



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

“PROCESO CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTE CON FRACTURA
MULTIFRAGMENTADA DE ROTULA”

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA:

ANDREA GRACIELA ZAPATA RANGEL

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

“PROCESO CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTE CON FRACTURA
MULTIFRAGMENTADA DE ROTULA”

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA:

ANDREA GRACIELA ZAPATA RANGEL

TUTOR

LEO MIGUEL ANGEL PEREZ LOPEZ

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

CARTA DE ACEPTACION DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO PARA
LA TITULACION DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Los suscritos miembros del proceso de titulación de:

ANDREA GRACIELA ZAPATA RANGEL

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

“Proceso cuidado enfermero a paciente con fractura multifragmentada de
rotula”

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea
sustentado en examen de grado de Licenciatura en Enfermería.

L.E.O Miguel Ángel Pérez López EEI
Tutor

M.E.y.A.S. Clara Elena Infante Granja
Presidenta

L.E.O. Agripina García Gutiérrez
Secretaria

L.E.O Miguel Ángel Pérez López EEI
Vocal

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

I. INDICE

II.INTRODUCCIÓN.....	7
III.JUSTIFICACION.....	9
IV.OBJETIVOS.....	10
V. MARCO TEÓRICO.....	11
5.1 Enfermería como profesión disciplinaria.....	12
5.2 El cuidado como objeto de estudio.....	13
5.3 Proceso de atención de enfermería.....	14
5.4 Etapas que constituyen el proceso de atención de enfermería.....	16
5.4.1. Valoración.....	16
5.4.2 Diagnóstico.....	20
5.4.3 Planeación.....	23
5.4.4 Implementación.....	26
5.4.5 Evaluación.....	26
5.5 Modelo teórico.....	27
5.6Fractura de rodilla.....	34
VI. Resumen del caso clínico.....	40
6.1Valoración por patrones funcionales.....	
6.2 Plan de cuidados.....	45
6.3 Plan de alta.....	61
6.4 Conclusiones.....	63
Referencias bibliográficas.....	64
Glosario.....	65
Anexos	

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Llena de regocijo, de amor y esperanza, dedico este proyecto, a cada uno de mis seres queridos, quienes has sido pilares para seguir adelante. Y por supuesto, que me lo dedico a mí también, por todo el esfuerzo de 5 años reflejado en este trabajo.

Es para mí una gran satisfacción poder dedicarles a ellos, que con mucho esfuerzo, esmero y trabajo me lo he ganado.

A mis padres, porque ellos son la motivación de mi vida, mi orgullo de ser lo que seré.

A mis hermanas, porque son la razón de sentirme tan orgullosa de culminar mi meta, gracias a ellas por confiar en mí.

Se la dedico a Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

RESUMEN

Introducción: El trauma directo origina más de 140,000 muertes anualmente en los Estados Unidos, En México las fracturas son un problema de salud pública, debido a los gastos hospitalarios e incapacidad laboral que generan; los costos directos e indirectos que se derivan de las fracturas tanto para las instituciones de salud como para el paciente y/o sus familiares, el cuidado de estos durante el periodo de recuperación posterior al alta hospitalaria son poco conocidos. El proceso de atención de enfermería es un marco organizado para la gestión de los cuidados, es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite a las enfermeras/os prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. **Objetivo:** Aplicar el proceso cuidado enfermero a un paciente con fractura multifracturada de rodilla. **Metodología:** Se aplicó el proceso cuidado enfermero empleando la taxonomía NANDA-NIC-NOC y se utilizó el método de estudio de caso, se llevó a cabo una amplia revisión de la literatura para conformar un marco referencial que sustentará en abordaje del caso. **Resultados:** El proceso cuidado enfermero favorece la atención individualizada y ofrece a la enfermera la posibilidad de brindar cuidado de calidad, con sentido ético y humanístico. **Conclusiones:** La aplicación de modelos conceptuales a la atención de enfermería, en este caso la teoría de Orem permite fortalecer el conocimiento disciplinar, la autonomía y visibiliza el cuidado.

Palabras clave: Proceso cuidado enfermero, fractura multifragmentada, cuidados de enfermería, rótula, trauma directo.

