lo cual se toman en cuenta, las constantes innovaciones científico-tecnológicas e informática y la globalización de la economía que ha repercutido principalmente en el sector salud y educación; generando reformas sanitarias así como exigencias de acreditación personal (efectuando el costo-beneficio de los servicios de salud), por lo que todo ello a llevado a que las guías y protocolos metodológicos de atención de enfermería constituyan instrumentos de planificación y gestión de gran importancia que deben ser manejados por el profesional de enfermería, que serán aplicados a su realidad, con el fin de utilizar adecuadamente los recursos humanos, materiales y financieros en forma eficiente, para establecer parámetros de evaluación e indicadores de la calidad de los servicios.

Una de las estrategias para incrementar la investigación y sistematización de los cuidados es mediante el Proceso Atención Enfermería, el cual permite desarrollar un pensamiento reflexivo y crítico para solucionar problemas de salud del individuo, familia o comunidad, a través de una atención metodológica y científica, por lo que las ventajas de esta metodología ofrece, o proporciona una atención planeada e individualizada con base en las necesidades del individuo, familia o comunidad y fomenta la investigación en el personal de enfermería.

Para lo anterior se busca obtener una mejor calidad de vida para la persona (paciente), así como para su familia, por lo que hay que resolver algunas de

las necesidades que están afectadas por parte del paciente, mejorando la calidad de vida para este y su familia.

## **JUSTIFICACION**

El presente Proceso de Atención Enfermería (PAE) se ha realizado con la finalidad de dar a conocer de manera clara y concisa las intervenciones del personal de enfermería ante la presencia de un traumatismo, como es la fractura de tobillo izquierdo en supinación-aducción. Tomando en cuenta que el objetivo de la profesión de enfermería es el cuidado que se otorga a los pacientes que tienen la necesidad de ayuda hasta ser capaces de cuidarse por sí mismos.

Es importante recalcar que cuatro son los elementos que participan en el cuidado: persona, entorno, enfermería y salud. Esto se debe a que el cuidado son todas las acciones que realiza la enfermera y/o con la intención de que el individuo desarrolle al máximo sus potencialidades para conservar y mantener la vida.

Teniendo conocimiento de todo lo anterior se pretende lograr un estudio profundo del caso, así mismo realizar un proceso de enfermería que vaya encaminado a buscar formas de mejorar e implementar los cuidados que el personal de enfermería proporciona a un paciente con necesidades alteradas y de tal manera pueda obtener independencia para su cuidado.

## **METODOLOGÍA.**

El Proceso se aplico a un paciente masculino de 22 años de edad internado en el Hospital General de Zona No. 32 Villa Coapa del IMSS.

Para lo anterior se realizo la técnica de recolección de datos a través de un instrumento de valoración de enfermería (cuestionario), por medio del contacto directo con el paciente y a través del expediente clínico y notas médicas.

Se aplico el Modelo de Virginia Henderson basado en las 14 necesidades. Porque es uno de los modelos más de acuerdo a las necesidades del paciente, con lo que nos ayuda a tener una valoración mas concreta y precisa para darnos cuenta de las necesidades que nuestro paciente tiene o puede llegar a tener.

De esta manera brindamos cuidados de manera holística, es decir de manera que podamos proporcionar en todo lo posible bienestar físico, mental y social donde se incluya la participación del paciente en actividades y conductas que potencien la calidad de vida y explotar al máximo la capacidad humana.

## **OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL.**

Identificar los cuidados de pacientes con fractura de tobillo izquierdo en supinación-adducción cuya salud y bienestar se ve afectado de forma negativa para la realización de sus actividades cotidianas, de acuerdo a las necesidades alteradas.

### **OBJETIVO ESPECIFICO.**

Valorar las necesidades del paciente para formular diagnósticos bien fundamentados de enfermería.

Desarrollar un plan de cuidados de enfermería que comprenda las necesidades que afectan al paciente con fractura de tobillo izquierdo en supinación-adducción.

Desarrollar progresivamente la ejecución de los cuidados generales y específicos que ayuden al paciente a tener una mejor calidad de vida tanto dentro como fuera del hospital.

## **I. MARCO TEORICO.**

### **1.- ENFERMERIA**

#### **a) ANTECEDENTES HISTORICOS**

Todos los pueblos de la antigüedad han dejado diversos testimonios de los hechos más importantes vinculados con su vida y costumbres, sus luchas y sus esperanzas, sus victorias y fracasos. Por lo que la historia de la enfermería trata del hombre, de su cuerpo y de su mente, de cómo evolucionan los cuidados y ha de ocuparse de clasificarlos de cómo interpretarlos, en diferentes sociedades y épocas trascendentes como la vida y la muerte, la salud y la enfermedad y buscar significados en el proceso de satisfacción de necesidades.

*ORIGEN DE LA ENFERMERIA:* La enfermera es tan antigua como la existencia misma del hombre, puesto que el arte de cuidar nació del deseo de protección y ayuda al débil, al enfermo, al desamparado, cualquier expresión de esta naturaleza esta vinculada a la profesión de enfermería.

*PERIODO PREHISTORICO:* El hombre primitivo creía que las enfermedades no provenían de causas naturales, sino sobrenaturales, es decir que eran productos de espíritus fuertes y malignos. Sin embargo no existió para ellos misterio más grande que todo lo relacionado con el nacimiento, vida, enfermedad o muerte. Crearon infinita variedad de supersticiones para alejar a los espíritus malignos del cuerpo del enfermo donde ellos creían que se alojaba.<sup>1</sup>

En los antiguos documentos de la civilización se sabe que las parteras cuidaban a la madre e hijo durante el parto y que las mamás de cría daban a mamar y cuidaban a los hijos pequeños de las familias ricas, estos roles eran desempeñados por esclavas, este hecho contribuye a la falta de información documentada por que los esclavos no tenían estatus y como tal su trabajo no se documentaba. La enferma esclava dependía del maestro, curandero o sacerdote para su curación en el cuidado a su cargo, estos cuidados se relacionaban con el descanso y la comodidad.

---

<sup>1</sup> MOLINA, T.M. Historia de enfermería, pp. 1,3.

La primera documentación de la ley que documentaba el ejercicio de la medicina es el CODIGO DE HAMMURABI, atribuido a los babilonios y fechado en 1900 a. C. <sup>2</sup>

*PERIODO ANTIGUO:* En los documentos egipcios no se encuentra la mención de hospital o enfermería, sino la de leyes civiles y religiosas que recomiendan dar hospitalidad y facilitar el auxilio a los desamparados, por lo que en esta época poco se sabe de la enfermería y su actividad; hombres jóvenes eran los que cuidaban a los enfermos y, en algunos casos, las mujeres casi ancianas.

Algunos de los hallazgos importantes incluye el papiro de EBERS y la práctica de la momificación que data de 1550 a.c. y es el texto más antiguo del mundo, esto es sobre la cultura egipcia.

En el siglo VI (a.C.), nos revelan los conocimientos y adelantos hindúes en medicina y enfermería, así como también su preocupación por proporcionar asistencia inteligente a los desamparados.

A diferencia de la cultura de la mayoría de los pueblos asiático, la cultura china no estuvo condicionada por la religión, por lo que la concepción del universo es considerada como fundamento esencial de la filosofía y medicina china y deriva la doctrina de Confusco. El hombre está compuesto de cinco elementos: fuego, madera, tierra, metal y agua, constituyendo un microscopio. En la filosofía china el número cinco tiene gran importancia: en efecto a los cinco elementos mencionados corresponden cinco sentidos, cinco vísceras, cinco colores, cinco sabores, etc. Otro de los conceptos importantes es la relación entre lo masculino y lo femenino, dos manifestaciones polares opuestas, una de las cuales es el principio positivo masculino (*yang*), que representa el cielo, la luz, la fuerza, la dureza, el calor, lo seco; mientras que el otro el femenino o negativo (*yin*), representa la luna, la oscuridad, la tierra, la humedad, el frío, en suma todas las características pasivas, sobre el perfecto equilibrio de estos dos principios se basa la salud, la tranquilidad y el bienestar.

De las teorías budistas surge la necesidad de llevar a la práctica aspectos religiosos del cuidado de los enfermos, creando hospitales donde estos fueran

---

<sup>2</sup> KOZZIER, B. G., Conceptos y temas en la práctica de enfermería, pág. 4, 15.

atendidos por enfermeros e instituciones similares, por lo que construyeron casas de reposo para los convalecientes y hospitales de aislamiento.

*PERIODO PRECRISTIANO:* Con el advenimiento del cristianismo, la historia de la enfermería, que hasta entonces era fragmentada, se hace continua y que se produce tan solo por el nuevo concepto de individuo y de la familia que sus ideales alientan, la ayuda prestada al enfermo o necesitado estaba en manos tanto de hombres como de mujeres, los hombres de casta privilegiada, pertenecientes a ordenes militares o religiosas, se hallaban a cargo de casi la mitad de los servicios de enfermería y otra parte estaba atendida por congregaciones de mujeres, que trabajaban para la iglesia y cuyo principal objetivo era ayudar a los enfermos, algunas de ellas eran: vírgenes, presbiteras, canonesas, monjas, las primeras y las ultimas se desempeñaban como enfermeras, mientras que las otras se dedicaban a actividades eclesiásticas. De dichas congregaciones surgen en Roma las primeras diaconisas, que su principal actividad se desarrollo en la iglesia, pues allí las ideas orientales las obligaban a desempeñarse como misioneras para contrarrestar la influencia budista.

*ENFERMERÍA EN AMERICA:* A pesar de que nuestro continente fue llamado nuevo mundo, no existía en él desde la prehistoria culturas que variaban desde la civilización mas evolucionada, hasta la más rudimentaria.<sup>3</sup>

*EPOCA PRECORTESIANA:* El manuscrito de Badiano, era la complicación hecha por los aztecas educados en el colegio de Santa Cruz, de la ciudad de México, siendo el mas antiguo documento médico existente, que describe el antiguo esplendor de la cultura azteca, el aparato mágico que los rodeaba: el Ticita (hombre o mujer que se dedicaba a la atención de los enfermos), y el uso que había de las plantas medicinales.

*EPOCA COLONIAL:* Dentro de esta época, esta el primer hospital que fue fundado en 1502 en la Isla Hispaniola (Santo Domingo, Haití) por Fray Nicolás de Ovando, el cual fue 10 años después del descubrimiento de América. Con los conquistadores en las naves de Cortés, vino una mujer (una matrona) Isabel Rodríguez quien asistió a los heridos de Zempoala y Cholula. En 1524,

---

<sup>3</sup> MOLINA, Op. Cit. Pág. 4.

tres años después de la conquista Hernán Cortés, hizo editar en la ciudad de México el *GRAN HOSPITAL DE AMERICA* al que llamo de la “*Inmaculada Concepción*” en la actualidad es el *Hospital de Jesús*.

En 1531 se construyo en la ciudad de Santa Fe, un hospital donde tuvo su origen la hermandad indígena dedicada a los trabajos de la iglesia y al cuidado de los enfermos. El 1527, Jorge de Alvarado fundo en Guatemala el Hospital Misericordia, y en 1535 se inauguro en México el primer hospital para la atención de enfermos infecciosos. En 1538, EL CONQUISTADOR Francisco Pizarro estableció en Lima (Perú) el primer hospital. En 1543, el portugués Braz de Cubas fundo en Santos, el mas antiguo que existe en Brasil. En 1563, se habilito en Lima el hospital San Lázaro, destinado a la atención de enfermos leprosos, el primero en su índole que se conoce en América.

El 1639, en Canadá, se levanto el hospital Dieu, que funciono inicialmente en la ciudad de Sillery, y más tarde se traslado a Québec. El primer Hospital en los Estados Unidos de Norteamérica lo organizó en la ciudad de Nueva Cork, en 1663, la East Indian Company, y en 1717 se estableció en a Luisiana (Nueva Orleáns) el Charity Hospital.

LA ENFERMERÍA MODERNA: En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa o ninguna formación, por lo general mujeres de distintas órdenes religiosas. En Europa después de la reforma, fue considerada como una ocupación de bajo estatus debido a su relación con la enfermedad y la muerte y con la escasa cualidad de los cuidados de la época.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. En 1839 en Kaiserswerth, Alemania se fundo uno de los primeros programas oficiales a cargo del pastor Teodoro Filedner para la orden de Diaconisas protestantes de la cual egreso *FLORENCIA NIGTHINGALE*.<sup>4</sup> Los esfuerzos de *FLORENCIA NIGTHINGALE* lograron que la enfermería se convirtiera en una profesión respetada, lucho por la limpieza y la comodidad de los hospitales, trabajo a favor de la educación del pueblo en medidas de higiene. En Norteamérica, la creación de los servicios de enfermería y salud fue algo anterior a la

---

<sup>4</sup> BIBLIOTECA DE CONSULTA MICROSOFT-ENCARTA, 2003.

Revolución Americana (1775- 1783). Al final del año 1800 se produjo una rápida reforma de los servicios de enfermería en los Estado Unidos y Canadá, se pusieron en marcha escuelas de enfermería con planes y programas de formación adecuados, donde surgió la necesidad de organización.

Durante la guerra muchas jóvenes se integraron a la enfermería ya que los criterios de selección se hicieron menos duros. La mayoría de las escuelas había adoptado programas de formación de tres años.<sup>5</sup>

En 1920, el sistema educativo de enfermería estaba basado en centros hospitalarios y se critico ampliamente y se propuso la separación de las escuelas de enfermería de los hospitales y la adecuación a estas a un nivel universitario, y como resultado se crearon dos escuelas universitarias de enfermería, una en la Universidad de Yale, New Haven, Connecticut, y otra en la Western Reserve University, Cleveland, Ohio.

Es alrededor de 1946, muchos de los programas de enfermería, en Estados Unidos, aportaban mayores contenidos clínicos, por lo que en la actualidad la enfermera clínica especialista es una licenciada. Y por lo que de hoy vive un momento de oportunidades y desafíos únicos.

Mientras mas se desarrollan los sistemas de salud y se vuelven más complejos y costosos, más imperativa se hace la necesidad de desarrollar al profesional de enfermería, como también a otros miembros del equipo de salud, donde parte de este desarrollo profesional incluye la capacitación tecnológica.<sup>6</sup>

## **b) CONCEPTO DE ENFERMERIA**

El termino NURSE con el que se designa a la enfermería se deriva de las palabras latinas como NUTRIE (alimentación) y nutrix (mujer que cría), estas palabras fueron ampliando su significado según evolucionaba la sociedad, así la aparición de mujeres que lactaban y criaban niños de otras, llevo este termino a la palabra nodriza, por lo que la palabra enfermería es mas bien contemporánea del término ENFERMEDAD (infirmas), por lo que se define de

---

<sup>5</sup> KOZZIER B. G.. introducción a la enfermería en enfermería fundamental, pág. 40, 41, 42.

<sup>6</sup> GRINSPUN, D, Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico, Pág., 36 a 42.

forma mas concreta como cuidados de ENFERMOS/ENFERMERO-A. Por lo tanto sus actividades se reflejan en los cuidados más elementales, que son los relacionados con la supervivencia, los cuidados durante el parto, la crianza, la lactancia y el destete.<sup>7</sup>

Se ha comprobado que a través de los años han existido diferentes definiciones de enfermería, de acuerdo a la etapa (cronológica) y a la teoría de cada autor, pero en si la esencia es la misma.

Por lo que se puede decir que “La enfermería es el arte y la ciencia del cuidado de las personas (sanas o enfermas), cuyo objetivo es el bienestar, mantenimiento o restablecimiento de la salud (o un buen morir), que permita la satisfacción de las necesidades básicas con un cuerpo de conocimientos científicos basados en un marco conceptual, sin olvidar el lado humano y el trato digno hacia los clientes viéndolo como un ser holístico y biopsicosocial”.

### **c) METAPARADIGMA DE ENFERMERIA**

Se puede decir que es la perspectiva más global de una disciplina, que representa el gran marco teórico dentro del cual son elaboradas estructuras mas restringidas. El metaparadigma identifica los fenómenos propios de la disciplina, y la perspectiva general para observarlos. Los distintos paradigmas que han guiado la actuación de enfermería son: *categorización, integración y transformación*, los cuales tienen cuidados de enfermería en la profesión y su contribución a mejorar la salud humana desde un enfoque holístico para proporcionar mayor satisfacción y bienestar, lo que ha facilitado el reconocimiento social de la enfermería. Se ha tenido como referente teórico el modelo de cuidados y la aplicación metodología del proceso de atención de enfermería que permite solucionar las necesidades afectadas, donde ambos criterios significan la epidemiología de la enfermería y sustentan sus campos de actuación.

*PARADIGMA:* La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmaticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo

---

<sup>7</sup> PACHECO, Arce, Fundamentación teórica para el cuidado, Antología, ENEO. División de Educación Continua y Desarrollo Profesional, México, 2005. 15.

que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas.<sup>8</sup> Por lo que se presentan tres paradigmas: categorización, integración y transformación que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar a la disciplina de enfermería.

*PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN:* Corriente que comienza a desarrollarse al final del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor causal eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y mediables mediante análisis, razonamiento y argumentación lógica, por lo que se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad unida a la práctica médica.

*PARADIGMA DE LA INTEGRACION:* Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización transformada en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo, por lo que los trabajos de enfermería de V. Henderson, H. Peplau y D. Orem, quedan enmarcados dentro de este paradigma, en los que se observa que :

1. LA PERSONA: Es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre si, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
2. EL ENTORNO: Constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, donde supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de acción de readaptación.
3. LA SALUD: Es un ideal que se debe conseguir, es decir adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera interdinámica.

---

<sup>8</sup> TAZON, Anzola, García Campayo, Relación y comunicación, la relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería, pág. 48 a 50.

4. EL CUIDADO: Aplica su objeto y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones, lo que significa que se llevara a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentara la salud.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconocer la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina medica con orientación hacia la persona en su integridad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este paradigma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimiento de la ciencia de enfermería.

*PARADIGMA DE LA TRANSFORMACION:* Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo. Los métodos y teorías propuestos por R.R Ponce, M. Newman, M. Rogers y Watson, quedan encerrados dentro de este paradigma, donde sitúa los conceptos de metaparadigma de la siguiente manera:

1. LA PERSONA: Es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades, además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultanea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
2. LA SALUD: Es un valor y una experiencia que cada persona vive desde una perspectiva diferente, va mas allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas.
3. EL ENTORNO: El entorno es ilimitado, es un conjunto del universo.
4. EL CUIDADO: Se dirige a las consecuencias del bienestar de la persona, tal y como ella la define, por lo que la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

En la evolución de la disciplina de la enfermería existe una creciente preocupación por los cuidados que utilizan el conocimiento propio de la disciplina para dispensar cuidados de salud creativos. “El centro de interés de la enfermería esta en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud”.<sup>9</sup>

Este paradigma cumple con las cinco funciones enunciadas por Merton:

1. Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones, que puede utilizarse para la descripción y el análisis.
2. Reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita.
3. Aumenta la cuantía de las interpretaciones teórica.
4. Promueve el análisis más que la descripción de detalles completos y permite codificar el análisis cualitativo, de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

## **2.- CUIDADO**

### **a) ANTECEDENTES HISTORICOS**

La idea de aplicar un punto de vista histórico a los orígenes del cuidado “*actividad de cuidar*” supone, a nuestro juicio, la necesaria de elaborar lo que podríamos denominar un esquema de secuencia, que hunde las raíces en un pasado anterior al documento escrito y cuya existencia puede demostrarse analizando las relaciones del hombre con el medio para intentar descubrir las necesidades básicas y perpetuar la especie.<sup>10</sup>

El origen de la practica de los cuidados de enfermería podrían buscarse en actividades de alimentación y de conservación del grupo, relacionados

---

<sup>9</sup> BENAVENT, G. M. Ferrer F. E. Francisco del Rey. Fundamentos de enfermería, los modelos de cuidado. Pág. 157.

<sup>10</sup> HERNANDEZ, C. J. Historia de la enfermería: un análisis histórico del cuidado de enfermería. Pág. 53.

esencialmente con los aspectos de supervivencia en los que se desarrolla la vida de los primeros hombres, y enmarcadas dentro del concepto de ayuda existente en las sociedades primitivas, la actividad de cuidar esta ligada a las peculiaridades biológicas femeninas, siendo sus principales responsabilidades: el mantenimiento del fuego y sus secretos en cuanto a la preparación de alimentos, calor y prácticas para procurar bienestar y alivio; el cuidado de las gestantes, de los partos y de la prole a través de la observación y aprendizaje de comportamiento que garanticen la continuidad de la especie y de la vida; la recolección de vegetales, que implica la selección de alimentos y la obtención de conocimientos relacionados con sus propiedades, así como su repercusión en la práctica del cuidado.

Podemos afirmar que la mujer-madre le corresponde por imperativo biológico que la situación más cerca de los secretos de la naturaleza, el papel de cuidadora intuitiva, a través de recetas misteriosas repetidas en el más estricto secreto para el hombre y que proporcionaron a las primeras cuidadoras un bagaje de conocimientos sobre esta actividad.<sup>11</sup>

El origen de la práctica cuidadora debemos situarlo en la observación directa de los animales, ya que estos realizaban ciertas acciones significativas para su bienestar, como lamerse las heridas o ingerir hojas con efectos eméticos y purgantes.<sup>12</sup>

Con lo anterior podemos asumir que desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario ocuparse de la vida, para que estas puedan persistir. Los hombres como todos los seres vivos, han tenido siempre la necesidad de cuidado, por que cuidar es un acto de vida que tiene como objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle, de ese modo, luchar contra la muerte del individuo, del grupo y de la especie.