I. INTRODUCCION

El trauma directo origina más de 140,000 muertes anualmente en los Estados Unidos; cada año, más de 50 millones de estadounidenses son tratados por una fractura, con un costo aproximado de 400 billones de dólares. (Gasca, 2017)

La Organización Mundial de la Salud estima que estas lesiones corresponden a 12% de años de vida perdidos por discapacidad, lo que incluye un número significativo de fracturas, originadas principalmente en caídas y accidentes de tráfico. La incidencia de fracturas es multifactorial y casi siempre complicada por factores como edad, género, comorbilidades, estilo de vida y ocupación (Gasca, 2017)

Las fracturas son un problema de salud pública, ya que México ocupa el octavo lugar en América latina en defunciones ocasionadas por accidentes; el décimo segundo sitio en cuanto a años de vida saludables perdidos a causa de accidentes en general. Específicamente en México, los accidentes ocupan el séptimo lugar como causa de defunción. Es alto su riesgo de lesión musculoesquelética, sobre todo fracturas que corresponden a la principal causa de años laborales perdidos, abarcando más que la enfermedad coronaria, el cáncer y apoplejía combinados.

Las fracturas, generan alto gastos hospitalarios, se ha reportado que 30% de pacientes con fractura de miembros pélvicos y de cadera fallecen durante el primer año posterior a la fractura y que más del 50% de estos pacientes serán incapaces de reincorporarse a actividades de la vida cotidiana (Lobato,Luna, Oliva, Flores.Núñez;2015).

La fractura multifragmentada de rótula (7 fragmentos) pueden ocurrir por mecanismos directos (golpes o caída fuerte sobre la rótula) o indirectos (fracturas por estrés) y es 2 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Ante una fractura de rótula se desencadena una serie de síntomas invalidantes: incapacidad funcional para extender la rodilla, dolor difuso en la cara anterior de la rótula e hinchazón de la rodilla con posible hematoma.

El proceso de atención de enfermería es un marco organizado para la gestión de los cuidados. Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite a las enfermeras/os prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, abandonando la intuición, la rutina y la comunicación verbal, disponiendo de un marco conceptual desde el que prestar cuidados de calidad.

Por tanto, constituye un método de trabajo propio, que permite el desarrollo del pensamiento crítico aplicando las mejores evidencias disponibles a los cuidados y promover las funciones humanas, las respuestas a la salud y la enfermedad.

En el presente trabajo se presenta un caso clínico sobre fractura multifragmentada de rotula, cuyo abordaje se realizó mediante la aplicación del proceso cuidado enfermero a partir del uso del lenguaje estandarizado como es la taxonomía NANDA-NIC-NOC, y el uso del modelo teórico de Dorothea Orem “teoría del déficit de autocuidado”, con la finalidad de brindar cuidados de calidad a partir de la valoración de necesidades identificadas en la valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon.

II. JUSTIFICACION

Los accidentes y lesiones no intencionales, han cobrado relevancia en el contexto internacional y nacional, debido a su impacto en la pérdida de años de vida saludables perdidos por discapacidad, desde 1993 la OMS señalaba “su alta amerita un esfuerzo extraordinario, por constituir un grave problema de salud pública que cercena en forma indudable el bienestar y desarrollo de las colectividades, especialmente en lo que respecta a los años de vida potencial perdidos por una condición que, sin duda alguna, puede y debe ser prevenida”.

La Fundación Internacional de Osteoporosis (IOF, por sus siglas en inglés) puso en marcha la iniciativa ‘Capture the Fracture’ para mejorar la atención del paciente con fractura ósea interviniendo de forma multidisciplinaria para: la detección y evaluación, tratamiento de la fase aguda, seguimiento post-fractura, intervención sobre caídas y medidas de coordinación de atención primaria, a dicha campaña México se sumó en el año 2017.

Las fracturas de rótula (rodilla) constituyen cerca del 1% de todas las fracturas en humanos. El tratamiento de estas fracturas puede ser quirúrgico o conservador, su impacto consiste en la discapacidad que generan especialmente en adultos mayores (jorge sayum filho, 2021) (Sayum,2021).

El proceso cuidado enfermero que aquí se presenta ofrece también un abordaje integral desde la perspectiva de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem en un paciente con fractura multifragmentada de rótula, el cual permite actuar de modo complementario con las personas en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio (en este caso por una lesión) entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado.