---

<sup>11</sup> COLLIERE. M. F. Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería, pág. 25-26.

<sup>12</sup> DONAHUE, P. Historia de enfermería, Pág.17.

## **b) CONCEPTO**

Definimos el principio de “CUIDAR” como acciones de supervivencia, por lo que cuidar; es una serie de actos que tienen como objetivo el mantenimiento de la vida de los seres vivos para permitir su reproducción y perpetuación de la vida de su grupo.

En las personas esta dirigida a satisfacer necesidades de supervivencia y lo hacen por si mismo como por quien dependen de ellos, ancianos, enfermos, niños, incapacitados, el cuidar es por tanto, mantener la vida asegurando, la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la misma, pero que son diversas en su manifestación, cuidar y vigilar presenta un conjunto de actos de vida, que tienen la finalidad y función de mantener la vida de los seres vivos para permitirle reproducirse y perpetuar la vida del grupo. Esto ha sido y seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados. Todo esto ha dado lugar a prácticas corrientes: practicas alimentarias, practicas de vestimenta, practicas de hábitat, practicas sexuales. Esta orientación de los cuidados basada en todo aquello que contribuye a asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida, nace de lo que Edgar Morís llama la AHYSIS, es decir la ciencia de la naturaleza<sup>13</sup>.

## **c) TIPO DE CUIDADOS**

La capacidad para cuidar es innata, pero tiene formas de expresión y abordaje cultural que se va desarrollando y conformando en los procesos de aprendizaje (actividades innatas/actividades aprendidas). Cuando las prácticas de salud trascienden de lo natural para buscar el “bienestar” se entiende como CUIDADO DE LA SALUD.

### FINALIDAD DEL CUIDADO DE SALUD

1. Mejorar/mantener la salud
2. Recuperar la salud
3. Evitar complicaciones de la enfermedad
4. Adaptarse a la enfermedad.

---

<sup>13</sup> HERNANDEZ, C. J. Op. Cit. Pág. 58.

## RESPONSABILIDADES DE LOS CUIDADOS DE SALUD

1. la propia persona
2. De los cercanos
3. De la enfermera.

Los cuidados enfermero tienen la finalidad de dar satisfacción a los cuidados de salud de la persona y/o grupo, por lo que han de ser estudiados, analizados y producidos dentro de un contexto que contemple a la persona, salud y entorno.

## EVOLUCION CUIDADOS ENFERMEROS

1. Hacia el entorno
2. Hacia la enfermedad
3. Hacia la persona
4. Hacia la interacción.

## *EL CUIDADO PROFESIONAL*

Tiene una concepción filosófica, antropológica, psicológica, social, espiritual, además de la biológica inahidible. Cuidar es cuidar a la persona concreta, planeando alternativas a la clasificación y consideración del paciente y su situación como un problema a resolver. Desde la perspectiva ética, este cambio tiene particular importancia, puesto que los argumentos del buen cuidado varían sustancialmente, cuando el cuidado se dirige a la enfermedad y su curación, a cuando el cuidado se dirige a la salud y tiene como objetivo el bienestar, sus objetivos generales pueden definirse alrededor de .

1. LA SALUD Y EL BIENESTAR: Supone a ayudar a la persona a conseguir el máximo nivel de bienestar en situación de enfermedad, de lesión, de incapacidad, en el proceso de la muerte y ayudaría a mejorar su nivel de salud.
2. LA AUTONOMIA: Implica el respeto a la autonomía del paciente-usuario o cliente y la ayuda a que pueda expresar sus

necesidades, creencias, y valores, pueda obtener la información suficiente y la atención que precise.

3. LA DIGNIDAD: Supone defender y velar por el respeto y mantenimiento de la dignidad de las personas vinculadas a poder seguir siendo uno mismo, sea cual sea su situación de vida. Precisa el respeto por la persona tal y como es y tal como quiere ser.
4. LA VERACIDAD: La relación con el usuario-paciente, es una relación de confianza, de seguridad. El engaño, la mentira tiene escasa cavidad en ella, todo y en las ocasiones en las que la información es dolorosa por la gravedad de la situación y el pronóstico clínico. La información es atendida como un proceso por que el usuario-paciente tiene que comprender una situación dolorosa y precisa tiempo para ello, para resolver dudas, para poder llevar una adaptación saludable.
5. LA CONFIDENCIALIDAD: Salvo en las situaciones de requerimiento legal, o en las que el paciente-usuario, lo permita, la información y los conocimientos acerca de su situación y vida permanecen dentro del secreto profesional.
6. LA RESPONSABILIDAD: La enfermera debe responder de los resultados del proceso de cuidados al usuario-paciente actuando de forma consecuente con los estándares de su práctica profesional y con las responsabilidades derivadas del cuidado de enfermería. En segundo lugar la enfermera responde en la institución en la que presenta sus servicios y frente a la profesión.
7. EL MEDIO AMBIENTE SALUDABLE: Implica la movilización de los elementos del ambiente, la comprensión de su interrelación con la situación y la promoción de ambientes saludables necesarios para llevar a cabo cuidados seguros, competentes y éticos.

Cuidar es cubrir las necesidades cotidianas de manera que se hace posible el desarrollo y permanencia de los seres vivos. La profesión enfermera mediante la profesionalización del cuidado ayuda a las necesidades de salud cuando

ellas no pueden hacerlo por si mismas. La cualidad ética del cuidado entonces, se deriva en la posibilidad de realizar los cuidados según la misma persona haría, por lo que el respeto por las múltiples formas de vida es esencial para el trabajo de nosotras como enfermeras.

“El principio protagonista es el paciente o usuario: la valoración, la planificación, actuación y evaluación se lleva a cabo desde su perspectiva. El cuidado se plantea desde la comprensión de la vivencia de la persona que hace frente a momentos de vida difícil como son las enfermedades o la muerte”

Por lo que se puede decir que la práctica persigue la curación de la enfermedad individual, grupal, familiar o comunitaria.<sup>14</sup>

#### **d) TECNOLOGIA PARA EL CUIDADO**

Por tecnología hay que entender un arte, un conocimiento de los instrumentos, es decir de todo lo que muestra su elaboración, su creación, su justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella. La técnica corresponde a la forma únicamente de utilizar tal o cual instrumento que es objeto de aprendizaje y crea un saber aislada de un planteamiento tecnológico, pierde su significado y puede hacerse peligrosa, incluso perjudicial.

Ninguna profesión puede ejercer sin la utilización de instrumentos, los cuales determinan la práctica profesional que orientan y ayudan a identificar.

Todo oficio recurre a instrumentos cuyas propiedades son indispensables conocer, así como la manera de emplearlas.

1. *TECNOLOGIAS UTILIZADAS*: El cuerpo, el primer instrumento de los cuidados, que sigue siendo el instrumento principal de los cuidados de enfermería, en el sentido de que es el vehículo, el mediador de los cuidados; de ahí el volver a descubrir las propiedades del cuerpo: energéticas, propioceptivas, térmicas, mecánicas, etc.... propiedades desarrolladas o inhibidas que se traducen en mecanismos de defensa biopsicoafectivos o en relación de empatía.

---

<sup>14</sup> Servicio de Cuidados de Enfermería, Segundo modelo conceptual de Virginia Henderson. Metas de enfermería 1999: 8- 14.

El hablar del cuerpo como el primer instrumento privilegiado, no es tan solo el mencionar los sentidos, sino también el descubrir la sensibilidad. Redescubrir lo que siente, buscar lo que siente, es decir lo que sienten los demás e intentar ser mas claro con lo que uno mismo siente.

Después del cuerpo los principales vehículos del cuidado que se tienen en cuenta son:

- a) Las tecnologías relacionadas con los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida.
- b) La tecnología para la curación.
- c) La tecnología de la información.

*2. TECNOLOGIA PARA EL MANTENIMIENTO DE LA VIDA:* Son todas las tecnologías y los instrumentos que sirven para garantizar el mantenimiento de la vida cotidiana, y esta relacionado con las tecnologías que compensan defectos funcionales, tienen como objetivo paliar un daño funcional y permitir la realización de la actividad obstaculizada por este daño. La mayoría de estos instrumentos compensan las deficiencias de la motricidad, asegurando por lo tanto la recuperación de la autonomía indispensable para atender las obligaciones cotidianas de la alimentación, el vestido, el aseo, etc.

*3. TECNOLOGIAS DE LA CURACION:* Las tecnologías para la curación, al igual que las tecnologías para la investigación de las causas de enfermedad, han invadido progresivamente el campo de los cuidados de enfermería. Van desde los instrumentos mas sencillos hasta las maquinas mas completas y plantean el difícil problema del limite de la utilización y de su finalidad real. Basado esencialmente en las técnicas, es decir en el modo de empleo de los instrumentos de curación, en el saber utilizar, el aprendizaje de enfermería que omitido con frecuencia el desarrollo de una reflexión sobre su utilización, así como sobre los límites de su uso.

Todo instrumento de la curación requiere de una justificación de su utilización con respecto a la naturaleza del mal, de la deficiencia o del daño funcional que espera curar o suplir.

4. *TECNOLOGIAS DE INFORMACION*: En el proceso de prestar cuidados hay que apelar a unos instrumentos y técnicas de recogida de análisis y consignación de la información, así como a instrumentos de transmisión y coordinación de la información. Muchos de estos instrumentos por haber sido pensados mas en la organización de las tareas que al sentido de los cuidados, se muestran poco significativos y han interferido considerablemente con los cuidados de enfermería y con la acción sanitaria y social.

Los instrumentos de información necesarios para los cuidados han tenido dos grandes defectos: su multiplicación y la falta de pertinencia de contenido.

La multiplicación se encuentra tanto en el hospital como fuera de el, donde las tecnologías de la información consumen un tiempo considerable: multiplicación de interrogatorios, de documentos de recogida de información, de cuestionario, etc.

El fraccionamiento de la información aísla cada aspecto de la situación, y hace que se tomen unas medidas tras otras, algunas de las cuales pueden dañar a la persona y a los que lo rodean por que no guardan ninguna relación con lo que es importante para ellas.

5. *TECNOLOGIAS SENCILLAS*: El concluir esta descripción sobre las tecnologías, es citar las tecnologías de los cuidados habituales, de los cuidados primarios, es decir, de aquellas utilizadas en el primer nivel de los cuidados que previenen cualquier agravamiento, lo que limita considerablemente, las necesidades de cuidados de curación cuando las personas han podido beneficiarse a tiempo al tener acceso a servicios próximos a su domicilio con horarios bien adaptados a ellas.

### **3.- PROCESO ATENCION ENFERMERIA**

#### **a) ANTECEDENTES HISTORICOS**

Un proceso se dice que es una serie de actuaciones o medidas planificadas dirigidas a obtener un resultado u objetivo particular, por lo que se puede decir que es un marco organizado para la práctica de la enfermería profesional.<sup>15</sup>

El termino PAE (Proceso Atención Enfermería), es relativamente nuevo, ya que fue Hall su creadora en el año de 1955, desde entonces se ha descrito de diferentes modos. Para Wiedenbach (1963) el proceso consta de tres partes:

- 1.- Observación,*
- 2.- Prestación de ayuda y*
- 3.- Validación.*

Mas tarde Knowles el 1967 sugirió cinco fases para la práctica de enfermería:

- 1.- Descubrir,*
- 2.- Investigar,*
- 3.- Decidir,*
- 4.- Hacer y*
- 5.- Distinguir.*

En 1967, la Western Interstate Comisión on Higher he Education (WICHE), describió cinco fases:

- 1.- Percepción,*
- 2.- Comunicación,*
- 3.- Interpretación,*
- 4.- Actuación,*
- 5.- Evaluación.*

La WICHE definió el proceso como “la interrelación de un cliente con una enfermera en un momento dado, que incorpora la conducta del paciente y de la enfermera y la interacción resultante”.

---

<sup>15</sup> ACKLEY, Betty, Manual de diagnósticos de enfermería, pág. 2-3.

También en 1967, la facultad de enfermería de la Catholic University of America, propuso cuatro componentes para el PAE:

- 1.- Valoración
- 2.- Planeación
- 3.- Ejecución
- 4.- Evaluación.

En 1973, la American Nurses Association (ANA), publicó los criterios de la práctica de enfermería siguiendo las fases del proceso, a partir de aquí en varios estados se revisaron las historias de enfermería para considerar estos aspectos. Como el proceso de enfermería se desarrolló de ambas maneras, teórica y clínicamente, el término de enfermería ganó un considerable reconocimiento en la literatura de la enfermería, desarrollo entre los años de 1950 y 1960, se aplicó a la identificación de problemas y necesidades del cliente. El término no fue aceptado tan fácilmente, aunque muchos autores consideraron el diagnóstico como básico para la enfermería profesional.

Una década más tarde, Baloch, definió los términos que fueron cruciales en enfermería, y encontró que el término diagnóstico, todavía era demasiado controvertido.

En 1973, Gebbie y Lavin en St. Louis University School of Nursing ayudaron a organizar la primera conferencia sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería. Los participantes de esta conferencia definieron el diagnóstico de enfermería como la "Conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de enfermería". Dichas conferencias se celebraron cada dos años ganando apoyo e interés y en 1982, el grupo de conferencia acepta el nombre de Norton American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

En 1980 la ANA declaró que "la enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud actuales y potenciales".

En 1982, el National Council of State Boards of Nursing, definió y describió las cinco fases del Proceso Enfermero en términos propios de enfermería:

- 1.- Valoración

- 2.- Análisis
- 3.- Planificación
- 4.- Ejecución
- 5.- Evaluación.

## **b) CONCEPTO**

El Proceso Atención Enfermería (PAE) es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería, siendo su principal objetivo identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, estableciendo planes para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma específica para resolverlas”.<sup>16</sup>

## **c) OBJETIVOS**

El objetivo principal del proceso de atención de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Sus principios y reglas promueven el pensamiento crítico en el entorno clínico.

Prevenir la enfermedad y promover, mantener o restaurar la salud (y lograr una muerte apacible cuando el usuario esta en situación Terminal).

Permitir que las personas dirijan sus propios cuidados de salud.

Proporcionar cuidados de calidad y eficiencia.

Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familiar y comunidad.

Establecer planes de cuidado individual, familiar o comunitario.

Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> KOZZIER, B., et al. Fundamentos de enfermería, Pág.91.

<sup>17</sup> <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>.

## **4) ETAPAS DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA**

### **4.1.- VALORACION**

#### **a) CONCEPTO**

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes.<sup>18</sup>, es la base de la actuación y la toma de decisiones en fases avanzadas. Consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud del cliente acerca de los aspectos físicos, emocionales, del desarrollo social, intelectual y espiritual. Para realizar esta primera fase del proceso, son esenciales las técnicas de observación, comunicación y entrevista.

#### **b) OBJETIVO**

Identificar y obtener los datos pertinentes acerca del paciente.

#### **c) METODOS DE VALORACION**

Estos se logran mediante el uso de tres instrumentos: interacción, observación y medición.<sup>19</sup>

*OBSERVACION:* Es una técnica consistente e intencionada que se desarrolla a través del esfuerzo y un enfoque organizado y por consiguiente implica discriminar entre estímulos y consiste en recoger información a través de los cinco sentidos y dentro de estos se implican dos aspectos:

- Reconocer los estímulos
- Seleccionar, organizar e interpretar los datos.

*ENTREVISTA:* Es una comunicación planificada o una conversación con una finalidad, sus posible objetos son, recoger datos, dar información, identificar problemas o preocupaciones mutuas, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo y aconsejar o realzar una terapia. La entrevista puede ser como un proceso que aplica en la mayoría de las fases del proceso de enfermería, existen dos planteamientos en la entrevista:

---

<sup>18</sup> ACKLEY, Op. Cit. pág.16.

<sup>19</sup> GRIFFITH J. W. Chistensen P. J. Proceso atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos, pág. 34.

- Dirigible o directa: es muy estructurada y obtiene una información específica.
- No dirigible: la enfermera permite al cliente controlar el propósito, asunto del tema y llevar al paso. Se utiliza para ver el problema, aconsejar y valorar la realización.

Una combinación de planteamientos dirigible y no dirigible se apropia durante la entrevista para recoger la información y de esta manera recolectar los datos y dar a conocer el informe.

Tipo de preguntas en una entrevista:

- Preguntas cerradas: son restringidas y generalmente solo requieren respuesta corta que den información específica.
- Preguntas abiertas: Son las que dirigen o invitan al cliente a investigar sus aspectos o sentimientos, dan al cliente la libertad de hablar lo que ellos quieran.

*EXPLORACION FISICA:* Se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad: obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista, la enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- 1) **INSPECCION:** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente para determinar estado o respuesta normales o anormales.
- 2) **PALPACION:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel. Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen, los movimientos corporales y la expresión facial que nos ayuda en la valoración.
- 3) **PERCUSION:** Implica el dar con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos, los tipos de sonido que podemos diferenciar son.: Sordos, aparecen cuando se percuten músculo o hueso. Mates, aparece sobre el hígado y el bazo: Hipersonoros,

cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire, y Timpanito, se encuentra al percutir el estomago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- 4) AUSCULTACION: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo, se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino.

#### **d) FUENTE DE INFORMACION (DIRECTA O INDIRECTA)**

La valoración permite a la enfermera conocer mejor a la persona, la información debe provenir de fuentes diversas como la misma persona, su familia, los otros miembros del equipo de cuidados, la historia clínica del paciente y las obras de referencia.

- 1) FUENTE DIRECTA: El paciente es la primera fuente de información a la que puede acudir la enfermera, bien por la observación de signos y síntomas, mediante un examen físico o incluso por medio de una serie de preguntas apropiadas.
- 2) FUENTE INDIRECTA: Son todas aquellas fuentes en las que se apoya la enfermera para obtener los datos que hacen falta o que el paciente no proporciona debido a la edad o estado de conciencia, esta puede ser, la familia, otros miembros del equipo de salud, historia clínica y referencias bibliográficas.<sup>20</sup>

#### **e) TECNICAS**

Otros ámbitos de la entrevista es el de la habilidad técnica. Ya que la entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiendo por esto no solamente los ruidos audibles sino también, las imágenes globales que ofrece el centro sanitario, estas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos: donde puede haber tres tipos de interferencia:

- 1) INTERFERENCIA COGNITIVA: Donde el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

---

<sup>20</sup> PHANEUF M. La planificación de los cuidados enfermero, Pág. 81 a 83.

- 2) INTERFERENCIA EMOCIONAL: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como la ansiedad, depresión, miedo o una enfermedad grave o a lo desconocido, o dolor o molestia. Por parte del entrevistador agresividad, excesiva valoración de si mismo, excesiva proyección sobre los pacientes o incluso sin responsabilización de las obligaciones. Borrel (1986).
- 3) INTERFERENCIA SOCIAL: Conlleva al profesional a una menor conexión emocional, menor implicación y prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- 1) El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- 2) La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- 3) Las frases adicionales, estimulan la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- 4) Las técnicas no verbales, facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son: expresiones faciales, la forma de estar y la posición corporal, los gestos, el contacto físico y la forma de hablar.<sup>21</sup>

## **f) INSTRUMENTOS**

La valoración se efectúa a través de un instrumento de observación que ayuda a la enfermera a localizar los puntos sobre los que debe recoger la información, este instrumento sirve de guía para la entrevista y le confiere un carácter más sistemático, más coherente y más específico.

---

<sup>21</sup>GRIFFITH J. W. Chistensen P. J. Op. Cit. pág. 17.

EVELY ADAM (1991, PÁG. 26) Subraya que el instrumento necesario para la recogida de datos debe concebirse en forma del modelo conceptual con que se este trabajando. El modelo de Virginia Henderson nos ofrece una sencilla y clara visión que aborda todas las necesidades de la persona cuidada, la influencia de este modelo conceptual se refleja en el vocabulario y en la organización de los datos de este instrumento.

## **4.2.- DIAGNOSTICOS**

### **a) CONCEPTO**

El diagnostico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud / proceso de vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable

### **b) OBJETIVOS**

- Identificar las necesidades afectadas en el paciente
- Centrar los cuidados en los aspectos de enfermería más que en los aspectos médicos.
- Ofrecer al enfermo cuidados de mejor calidad, personalizados y más humanos.
- Adoptar un vocabulario común, aceptado y comprendido en todas las partes, facilitando así la comunicación entre los miembros de los equipos de cuidado.
- Facilitar la coordinación del trabajo en equipo al dirigirse a un fin concreto.
- Dar una mayor importancia a la presencia
- Acentuar la importación del rol de enfermería dentro del equipo interdisciplinario y en la sociedad en general
- Reflejar mejor el carácter profesional del rol de la enfermera.
- Desarrollar el saber enfermero.

### **c) FORMATO PES (Problema, etiología, signos y síntomas)**

(P): Los términos que describen el problema, se refiere al título o etiqueta de categoría diagnóstica, es una descripción del problema de salud (actual o parcial) del cliente (individuo, familiar y comunidad).

(E): Etiología del problema identifica las causas probables de la alteración del problema de salud, y da la dirección a la terapia de la enfermería requerida, esta puede incluir los factores de su entorno mental, conducta del cliente, falta de capacidad motora, deterioro perceptual o conciente.

(S Y S): Los signos y síntomas tienen características definidas que aportan la información necesaria para llevar a la etiqueta de la categoría diagnóstica. Cada categoría diagnóstica está asociada a signos y síntomas que ocurren como una entidad clínica. Los signos y síntomas principales son aquellos que tienen que estar presentes para hacer un diagnóstico válido.<sup>22</sup>

## **4.3.- PLANEACION**

### **a) CONCEPTO**

Es el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del cliente que se han identificado durante el diagnóstico.

### **b) OBJETIVO**

- Establecer prioridades
- Establecer metas y criterios de evaluación
- Seleccionar estrategias de enfermería
- Redactar el plan de asistencia.

### **c) TIPO DE INTERVENCIONES (dependientes, independientes, interdependientes)**

Las actuaciones de enfermería son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente para el logro de los resultados esperados,

---

<sup>22</sup>Servicio de Cuidados de Enfermería, Segundo modelo conceptual de Virginia Henderson. Metas de enfermería 1999: 10 a 14.

para ello se elaboran acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema, el paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos.<sup>23</sup>

### **TIPO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

- 1) **DEPENDIENTES:** Son las actividades relacionadas con las puestas en practica de las actuaciones médicas.
- 2) **INDEPENDIENTES:** Son actividades de la enfermera dirigidas hacia las respuestas humanas que están legalmente autorizada a atender su formulación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.
- 3) **INTERDEPENDIENTE:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud, estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.

La enfermera planifica actuaciones en las diferentes áreas de salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud
- Prevenir las enfermedades
- Restablecer la salud.
- Rehabilitación
- Acompañamiento en el estado orgánico.

El plan de cuidados de enfermería, según GRIFFITH-KENNEY y CHRISTENSEN (1986), "Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello"<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup>GORDON, Marjory, Manual de diagnósticos enfermero, pág. 5- 7.

<sup>24</sup> PHANEUF, Margot, La planificación de los cuidados de enfermería, Pág.48-49.

#### **d) METAS**

Es un enunciado que describe un intento, estado o condición, amplio o abstracto que refleja un resultado. La naturaleza de la meta depende del diagnóstico, las metas reflejan la restitución, conservación o fomento de la salud.

- 1) METAS DE RESTITUCION: Son apropiadas cuando el paciente debe aumentar los recursos existentes, internos y externos, o continúa usando esos recursos.
- 2) METAS DE FOMENTO: Refleja el deseo de funcionar a un nivel más elevado de salud, para prosperar más allá de la simple conservación de salud.

Las diferencias y semejanzas entre las metas del paciente y las metas esperadas por la enfermera deben considerarse también.

#### **4.4.- EJECUCION**

##### **a) CONCEPTO**

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidado, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado, la ejecución implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos
- Realizar las actividades de enfermería
- Anotar los cuidados de enfermería
- Dar los informes verbales de enfermería
- Mantener el plan de cuidados realizado.

El enfermo tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizan todas las intervenciones dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> ANN MARRINER TOMEY, Modelos y teorías en enfermería. 2002, Pág.164 – 166.

## **b) OBJETIVO**

Realizar el plan de enfermería de ayuda al cliente, según los objetivos, poniendo en práctica las siguientes actividades.

- Tranquilizar al paciente
- Actualizar la base de datos
- Examinar y revisar el plan de cuidados
- Realizar las intervenciones de enfermería planificadas.

## **4.5.- EVALUACION**

### **a) CONCEPTO**

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

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

-Comparar con los resultados esperados y un juicio sobre la evaluación del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, debe ser interpretado, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas de estudio. Por lo que la evaluación se compone de:

- 1) IDENTIFICACION DE LOS CRITERIOS DE RESULTADOS: Esta identificación evalúa la respuesta del cliente al cuidado de enfermería.
- 2) RECOGIDA DE DATOS: Los datos se recogen de forma que se puedan sacar conclusiones sobre el grado de cumplimiento de los objetivos.

- 3) CUANTIFICACION DEL LOGRO DE LOS OBJETIVOS: Si las dos etapas anteriores se realizaron en forma eficaz, determinar si los objetivos se han alcanzado, son relativamente simples y en ello tiene un papel activo tanto la enfermera como el cliente.
- 4) RELACION DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA CON LOS RESULTADOS DEL CLIENTE: Nunca se debe considerar que una actividad de enfermería es un único factor causal por el que se ha logrado o no, total o parcialmente, un objetivo.
- 5) REVISION DEL PLAN DE CUIDADOS DE LOS CLIENTES: La evaluación de los objetivos proporciona la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de cuidados se ha resuelto, reducido y reventado eficazmente los problemas del cliente.
- 6) MODIFICACION DEL PLAN DE CUIDADOS: Cuando se comprueba que se tiene que cambiar el plan de cuidados, la enfermera tiene que completar los siguientes pasos.

-Cambiar los datos de la columna de valoración para reflejar los nuevos hallazgos, poniendo fecha y señalándolos de alguna manera para indicar que son nuevos.

-Revisar los diagnósticos poniendo fecha en los nuevos.

-Revisar las prioridades del cliente, los objetivos y los criterios de resultado para correlacionarlos con los nuevos diagnósticos.

-Establecer nuevas estrategias que correspondan a los diagnósticos.

-Cambiar los criterios de resultados ajustándolos a los otros cambios del plan de cuidados.

-Una característica a tener en cuenta en la valoración es, que esta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> LOPEZ, Martín, Diagnósticos de enfermería, Pág. 338-342.

## **b) OBJETIVO**

Determinar el grado en que se han conseguido los objetivos planeados por medio de:

- ♣ Recogida de datos sobre la respuesta del cliente
- ♣ Comparar la respuesta con los criterios de evaluación
- ♣ Analizar las respuestas
- ♣ Modificar el plan de cuidados.

## **5) MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON**

### **a) ANTECEDENTES DE VIRGINIA HENDERSON**

Virginia Avenel Henderson nació el 19 de marzo de 1897, fue la quinta de 8 hermanos, de Kansas City Missouri. Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado de Washington D.C. Tuvo un gran avance dentro de la profesión de enfermería, fue autora, coautora, de varios libros y se interesó por mejorar esta carrera.

- ♣ En 1918 a la edad de 20 años inicia sus estudios de enfermería en la escuela de enfermería en la escuela del ejército de Washington d. c.
- ♣ En 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva Cork.
- ♣ En 1922, inicia su carrera como docente.
- ♣ En 1926, ingresa al Teachers Collage de la Universidad de Colombia, donde obtuvo los títulos de licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- ♣ En 1929, ocupa el cargo de supervisora pedagógica de la clínica Strong memorial hospital de rochester de Nueva York.
- ♣ En 1930, a su regreso del Teacher Collage, es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y practicas clínicas en esta universidad hasta 1948.
- ♣ 1948 hasta 1953, realiza la revisión a la quinta edición de Textbook of the principles and practice of nursing, de Bertha Harper publicado en 1939.
- ♣ En 1955, publica la sexta edición de este libro que contenía la definición de enfermería de Virginia Henderson.

- ♣ En 1953, ingresa a la universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de enfermería.
- ♣ De 1959 a 1971 dirige el proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la universidad de Yale, este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- ♣ En 1960, su folleto Basic Principles of Nursing Care por el International Council of Nurses.
- ♣ En 1953 a 1958 trabajó en el proyecto dirigido por Leo W. Simmons, quien editó durante cinco años una encuesta nacional sobre la investigación de enfermería la cual fue publicada en 1964.
- ♣ En 1966, publica su obra THE NATURE OF NURSING, aquí describe su concepto sobre la fundación única y primordial de la enfermera.
- ♣ Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada de investigación en la universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes universidades

- ♣ Catholic University
- ♣ Pace University
- ♣ University of Rochester
- ♣ University of Western Ontario
- ♣ Yale University
- ♣ Old Dominion University
- ♣ Boston College
- ♣ Thomas Jefferson University
- ♣ Emory University

Es honrada con el primer premio Christiane Reimann, con el premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de Estados Unidos, fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

## **b) INFLUENCIAS TEORICAS**

Se consideran tres los factores que condujeron a Virginia Henderson a definir la enfermería el primero de ellos fue a revisar el texto escrito por Bertha Harper, el segundo factor fue por la participación en el Teachers Collage que se dedicaba a la revisión de currículo guide en 1937 y como el tercer factor su propio interés por definir las funciones de enfermería.

Virginia Henderson durante su formación se relaciono con diferentes profesionistas que también se desempeñaban en el área de la salud, ello le permitió ir conceptualizando o definiendo la práctica de la enfermería más que una teoría, gracias a las influencias de:

- ♣ Annie Warburts Goodrich, fundadora de la army school of nursing de Washington D. C. y posteriormente decana fundadora de la Yale University School of Nursing, ella ejerció una profunda influencia sobre Virginia Henderson, por que ya exaltaba sus reflexiones, percibía que el rol de enfermera era muy importante y que la enfermería requería de todo una vida de estudio.
- ♣ Carolina Stackpole, profesora de anatomía, fisiología y filosofía en el Teacher Collage de la Universidad de Colombia en la ciudad de Nueva York, ella influyo en Virginia Henderson en darle la debida importancia de mantener el equilibrio fisiológica.
- ♣ Jean Broadhurst, profesora de microbiología en el Teacher Collage, lugar donde Virginia Henderson aprendió la importancia de la higiene y la asepsia.
- ♣ Dr. Edward Thorndike, psicólogo en el Teacher Collage e investigador de las necesidades básicas de los seres humanos. Con ello V. Henderson definió a la enfermedad como algo más que un estado patológico y rescato la importancia que Thorndike, le daba a las necesidades básicas del ser humano, las cuales no eran atendidas dentro del hospital, cuando el atenderlas tiene que ver con la esencia de la enfermería.
- ♣ Dr, George Deaver, medico en la Institute for the Crippled and Disabled y posteriormente en el Bellevue Hospital, de aquí V. Henderson observa

como principal objetivo que al rehabilitar se logra la independencia del paciente.

- ♣ Bertha Harmer, enfermera de origen canadiense, autora original del textbook of the principles and practice of nursing, y quien compartía la misma idea de V. Henderson acerca de la visión de la enfermería y que esta nace y se da de acuerdo a las necesidades del hombre.
- ♣ Ida Orlando, enfermera psiquiátrica americana y quien desarrollo un trabajo innovador en la enfermería psiquiátrica en la Universidad de Yale y descrito en el libro The Dynamic Nurse-Patient Conflict, publicado por Putnam, considerándose el origen del proceso de enfermería a dicho trabajo.
- ♣ Ida Orland, enfermera, que desarrollo un programa genético donde se aprendió a practicar la enfermería atendiendo el área psíquica y el área emocional, así como se le da la importancia a lo físico. Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las siete primeras necesidades están relacionadas con la fisiología, de la 8° a la 9°, relaciones con la seguridad, la 10° relaciona con la propia estima, la 11° relacionada con la pertenencia y desde la 12° a la 14° relacionadas con la autoaceptación.

Dentro de las influencias existieron otras personas que no tuvieron tanta relevancia tal es el caso del mayor Muscovitch, médico del hospital Mount Sinai, otra fue Isabel Stewart, una enfermera canadiense jefa del departamento de enfermería, por mencionar algunos.

### **c) PRINCIPIOS, POSTULADOS O SUPUESTOS GENERALES**

Desde el punto de vista de V. Henderson, el movimiento de las teorías, modelos y conceptos no era algo innovador, ya que desde sus orígenes la enfermería era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, y no como ciencia, el conocimiento científico apareció con la primera teoría de enfermería, como referencia se tenía a la primera que nació, con Florencia Nightingale y que a partir de ahí, nacieron nuevos modelos, con los cuales aportaron la filosofía de entender la enfermería y el

cuidado, por ello V. Henderson, formo parte del Theacher Collage, se dedico a la revisión del currículo guide en 1937, trata de definir la enfermería.

A través de diversos estudios V. Henderson, considero que era fundamental adaptar el cuidado de enfermería de acuerdo a las necesidades del paciente, interpretando y valorando las condiciones y estados patológicos que lo alteran, así también la enfermería puede modificar el entorno de los casos en que se requería y debe identificar al paciente y familia, como una unidad, y pensar en todos los aspectos de su vida, tener en cuenta que es un ser biopsicosocial. Considero que la única función de enfermería consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud, que realizarla sin ayuda, si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, asiéndolo de tal modo que se le facilite, la independendencia lo mas rápido posible.

El papel que desempeña la enfermería en el paciente puede ser mas eficiente comparando por ejemplo, el tiempo que esta dedicada al paciente, en relación a la del mismo médico, sin embargo afirmaba que ha medida que cambiarse las necesidades del paciente, también podía cambiar la definición de enfermería.

Por lo que explicaba la importancia de la independendencia de la enfermería con respecto a otras ramas dentro del área de la salud, sin embargo, pensaba en la separación que había entre el médico y la enfermera, puesto que si los dos perseguían un mismo fin, no debía suceder esto por que el más afectado era el paciente.

El modelo de V. Henderson se centro y partió de las necesidades humanas, como núcleo para la acción de enfermería y fue clasificado por las teorías, en el grupo de la enfermería humanística por considerar a la profesión de enfermería como una ciencia y un arte. V. Henderson, afirma que la enfermera obtendrá una gratificación inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independendencia, la enfermera debe hacer un esfuerzo por entender al paciente y afirma con énfasis la enfermera ha de “meterse en su piel” a fin de comprenderlo.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> HENDERSON, Virginia. *An overview of nursing research*, nursing research, October, 1966, pp 10, 11, 12.

## **SUPUESTOS**

Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestión de salud. Por lo que cada individuo es una totalidad compleja (un ser bio-psico-social). La jerarquía de necesidades de Abram Maslow, ubica las necesidades biológicas en un primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer en primer término estas, para poder acceder a las demás áreas.

Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente. Esto implica que el individuo tenga los conocimientos, la fuerza y la voluntad, los cuales son elementos necesarios para ejecutar las acciones que se requiere para conservar o recuperar la salud.<sup>28</sup>

### **d) PRINCIPALES CONCEPTOS**

#### **1.- INTERDEPENDENCIA (Salud)**

El concepto de independencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo, "salud es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda de las catorce necesidades).

Es la calidad de la salud más que la vida en sí misma, ese margen de vigor físico y mental, lo que le permite a una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción de vida.

Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

---

<sup>28</sup> HENDERSON, Virginia. The nature of nursing American journal of nursing., October, 1964, pp 63, 64, 68.

## **2.- DEPENDENCIA (Enfermedad)**

La dependencia puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades. Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona:

### **e) ROL DE ENFERMERIA**

“La enfermera tiene una función propia, aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales”. La enfermera que orienta su práctica según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad más correcta.

“Cuando la enfermera desempeña el papel de médico, delega su función primaria en personal preparado de forma inadecuada”. La enfermera que no tiene claro su propio papel, lo cederá con facilidad a algún otro proveedor de cuidados, que puede no tener los conocimientos requeridos.

“La sociedad busca y espera este servicio, de la enfermera y ningún otro trabajador es tan capaz de ofrecer como la enfermera” La enfermera debe su existencia al hecho de que satisface una necesidad de la sociedad al igual que cualquier otra profesión de servicio.

Una enfermera debe y puede diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiera.

### **f) NECESIDADES HUMANAS BASICAS**

Son requisitos fisiológicos, psicológicos y sociales fundamentales para el hombre, para mantener su equilibrio interno y con su entorno.

### **g) CAUSAS DE DIFICULTAD**

Las causas de dificultad son los obstáculos o limitaciones personales del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, por lo que Henderson las agrupa en tres posibilidades.

- ♣ Falta de fuerza: interpretamos por fuerza no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a cabo las acciones pertinentes a la situación, por lo cual se podrá estar determinando por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
- ♣ Falta de conocimiento: en relativo a la cuestión esencial sobre la propia salud y situación de enfermedad.
- ♣ Falta de voluntad: entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y a la ejecución y manteniendo de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> FERNANDEZ F. C. El proceso de atención de enfermería. estudio de casos, pp3 a 7.

## h) NECESIDADES BASICAS

Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados, así cada persona se configura con un ser humano único y completo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que tienen 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento.

1. Oxigenación
2. Nutrición e hidratación
3. Eliminación
4. Termorregulación
5. Moverse y mantener buena postura
6. Sueño – descanso
7. Uso de prendas de vestir
8. Higiene y protección de la piel
9. Evitar peligros
10. Comunicación
11. Creencias y valores
12. Trabajo y realización
13. Jugar y participar en actividades recreativas
14. Aprendizaje

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona en su unicidad, tiene la habilidad u capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollar a lo largo de la vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas y bienes determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes. Desde un punto de vista holístico, esto quiere decir que un estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en la totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo.

## **6) PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA Y EL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON**

El reconocimiento de la enfermería como disciplina profesional, como ciencia y arte de los cuidados, se ha conseguido gracias a los esfuerzos realizados para definir un cuerpo exclusivo de conocimientos científicos que sustente y guían su práctica.

*MODELO CONCEPTUAL:* Es el conocimiento usado, para la práctica, mientras que el proceso es un método usado para aplicar el modelo, por lo que el modelo es el contenido y el proceso es la forma de usar este contenido.<sup>30</sup>

La integración de un modelo conceptual de enfermería y del proceso de enfermería constituye la base para la práctica profesional, ya que no puede funcionar el uno sin el otro.

*MODELO DE ENFERMERIA Y PROCESO DE ENFERMERIA:* El modelo conceptual de V. Henderson se sustenta en las necesidades básicas del ser humano.

### **OBJETIVOS:**

- Conocer y poner en práctica un modelo que oriente la practica de enfermería para dar una atención integral.
- Conocer las 5 etapas del Proceso Atención de Enfermería.
- Aplicar la hoja de valoración para la recolección de datos, jerarquizar las necesidades de acuerdo al modelo conceptual.
- Formular los diagnósticos de enfermería integrando la taxonomía de la NANDA y el modelo de Henderson.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> FERNANDEZ F. C, Garrido A. M. *Enfermería fundamental*, PÁG.86-87.

<sup>31</sup> GARCIA G. M. *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson , propuestas par orientar la enseñanza y la practica de enfermería*. Progreso, México, 1997.G

### **a) VALORACION**

Virginia Henderson describe el cliente/usuario como un ser único y total con 14 necesidades básicas, que debe satisfacer por si mismo para ser independientes, por ello, en esta etapa se valora el grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades, y las causas de la dificultad en la satisfacción de las mismas (fuerza, conocimiento y voluntad).

### **b) DIAGNOSTICO**

A esta segunda etapa, se lleva a través del análisis y síntesis de los datos que permiten la identificación y definición de los problemas. De acuerdo con Henderson se llega a la definición de los problemas de dependencia relacionándolos con las causas que los originan.

### **c) PLANEACION**

Comprende la determinación de prioridades, el enunciado de los objetivos a alcanzar por el cliente/usuario y las actividades a llevar a cabo por el equipo de enfermería, por el cliente/usuario y por la familia.

De acuerdo con el modelo de Henderson los objetivos se establecerán en términos de niveles de independencia, de acuerdo con la causa de dificultad identificada, y los modos de intervención irán dirigidos a añadir, aumentar, reforzar, completar y/o sustituir la fuerza, el conocimiento y/o la voluntad.

### **d) EJECUCION**

En esta se realizan las actividades establecidas en el plan de cuidados.

### **e) EVALUACION**

En esta la enfermera, evalúa la eficacia de las intervenciones de acuerdo con los objetivos marcados, donde V. Henderson los describe como meta de los cuidados el ayudar al individuo a conseguir su máxima independencia en la satisfacción de las necesidades lo mas rápidamente posible, y de acuerdo con sus propias actividades y recursos, en consecuencia en esta etapa la

enfermera determina si se han mantenido o se han aumentado los niveles de independencia a partir del plan de cuidados.

## **7) LA TAXONOMIA DIAGNOSTICA DE LA NANDA Y EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Considero de gran importancia hacer mención de dichas comparaciones, ya que el presente trabajo esta basado en el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, pero se hace mención de los diagnósticos de la NANDA; a demás considero que el uso de diagnósticos por parte de la NANDA limita la reducción de los diagnósticos, mientras que el modelo conceptual permite tener la posibilidad de expresar mayores ideas en la elaboración de los mismos. De acuerdo con el modelo de Henderson, la identificación de los modelos de salud de la persona en las que la enfermera tendrá una intervención autónoma, que se obtendría interrelacionando los diferentes datos de dependencia que se hayan obtenido en la fase de valoración de las 14 necesidades básicas.

La determinación de los problemas identificados al finalizar la fase de valoración, de acuerdo al Proceso de Enfermería, se hace una comparación con la taxonomia diagnostica de la NANDA con el modelo de Virginia Henderson, donde dicha comparación el modelo de Henderson da una definición del problema de dependencia, mientras que la NANDA señala una etiqueta diagnóstica, los datos de dependencia del que hace mención Henderson, la NANDA lo indica como característica definitoria de mayores y menores y finalmente en el apartado de causas de la dificultad (fuerza, conocimiento y voluntad), que hace mención Henderson y la NANDA lo especifica como factores relacionados.