Para la enfermería el proceso cuidado enfermero garantiza la calidad de los cuidados, le permite evaluar el impacto de sus intervenciones y contribuir al desarrollo de la disciplina; para el paciente favorece la individualidad de la atención, le permite ser partícipe de sus propios cuidados y obtener experiencias significativas en la mejora de su autocuidado.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Aplicar el proceso cuidado enfermero en la atención individualizada a un paciente con fractura multifragmentada empleando el método de caso en la atención holística de enfermería, con la finalidad de colaborar en su recuperación además de implementar la taxonomía NANDA-NIC-NOC para la obtención del titulado de licenciatura en enfermería y obstetricia del Centro Universitario de la Salud incorporado a la UNAM.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICO

- Mostrar el panorama de la evolución de enfermería como profesión.
- Integrar los conceptos de la teoría del déficit de autocuidado de Orem a la atención del paciente con fractura de rótula.
- Elaborar un plan de alta específico que responda a las necesidades detectadas en la valoración.
- Realizar una amplia revisión de la literatura acerca de las características generales de las fracturas de rótula, causas, evolución y manejo.

V.MARCO TEORICO

5.1 Enfermería como profesión disciplinaria

Enfermería como disciplina científica, integrada por ciencia y profesión, está compuesta por conocimientos que se aplican a partir de una forma particular de ver una situación y de la relación sujeto-objeto que permiten desarrollar su praxis. Esta condición lleva a reflexionar sobre los fundamentos que la respaldan como una disciplina social. Enfermería entrelaza pasado, presente y futuro. (Vivian Vilchez Barboza, 2012)

Históricamente se ha demarcado como una práctica caracterizada por la feminización de la profesión, la supeditación del desempeño a la enseñanza e indicación médica y anclaje por el modelo biomédico centrado en enfermedad. Para definir enfermería como una disciplina social, algunos muros deben ser derribados: comunicar y divulgar; interrelación práctica y conocimientos; interrelación con otras disciplinas; necesidad de que el objeto central para la disciplina sea unificado, desde el conocimiento construido, ir más allá de la práctica y reflexionar sobre la palabra cuidado. Las investigaciones evidencian como preponderante las relaciones que establece enfermería con las personas en todos los ámbitos de acción.

Para tratar de responder al objetivo planteado se toma como punto de partida la definición de disciplina la cual es entendida como: “El cuerpo de conocimiento que guía la práctica de enfermería” (Durán de Villalobos, 2000); más recientemente las autoras Banks: Despins; Adams; McBroom y Tuandy (2008) lo vuelven a reafirmar.

La fundamentación profesional: son los conocimientos acerca de la orientación de los valores de la profesión, la naturaleza de la práctica clínica y de los fundamentos históricos y filosóficos de enfermería. Se interesa en las actividades que desarrollan y canalizan sus practicantes para lograr la promoción, el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos. (Vivian Vilchez Barboza, 2012)

La ciencia de enfermería se ha definido como un cuerpo de conocimientos científicos, acumulativo y único derivado de las ciencias biológicas, humanísticas del comportamiento y otras que son pertinentes a enfermería, y de conocimiento conformado por las teorías propias de enfermería.

Se conoce que enfermería antes de la etapa profesional tuvo una etapa doméstica y una religiosa, donde a pesar de que la comenzaron a ejercer varones en los tiempos de las cruzadas, se prosiguió con una feminización de esta, donde los estereotipos femeninos se ponían de manifiesto en total plenitud.

La epistemología como parte de la filosofía, íntimamente relacionada con la versión del mundo y de la vida que se construye; es la que le confiere sentido a la disciplina. Es esencial para el profesional de enfermería identificar los valores y el pensamiento que existe desde la disciplina en cada contexto donde actúa.

Al trabajar enfermería en conjunto con las personas requiere de un compromiso social para prestar atención a la familia o a los grupos, por tanto, necesita de la existencia de un cuerpo propio de conocimientos que le permita la comprensión y abordaje de las situaciones particulares; así como conocimiento de la técnica que necesite emplear.