Ambas maneras de plantear y estructurar los diagnósticos, se menciona de diferente manera pero finalmente ambos llegan al mismo resultado, de ahí que la NANDA retome las bases teóricas de Virginia Henderson para desarrollar sus propuestas de diagnósticos de enfermería como instrumento de sistematización del trabajo de enfermería.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> FERNANDEZ F, C, El proceso de atención de enfermería: estudio de casos. Pág. 41 a 43.

## 8) FRACTURA.

Una fractura es la pérdida de continuidad en la estructura normal de un hueso, sumado al trauma y la alteración del tejido blando y los tejidos neurovasculares.

Las fracturas son causadas, en su mayoría, por etiologías traumáticas, o mejor dicho, a traumas severos, es decir un impacto fuerte en el hueso; aunque hay también fracturas patológicas que no son causadas por traumas severos sino que son alteraciones propias del hueso que lo hacen propenso para que, con traumas menores, se produzcan las fracturas.<sup>33</sup>

### CLASE DE FRACTURA.

Existen dos tipos de fracturas: las *abiertas* y las *cerradas*.

Las abiertas: son las más fáciles de diagnosticar ya que son las que tiene contacto con el exterior y se puede observar el trauma directamente.

Las fracturas cerradas: tienen signos clínicos que indican su existencia, como deformidades, alteraciones neurológicas, pérdida de movilidad de la extremidad, aunque existen algunas que no tienen signos tan evidentes para ser diagnosticadas y son las que se pueden identificar a través de las radiografías, aunque toda fractura o sospecha de ella debe ser corroborado a través de radiología. Algunas fracturas requieren ir más allá en el diagnóstico; para eso se utiliza radiología más avanzada, como tomografías axiales computadas, resonancias magnéticas y en algunas ocasiones, medicina nuclear, así se pueden detectar, incluso, fracturas que no son visibles con radiografías convencionales hasta un tiempo después que se han formado.<sup>34</sup>

Existe un gran cuadro clínico que indica si existe algún tipo de fractura, pero el bastión en la ortopedia y traumatología es la radiología.

---

<sup>33</sup> FITZGERALD, Robert, *Ortopedia*, pág. 1744.

<sup>34</sup> [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory\\_23274.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_23274.html), 5 May 2005

### **Fractura cerrada.**

En caso de una fractura cerrada y en ausencia de medios de diagnóstico a través de radiología, se debe inmovilizar al paciente en una posición anatómica, cuidando siempre que se permita una buena circulación hacia la parte distal del miembro afectado y cuidando también que haya integridad neurológica y enviarlo al lugar más cercano donde se pueda corroborar si existe o no una fractura.<sup>35</sup>

La posición anatómica es la posición en que las fuerzas musculares que controlan los movimientos del miembro, están tanto en flexión como en extensión cero. Es decir, el miembro está en un grado de movilidad y fuerza neutro. La posición anatómica no se debe relacionar con una posición a favor de la gravedad, menos en los miembros superiores, que son miembros que no tiene un contacto con una superficie. La posición anatómica de los miembros superiores es de noventa grados en la flexión de codo y un punto medio de giro en el antebrazo o prono supinación. Esta extraña palabra se proviene de dos vocablos latinos. Supinar, significaba pedir y es la posición de la palma de la mano y el antebrazo hacia arriba en actitud de pedir. Pronación significaba aprobar, y era cuando los monjes aprobaban algo poniendo la palma de la mano y el antebrazo hacia abajo sobre la cabeza de los fieles. Entonces la posición media entre las dos posiciones es ni la palma hacia arriba ni hacia abajo. Esa es la posición anatómica de los miembros superiores.<sup>36</sup>

### **Manejo de una fractura abierta.**

Cuando la fractura es abierta el tratamiento debe incluir antibióticos porque se presume que la fractura esta potencialmente infectada.

La rehabilitación: de cada fractura es diferente en virtud de que cada persona es diferente. Se debe personalizar cada tratamiento ya que, se dice que no hay dos fracturas iguales. Lo inicial es mantener una fractura con la mayor firmeza posible entre los fragmentos y su rehabilitación implica no sólo el hueso afectado sino también todas las estructuras adyacentes a él, ya que el desuso

---

<sup>35</sup> SILBERMAN, Fernando, Ortopedia y traumatología, pág. 433- 434.

<sup>36</sup> [www.iqb.es/patologia/fractura.htm](http://www.iqb.es/patologia/fractura.htm) - 98k

hace que disminuya la movilidad y la fuerza muscular. Por este motivo se debe tratar de iniciar lo más pronto posible la movilidad muscular a través de ciclos de fisioterapia dependiendo de las condiciones particulares de la fractura del paciente. Una fractura se puede recuperar teóricamente en un 100%, en la práctica, la fuerza y movilidad no serán iguales pero si muy cercanas al 100% si la fractura fue bien tratada y sin complicaciones. Cuando las cosas se complican, pueden quedar secuelas como pérdidas de función, deformidades o acortamientos del miembro. Una fractura tratada a tiempo y bien desde el momento del suceso puede llegar a ser recuperada de una forma que permitirá continuar con las mismas capacidades que la parte afectada tenía antes, siempre y cuando recordemos la palabra clave al hablar de fracturas: *Inmovilización*.<sup>37</sup>

## **PREVENCIÓN.**

Cuando nos encontremos con una persona que pueda sufrir una fractura, de cualquier tipo, no debemos intentar manipularla, ni colocarla, ya que durante estas maniobras podemos producir lesiones más importantes que la propia fractura (lesión de un nervio, de un vaso, etc.). Se debe inmovilizar el miembro lesionado de la mejor manera posible y trasladarlo a un hospital lo antes posible, comprobando que existe pulso en la región distal a la fractura.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> HOPPENFELD, Stanley, Fractura, tratamiento y rehabilitación, pág. 401-402.

<sup>38</sup> BROW, David, Secretos de ortopedia, pág. 819 – 820.

## **a) FRACTURA DE TOBILLO.**

### **Definición.**

Las fracturas de tobillo incluyen las fracturas de los maléolos interno y externo, así como las de la superficie articular distal de la tibia y el peroné.<sup>39</sup>

El tobillo es una articulación compleja en la cual los huesos y ligamentos que la componen desempeñan un papel importante y resultan elementos inseparables.

La marcha normal requiere una adecuada dorsiflexión y flexión plantar del tobillo; la inversión, la eversión, así como los movimientos en rotación, se realiza a través de la articulación subastragalina que funciona en estrecha colaboración con el tobillo.<sup>40</sup>

Cualquier lesión en la región del tobillo puede afectar, además de los huesos, a las superficies articulares y a los ligamentos que lo componen, a cualquiera de los tendones, y a los nervios o vasos sanguíneos que lo cruzan.<sup>41</sup>

## **b) CLASIFICACIÓN DE LA FRACTURA DE TOBILLO.**

La fractura en supinación-aducción es la más frecuente de lesión del tobillo, este mecanismo genera el típico esguince en inversión, cuando existe fractura se reconocen por tener un trazo transversal, perpendicular a la fuerza aplicada.

La fractura de supinación-rotación externa: Constituye un trazo espiroideo del maléolo lateral, que comienza a la altura de la interlinea y se extiende proximalmente a una distancia variable. El mecanismo de producción es por cizallamiento (conjunto de fuerzas que afectan a un cuerpo y tienden a deformarlo) en rotación originada por la presión del astrágalo sobre el peroné mientras la tibia rota internamente, por que el peso del cuerpo cae al lado opuesto.<sup>42</sup>

Las fracturas de pronación-abducción: Se caracteriza por tener un trazo de fractura en el peroné transversal en la zona más medial y en lo más lateral a

---

<sup>39</sup> FITZGERALD, Op.Cit. Pág. 1746

<sup>40</sup> MARTINEZ, Abril, Enfermería en cirugía ortopédica y traumatología, Pág. 170.

<sup>41</sup> SILBERMAN, Op. Cit.434.

<sup>42</sup> <http://www.zonamedica.com.ar/categorias/medicinailustrada/tobillo/>

causa del mecanismo de arqueamiento que provoca fuerza de tracción en el lado medial y de compresión en el lateral.<sup>43</sup>

La fractura con pronación-rotación externa: El signo característico lo constituye una fractura espiroidea u oblicua del maléolo externo que se extiende de la zona anterior proximal a la posterior distalmente y se localiza por encima de la interlinea articular, con lo que siempre esta lesión da la sindesmosis.<sup>44</sup>

### **c) Etiología.**

Las fuerzas de energía relativamente baja, debida a acciones como:

- Tropezarse.
- Torcerse un tobillo, son las mas comunes de fractura de tobillo.

Las fuerzas de alta energía directa o indirecta, como aquellas que se producen en:

Accidentes de tráfico, las cuales están asociadas con lesiones de tejido blando así como luxación de la articulación de tobillo.<sup>45</sup>

### **d) Epidemiología.**

De los diferentes tipos de fractura de tobillo, la fractura en supinación-aducción es la mas frecuente de lesión del tobillo, donde el 10-20% de las fracturas son maleolares y puede haber fracturas de esta clase del maléolo medial sin desplazamiento o mínimamente desplazadas, solo con laxitud lateral preexistente.

De las fracturas en supinación-rotación externa tienen causa del 40-75% de las fracturas maleolares en donde el mecanismo de producción es por una fuerza de cizallamiento en rotación originada por la presión del astrágalo sobre el peroné mientras la tibia rota internamente, por que el peso del cuerpo cae al lado opuesto.<sup>46</sup>

Las fracturas de pronación-abducción representan el 5-21% de todas las fracturas maleolares, se caracteriza por tener un trazo de fractura en el peroné

---

<sup>43</sup> GISPERT, Carlos, Manual de enfermería, pág. 1154.

<sup>44</sup> FORTUNE, Haverbeck , Ortopedia y traumatología, pág.167-168

<sup>45</sup> WISS, Donald, Fracturas, Pág.505.

<sup>46</sup> EIFF, Patrice, Tratamiento de las fracturas en atención primaria, Pág. 212, 217.

transversal en la zona más medial y conminuta en la más lateral a causa del mecanismo de arqueamiento que provoca fuerza de tracción en el lado medial y de compresión en el lateral.<sup>47</sup>

En la fractura con pronación-rotación externa hay una representación del 7-19% de las fracturas.

### **e) Signos y síntomas.**

Es importante en la anamnesia averiguar antecedentes que permitan deducir datos que orienten hacia el diagnóstico, así como la magnitud de los daños:

- Peso corporal.
- Carga de peso en el momento del accidente.

Actividad que se desarrollaba en ese instante: deambulación normal, durante una carrera, o cayó con el tobillo torcido desde cierta altura, etc.

- Intensidad del dolor.
- Rapidez del aumento de volumen; su intensidad.
- Posibilidad de caminar, etc., son sólo algunos de los antecedentes orientadores en el diagnóstico exacto.

Sin embargo, no siempre hay una relación directa en la aparente intensidad del traumatismo sufrido, con la gravedad real de la lesión. Ello debe ser tenido en cuenta en el momento de formular una hipótesis de diagnóstico en la primera atención de urgencia.

Dolor: generalmente intenso; a veces llega a tal grado que provoca una lipotimia. El enfermo logra caminar con dificultad o sencillamente no lo puede hacer.<sup>48</sup>

Aumento de volumen: puede ser instantáneo, progresivo y alarmante para el enfermo. Significa la existencia de un daño orgánico, sea óseo o de partes

---

<sup>47</sup> GISPERT, Op. Cit. Pág. 1156.

<sup>48</sup> WISS, Op. Cit. Pág.506.

blandas; la magnitud y rapidez en producirse y progresar suele revelar la gravedad de la lesión.

Equimosis: empieza a aparecer dentro de las primeras horas y se extiende al tobillo, borde externo del pie, hasta los dedos y pierna, si el enfermo descansa con el pie elevado, este se reduce.<sup>49</sup>

Palpación: dolorosa en toda la extensión del tobillo. Zonas especialmente sensibles en correspondencia al cuerpo de los maléolos o en zonas en torno a ellos, inducen a identificar el sitio del daño, sea óseo o ligamentoso.

Movilidad anormal del astrágalo: si el daño de la mortaja tibio-peronea es importante, con diástasis articular, puede llegar a provocar esguince por el desplazamiento del astrágalo en sentido lateral medial o externo (peloteo astragalino)<sup>50</sup>.

#### **f) FISIOPATOLOGIA DE FRACTURA DE TOBILLO.**

Dolor espontáneo, generalmente intenso; se exagera con los movimientos o tentativas de caminar. Es preciso e intenso a la presión del sitio de la lesión.

- Aumento de volumen, rápido en aparecer y progresivo.
- Equimosis tardías, submaleolares y que a veces descienden a lo largo de los bordes externo o interno del pie.
- Impotencia funcional.<sup>51</sup>

#### **g) DIAGNÓSTICO O PRUEBAS DIAGNOSTICAS.**

**Historia clínica.** En esta hay que tener en cuenta varios factores fundamentales como:

1.-*Como, cuando y donde ocurrió la lesión:* Permite tener una idea de la dirección y de la magnitud de la fuerza que ha actuado sobre el tobillo, el lugar informa sobre la posible contaminación en una fractura abierta, el tiempo transcurrido desde la lesión posibilitada, valorar la posibilidad del tratamiento

---

<sup>49</sup> CANTERO, Balibrea, Traumatología y cuidados de ortopedia, pág. 3019-3020.

<sup>50</sup> PALOU, Caceres, Manual SECOT de cirugías ortopédicas y traumatología, Pág. 338.

<sup>51</sup> STERRY, Canale, Cirugía Ortopédica, pág. 4032.

ortopédico o quirúrgico y cirugía urgente o diferida<sup>52</sup>.

2.-*Estado previo de la extremidad afectada*: Antecedentes de fracturas, esguinces de repetición y alteraciones neurológicas.

3.-*Estado general del paciente*: El uso de tabaco, ya que este puede dificultar la consolidación y la cicatrización, un paciente alcohólico puede no mantener la descarga precisa en un postoperatorio y un enfermo debilitado puede no mantenerse con bastón.<sup>53</sup>

**Exploración física**: Para determinar el grado de congruencia y de estabilidad articular.

1.-*Signos externos de lesión*: Dolor a la palpación, equimosis y tumefacción, suele haber una lesión estable, la afectación bilateral señala la inestabilidad potencial de la lesión, el tobillo tiene que explorarse circunferencialmente para buscar heridas y deformidades.

2.-*Desplazamiento*: Los signos de desplazamiento anatómico indican la presencia de inestabilidad.

3.-*Inestabilidad*: La movilidad puede comprobarse con el paciente consiente o bajo anestesia.

4.-*Factor vascular*: Incluir los pulsos de las arterias tibial posterior y pedía.

5.-*Exploración general*: El dolor del tobillo puede ser el síntoma de un paciente que esta desarrollando un síndrome compartimental en la pantorrilla.

6.-*Referencias externas*: Es no palpable y puede romperse sin demasiada tumefacción interna.

7.-*Movilidad*: La media de movilidad de la articulación del tobillo es de aproximadamente 30 grados de dorsiflexión plantar<sup>54</sup>.

---

<sup>52</sup> SKINNER, Harry, Diagnostico. tratamiento en ortopedia, pág. 526 – 527.

<sup>53</sup> [www.infopeople.com/adicciones/](http://www.infopeople.com/adicciones/) - 73k -

<sup>54</sup> CANTERO, Op. Cit. pág. 3022.

## **Estudios por imagen:**

1.-Radiografía simple: Debe incluir una proyección anteroposterior, una lateral y una de mortaja. Las radiografías oblicuas a 45 grados puede ayudar a identificar y a valorar la afectación articular y los detalles anatómicos de las fracturas de la región distal metafisaria de la tibia.<sup>55</sup>

2.-Tomografía Computadorizada (TC): Ayuda a observar el grado de conminación y la deformidad de la superficie articular y a descartar fracturas de la cúpula astragalina. La TC sirve para valorar lesiones del pilón tibial y para calcular el tamaño y la localización de la fractura del maleolo posterior.

3.-Otros métodos: La *resonancia magnética (RM)*, útil para la valoración de algunas lesiones del tobillo, sobre todo la roturas tendinosas ocultas y las alteraciones en la superficie articular. La *gammagrafía* con tecnecio-99 puede resultar de utilidad para localizar fracturas de estrés o fracturas ocultas, infecciones y lesiones neoplásicas. La *arteriografía* y los *estudios vasculares* no invasivos ayudan a definir una lesión vascular asociada.<sup>56</sup>

## **h) TRATAMIENTO.**

La fractura de tobillo de supinación-aducción o también llamada lesión de tipo A: No requiere cirugía y puede tratarse con un botín de yeso durante 6 semanas<sup>57</sup>.

---

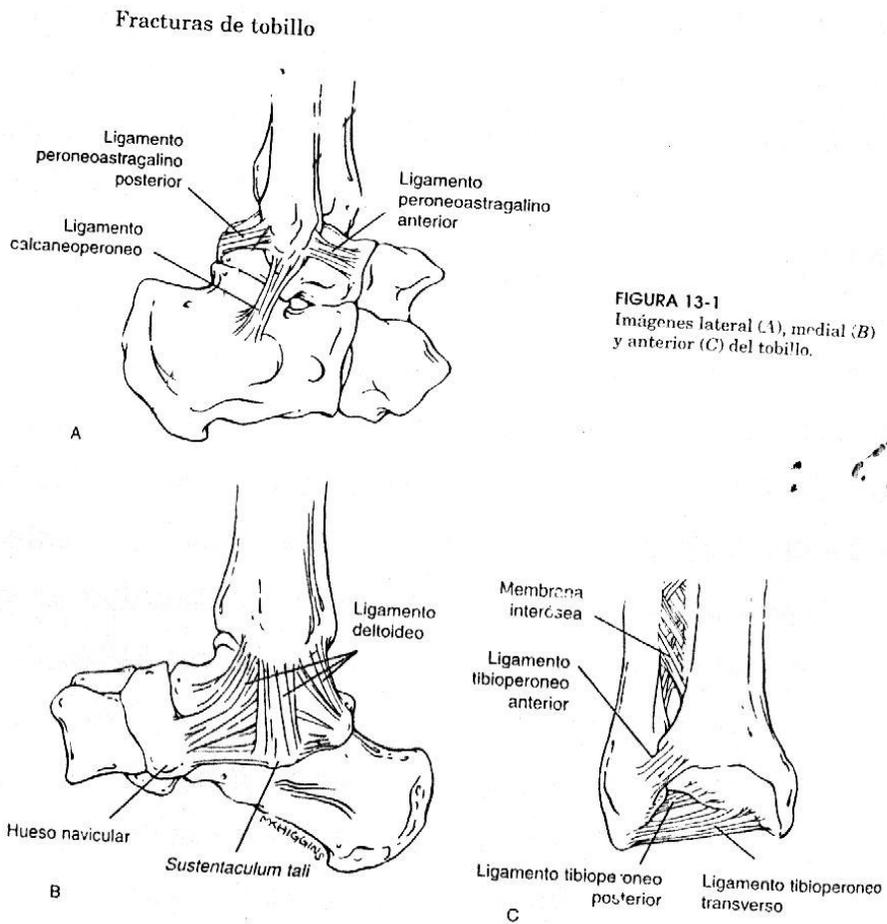
<sup>55</sup> Downloaded from content. Onlinejacc. Org by john lesser on March, 12, 2007.

<sup>56</sup> BARDAJI, Teodosio, Enfermería medico-quirúrgico necesidad de movimiento, Pág. 100-101.

<sup>57</sup> STERRY, Op. Cit. Pág. 4034.

## TRATAMIENTO INICIAL.

En la tabla 1.3 se resumen las directrices para el tratamiento inicial de las fracturas de tobillo<sup>58</sup>.



<sup>58</sup> SKINNER, Op. Cit. pág. 528.

La tumefacción es, probablemente la principal causa de dolor tras sufrir una fractura de tobillo, en consecuencia las medidas para reducir la tumefacción debe ser objetivo principal la aplicación precoz y el empleo continuado de una compresión externa permite reducir eficazmente la tumefacción, un almohadillado de espuma o fieltro en forma de U alrededor de la periferia del tobillo, manteniendo en su lugar mediante un almohadillado de yeso y una férula en estribo preparada con tiras de yeso de 15cm, facilita en gran manera la resolución de la tumefacción. Esta forma de compresión combinada con crioterapia resulta muy eficaz en las primeras 24 a 48 horas. Se recomienda una envoltura con una bolsa de hielo en el tobillo durante 20-30 minutos cada 2 - 4 horas. La elevación del tobillo, se coloca más alto que la rodilla y se evitara el apoyo de peso, es útil también para reducir al mínimo la tumefacción en las primeras 24 a 48 horas.<sup>59</sup>

#### **i) TRATAMIENTO DEFINITIVO.**

En la fractura de tobillo como tratamiento definitivo es la colocación de yeso de pierna corta de ambulación, con una botina de fractura para deambulación, durante 4 a 6 semanas. Debe tenerse cuidado de inmovilizar el tobillo en una porción neutra (90 grados de flexión), con objeto de reducir al mínimo el acortamiento del tendón de Aquiles. El cumplimiento de la inmovilización prescrita es esencial para garantizar una consolidación adecuada de la fractura; los pacientes pueden verse tentadores a alterar el tratamiento si utiliza un dispositivo de inmovilización que puede retirarse y volver a colocarse<sup>60</sup>.