Aparte de la enseñanza, otra posible explicación de la dificultad que se presenta en la disciplina para divulgar su conocimiento podría estar en la historia. Newman, Smith, Dexheimer y Jones, (2008) explican; “La historia de la epistemología en enfermería refleja una fase receptiva, donde el conocimiento de enfermería fue derivado principalmente de otras disciplinas”.

Es significativo saber que en enfermería los modelos y teorías han tratado de agrupar y ordenar los conocimientos de la disciplina. Eso pone en evidencia la preocupación que han tenido las enfermeras por buscar un marco conceptual propio de enfermería como profesión, para disminuir la dependencia de las otras ciencias de la salud; pero con el reto de lograr interactuar con ellas a partir de esa construcción propia.

Enfermería es una disciplina que, para establecer su cuerpo de conocimientos, entrelaza el pasado, el presente y el futuro. Ha sido marcada por la feminización de la profesión, la supeditación de su desempeño a la enseñanza e indicación médica, esto produjo un anclaje al modelo biomédico que no dejó ver más allá de la enfermedad. (Vivian Vilchez Barboza, 2012)

5.2 El cuidado como objeto de estudio

Las enfermeras han alcanzado áreas del conocimiento útiles para llevar a cabo el cuidado, siguiendo patrones que han sido establecidos en la salud pública, la epidemiología, la filosofía, la biología y la psicología por mencionar algunas disciplinas, éstas fundamentan parte del conocimiento y enseñanza del cuidado al paciente, es decir, cuidar profesionalmente es enseñar recomendaciones de salud para que el ser humano tenga una buena calidad de vida.

Las enfermeras expresan que enseñar es cuidar y lo relacionan con la vida de las personas. Enseñar es una relación entre el paciente y la enfermera que se da mediante la comunicación y la interrelación comprometida, como lo menciona Florence Nightingale en sus escritos, en donde pide a sus lectores ponerse imaginariamente en el sitio del inválido para considerarse los efectos del comportamiento de otros y de ellos mismos sobre él. Ella solicita algo que ahora llamamos imaginariamente empatía, la capacidad de ponerse a uno mismo sensitivamente en el mundo del otro.

El cuidado como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia al que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. El cuidado es una relación directa con el paciente, mediante la educación y este se ve reflejado en el pensamiento que expresan las participantes al decir que cuidar es enseñar y que se tiene que llevar a cabo el cuidado tanto en la población sana y enferma, por lo tanto, el cuidado es enseñanza, en donde se utilizan los conocimientos relacionados con la profesión.

Algunas veces se habla del cuidado como si para realizarlo no se necesitara de conocimientos, como si cuidar a alguien, fuera algo tan simple. Para cuidar a alguien, debo de saber, quien es a la persona que cuidará, cuáles son sus necesidades, que me conduce a querer cuidarlo. Cuidar requiere de un estudio serio, reflexivo, de acción y de búsqueda de conocimientos y nuevas ideas que ayuden en el proceso durante las experiencias de salud y enfermedad. Ofrecer los conocimientos al paciente es nutrir a las personas que viven el cuidado y que crecen en el cuidado. Son el objetivo de la ciencia de la enfermería y que la enfermera debe de estar constantemente alimentando al ser humano de cuidados. El desequilibrio lo podemos entender como un proceso reparador, no necesariamente acompañado de sufrimiento.

Cuidar son acciones que realizan las enfermeras con la intención de que los individuos desarrollen al máximo sus capacidades para mantener, conservar la vida y permitir que este continúe considerando sus derechos y sentimientos.

Cuidar es, ante todo, un acto de vida, en el sentido de que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener, conservarla, permitiendo que esta continúe y se reproduzca. Es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales. (Rodríguez, 2009)

Bajo este panorama el concepto del cuidado ha transitado en tres etapas: El cuidado de la vida, cuidado del paciente como ser humano y el cuidado aprendido por la práctica, fundamentando el conocimiento epistémico de la enfermera. Con ello se establece que el Cuidado Profesional de enfermería se define, como: la esencia de la disciplina, cuyo fin es el cuidado integral del paciente en condiciones de salud y enfermedad, mediante acciones de cuidado y enseñanza en el mantenimiento y conservación de la vida, con conocimientos científicos y humanísticos que permiten mantener el bienestar del ser.

5.3 El proceso de atención de enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería es el ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera para proporcionar atención al individuo, familia y comunidad.