A las 4 semanas, si la zona de fractura no es dolorosa a la palpación y las nuevas radiografías muestran signos de consolidación de la fractura, el paciente puede iniciar el apoyo gradual de peso y la rehabilitación del tobillo. Si no existe signo radiográfico de consolidación las 4 semanas, el paciente debe continuar llevando el yeso durante otras dos semanas y a continuación han de volver a realizar radiografías. En ocasiones es necesario hasta 8 semanas de

---

<sup>59</sup> QUEZADA, Antonio, Procedimientos técnicos en urgencias y emergencias, Pág. 265-268.

<sup>60</sup> NETTINA, Sandra, Manual de enfermería práctica, Pág. 25-28.

uso de yeso antes de que se aprecie radiográficamente una consolidación de la fractura. El tratamiento de la fractura inestable varia entre la reducción cerrada con inmovilización y la reducción abierta con fijación interna. El objetivo del tratamiento de las fracturas de tobillo es la alineación casi anatómica, con menos de 1 mm de desplazamiento en cualquiera de las proyecciones.

## **MEDICAMENTOS**

### **DOLAC ( KETOROLACO )**

Analgésico anti-inflamatorio no esteroideo, estructuralmente relacionado con la indometacina y con el tolmetin, inhibe la actividad de la ciclooxigenasa, en consecuencia impide la formación de prostaglandinas y tromboxanos a partir de ácido araquidónico, también inhibe la agregación plaquetaria, en contraste con la aspirina, ese efecto es transitorio y la función plaquetaria se recupera uno o dos días después de suspender su administración.<sup>61</sup>

Se absorbe de forma rápida y completa de los depósitos intramusculares y alcanza concentraciones séricas máximas de 30 a 60 minutos. Se metaboliza parcialmente en el hígado, donde se forman metabolitos inactivos y se excreta en la orina y en menor proporción en la bilis.

### **INDICACIONES.**

Tratamiento de corta duración del dolor moderado a grave.

### **CONTRAINDICACIONES.**

En caso de hipersensibilidad al ketorolaco a los analgésicos anti-inflamatorios no esteroideos, úlcera péptica activa, colitis ulcerativa, sangrado gastrointestinal, hepatitis activa, en caso de asma, alcoholismo activo, tabaquismo intenso, hemofilia, insuficiencia renal o hepática, insuficiencia cardíaca congestiva, e hipertensión<sup>62</sup>.

---

<sup>61</sup>MOSQUERA, J. M, Farmacología clínica para enfermería, pág. 93.

<sup>62</sup> OSINACHI, Carlos, Farmacología para la enfermera, pág. 145 – 146.

### **REACCIONES ADVERSAS.**

FRECUENTES: Dolor abdominal, alteraciones digestivas, somnolencia, ardor en el sitio de inyección.

POCO FRECUENTES Diarrea, vértigo, cefalea, aumento de la sudoración, dolor en el sitio de inyección, edema de extremidades y aumento de peso.

RARAS: Nauseas, dolor abdominal grave, hematemesis, melena, sangrado rectal, perforación gastrointestinal, púrpura, estomatitis, disminución de la frecuencia urinaria, oliguria, depresión mental.

### **VIA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS ADULTO.**

Intramuscular de 30 a 60 mg; después 30 mg cada 6 a 8 horas, en paciente de menos de 50 Kg. de peso, inicia con 30 mg y continúa con 15 mg cada 6 horas.

### **PRESENTACIONES.**

Dolac, solución inyectable, cada milímetro de solución inyectable contiene 30 mg de ketorolac trometamina, caja con tres ampolletas de vidrio ambas. SYNTEX.

## **PARACETAMOL (ACETAMINOFEN)**

Es un agente eficaz para disminuir la fiebre y para aliviar el dolor somático de baja y moderada intensidad. Ambos efectos parecen tener relación con la inhibición de la biosíntesis de prostaglandinas producidas por este medicamento, y que depende de su acción inhibitoria sobre la ciclooxigenasa. Su efecto antipirético se debe a su acción sobre el centro termorregulador del hipotálamo, lo que induce vasodilatación periférica y da lugar a incremento del flujo sanguíneo en la piel, sudoración y pérdida de calor, carece de actividad anti-inflamatoria sin embargo tiene la ventaja de no producir irritación de la mucosa del tubo digestivo. Su efecto antipirético y analgésico se inicia en 30 minutos, son máximo en 1 o 3 horas y persiste por 3 o 4 horas, se absorbe rápidamente y completamente desde cualquier punto del aparato digestivo, se une poco a las proteínas plasmáticas y se distribuye en todo el líquido corporal.

Experimenta biotransformación en el hígado, en particular por conjugación, formando glucurónidos inactivos.<sup>63</sup>

### **INDICACIONES.**

Alivio del dolor de baja o moderada intensidad, como cefalea, dismenorrea, neuralgia y mialgia. Disminución de la fiebre e etiología diversa.

### **CONTRAINDICACIONES.**

En caso de hipersensibilidad al acetaminofén, enfermedad hepática, hepatitis viral o insuficiencia renal grave. El riesgo de hepatotoxicidad al acetaminofén aumenta en pacientes alcohólicos y en quienes ingieren inductores enzimáticos, como barbitúricos u otros anticonvulsivos.<sup>64</sup>

### **REACCIONES ADVERSAS.**

RARAS: Dificultad o dolor al orinar, disminución del volumen urinario, erupción cutánea, neutropenia, pancitopenia o leucopenia, cansancio exagerado, ictericia, las reacciones adversas más graves se deben a sobredosis aguda y consiste en necrosis del hígado, necrosis tubulorrenal y coma hipoglucémico. Los síntomas iniciales de la hepatotoxicidad son náuseas, vómito y dolor abdominal<sup>65</sup>.

### **VIA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS ADULTO.**

ORAL: 300 a 600 mg cada 4 o 6 horas:

RECTAL: 300 a 600 mg cada 4 o 6 horas,

En ambos casos la dosis máxima debe ser inferior a 2.6 gramos en 24 horas, no prolongar el tratamiento por más de 10 días.

### **PRESENTACIÓN.**

TEMPRA: gotas, jarabe, tableta para adulto, tableta masticable.

PARACETAMOL

ACETAMINOFEN

---

<sup>63</sup> RODRIGUEZ, Rodolfo, Vademécum académico de medicamentos, pág. 5-8.

<sup>64</sup> GRIFFITH, Winter, Guía para el uso de medicamentos, Pág., 3.

<sup>65</sup> MOSQUERA, Op, Cit. 361-362.

## AMIKACINA

La amikacina es un antibiótico semisintético del grupo de los aminoglucósidos, derivado de la Kanamicina, de acción bactericida.

La amikacina se absorbe rápidamente tras la administración intramuscular.

En adultos con función renal normal, a la hora de la inyección intramuscular de 250 mg (3.7 mg/Kg), 375 mg (5 mg/Kg) y 500 mg (7.5 mg/Kg), las concentraciones séricas máximas son de 12, 16 y 21 mg/ml, respectivamente. Con función renal normal, un 91.3% de una dosis I.M. se excreta sin cambios en la orina a las 8 horas, y el 98.2% a las 24 horas. Las concentraciones medias en orina durante 6 horas son de 563 ug/ml tras una dosis de 250 mg, 697 mg/ml tras una dosis de 375 mg y 832 mg/ml tras una dosis de 500 mg. Las dosis usuales producen concentraciones terapéuticas en diversos líquidos del organismo que fundamentan su utilización en las indicaciones que se señalan.<sup>66</sup>

Dosis únicas de 500 mg (7.5 mg/Kg) administradas a adultos normales, en perfusión durante un período de 30 minutos, producen unas concentraciones séricas máximas de 38 mg/ml al finalizar la perfusión, y niveles de 24 mg/ml, 18 mg/ml y 0,75 mg/ml a los 30 minutos, 1 hora y 10 horas después de la misma, respectivamente.

La amikacina se manifiesta activa "in vitro" frente a los siguientes microorganismos:

**Gram-negativos:** Especies de *Pseudomonas*, *Escherichía coli*, especies de *Proteus* (indol-positivos e indol-negativos), especies de *Providencia*, especies de *Klebsiella-Enterobacter Serrana*, especies de *Acinetobacter* (Mima-Herellea) y *Citrobacter freundii*.

**Gram-positivos:** Especies de Estafilococos productores y no productores de penicilinasa, incluyendo cepas resistentes a la Meticilina. No obstante, la amikacina es poco activa frente a otros Gram-positivos: *Streptococcus*

---

<sup>66</sup> KATZUNG, Bertram, Farmacología, Pág., 342.

*pyogenes*, Enterococos y *Streptococcus pneumoniae* (*Diplococcus pneumoniae*).<sup>67</sup>

## **INDICACIONES.**

La amikacina está indicado en el tratamiento de corta duración de las infecciones bacterianas, simples o mixtas, causadas por cepas sensibles de los microorganismos antes citados, tales como: Septicemia (incluyendo sepsis neonatal), Infecciones severas del tracto respiratorio. Infecciones del sistema nervioso central (meningitis). Infecciones intra-abdominales, incluyendo peritonitis. Infecciones de la piel, huesos, tejidos blandos y en quemaduras. Infecciones complicadas y recidivantes del aparato urinario, cuyo tratamiento no sea posible con otros antibióticos de menor toxicidad.<sup>68</sup>

Antes de iniciar el tratamiento con amikacina es aconsejable realizar un antibiograma, previo aislamiento e identificación del germen causante. Cuando la gravedad del proceso lo requiera y el cuadro clínico permita sospechar una infección por gérmenes sensibles a la amikacina, puede iniciarse la terapéutica con el antibiótico ya antes de conocerse el resultado del antibiograma. Si la gravedad de la infección puede suponer un riesgo vital, podrá estar indicada una terapéutica inicial simultánea de ambos de acuerdo con la gravedad del cuadro infeccioso y el estado general del paciente.<sup>69</sup>

## **CONTRAINDICACIONES Y ADVERTENCIAS.**

La amikacina está contraindicada en pacientes con historia de hipersensibilidad y reacciones graves a la amikacina o a otros aminoglucósidos. No debe administrarse simultáneamente, con productos neuro o nefrotóxicos ni con potentes diuréticos.

La amikacina es potencialmente nefrotóxica y ototóxica. El riesgo mayor de presentar estos efectos tóxicos lo constituyen los pacientes con función renal alterada, en tratamientos con dosis altas, o más largos que los recomendados. La forma inyectable de amikacina contiene bisulfito de sodio, un tipo de sulfito que puede producir reacciones alérgicas incluyendo manifestaciones

---

<sup>67</sup> RODRIGUEZ, Op. Cit. pág. 49-51.

<sup>68</sup> <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/a043.htm>

<sup>69</sup> OSINACHI, Op. Cit. pág.143.

anafilácticas, que amenacen la vida o cuadros asmáticos menos graves en individuos sensibles. La prevalencia global de la sensibilidad al sulfito en la población general se desconoce, aunque es probablemente baja. La hipersensibilidad al sulfito se observa más frecuentemente en sujetos asmáticos que en los no asmáticos.<sup>70</sup>

La amikacina debe administrarse con cautela a los pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a otros aminoglucósidos, así como a aquellos de fondo alérgico fundamentalmente medicamentoso.

Deben observarse cuidadosamente las funciones tanto renal como del nervio auditivo en los pacientes que presenten, o en los que se sospeche una insuficiencia renal (edad avanzada, etc.), cuando se use durante períodos largos, o cuando se administre en dosis superiores a las recomendadas, ya que han sido comunicados trastornos del VII par craneal (Facial, controla músculos faciales), así como de la función renal.

Con el fin de prevenir potenciales efectos tóxicos en determinados pacientes, deben estudiarse los niveles plasmáticos de amikacina, ajustando su dosificación para evitar prolongados niveles superiores a 35 mg/ml. a orina deberá examinarse para detectar incrementos en la excreción de proteínas, la presencia de células o cilindros y disminución de la densidad. La ototoxicidad en niños no está bien determinada. La aparición de signos de nefro u ototoxicidad determinará un reajuste de la dosificación o la suspensión del tratamiento, según los casos. Los pacientes deben ser bien hidratados durante el tratamiento. La amikacina deberá ser utilizada con precaución en pacientes con trastornos musculares, tales como miastenia gravis o parkinsonismo, ya que la amikacina puede agravar la debilidad muscular a causa de su potencial efecto curarizante. En caso de aparecer sobre-infecciones producidas por gérmenes resistentes, debe suspenderse el tratamiento y aplicarse la terapia adecuada.<sup>71</sup>

Aunque el riesgo de reacciones tóxicas es bajo en los pacientes con función renal normal que reciben amikacina en las dosis y durante los períodos recomendados, se han descrito las siguientes reacciones adversas:

---

<sup>70</sup> <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm/mex/productos/7768.htm>

<sup>71</sup> MOSQUERA, J. M, Farmacología clínica para enfermería, pág. 373-374.

Nefrotoxicidad: se ha comunicado albuminuria, presencia de glóbulos rojos y blancos, cilindros, azotemia y oliguria.

Ototoxicidad: sobre la audición y vestibular, puede aparecer en pacientes tratados con dosis altas o durante un período más largo que el recomendado. El riesgo de ototoxicidad con amikacina es mayor con pacientes con alteraciones renales, siendo la sordera en las frecuencias altas la primera en aparecer, detectándose por audiometría. Puede aparecer vértigo y poner en evidencia una alteración vestibular.

Otros efectos secundarios que en escaso número pueden presentarse son: Picor de piel (rash), fiebre medicamentosa, cefalea, parestesias, temblor, náuseas y vómitos, eosinofilia, artralgia, anemia e hipotensión.

### **DOLOR EN EL SITIO DE LA INYECCIÓN.**

Alteraciones hepáticas: En tratamientos de una semana con aminoglucósidos por vía parenteral se pueden observar trastornos en las cifras de transaminasas glutámicooxalacética y glutámico-pirúvica, colinesterasa, fosfatasa alcalina y bilirrubina, que desaparecen a los pocos días de suspender el antibiótico<sup>72</sup>.

En caso de presentarse una reacción tóxica por hiperdosificación o acumulación, a tener en cuenta especialmente en pacientes con insuficiencia renal grave, la diálisis peritoneal o hemodiálisis pueden favorecer la eliminación del antibiótico. Si se produjese una reacción de hipersensibilidad se suspenderá su administración, aplicándose al paciente el tratamiento específico adecuado a la naturaleza e intensidad de la misma (antihistamínicos, corticosteroides, adrenalina, etc.)

### **PRESENTACIÓN**

BICLIN 125 y 500 mg, vial con 2 ml. BRISTOL-MYERS

AMIKACINA BRAUN 5 mg/ml, frasco con 100 ml

AMIKACINA MEDICAL 125 mg vial con 2 ml

AMIKACINA NORMON 125 mg, 250 mg y 500 mg viales con 2 ml. 5 mg/ml, frasco con 100 ml

---

<sup>72</sup> RODRIGUEZ, Rodolfo, Vademécum académico de medicamentos, pág. 86-87.

KANBINE, Rovi, 250 y 500 mg. viales con 2 ml.

## **METAMIZOL ( DIPIRONA )**

El metamizol es un fármaco perteneciente a la familia de las pirazonas, cuyo prototipo es el piramidón. El metamizol actúa sobre el dolor y la fiebre reduciendo la síntesis de prostaglandinas proinflamatorias al inhibir la actividad de la prostaglandina sintetasa. A diferencia de otros analgésicos no opiáceos que actúan sobre la síntesis de la prostaciclina, el metamizol no produce efectos gastrolesivos significativos.<sup>73</sup>

Farmacocinética: después de su administración, el metamizol es rápidamente metabolizado por oxidación a -metilaminoantipirina (4-MAA), 4-aminoantipirina (4-AA), 4-formilaminoantipirina (4-FAA), y 4-acetil-amino-antipirina (4-AcAA)

### **INDICACIONES Y POSOLOGIA**

Dolor agudo post-operatorio o post-traumático. Dolor de tipo cólico.

Dolor de origen tumoral. Fiebre alta que no responda a otros antitérmicos.

### **LAS DOSIS USUALES SON LAS SIGUIENTES:**

Vía oral: de 1 a 2 g cada 8 horas

Vía parenteral: una ampolla de 2 g de metamizol por vía intramuscular profunda o intravenosa lenta (3 minutos) cada 8 horas, salvo criterio médico, sin sobrepasar las 3 ampollas por día. En la indicación de dolor oncológico se utilizará 1/2 -1 ampolla cada 6-8 horas por vía oral, disuelta en naranja, cola o cualquier otra bebida refrescante<sup>74</sup>.

### **CONTRAINDICACIONES**

El metamizol está contraindicado en pacientes con antecedentes de reacciones de hipersensibilidad (por ejemplo, anafilaxis o agranulocitosis) al metamizol u otros derivados pirazolónicos. Puede existir sensibilidad cruzada en pacientes que han tenido síntomas de asma, rinitis o urticaria después de la

---

<sup>73</sup> WOLFF, Luverne, Biblioteca básica de enfermería. oxford university press harla. pág., 237.

<sup>74</sup> MOTA Rodríguez Carmen, Cinética de los fármacos en el organismo, pág. 18.

administración de ácido acetil salicílico, paracetamol o anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs). También está contraindicado en casos de porfiria aguda intermitente y deficiencia congénita de glucosa-6-fosfato- deshidrogenasa<sup>75</sup>.

El tratamiento será interrumpido de forma inmediata si aparece algún signo o síntoma sugestivo de anafilaxis (shock anafiláctico, dificultad para respirar, asma, rinitis, edema angioneurótico, hipotensión, urticaria, erupción) o agranulocitosis (fiebre alta, escalono, dolor de garganta, inflamación en boca, nariz o garganta, lesiones en mucosa oral o genital). Deberá informarse a los pacientes sobre este particular antes de comenzar el tratamiento, advirtiéndoles que suspendan el mismo y consulten a su médico inmediatamente si presentan alguno de los síntomas anteriormente mencionados. Dados los riesgos asociados al tratamiento con metamizol, deberá valorarse cuidadosamente el balance beneficio-riesgo del tratamiento en comparación con otras alternativas terapéuticas. Los pacientes que hayan experimentado una reacción de hipersensibilidad al metamizol, no deben volver a ser reexpuestos al mismo. En pacientes con problemas preexistentes de hematopoyesis (por ejemplo, tratamiento citostático) sólo se administrará metamizol bajo vigilancia médica. El uso de la ampolla bebida para la indicación de dolor oncológico no debería superar los 7 días<sup>76</sup>.

La forma inyectable se debe administrar únicamente por vía intravenosa o intramuscular profunda. La administración intraarterial por error puede producir necrosis del área vascular distal. Deberá utilizarse con precaución en pacientes con tensión arterial sistólica por debajo de 100 mm Hg y en pacientes con circulación inestable (por ejemplo, después de infarto de miocardio, lesiones múltiples, shock incipiente). Se recomienda no administrar el preparado durante el primer y último trimestre de embarazo. En el segundo trimestre sólo se utilizará una vez valorado el balance beneficio/riesgo. Los metabolitos del metamizol son excretados en la leche materna, por lo que se debe evitar la lactancia durante las 48 horas después de su administración.<sup>77</sup>

---

<sup>75</sup> TAYLOR Magali, Farmacocinética, Pág. 14 y 15.

<sup>76</sup> LOEBL, Suzanne, Manual de farmacología, Pág. 62.

<sup>77</sup> Goodman, Louis, Bases farmacológicas de la terapéutica, Pág. 86.

## **REACCIONES ADVERSAS**

La administración de metamizol puede aumentar el riesgo de reacciones anafilácticas y agranulocitosis ambas reacciones pueden aparecer en cualquier momento después de iniciado el tratamiento y no muestran relación con la dosis diaria administrada. El riesgo de aparición de un shock anafiláctico parece ser mayor con las formas parenterales. En raras ocasiones se ha observado disminución del número de plaquetas en sangre. Pueden aparecer reacciones de hipersensibilidad en la piel y en las membranas mucosas. Muy raramente se han descrito graves reacciones cutáneas con aparición de ampollas, que incluso pueden amenazar la vida, y que implican generalmente las membranas mucosas (síndromes de Stevens-Johnson y de Lyell). En caso de que ocurran tales reacciones, se debe interrumpir el tratamiento con metamizol. En pacientes con fiebre alta y/o tras una inyección rápida, puede haber una disminución de la tensión, sin signos de hipersensibilidad, que es dependiente de la dosis. Se han descrito ocasionalmente problemas renales con inflamación, disminución de la cantidad de orina y aumento de la excreción de proteínas con la orina, principalmente en pacientes con depleción de volumen, en pacientes con historia previa de insuficiencia renal o en casos de sobredosis. Puede producirse dolor en el punto de inyección, especialmente tras la administración intramuscular. Después de la administración de dosis muy altas de metamizol, puede producirse una coloración roja de la orina, la cual desaparece al suspender el tratamiento.<sup>78</sup>

## **PRESENTACIONES**

NOLOTIL cápsulas de 575 mg.

NOLOTIL Ampulas: ampulas de 5 ml conteniendo 2 g de metamizol

NOLOTIL supositorios infantiles

---

<sup>78</sup> LEVINE, Ruth. Farmacología, ED. Salvat editores, España, 1982, pág. 86, pp. 156.

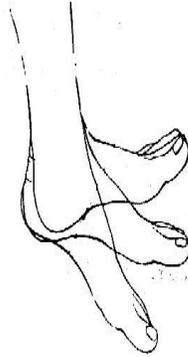
## **j) REHABILITACIÓN.**

Una vez finalizada la inmovilización con yeso, debe indicarse al paciente que realice ejercicios del tobillo de amplitud completa. Durante esta fase de rehabilitación inicial, la distensión de los músculos de la pantorrilla es importante también para mantener la flexibilidad muscular y restablecer la flexión dorsal del tobillo. La marcha de punta-talón es otra forma de reforzar los músculos de la pantorrilla. Los pacientes deben ser examinados a un plazo de 2 semanas tras haber finalizado la inmovilización, para mantener una vigilancia de su evolución con estos ejercicios de rehabilitación y de su recuperación de la función. Algunos de los ejercicios son los siguientes<sup>79</sup>.

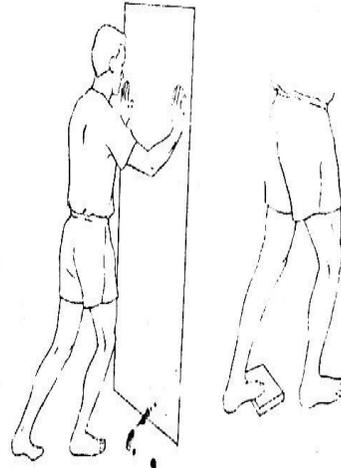
---

<sup>79</sup> TIDSWELL, Marian, Rehabilitación ortopédica, ED. Harcourt, España, 2005, pág. 226-227, pp. 341.

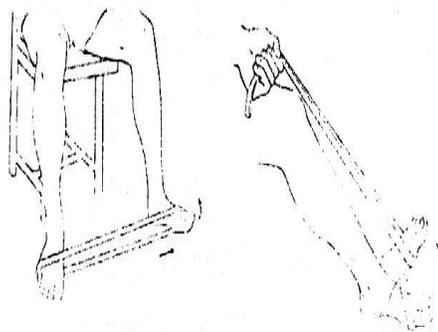
**Ejercicios de amplitud completa de movimiento.**  
 Flexione y extienda el pie en el tobillo. Mantenga la posición de flexión máxima (con los dedos hacia abajo) y la extensión (dedos hacia arriba) durante 10 segundos. Repita este ejercicio varias veces. Con el dedo gordo, trace letras en el aire moviendo sólo el pie y el tobillo.



**Ejercicio de distensión de la pantorrilla.** Apóyese en la pared con una rodilla recta y el peso apoyado en el pie dañado. La otra rodilla debe estar doblada. Mantenga la presión durante 30 segundos. Repita el ejercicio con los dedos del pie dañado colocados sobre un libro. Realice 3 series de 10 repeticiones.



**Ejercicios de refuerzo de la pantorrilla.** Prepare un lazo con una banda elástica y colóquelo alrededor de ambos pies. Mueva el pie dañado hacia fuera y hacia arriba, mientras mantiene el otro pie fijo, y sosténgalo durante 10 segundos. Mientras mantiene la banda elástica tensa, presione el pie hacia abajo y sosténgalo durante 10 segundos. Realice 3 series de 10 repeticiones por cada ejercicio.



rehabilitación del tobillo.

## **k) COMPLICACIONES.**

Después de la reparación de las fracturas de tobillo es posible que la infección pueda afectar la herida y también la articulación del tobillo.

La infección: puede manifestarse como una infección de la herida o un estrechamiento solapado del espacio articular. La infección de la herida requiere de un tratamiento agresivo. La articulación infectada requiere aspiración con cultivo del material aspirado y la administración de antibióticos apropiados. Las heridas deben cerrarse por encima del drenaje de aspiración en lugar de permanecer abiertas a fin de evitar la desecación de la superficie articular, los implantes colocados deben permanecer in situ para suministrar estabilidad, los implantes retenidos pueden ser extraídos después de consolidada la fractura, la falta de consolidación de la fractura de tobillo es rara y puede tratarse mediante injertos óseos y un método de fijación interna estable.<sup>80</sup>

La artrosis postraumática: puede ser una complicación de una consolidación defectuosa, esta se trata inicialmente con agentes antiinflamatorios no esteroideos, modificación de la actividad física y ortésicas.

El esfacelamiento y la curación lenta de la herida a menudo son consecuencia de la lesión inicial de los tejidos blandos y son más frecuentes después de una fractura expuesta.<sup>81</sup>

## **l) MEDIDAS PREVENTIVAS.**

Lleve el zapato apropiado para cada situación. Unos buenos zapatos para caminar aportan comodidad y mejor equilibrio.

Lleve botas o zapatos de monte en terrenos desiguales.

Diferentes actividades deportivas exigen calzado específico para proteger los pies y los tobillos. Use el calzado apropiado para cada deporte. No lleve calzado deportivo demasiado viejo o gastado.<sup>82</sup>

---

<sup>80</sup> KATZUNG, Bertram, Farmacología básica y clínica, pág. 33.

<sup>81</sup> GOODMAN Y GILMAN, Las bases farmacológicas de la terapéutica, pág. 92.

<sup>82</sup> URDEN, Lidia, Prioridades enfermería de cuidados intensivos, Pág. 101-102.

Lleve calzado de seguridad si tiene una ocupación que presente un peligro para la seguridad del pie. Hay zapatos de seguridad específicos para diversas condiciones de trabajo. Asegúrese de que se le ajustan apropiadamente.<sup>83</sup>

Lleve siempre zapatos cerrados fuertes al usar una segadora u otro equipo para cortar hierba.

No camine descalzo sobre pavimento en la calle o acera.

Preste atención a suelos resbaladizos en su casa o trabajo. Limpie inmediatamente derrames peligrosos.

Si se levanta por la noche, encienda la luz. Muchos dedos rotos y otras heridas en los pies ocurren al intentar orientarse a oscuras.

## **M) CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON FRACTURA DE TOBILLO.**

- El paciente debe permanecer al menos 12 horas con el miembro elevado, por encima del nivel cardíaco.
- Debe mantenerse realizando movimientos evacuantes. Estos serán flexión completa de todas las articulaciones dístales a la zona de colocación del yeso, y se deben realizar desde la mas distal hacia la mas proximal, flexionando al máximo.
- No se debe cubrir el yeso con plástico, ya que retrasa el tiempo de secado y además reblandece el material eliminando su rigidez.
- Valorar la aparición de manchas y/o drenajes controlados.
- No se deben introducir objetos en los vendajes, debido a que pueden provocar heridas que se infectaran rápidamente y además pueden caer dentro del yeso, no pudiendo recuperarlo salvo que se rompa el yeso.
- Determinar la ausencia de abollamiento, grietas y/o roturas, ya que estas alteraciones determinan la capacidad de contención del yeso, y por tanto, modifican el tratamiento de forma importante.

---

<sup>83</sup> LUCKMANN, MA, Joan, Cuidados de enfermería, Pág. 280 – 282.

- Si aparecen escaras o se constata la aparición de escaras dentro del yeso se debe abrir y curar.
- Valorar la sensibilidad y circulación distal continuamente, mediante el control de: color de la zona distal, calor, sensibilidad, pulsos dístales presentes, llenado capilar no retrasado, si se observa disminución del llenado capilar, parestesia, frialdad, disminución o ausencia del pulso, coloración amoratada, para lo cual se debe abrir y cambiar el yeso<sup>84</sup>.
- En caso de dolor, aliviar el dolor, administrando los analgésicos y antiinflamatorios prescritos.
- Aplicar frió en la zona correspondiente, para evitar el aumento de la tumefacción, en caso de que la haya, están contraindicados los baños con agua caliente.
- Controlar los signos que indiquen alteraciones vasculares o nerviosas por compresión del vendaje.<sup>85</sup>

---

<sup>84</sup> GONZALEZ, Lourdes, Procedimientos y cuidados en enfermería medico-quirúrgico, pág. 139-146.

<sup>85</sup> DE LA FUENTE, Mercedes, Enfermería medico-quirúrgico, pág. 108-111.

## **OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL.**

Identificar los cuidados de pacientes con fractura de tobillo izquierdo en supinación-adducción cuya salud y bienestar se ve afectado de forma negativa para la realización de sus actividades cotidianas, de acuerdo a las necesidades alteradas.

### **OBJETIVO ESPECIFICO.**

Valorar las necesidades del paciente para formular diagnósticos bien fundamentados de enfermería.

Desarrollar un plan de cuidados de enfermería que comprenda las necesidades que afectan al paciente con fractura de tobillo izquierdo en supinación-adducción.

Desarrollar progresivamente la ejecución de los cuidados generales y específicos que ayuden al paciente a tener una mejor calidad de vida tanto dentro como fuera del hospital.

## II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

### 1) VALORACION DE ENFERMERIA.

#### Historia clínica de enfermería.

Ficha de identificación.

Lugar: Hospital General de Zona No. 32 Villa Coapa

Nombre: C. O. M. M.

Edad: 22 Años

Sexo: Masculino

Edo. Civil: Soltero

Religión: Católico

Derechohabiente

Escolaridad: Secundaria Terminada

Lugar de Origen: México D. F.

Diagnóstico: fractura de tobillo izquierdo en supinación-aducción o lesión tipo a.

Fuente de información: directa (a través del paciente) e indirecta (a través del expediente).

Fiabilidad: mucha

Nombre de la madre: G. A. B.

Nombre del padre: M. R. E.

#### **ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.**

Preguntados y negados, por el paciente.

#### **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.**

Preguntados y negados, por él paciente.

#### **ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.**

Cuenta con todos los servicios donde habita, se alimenta 3 veces al día, alimentación balanceada, nutritiva, según el paciente y su mamá.

Aseo: diario y cambio de ropa diario, no etilismo, si tabaquismo, si alcoholismo casa 8 días, la inmunización cuenta con todo el esquema completo.

#### **INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS**

Neurológico: preguntado y negado

Respiratorio: preguntado y negado

Cardiovascular: preguntado y negado

Digestivo: preguntado y negado

Renal: preguntado y negado

Piel Y tegumentos: Bien hidratados, con coloración simétrica sin alteraciones, la piel sin turgencia.

## **EXPLORACIÓN FÍSICA.**

### **Signos vitales.**

Temperatura: 36.5 grados

T/A: 120/80

FC.: 63 por minuto

FR.: 22 por minuto

Peso: 56

Talla: 1.57 m.

### **Habitus exterior.**

Paciente masculino con edad aparentemente igual a la cronológica, bien conformado, de complexión delgada, reactivo, ubicado en las tres esferas.

Cabeza. De forma y volumen normal, cabello bien implantado, color negro, corto, no hay endostosis, ni exostosis, ni puntos dolorosos a la palpación.

Orejas. Hay correcta implantación del oído con la oreja, cuenta con todos sus pliegues, sin faltantes y sin sobrantes.

Cara simétrica. Se encuentra sin alteraciones.

Ojos. Ojos de forma y volumen igual uno con otro, responden al mismo tiempo al igual que la respuesta pupilar, conjuntivas húmedas, tiene buena acomodación al ver un objeto y sigue al objeto con la vista.

Nariz. Nariz normal, con narinas permeables.

Boca. Con dentadura total sin sobrantes ni faltantes, lengua de forma y volumen normal, sin alteraciones, mucosas color rosado, sin inflamación,

paladar sin alteraciones, lengua rosada al igual que las encías, tiene buena fonación, no tiene dificultad para articular las palabras.

Cuello. Es simétrico, cilíndrico, traquea central y desplazable de un lado al otro, es decir de derecha a izquierda y viceversa.

Tórax. De forma y volumen normal, ruidos cardiacos de mediana intensidad, frecuencia normal y estable, pulmones bien ventilados y limpios.

Abdomen. Plano, sin alteraciones, no doloroso, peristaltismo presente de buena intensidad y frecuencia normal.

Extremidades superiores. Derecha: Presenta simetría entre una extremidad y otra, coloración igual una con otra (morena) sin alteraciones. Izquierda: Movimientos de extensión y flexión presentes y conservados.

Extremidad inferior. De forma y volumen normal, movimientos conservados, flexión, extensión empleados y amplexación presentes en la parte derecha, en la izquierda no por la fractura de tobillo.

Genitales. Sin alteraciones y no se ve que haya alguna secreción anormal.

Ano y recto. El ano es permeable al igual que el recto sin alteraciones.

## **2) VALORACIÓN POR NECESIDADES DE ACUERDO A VIRGINIA HENDERSON.**

### **1) RESPIRACIÓN.**

Si fuma 10 cigarros diarios, pero no tiene molestias para respirar, sus signos vitales se encuentran estables, no presenta tos, mucosas hidratadas, adecuado llenado capilar, hay simetría en el pulso periférico con el carotídeo.

### **2) NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.**

Come muy bien, se termina toda su cena, si puede identificar lo que se le da, reconoce los sabores, realiza tres comidas al día, hasta el momento no hay alimentos que le disgusten, no come alimentos entre comidas, no toma suplementos nutritivos, no presenta problemas de masticación ya que cuenta con toda su dentadura, no presenta alteraciones en la deglución, no tiene problemas para los sabores y olores por que distingue que es lo que come, si percibe las kilocalorías que ingiere, piel hidratada con buena coloración, Cuenta con todos los dientes , encías y mucosas las cuales son de color rosado sin alteraciones y para comer le gusta comer acompañado.

### **3) ELIMINACIÓN.**

La orina es de color amarillo claro transparente, al igual que las heces son amarillas, semisólidas con olor normal, no tiene dolor al orinar o defecar, no presenta hemorroides, en cuando a traslado al W.C necesita cómodo para evacuar al igual que pato ya que por la fractura en tobillo no puede levantarse, al parecer no hay alteraciones en vejiga urinaria, y tiene control de esfínteres.

### **4) TERMORREGULACIÓN.**

Durante el tiempo que llevó con él, al parecer no tiene problemas con su temperatura, se adapta a la temperatura ambiental, no se ve aparentemente su transpiración (sudor). Solo que un día presento febrícula, la cual fue atendida con medios físicos, mencionándose que por la mañana había presentado la misma en dos días, por lo que se indica antibiótico (amikacina).

## **5) MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.**

No necesita ayuda para seleccionar su vestuario, pero si vestirse y desvestirse por lo que puede decirse que es dependiente en este aspecto.

## **6) HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.**

Se baña diario, le gusta bañarse por la mañana, en cuando a sus dientes se los lava tres veces al día y a veces más, en el aseo de manos se las lava antes y después de comer sin ayuda.

No tiene olor desagradable, su cabello es corto, de color negro, bien implantado, para bañarse no requiere ayuda, no presenta lesiones dérmicas, sus uñas las tiene cortas, sin alteraciones, duras.

## **7) DESCANSO Y SUEÑO.**

Duerme entre 10 y 12 horas diarias por la noche por que en el día no le gusta dormir, no padece de insomnio, no toma medicamentos para dormir, en el día se siente descansado.

No presenta ansiedad, somnolencia, bostezos, si responde a estímulos verbales y táctiles, ya que cuando le hablo se despierta, para ver quien es.

## **8) USO DE PRENDAS DE VESTIR.**

Su estado de ánimo no influye en la selección de sus prendas de vestir, por que al preguntarle nos dice que es lo que se quiere poner, por lo que no necesita ayuda para seleccionar su vestimenta.

## **9) EVITAR PELIGROS.**

Si reconoce las causas de peligro que le pueden ocasionar lesiones. En cuando a los órganos de los sentidos, al tocarlo si responde, en cuanto a tacto y vista, si escucha muy bien, distingue sabores y olores, en la seguridad del hospital al parecer si hay.

## **10) COMUNICARSE.**

Vive con su abuelita y mamá donde dice ser la persona que causa problemas. Su lenguaje es claro, si tiene comunicación con su familia. Le gusta participar con las actividades de la casa es decir si colabora con el quehacer que se realizan en su casa.

### **11) CREENCIAS Y VALORES.**

Es de religión católica por lo que no hay limitación al tratamiento indicado.

### **12) TRABAJO Y REALIZACIÓN.**

Dice que no le gusta estar en el hospital, sus ingresos provienen de su trabajo como mensajero en una empresa, los cuales le permiten cubrir sus necesidades básicas.

En cuanto a su actitud ante las actividades realizadas, si le gusta participar en las actividades del hogar.

### **13) JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.**

La actividad que mas le gusta es jugar básquetbol aunque por el momento no lo puede y no podrá realizar por un tiempo debido a la fractura de tobillo.

### **14) APRENDIZAJE.**

Su educación es hasta tercero de secundaria, y dice no tener dificultad para aprender las cosas, pero que ya no quiso estudiar.

### 3) JERARQUIZACION DE NECESIDADES.

<b>NECESIDADES EN ORDEN</b>	<b>PRIORIDAD DE NECESIDADES</b>
1. Oxigenación	1. oxigenación
2. Nutrición	2. moverse y mantener buena postura
3. Eliminación	3. Higiene y protección de la piel
4. Termorregulación	4. Evitar peligros
5. Moverse y mantener buena postura	5. sueño y descanso
6. Higiene y protección de la piel	6. Uso de prendas de vestir
7. Sueño – descanso	7. trabajo y realización
8. Uso de prendas de vestir	8. Aprendizaje
9. Evitar peligros	9. Jugar y participar en actividades recreativas
10. Comunicación	10. Aprendizaje
11. Creencias y valores	11. eliminación
12. Trabajo y realización	12. termorregulación
13. Jugar y participar en actividades recreativas	13. nutrición
14. Aprendizaje	14. creencias y valores

#### 4) PLAN DE CUIDADOS

### DIAGNOSTICO 1

**NECESIDAD ALTERADA:** OXIGENACION

#### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Riesgo de la inflamación del árbol bronquial relacionado con fumar 10 cigarros diarios desde hace 6 meses aproximadamente.

#### FUNDAMENTO DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

La inhalación y consumo de tabaco constante provoca la producción excesiva de moco presente en vías aéreas que obstruyen el flujo de aire, lo cual incrementa la resistencia de la vía aérea, que puede alterar la capacidad de los pulmones para intercambiar oxígeno y dióxido de carbono, además puede producir atelectasia lo cual disminuye la superficie disponible para la respiración que puede desencadenar hipercapnea, hipoxemia y acidosis respiratoria.<sup>1</sup>

#### OBJETIVO

Que el paciente deje de fumar, haciendo conciencia del daño que le puede ocasionar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES
✦ Animar a Cristian para dejar de fumar o reducir el consumo de tabaco.	✦ El tabaco aumenta la producción de moco, irrita la mucosa respiratoria y disminuye la saturación de oxihemoglobina (combinación de hemoglobina y oxígeno).
✦ Motivar a Cristian para que exprese sus sentimientos y preocupaciones.	✦ El compartir sentimientos le ayudara para aliviar la ansiedad que posiblemente puede sentir por la falta de consumo de tabaco. <sup>2</sup>

<sup>1</sup> LONG, Bárbara, Enfermería medico-quirúrgica, pág. 591-592.

<sup>2</sup> LOPEZ, Martín, Diagnósticos de enfermería, Pág. 338.

## **EVALUACION**

- ⊕ Si lo anime para que dejara de fumar pero decía que el solo podía dejarlo de un momento a otro pero no poco a poco.
- ⊕ Cristian tubo mucha confianza en mi ya que me contaba lo que le preocupaba y el por que fumaba.

## DIAGNOSTICO 2

**NECESIDAD ALTERADA:** MOVERSE Y MANTENER EN BUENA POSTURA

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Disminución de la movilidad física relacionado con la instalación de aparato de yeso en tobillo derecho manifestado por malestar y dolor al movimiento.

### FUNDAMENTO DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

El yeso se utiliza para inmovilizar y mantener la alineación de un hueso o una articulación así como para evitar y corregir deformidades.<sup>3</sup>

### OBJETIVO

Animar a Cristian a que realice ejercicios de movilidad pasiva y de rango abierto en periodos cortos.

Eliminar o disminuir el malestar y dolor del tobillo izquierdo al movimiento

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"><li>✦ Fomentar el autocuidado tolerado por Cristian.</li> <li>✦ Realizar ejercicios de rango completo de movilidad positiva.</li> <li>✦ Realizar actividades lentas y durante periodos de tiempo cortos, descansando con frecuencia.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✦ Permitiendo que Cristian participe en su autocuidado, se aumentan los sentimientos de independencia y control del curso de recuperación.</li> <li>✦ Los ejercicios de rango abierto completo de movilidad pasivos mantienen la movilidad articular y evita contracturas.<sup>5</sup></li> <li>✦ Los periodos de actividad mas cortos realizados más lentamente y con periodos de descanso mas frecuente favorece un rendimiento más completo</li></ul>

<sup>3</sup> KOZIER, Bárbara, Fundamentos de enfermería, pág. 1508.

<sup>4</sup> LUIS, Rodrigo M<sup>º</sup>. Teresa, Diagnósticos enfermero, pág.386.

<sup>5</sup> NETTINA, Sandra, Manual de enfermería práctica, Pág.28.