Pensando que todo hecho tiene que ser registrado, es conveniente mencionar el origen histórico de este método. El Proceso de atención de Enfermería es la aplicación del método científico en la atención de enfermería, por lo tanto, su origen viene desde épocas tempranas de la ciencia moderna.

Con la necesidad de adoptar algunos principios básicos en la investigación científica, Descartes (1596-1650) aporta cuatro postulados. Estos y otros principios científicos mencionados por Galileo, Platón y otros filósofos, dan las bases para el nacimiento de procedimiento de investigación, sistematización y exposición científicos. A pesar de que los orígenes del método científico fueron conocidos desde hace tiempo, se mantenía a nivel

teórico-filosófico con la consecuencia que su utilización estaba confinada a grupos pequeños de intelectuales.

Dentro de este marco, las ciencias en general se han preocupado por utilizar el método científico; pero en especial, aquellas que se basan en la evidencia lógica y la experimentación son las que han presentado diferentes modelos, creando métodos acordes a sus propósitos profesionales.

Como ya hemos mencionado, enfermería no podía mantenerse al margen de esta búsqueda. Por lo tanto, los conceptos del Proceso de administración y del Proceso de resolución de Problemas empezaba a aparecer en la literatura de enfermería a principios de la década de los '60 y uno de los primeros trabajos de este tipo fue la identificación de los 21 problemas de enfermería por Abdallah.

Desde entonces se ha ido experimentando con la aplicación de varios procesos y sus conceptos hasta el presente. También se ha considerado conveniente y necesario hacer con una adaptación más directa de terminología al campo de enfermería con la intención de hacer su aplicación más fácil, llamándolo el Proceso de atención de Enfermería (PAE). A fin de resumir en este trabajo las etapas que debe abarcar el Proceso de atención de Enfermería, se tomó en cuenta la información teórica y práctica que se tiene al respecto. Al haberlo revisado en detalle, se consideró que el PAE debe estar estructurado en las siguientes etapas:

1) Recolección y selección de datos.

2) Diagnóstico de Enfermería.

3) Planeamiento de cuidados.

4) Implantación del plan.

5) Evaluación

1. Actuar como enfermera competente en el proceso de atención de enfermería que consiste en:

a) Identificar las necesidades de la salud del individuo, familia y comunidad.

b) Hacer el diagnóstico de enfermería.

c) Elaborar el Plan de Cuidados.

- d) Ejecutar y/o delegar los cuidados.
- e) Evaluar los cuidados.
- 2. Actuar como miembro del equipo de personal de salud y como líder del equipo de enfermería.
- 3. Actuar como educadora a dos clases por grupos:
 - a) El individuo, la familia y la comunidad proporcionando educación para la salud. b) El personal de enfermería, proporcionando adiestramiento y formación.
- 4. Administrar servicios de enfermería.
- 5. Realizar investigaciones sobre enfermeras y participar en las investigaciones multidisciplinarias en salud.
- 6. Participar en la problemática de su clase o gremio.

5.4 El proceso cuidado enfermero

El proceso cuidado enfermero tiene sus orígenes cuando, por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1995), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), considerando un proceso de 3 etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron 4 (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos otros autores más, establecieron las 5 actuales al añadir la etapa diagnóstica. (Galvez, 2007)

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, PCE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

5.5 Etapa de valoración

Es la primera fase 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: estas incluyen al paciente otra persona que de atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. (Neuquen, 2020)

Los enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia, y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultados cuidados de enfermería inadecuados.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde se debe buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud paciente.

En la recogida de datos se necesitan:

1. Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
2. Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
3. Convicciones (ideas, creencias, etc.).
4. Capacidad creadora
5. Sentido común

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios de paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica.

Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento.

Datos históricos- antecedentes: son aquellos hechos que han ocurrido.

Métodos para obtener datos:

- a) Entrevista clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración.

6. Flexibilidad

Existen dos tipos de entrevista, esta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, estas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración

La entrevista consta de tres partes: iniciación, cuerpo y cierre

Iniciación: se comienza por una fase y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

Cuerpo: se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familiar y datos sobre cuestiones culturales o religiosas.

Cierre: fase final. Es importante resumir los datos más significativos. Es la base para establecer las primeras pautas de planificación.

b) La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa.

c) La exploración física:

Debe explicarse al paciente en que consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

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 4 técnicas específicas:

- Inspección: examen visual, cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los

comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

- **Palpación:** consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Se utiliza para la palpación de órganos en abdomen.
- **Percusión:** implica dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y timpánicos: se encuentran al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Documentación y registro de la valoración:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal.

5.5 Fase de diagnóstico:

Es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. (Neuquen, 2020)

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

Los pasos de esta fase son:

- Identificación de problemas:

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.

Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

C. Componentes de las categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA:

La asociación española de enfermería docente (AEED) en 1993, elaboro un documento en el que se especificaba estos beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional.

Investigación: es necesario que los problemas de salud estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Los diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los diagnósticos de enfermería aceptados.
- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.

Docencia: organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de enfermería que deberían poseer los alumnos, disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

Asistencial: el uso de los diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:

- Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de salud.
- Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.
- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.
- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica son:

- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una fase o término que representa un patrón.
- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- Características definitorias: cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, esta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80 – 100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo.

Tipos de diagnósticos:

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene 4 componentes: enunciado, definiciones características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen.

Alto riesgo: es un juicio clínico de un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo.

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que necesitan datos adicionales. Consta de dos componentes: problema (P) + etiología/ factores contribuyentes.

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

De síndrome: comprenden un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados.

5.6 Planificación de los cuidados de enfermería

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. (Neuquen, 2020)

Etapas en el plan de cuidados:

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad rara vez pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, entre otras. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados.** Determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

- **Elaboración de las actuaciones de enfermería.** Determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u ordenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente.

Para un diagnóstico de enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un diagnóstico de enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un diagnóstico de enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

Planteamiento de los objetivos

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados
- Identificar los resultados esperados
- Medir la eficacia de las actuaciones

Las actuaciones de enfermería

Son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. 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.

En la elaboración de actividades han de tener presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería:

- Dependientes: son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
- Interdependientes: son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistente social, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos.
- Independientes: son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes.

5.7 Ejecución

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. (Neuquen, 2020)

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/ problema/ diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

5.8 Evaluación

Es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados. Son según Iyer las siguientes áreas:

- Aspectos general y funcionamiento del cuerpo:
 - Observación directa, examen físico
 - Examen de la historia clínica
- Señales y síntomas específicos
 - Observación directa
 - Entrevista con el paciente
 - Examen de la historia
- Conocimientos
 - Entrevista con el paciente
 - Cuestionarios
 - Capacidad psicomotora (habilidades)
 - Observación directa durante la realización de la actividad
- Estado emocional:
 - Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones
 - Información dada por el resto del personal
- Situación espiritual
 - Entrevista con el paciente
 - Información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación deben ser interpretadas ya que nos sirven para plantear correcciones en las áreas de estudio, son tres posibles conclusiones a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

5.9 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PCE

La teoría del déficit del autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem

Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore, Maryland en 1914. Inició su carrera enfermería en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. En 1934 entró a la Universidad Católica de América, donde obtuvo en 1939 un Bachelor of sciences en Nursing Education, y en 1946 un Máster of sciences in Nurse Education. El primer libro publicado de Dorothea E. Orem fue Nursing Concepts of Practice en 1971. Falleció el 22 de junio de 2007, Savannah, Georgia, Estados Unidos.

Dorothea E. Orem, dio a conocer su modelo de autocuidado de Enfermería y menciona el trabajo de otras autoras que han contribuido a las bases teóricas de la Enfermería, entre ellas Faye Glenn Abdella, Virginia Henderson, Dorothy E. Johnson Imogene King Levine, Florence Nightingale, Ida Jean Orlando, Hildegart E. Peplau, Martha E. Rogers, Sor Callista Roy y Virginia Wiedenbach. (Pacheco, 2017)

Esta teórica presenta su Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

La teoría del autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica.

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo ,estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida ,factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar.

Salcedo-Álvarez y colaboradores (salcedo alvarez RA, 2017) plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

Según lo antes expuesto se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud.

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo. (Pacheco, 2017)

Así mismo, coincidimos con las definiciones elaboradas por Dorothea E Orem pues la persona debe ser vista holísticamente desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita.