<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Conservar una posición adecuada del miembro lastimado. Puede ser manteniendo las partes de Cristian en una alineación anatómica funcional.</li>   <li>✦ Observar la posición del paciente y facies de dolor que presente.</li>   <li>✦ Proporcionar confort al paciente en su unidad aunado a técnicas de relajación.</li>   <li>✦ Valorar la aparición de signos y síntomas de afectación neurovascular, comparando con la extremidad sana, es decir, tiempo de llenado capilar que no sea mayor a tres segundos, palidez, cianosis, frió en las extremidades, síntomas de sensibilidad normal.<sup>4</sup></li>   <li>✦ Ministran analgésico para disminuir el dolor; 30 mg. intravenoso cada 8 horas.</li> </ul>	<p>el cual es signo de recuperación de la movilidad.<sup>6</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Una posición adecuada y correcta previene una dislocación y mal formación del hueso. La alineación funcional previene las contracturas y rotación externa de las articulaciones.</li>   <li>✦ Una valoración constante del paciente nos permite el umbral al dolor.</li>   <li>✦ Las estrategias cognitivo-comportamentales además de aliviar el dolor se utilizan para disminuir el estrés.</li>   <li>✦ Un llenado papilar prolongado indica, disminución de la perfusión capilar, los signos de palidez pueden indicar afectación circulatoria, además pueden producir compresión nerviosa.</li>   <li>✦ El analgésico es un medicamento que ayuda a disminuir el dolor. Donde el dolac, es un analgésico antiinflamatorio no esteroideo, estructuralmente relacionado con la endometacina y con el tolmetin, inhibe la actividad de la ciclooxigenasa, en consecuencia impide la formación de prostaglandinas y tromboxanos a partir</li> </ul>
--	---

<sup>6</sup> HOLLOWAY, Nancy, Planes de cuidados en enfermería medico-quirúrgica, pág. 499-500,.

<p>✦ Administrar analgésico como paracetamol 500mg vía oral cada 12 horas para disminuir el dolor; alternado con dolac intravenoso cada 8 horas.</p>	<p>de ácido araquidónico, también inhibe la agregación plaquetaria, en contraste con la aspirina., ese efecto es transitorio y la función plaquetaria se recupera uno o dos días después de suspender su administración.</p> <p>✦ Es un agente eficaz para disminuir la fiebre y para aliviar el dolor somático de baja y moderada intensidad. Ambos efectos parecen tener relación con la inhibición de la biosíntesis de prostaglandinas producidas por este medicamento, y que depende de su acción inhibitoria sobre la ciclooxigenasa. Su efecto antipirético se debe a su acción sobre el centro termorregulador del hipotálamo, lo que induce vasodilatación periférica y da lugar a incremento del flujo sanguíneo en la piel, sudoración y pérdida de calor, carece de actividad anti-inflamatoria sin embargo tiene la ventaja de no producir irritación de la mucosa del tubo digestivo. Su efecto antipirético y analgésico se inicia en 30 minutos</p>
--	---

## EVALUACION

- ✦ Cristian, si es cooperador en cuanto a su autocuidado ya que quería recuperarse pronto.
- ✦ Procuraba realizar los ejercicios aunque lo hacia poco a poco, para no lastimarse.
- ✦ Se toma el analgésico sin negativa.

## DIAGNOSTICO 3

**NECESIDAD ALTERADA:** HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Riesgo de deterioro de integridad cutánea relacionado con la instalación de aparato ortopédico (yeso).

### FUNDAMENTO DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

El paciente con fracturas tiene muchas posibilidades de sufrir alguna patología como la ulcera por falta de movilidad en la parte afectada, por lo cual se debe mover constantemente evitando tener la fractura en una sola posición por largos periodos de tiempo, en lo cual también es importante mantener la piel limpia, seca, sana y cuidada, ya que es imprescindible para la protección de las agresiones del medio ambiente y penetración de elementos no deseados.<sup>7</sup>

### OBJETIVO

Mantener la piel limpia, seca y en buenas condiciones.

Vigilancia constantemente los dedos de los pies, así como el estado del yeso.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"><li>✦ Mantener la piel que se cubre con yeso seco, limpio y en buenas condiciones.</li> <li>✦ Ayudar a Cristian para que eleve su pie sobre una almohada.</li><li>✦ Dar cambios posturales que son necesarios para aumentar el aporte</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✦ El mantener la piel limpia, sana y seca es imprescindible para proteger de las agresiones del medio ambiente y penetración de elementos no deseados como <i>Candida albicans</i>, este hongo que se encuentra en la piel, principalmente en erupciones y humedad.<sup>9</sup></li><li>✦ Esto le ayuda a prevenir el edema, y aumentar el retorno venoso.</li><li>✦ Los cambios posturales son necesarios para aumentar el aporte</li></ul>

<sup>7</sup> MARTINEZ, Tucker Susana, Normas de cuidados a pacientes, pág. 873.

<sup>8</sup> HOPPENFELD, Stanley, Fracturas, tratamiento y rehabilitación, pág. 401-402.

<sup>9</sup> MALAGON, Gustavo, Infecciones hospitalarias, Pág. 619-620, pp.870

sanguíneo a los tejidos lesionados y previene complicaciones como atelectasia o tromboflebitis. <sup>8</sup>	sanguíneo a los tejidos lesionados y previene complicaciones como atelectasia o tromboflebitis. <sup>10</sup>
--	---

## **EVALUACION**

- ✦ Se mantuvo limpia y seca tanto la piel como el yeso
- ✦ Se vigilo constantemente, en busca de signos de compromiso vascular.
- ✦ Se elevaron los miembros para favorecer la circulación, para lo cual el paciente fue muy cooperador.

---

<sup>10</sup> HOPPENFELD, Stanley, Fracturas, tratamiento y rehabilitación, pág. 401-402.

## **DIAGNOSTICO 4**

**NECESIDAD ALTERADA:** HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

Riesgo de sufrir infecciones cruzadas intra-hospitalarias relacionadas con periodos cortos de febrícula.

### **FUNDAMENTO DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

Dentro del hospital se encuentran muchas infecciones que se pueden transmitir la cuales son ocasionadas por microorganismos de la flora del paciente y con frecuencia resultan inevitables, por estar relacionada con defectos en las barreras mucosas y otras defensas del huésped y no con riesgo ambiental que puede prevenirse, es difícil determinar los agentes causales de las infecciones hospitalarias ya que los microorganismos (Klebsiella, pseudomonas, serratia, proteus, escherichia coli) pueden producir enfermedades tanto por su capacidad de multiplicarse y diseminarse ampliamente en los tejidos, como por la producción de diversas sustancias extracelulares en las que se pueden encontrar exotoxinas, leucocidina, enterotoxina entre otras.<sup>11</sup> Ocasionando así infección por los microorganismos patógenos que pueden invadir la fractura, donde la causa mas frecuente es por staphylococcus aureus donde las bacterias alcanzan al hueso a través del torrente sanguíneo o por inoculación bacteriana directa durante la cirugía o traumatismo grave se produce la reacción inflamatoria y pus justo con la producción de toxina bacterianas donde puede producir la muerte de los tejidos blandos y hueso.<sup>12</sup>

### **OBJETIVO**

Vigilar presencia de fiebre, así como su control.

Enseñarle al paciente la importancia del conocimiento sobre el cuidado de la piel.

---

<sup>11</sup> MALAGON, Gustavo, Infecciones hospitalarias, Pág. 619-620, pp.870.

<sup>12</sup> TIDSWELL, Marian, Rehabilitación ortopédica, pág. 5,14, PP 284.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Inspeccionar dos veces al día la piel del tobillo izquierdo en busca de lesiones cutáneas.</li>   <li>✦ Enseñarle a Cristian los problemas y cuidados específicos de la piel.</li>   <li>✦ Secar la piel meticulosamente después de cada lavado, evitando mojar el yeso.</li>   <li>✦ Se ministra amikacina cada 24 horas, una dosis de 250 miligramos intramuscular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ El conservar limpia y seca las áreas de la piel ayudan a prevenir la humedad que facilita el crecimiento de infecciones como la provocada por <i>Streptococcus aureus</i>.<sup>13</sup></li>   <li>✦ El conocimiento puede aumentar la utilización de medidas preventivas para evitar la repetición de problemas o complicaciones.<sup>14</sup></li>   <li>✦ La humedad retenida puede causar maceraciones debido a la fiabilidad o laxitud de tejido que produce en la piel con lo que puede ocasionar lesiones y algunas infecciones bacterianas de tipo micóticas.<sup>15</sup></li>   <li>✦ La amikacina es un antibiótico semisintético del grupo de los aminoglucósidos, derivado de la Kanamicina, de acción bactericida. La amikacina está indicado en el tratamiento de corta duración de las infecciones bacterianas, simples o mixtas, causadas por cepas sensibles de los microorganismos antes citados, tales como: Septicemia (incluyendo sepsis neonatal), Infecciones severas del tracto respiratorio. Infecciones del</li> </ul>

<sup>13</sup> CARPENITO, Juan Lidia, Plan de cuidados y documentación en enfermería, Pág. 222, pp. 752.

<sup>14</sup> PHANEUF, Margot, La planificación de los cuidados de enfermería, Pág.36-38.

<sup>15</sup> KOZIER, Bárbara, Fundamentos de enfermería, pág. 1435.

<p>⊕ Se ministra metamizol, solo por razón necesaria, el cual solo se utilizo una vez, por tener febrícula y no bajarse con medios físicos.</p>	<p>sistema nervioso central (meningitis). Infecciones de la piel, huesos, tejidos blandos y en quemaduras. Infecciones complicadas y recidivantes del aparato urinario, cuyo tratamiento no sea posible con otros antibióticos de menor toxicidad antes de iniciar el tratamiento con amikacina es aconsejable realizar un antibiograma, previo aislamiento e identificación del germen causante.</p> <p>⊕ El metamizol actúa sobre el dolor y la fiebre reduciendo la síntesis de prostaglandinas proinflamatorias al inhibir la actividad de la prostaglandina sintetasa. A diferencia de otros analgésicos no opiáceos que actúan sobre la síntesis de la prostaciclina, el metamizol no produce efectos gastrolesivos significativos. <sup>16</sup></p>
---	---

## EVALUACION

- ⊕ Se revisaba constantemente en busca de alteraciones en la piel cubierta con yeso y la periferia.
- ⊕ A si como también se le ministro el metamizol por presentar febrícula de 37.8°C, de temperatura, y no disminuir con medios físicos para lo cual se porto cooperador y comprensivo.

---

<sup>16</sup> RODRIGUEZ, Rodolfo, Vademécum académico de medicamentos, pág. 295-297.

## DIAGNOSTICO 5

### NECESIDAD ALTERADA: EVITAR PELIGROS

#### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Riesgo de sufrir trastornos mentales relacionados con consumo de diferentes tipos de drogas tales como cocaína y crack.

#### FUNDAMENTO DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

El uso de diferentes sustancias puede ocasionar trastornos mentales debido a que la cocaína actúa como un estimulante en el sistema nervioso central (SNC) por lo que bloquea el sistema de captación o reabsorción de los neurotransmisores, prolongando así los efectos de la norepinefrina y dopamina en el cerebro y nervios periféricos. El crack es otro tipo de cocaína pero este es aun más adictivo, resistente al calor y llega al cerebro más rápido y en concentraciones más altas produce una euforia aproximadamente en 6 segundos.<sup>17</sup>

#### OBJETIVO

Hacer comprender a Cristian que tiene una adicción.

Ayudarle a comprender el daño que se esta provocando y esta provocando a su familia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"><li>✦ Ayudarle a aceptar que es un drogadicto.</li><li>✦ Incrementar la autoestima, apoyo emocional y motivación.</li> <li>✦ Motivar a Cristian para que ingiera</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✦ Esta es la base de todos los tratamientos.<sup>18</sup></li><li>✦ Es importante que Cristian constituya una autoestima positiva que le permita reconocer que es importante, ya que a veces se droga para soslayar sus sentimientos de incompetencia y falta de valoración de sí mismo.</li><li>✦ Una buena nutrición es importante</li></ul>

<sup>17</sup> PHANEUF, Margot, La planificación de los cuidados de enfermería, Pág. 48-49.

<sup>18</sup> QUEZADA, Antonio, Procedimientos técnicos en urgencias y emergencias, Pág. 285.

<p>comidas bien equilibradas.</p> <p>✦Motivar a Cristian para que comparta experiencias con otros pacientes en grupo y de manera informal.</p> <p>✦Recomendar a los familiares de Cristian para que asistan a un programa familiar para mantenerse en contacto entre familia.</p>	<p>para prevenir complicaciones a largo plazo debido a la drogodependencia.</p> <p>✦Esto le ayuda para facilitar el ver la relación entre el consumo de diferentes tipos de drogas y las consecuencias que ha sufrido por su adicción a las drogas.</p> <p>✦El conocimiento para toda la familia sobre la enfermedad ayudara a recuperarse tomando en cuenta lo importante que es la recuperación.<sup>19</sup></p>
---	---

## EVALUACION

- ✦ No se pudo ya ante todo estaba la negación.
- ✦Otra de las razones por la que no se logro estas metas es por que Cristian decía drogarse “por que le gusta como se siente al consumir drogas”.
- ✦En cuanto a la alimentación no hubo problemas.
- ✦Por lo anterior se dio información a la mamá, para convencerlo de que acuda a un centro de rehabilitación (con problemas de drogadicción).

---

<sup>19</sup> LONG, Op. Cit. Pág. 273-277.

## DIAGNOSTICO 6

**NECESIDAD ALTERADA:** EVITAR PELIGRO

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Riesgo de intoxicación etílica relacionado con el consumo de bebidas embriagantes en exceso cada 8 días hasta llegar a la embriagues.

### FUNDAMENTO DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

El consumo excesivo de alcohol puede provocar intoxicación debido a que el consumo persistente de alcohol tiene un efecto toxico sobre la mucosa intestinal cuyo resultado es una disminución de la absorción de la tiamina, ácido fólico y vitamina B12. De igual manera actúa como depresor del sistema nervioso central (SNC) afectando al cerebro y suprimiendo la actividad del ácido gamma aminobutirico (GABA) y a medida que el alcohol continua acumulándose en el cerebro las áreas del sistema limbico y tallo cerebral se inhiben.<sup>20</sup>

### OBJETIVO

Hacer comprender a Cristian que tiene un problema con el alcohol.

Incrementar la autoestima.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES
⊕ Ayudar a Cristian a reconocer que es impotente ante el alcohol.	⊕ Esta es la base de todo tipo de tratamiento del alcoholismo. <sup>21</sup>
⊕ Motivar a Cristian para que ingiera comidas bien equilibradas.	⊕ Una buena nutrición es importante para prevenir complicaciones a largo plazo debido al alcoholismo frecuente.
⊕ Incrementar la autoestima, apoyo emocional y motivación.	⊕ Es importante que Cristian constituya una autoestima positiva que le permita reconocer que es importante, ya que a veces toma para

<sup>20</sup> LONG, IBIDEM, pág.259-268.

<sup>21</sup> QUEZADA, Op. Cit. Pág. 285

<p>✦Recomendarle a Cristian que acuda a psicoterapias.</p> <p>✦Recomendarle a Cristian que acuda a terapias de grupo.</p>	<p>soslayar sus sentimientos de incompetencia y falta de valoración de sí mismo.</p> <p>✦ Es importante ya que los problemas emocionales que ocurren como parte del consumo de alcohol no desaparecen automáticamente cuando la persona deja de beber.<sup>22</sup></p> <p>✦ Esto le ayudara para facilitar que Cristian vea la relación entre el consumo del alcohol y las consecuencias que ha sufrido como resultado del alcoholismo.<sup>23</sup></p>
---	---

## EVALUACION

- ✦ No se realizó ya que decía que el lo podía dejar en cuando el quisiera.
- ✦ En lo referente a la alimentación no hay problema.
- ✦ No se pudo convencer que tiene problemas con el alcohol ya que este lo toma por gusto.
- ✦ Se realizo la recomendación de acudir a psicoterapias pero Cristian decía que no quería ir a ninguna terapia.

<sup>22</sup> LONG, IDEM, pág.259-268

<sup>23</sup> CARPENITO, Op. Cit. Pág. 516-518.

## CONCLUSIONES

Este trabajo se realiza en base a la metodología científica que permite desarrollar el proceso de atención de enfermería, haciendo aplicativos los conocimientos para la atención del individuo sano o enfermo incluyendo a su familia.

En lo particular pienso que es importante realizar el proceso atención de enfermería (PAE) por que nos aporta conocimientos sobre una o varias de las enfermedades o traumatismo que presenta nuestro paciente, así como también nos ayuda a identificar los cuidados de enfermería y sobre todo su fundamentación científica, los cuales debemos brindar de acuerdo a las o la necesidad afectada.

Nos permite brindar los cuidados específicos que le ayudan a limitar el daño o recuperación de alguna de sus capacidades perdidas o disminuidas.

Con la realización de este trabajo he logrado identificar los cuidados de un paciente con fractura de tobillo izquierdo en supinación-adduccion cuya salud y bienestar se ve afectado de forma negativa para la realización de sus actividades cotidianas, de acuerdo a las necesidades alteradas, así como a realizar la valoración de las necesidades del paciente para formular diagnósticos bien fundamentados de enfermería, desarrollando un plan de cuidados de enfermería que comprende las necesidades que afectan al paciente con fractura de tobillo izquierdo en supinación-aduccion y realizar la ejecución de los cuidados generales y específicos que ayuden al paciente a tener una mejor calidad de vida tanto dentro como fuera del hospital.

Por lo anterior se puede decir que si se lograron los objetivos planteados.

## **SUGERENCIAS.**

Considero que el paciente con prótesis (yeso) continúe en su domicilio, por lo que se debe de realizar acciones y ser responsable la institución que aplica el tratamiento.

Por lo que sería de gran importancia que los hospitales o clínicas tuvieran personal (médicos, enfermeras, terapeutas), que realizaran visitas domiciliarias al paciente egresado, para valorar las condiciones del ambiente que rodea al paciente.

Capacitar a los familiares sobre los cuidados de higiene que debe llevar la herida o fractura, así como la alimentación balanceada y verificar que se lleve a cabo los ejercicios de rehabilitación, indicados por su terapeuta, lo cual serviría como una motivación hacia el paciente, para sentirse importante, además considero la posibilidad de que el mismo personal de enfermería que estuvo a cargo del paciente durante la etapa intra-hospitalaria fuese quien hiciera el seguimiento de la evolución en el domicilio y que estas visitas fueran consideradas trabajo extraordinario y por lo tanto remunerado.

También considero importante que durante la formación profesional, los problemas de carácter social como el que abordo en este proceso se analizara desde diferentes aspectos (psicológico, biológico y social), profundizando en aspectos que son cruciales en el tratamiento del cliente.

## BIBLIOGRAFÍA

ACKLEY, Betty, Manual de diagnósticos de enfermería, ED. Elsevier Mosby, 7° edición, España, 2007, pp.2-3.

ANN MARRINER TOMEY, Modelos y teorías en enfermería. ED. Harcourt Brace, 4° edición, México, 2002, PÁG. 164 – 166, PP. 189.

BARDAJI, Teodosio, Enfermería medico-quirúrgico necesidad de movimiento, ED. Masson, 2000, Barcelona, Pág. 100-101. pp.326,

BENAVENT, G. M. Ferrer F. E. Francisco del Rey., Fundamentos de enfermería, los modelos de cuidado. Madrid, 2001, pp. 157.

BIBLIOTECA DE CONSULTA MICROSOFT-ENCARTA, 2003.

BROW, David, Secretos de ortopedia, ED. Mc Graw Hill Interamericana, 2° edición, México, 200, pág. 819 – 820 pp. 932.

CANTERO, Balibrea, Traumatología y cuidados de ortopedia, ED. Marban, 2° edición, España, 1999, pág. 3019-3020, pp. 4033.

CARPENITO, Lidya, Plan de cuidados y documentación en enfermería, ED. Mc Graw-Hill Interamericana, Madrid, 1997, 3edición, Pág. 222, pp. 752.

COLLIERE. M. F. Promover la vida: de la practica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería, ED. Interamericana, Madrid, 1993, pág. 25-26.

DONAHUE, P, Historia de enfermería, ED. Doyma, Barcelona, 1988, Pág.17.

Downloaded from content. Onlinejacc. Org by john lesser on march, 12, 2007.

DE LA FUENTE, Mercedes, Enfermería medico-quirúrgico, ED. Grupo paradigma, México, 2001, pág. 108-111, pp. 670.

EIFF, Patrice, Tratamiento de las fracturas en atención primaria, ED. Harcourt, España, 1999, Pág. 212, 217, pp. 1100.

FERNANDEZ F. C, Garrido A. M. Enfermería fundamental, ED. Masson, Barcelona, 2000.PÁG.86-87, PP. 254.

FERNANDEZ F. C. El proceso de atención de enfermería, estudio de casos, ED. Manual moderno, México, 1992, pág.3 a 7, pp. 167.

FITZGERALD, Robert, Ortopedia, ED. Panamericana, Tomo II, Argentina, 2004, pág. 1744- 1745, pp. 2284.

FORTUNE, Haverbeck, Ortopedia y traumatología, ED. Universidad católica de Chile, 2° edición, Chile, 1997, pág.167-168, pp.584.

GISPERT, Carlos, Manual de enfermería, ED. Océano/centrum, España, 2001, pág. 946-948, pp. 1986.

GOODMAN Y GILMAN, Las bases farmacológicas de la terapéutica, ED. Mc Graw-Hill Interamericana, 9° edición, México 1996, pág. 92, pp. 375.

GOODMAN, Louis, Bases farmacológicas de la terapéutica, ED, interamericana, 5° edición, México 1978, PÁG. 86, PP 1047.

GORDON, Marjory, Manual de diagnósticos enfermero, ED. Mosby elsevier, 10° edición, España, 2003, pág. 5- 7, pp. 756.

GONZALEZ, Lourdes, Procedimientos y cuidados en enfermería medico-quirúrgico, ED. Elsevier, España, 2006, pág. 139-146, pp. 412.

GRIFFITH J. W. Chistensen P. J. Proceso atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos, ED. Manual moderno, México, 1993, pág. 34.pp.589.

GRIFFITH, Winter, Guía para el uso de medicamentos, ED. Interamericana Mc Graw-Hill, 9° edición, Vol.I, México, 1994, p'g. 3, pp. 504.

GRINSPUN, D, Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico, interamericana, México, 1992, pág, 36 a 42.

HENDERSON, Virginia, An overview of nursing research, nursing research, October, 1966, pp 10, 11, 12.

HENDERSON, Virginia, The nature of nursing American journal of nursing., October, 1964, pp 63, 64, 68

HERNANDEZ, C. J. Historia de la enfermería: un análisis histórico del cuidado de enfermería. ED. Interamericana, Madrid, España, 1995, Pág. 53.

HOLLOWAY, Nancy, Planes de cuidados en enfermería medico-quirúrgica, ED. Ediciones Doyma, España, 1993, pág. 499-500, pp. 739.

HOPPENFELD, Stanley, Fractura, tratamiento y rehabilitación, ED. Marban,

España, 2001, 602 pp.

<http://www.zonamedica.com.ar/categorias/medicinailustrada/tobillo/>

<http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

KATZUNG, Bertram, Farmacología básica y clínica, ED. Manual moderno, 6ª edición, México 1996, pág. 33, pp. 163.

KATZUNG, Bertram, Farmacología, ED. Manual moderno, México, 1991, Pág., 342, pp. 574.

KOSSIER B. G, Introducción a la enfermería en enfermería fundamental, interamericana, 4ª edición, México, 1995, pág. 40, 41, 42.

KOSSIER, B. G. Conceptos y temas en la práctica de enfermería, ED. Interamericana, 2ª edición, México, 1995, pp.4, 15.

KOZIER, Bárbara, Fundamentos de enfermería, ED. Elsevier science imprint, Vol. I Y II, 5ª edición, España, 2002, pág. 1508.

LEVINE, Ruth. Farmacología, ED. Salvat editores, España, 1982, pág. 86, pp. 156.

LOEBL, Suzanne, Manual de farmacología, ED Limusa, México 1986, Pág. 62, pp. 892.

LONG, Bárbara, Enfermería medico-quirúrgica, ED. Harcourt Brace, vol.I, Madrid, 1999, pág. 591-592.

LOPEZ, Martín, Diagnósticos de enfermería, ED. Interamericana Mc Graw-Hill, Madrid, 1994, Pág. 338-342, pp.837.

LUIS, Rodrigo Mª. Teresa, Diagnósticos enfermero, ED. Masson, 3ª edición, España, 2005, pág.386.

LUCKMANN, MA, Joan, Cuidados de enfermería, ED. Mc GrAw-Hill Interamericana, Vol. II, México, 2000, Pág. 280 – 282.

MALAGON, Gustavo, Infecciones hospitalarias, ED. Panamericana, 2ª edición, Colombia, 1999, Pág. 619-620, pp.870.

MARTINEZ, Abril, Enfermería en cirugía ortopédica y traumatología, ED. Medica panamericana, España, 2003, Pág. 170-171, pp.425.

- MARTINEZ, Tucker Susana, Normas de cuidados a pacientes, ED. Harcourt/océano, 6° edición, Tomo I, II, III, España 2001, pág. 873.
- MOLINA, T.M. Historia de enfermería, ED. Intermedica, 2° edición, Buenos Aires, 1973, pp. 1,3.
- MOSQUERA, J. M, Farmacología clínica para enfermería, ED. Mac Graw-Hill Interamericana, 4ª edición, Madrid, 2005, pág. 93-95, 361-371, 373-380, pp. 510.
- MOTA Rodríguez Carmen, Cinética de los fármacos en el organismo, ED. Salvat Masson, ediciones científicas y técnicas, México 1992, pág. 8, pp. 321.
- NETTINA, Sandra, Manual de enfermería práctica, ED. Mc Graw-Hill Interamericana, México, 1999, Pág. 14-18, pp. 1019.
- NETTINA, Sandra, Manual de enfermería práctica, ED. Mc Graw-Hill Interamericana, México, 1999, Pág. 28, pp. 423.
- OSINACHI, Carlos, Farmacología para la enfermera, ED. Librería Akadia, 2° edición, Argentina, 2004, pág. 145, 216, 143, pp. 368.
- PACHECO, Arce, Fundamentación teórica para el cuidado, Antología, ENEO. División de Educación Continua y Desarrollo Profesional, México, 2005. Pág. 1154- 1158. pp. 1168.
- PALOU, Caceres, Manual SECOT de cirugías ortopédicas y traumatología, ED. Panamericana, España, 2004, Pág. 338, pp. 522.
- PHANEUF M. La planificación de los cuidados enfermero, ED. Mc Graw-Hill Interamericana, México, 1999, Pág. 81 a 83, pp. 476.
- PHANEUF, Margot, La planificación de los cuidados de enfermería, ED, Mc Graw-Hill Interamericana, México, 1999, Pág. 48-49, pp. 284,
- PHANEUF, Margot, La planificación de los cuidados de enfermería, ED, Mc Graw-Hill Interamericana, México, 1999, Pág. 36-38.
- QUEZADA, Suescun Antonio, Procedimientos técnicos en urgencias y emergencias, ED. Ergon, México, 2003, Pág. 265-278, pp. 491.
- RODRIGUEZ, Rodolfo, Vademécum académico de medicamentos, ED. Interamericana Mac Graw-Hill, 3° edición, México, 2003, pág. 5-8, 49-51,

pp.1024.

Servicio de Cuidados de Enfermería, Segundo modelo conceptual de Virginia Henderson. Metas de enfermería 1999: 8 a 14.

SILBERMAN, Fernando, Ortopedia y traumatología, ED. Medica Panamericana, 2º edición, España, 2003, pág. 433- 434, pp. 466.

SKINNER, Harry, Diagnostico, tratamiento en ortopedia, ED. Manual moderno, México, 1998, pág. 526 – 533, pp. 780.

STERRY, Canale, Cirugía Ortopédica, ED. Elsevier, 4º edición, España, 2004, pág. 4032 -4037, PP. 4283.

TAYLOR Magali, Farmacocinética, ED. Harcourt, México, 1999, Pág. 14-15, pp.240.

TAZON, Anzola, García Campayo, Relación y comunicación, la relación interpersonal; fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería, ED. Difusión Avances de enfermería, Madrid, 2000, pág. 48 a 50.

TIDSWELL, Marian, Rehabilitación ortopédica, ED. Harcourt, Madrid, 2000, pág. 5,14, PP 284.

URDEN, Lidia, Prioridades enfermería de cuidados intensivos, ED. Harcourt, 3º EDICIÓN, España.2001, Pág. 101-102, PP. 221..

WISS, Donald, Fracturas, ED. Marban, España, 1999, Pág.505-507, pp.743.

WOLFF, Luverne, Biblioteca básica de enfermería, oxford university press harla, México, 1998, Pág., 237, pp. 680.

[www.infopeople.com/adicciones/](http://www.infopeople.com/adicciones/) k

[www.nlm.nih.gov/medlineplus/ spanish/news/fullstory\\_5](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_5) May 2005

## ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

### ACADEMIA DEL ADOLESCENTE ADULTO Y ANCIANO I

#### INSTRUMENTO DE VALORACION DEL ANCIANO

Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Fecha de admisión: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_  
Fuente de información: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Persona significativa: \_\_\_\_\_

#### **Valoración de necesidades.**

##### **1.- OXIGENACIÓN.**

###### Datos subjetivos.

Fuma? \_\_\_\_\_ Cuantos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_

Varía la cantidad según su estado emocional?: \_\_\_\_\_

Ha presentado molestias para respirar?: \_\_\_\_\_

###### Datos subjetivos.

Registro de signos vitales: \_\_\_\_\_

Características de la ventilación, tos, piel mucosas y llenado capilar: \_\_\_\_\_

Pulsos periféricos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## 2.-NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

### Datos subjetivos.

¿Qué come y que piensa de su alimentación? \_\_\_\_\_

¿Cuántas comidas realiza al día? \_\_\_\_\_

¿Hay alimentación que no le guste o que le desagraden: \_\_\_\_\_

¿Come alimentos entre comidas: \_\_\_\_\_

Porque? \_\_\_\_\_

Toma suplementos nutritivos, vitaminas y minerales, etc.: \_\_\_\_\_

Cuales?: \_\_\_\_\_

Problemas de masticación y deglución, percepción de sabores y olores: \_\_\_\_\_

Como considera su apetito: \_\_\_\_\_

### Datos objetivos.

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Ingiere lo que le sirven: \_\_\_\_\_ Porcentaje estimado en calorías: \_\_\_\_\_

Capacidad para alimentarse: \_\_\_\_\_

Describir aspecto de piel, dientes, encías, mucosas y anexos

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le agrada comer solo o acompañado: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## 3.- ELIMINACIÓN.

### Datos subjetivos.

Hábitos intestinales y vesicales: \_\_\_\_\_

Características de heces fecales y orina: \_\_\_\_\_

Antecedentes de hemorragia de T.D. \_\_\_\_\_

Uso de laxantes: \_\_\_\_\_

Dolor al orinar o defecar: \_\_\_\_\_ Presencia de hemorroides: \_\_\_\_\_

Como influyen sus emociones en el patrón de eliminación: \_\_\_\_\_

Datos objetivos.

Capacidad para levantarse y trasladarse al W.C. : \_\_\_\_\_

Ruidos intestinales (características): \_\_\_\_\_

Palpación de la vejiga urinaria (características): \_\_\_\_\_

Control de esfínteres: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**4.- TERMORREGULACIÓN.**

Datos subjetivos.

Que medidas realiza para mantener su temperatura corporal: \_\_\_\_\_

Se adapta a los cambios de temperatura: \_\_\_\_\_

Porque? \_\_\_\_\_

Que temperatura ambiental le es agradable: \_\_\_\_\_

Datos objetivos.

Temperatura de piel y lechos Dístales: \_\_\_\_\_

Transpiración: \_\_\_\_\_

Recursos que utiliza para mantener la temperatura corporal: \_\_\_\_\_

Condiciones del entorno físico: \_\_\_\_\_

**5.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.**

Datos subjetivos.

Capacidad física cotidiana: \_\_\_\_\_

Necesita ayuda para seleccionar su vestuario: \_\_\_\_\_

Datos objetivos.

Viste de acuerdo a su edad: \_\_\_\_\_

Capacidad psicomotriz para vestirse y desvestirse: \_\_\_\_\_

**6.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.**

Datos subjetivos.

Frecuencia del baño: \_\_\_\_\_ Momento preferido para la ducha: \_\_\_\_\_

Cuántas veces se lava los dientes al día: \_\_\_\_\_

Aseo de las manos antes y después de comer: \_\_\_\_\_

Después de eliminar: \_\_\_\_\_

Datos objetivos.

Aspecto general: \_\_\_\_\_ Olor corporal: \_\_\_\_\_

Halitosis: \_\_\_\_\_ Estado de pelo y cuero cabelludo: \_\_\_\_\_

Se baña solo o requiere ayuda: \_\_\_\_\_ Lesiones dérmicas: \_\_\_\_\_

Higiene y características de las uñas: \_\_\_\_\_

Requiere aseo corporal parcial: \_\_\_\_\_ Realiza arreglo personal: \_\_\_\_\_

**7.- DESCANSO Y SUEÑO.**

Datos subjetivos.

Horario de descanso: \_\_\_\_\_ Horario de sueño: \_\_\_\_\_

Horas de descanso: \_\_\_\_\_ Horas de sueño o siesta: \_\_\_\_\_

¿Padece insomnio? \_\_\_\_\_ A que considera que se deba: \_\_\_\_\_

Toma medicamentos para dormir? \_\_\_\_\_

¿Se siente descansado al levantarse? \_\_\_\_\_

Alguna molestia que le impida conciliar el sueño? \_\_\_\_\_

Datos objetivos.

Estado mental / somnolencia: \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_ Bostezos: \_\_\_\_\_

Concentración: \_\_\_\_\_ Apatía: \_\_\_\_\_

Respuesta a estímulos (verbales y táctiles): \_\_\_\_\_

**8.- USO DE PRENDAS DE VESTIR.**Datos subjetivos.

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? \_\_\_\_\_

Necesita ayuda para vestirse y desvestirse: \_\_\_\_\_

Datos objetivos.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse (especificar): \_\_\_\_\_

**9.- EVITAR PELIGROS.**Datos subjetivos.

Reconoce las causas de peligro potencial que ocasionan lesión: \_\_\_\_\_

Como reacciona ante una situación de urgencia? \_\_\_\_\_

Conoce las medidas preventivas de accidentes? \_\_\_\_\_

Sabe que hacer en caso de incendio o sismo? \_\_\_\_\_

Realiza controles periódicos de salud recomendados? \_\_\_\_\_

Como canaliza la tensión en su vida? \_\_\_\_\_

Datos objetivos.

Estado de los órganos de los sentidos: \_\_\_\_\_

Condiciones de seguridad de las casas hogar: \_\_\_\_\_

Capacidad para el uso de prótesis: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**10.- COMUNICARSE.**Datos subjetivos.

Vivía con: \_\_\_\_\_

Cuantos años de relación: \_\_\_\_\_

Se relaciona con otros familiares y otras personas: \_\_\_\_\_

Comenta sus problemas con la familia u otras personas: \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo pasa solo? \_\_\_\_\_

Frecuenta los diferentes contactos sociales en la actualidad? \_\_\_\_\_

Datos objetivos

Lenguaje claro o confuso: \_\_\_\_\_

Comunicación verbal con la familia y otras personas: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**11.- CREENCIAS Y VALORES.**Datos subjetivos.

Que significado tienen sus creencias, hábitos, costumbres y trato digno: \_\_\_\_\_

Como percibe la atención y cuidado en el asilo: \_\_\_\_\_

Principales valores personales: \_\_\_\_\_

Tiene creencias personales que limiten los hábitos higiénicos: \_\_\_\_\_

Datos objetivos.

Hábitos específicos de vivir (grupo social o religioso): \_\_\_\_\_

Permite el contacto físico: \_\_\_\_\_

Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: \_\_\_\_\_

Es congruente en su forma de pensar con su forma de vivir: \_\_\_\_\_

Actitud ante la vida y la muerte: \_\_\_\_\_

Es fácil para usted tomar decisiones: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## 12.- TRABAJO Y REALIZACIÓN.

### Datos subjetivos.

Que significado tiene para usted la casa hogar o asilo? \_\_\_\_\_

Fuente de ingreso (jubilado, pensionado, otros? \_\_\_\_\_

Sus ingresos le permiten cubrir las necesidades básicas: \_\_\_\_\_

Que actividades le hacen sentirse útil y satisfecho: \_\_\_\_\_

### Datos objetivos.

Cual es su actitud del anciano en relación a las actividades en el asilo: \_\_\_\_\_

Actividad productiva que realiza: \_\_\_\_\_

## 13.- JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

### Datos subjetivos.

Que piensa de la actividad recreativa y ocupacional: \_\_\_\_\_

Coopera y se integra a las actividades recreativas y ocupacionales: \_\_\_\_\_

Termina sus actividades recreativas: \_\_\_\_\_

## 14.- APRENDIZAJE.

### Datos subjetivos.

Nivel de educación: \_\_\_\_\_

Problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_

Limitaciones cognitivas: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Preferencias leer / escribir: \_\_\_\_\_ Conoce las fuentes de apoyo: \_\_\_\_\_

Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud: \_\_\_\_\_

Técnicas de retroalimentación (especifica): \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Datos objetivos.

Estado mental, orientación, comprensión y juicio: \_\_\_\_\_

Memoria reciente: \_\_\_\_\_

Memoria remota: \_\_\_\_\_

Otras manifestaciones: \_\_\_\_\_

Nota La valoración objetiva y subjetiva deber realizarse en forma descriptiva

## GLOSARIO

**ABDUCCIÓN:** Separado de la línea media del cuerpo

**ADUCCION:** Dirigido hacia afuera.

**ALCOHOL:** Es una de las bebidas embriagantes, consumidas con moderación y en los contextos permitidos, reduce la tensión, desinhibe y provoca sensaciones de bienestar.

**ALCOHOLISMO:** La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos).

**ARTICULACION:** En general la unión fija o móvil entre 2 huesos.

**ARTRALGIA:** Dolor de una articulación.

**ARTRISIS:** Trastorno articular, también se emplea en los nombres de algún tipo de articulación.

**ASTRAGALO:** Es el segundo hueso mayor de la articulación del tarso. Sirve de apoyo a la tibia, descansa sobre el calcáneo y se articula con los maleolos y los huesos naviculares, que consta de un cuello, cuerpo y cabeza.

**ATELECTASIA:** Trastorno caracterizado por el colapso pulmonar que dificulta el intercambio respiratorio de dióxido de carbono y oxígeno.

**ATRALGIA:** Dolor articular

**CIANOSIS:** Coloración azulada de la piel que depende de oxigenación deficiente de la sangre.

**CIZALLAMIENTO:** Es sinónimo de esfuerzo; o conjunto de fuerzas que afectan a un cuerpo y tienden a deformarlo.

**COCAINA:** Es un alcaloide contenido de las hojas del arbusto «Erythroxylon coca» siendo químicamente un derivado de la atropina. Es un estimulante cerebral extremadamente potente, de efectos similares a las anfetaminas.

**CRACK:** Son piedras o cristales blancos o amarillentos con un olor dulce y agradable. Se fuma en pipa y se utilizan para su consumo pequeñas botellas de

vidrio, pipas de agua, mecheros, probetas, pipetas y tubos de vidrio conocidos como las estufas del crack.

**DIAFESIS:** Porción cilíndrica y de mayor longitud en un hueso largo.

**DIASTASIS:** Separación forzada de dos partes que están unidas, con la separación de las partes de un hueso a la altura de la epífisis.

**DORSIFLEXION:** Flexión hacia el dorso. En el caso de la mano y el pie corresponde al movimiento hacia arriba de la muñeca y el tobillo, respectivamente.

**DROGA:** Es toda sustancia, que introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones.

**DROGADICCIÓN:** Es la adicción que hace referencia al uso remanente, frecuente, impulsivo e incontrolable de una sustancia

**EOSINOFILIA:** Aumento del número de eosinófilos en la sangre que se observa en muchas situaciones inflamatorias.

**EQUIMOSIS:** Cambio de color de un área cutánea o mucosa. Debida a extravasación de la sangre hacia el tejido celular subcutáneo, por traumatismos o fragilidad de los vasos sanguíneos subyacentes.

**ESGUINSE:** Lesión traumática de los tendones, los músculos o los ligamentos que rodean una articulación que se caracteriza por dolor, hinchazón o cambio de color de la piel.

**ESTOMATITIS:** Trastorno inflamatorio de la boca producido por una infección bacteriana, vírica o fungida.

**FRACTURA:** Es la pérdida de continuidad en la estructura normal de un hueso, sumado al trauma y la alteración del tejido blando y los tejidos neurovasculares circundantes.

**HEMATEMESIS:** Vómito de sangre roja y brillante, indicativo de una hemorragia gastrointestinal superior rápida, casi siempre debido a varices esofágicas o a úlceras pépticas.

**HIPERCAPNEA:** Elevación de la cifra de dióxido de carbono sanguíneo por encima de lo normal.

**LUXACIÓN:** Dislocación permanente de una de las superficies articulares de los huesos.

**MALEOLO:** Prominencia ósea redondeada situada a ambos lados del tobillo.

**METAFISIS:** Región del hueso en la que se unen la diafisis y la epífisis.

**MIALGIA:** Dolor muscular difuso acompañado generalmente por malestar que aparece en enfermedades infecciosas.

**OLIGURIA:** Disminución de la capacidad de formación y eliminación de orina de forma que los productos finales del metabolismo no pueden ser excretados eficientemente.

**ORTOPEDIA:** Rama de la medicina que intenta corregir todas las deformidades corporales de origen congénito o adquiridas.

**OXIHEMOGLOBINA:** Combinación de la hemoglobina con el oxígeno

**PANCITOPENIA:** Proceso anormal caracterizado por una marcada reducción en el número de todas las células de la sangre: hematíes, leucocitos, plaquetas.

**PRONACION:** significaba aprobar, y era cuando los monjes aprobaban algo poniendo la palma de la mano y el antebrazo hacia abajo sobre la cabeza de los fieles.

**SUPINAR:** significaba pedir y es la posición de la palma de la mano y el antebrazo hacia arriba en actitud de pedir.

**TENDON:** Banda o cordón de tejido conjuntivo fibroso, que inserta un músculo con un hueso u otra estructura.

**YESO:** Es un dispositivo que sirve para mantener en su lugar un hueso roto mientras se consolida. Los yesos también ayudan a prevenir o a disminuir las contracciones musculares y son eficaces para inmovilizar, especialmente después de una cirugía.