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o

externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras.

Las acciones de autocuidado interna y externamente orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda. Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son:

1. Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
2. Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
3. Acciones expresivas interpersonales.
4. Secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son:

1. Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.
2. Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo.

Por ello, la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para:

1. Asegurar información válida y fidedigna para describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos.
2. Analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente.
3. Emitir juicios de cómo pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se identifican las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, puede identificarse y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas.

Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo.

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Dorothea E Orem que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ejemplo: Cuadripléjico. Pero también valora aquellas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ejemplo: El baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda.

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros (as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

La teoría de los sistemas de Enfermería.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

1. La Enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas.

1. Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas.
2. Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería.
3. Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.
4. Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

1. Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.
2. Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.
3. Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo, son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades. El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado.

La teoría de los sistemas propuesta por Dorothea E Orem se vincula estrechamente con los niveles de atención de enfermería. Un punto importante a considerar en la teoría de Dorothea E Orem es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre, además de ofrecer un cuerpo teórico para que estos profesionales expliquen los diferentes fenómenos que pueden presentarse en el campo de la salud, también sirve como referente teórico, metodológico y práctico para los profesionales que se dedican a la investigación.

No todos los profesionales de enfermería abordaron con claridad la importancia del autocuidado cuando se argumenta que, para cuidar del otro, antes es necesario cuidar de sí mismo, pues el cuidado solamente ocurre con la transmisión de los sentimientos y potencialidades personales a la otra persona.

5.10 FRACTURA DE RÓTULA

La fractura de la rótula (FR) es una enfermedad traumática observada frecuentemente en los servicios de urgencia. Su comportamiento es muy variado en dependencia de la intensidad del trauma. La rótula desempeña un papel importante como parte del mecanismo extensor de la rodilla, además de servir de protección a esta articulación ante los traumas directos.

A pesar del diagnóstico y manejo temprano en estos pacientes, en ocasiones el resultado no es el esperado por la presencia de complicaciones, especialmente postoperatorias, que limitan la actividad física de estos enfermos, afectando de forma significativa la calidad de vida. Se plantean dos formas fundamentales para el manejo de los pacientes que sufren de esta fractura: la variedad conservadora y la quirúrgica, cada una de ellas con sus indicaciones específicas.

El tratamiento quirúrgico es muy variado y depende en especial de la configuración de la fractura. La primera operación en un paciente con fractura de rótula fue realizada por Héctor Cameron en el año 1877, en Escocia, utilizando una sutura de plata. De forma similar Lister y Trendelenburg realizaron este proceder en Alemania. A pesar de la popularidad de la reducción abierta, no es instituida con seriedad hasta el año 1936 cuando Blodgett reporta una serie de pacientes operados con este método. Una vez terminado el tratamiento en cualquiera de sus dos variantes se hace necesaria la intervención del equipo de rehabilitación. (salas, 2021)

La patela es un hueso sesamoideo compuesto fundamentalmente por sus caras medial y lateral. Los tres cuartos proximales están cubiertos por cartílago y el resto del polo distal es extraarticular. El retináculo patelar está compuesto de dos partes: las extensiones tendinosas longitudinales del cuádriceps, que pasan mediales y laterales a la rótula y se insertan directamente en la tibia y las fibras transversas que se originan en los epicóndilos y se insertan en la rótula.

Epidemiología y mecanismos de lesión

Las fracturas de rótula suponen aproximadamente un 1% del total de las fracturas y frecuentemente se presentan en un intervalo de edad entre los 20 y 50 años. La incidencia en los hombres es casi 2 veces superior que en mujeres. El mecanismo de producción de las fracturas puede ser el resultado de fuerzas directas e indirectas.

La mayoría se producen como consecuencia de lesiones directas, como resultado de un traumatismo sobre la cara anterior de la rodilla o un accidente de tráfico. En estas últimas lesiones de alta energía hay que descartar otro tipo de lesiones que pueden estar asociadas: luxación posterior de la cadera, fracturas ipsilaterales del cuello o diáfisis femoral y de meseta tibial. Las lesiones indirectas se producen tras una pseudocaída o caída desde altura, en las cuales las fuerzas del mecanismo extensor exceden la fuerza intrínseca de la rótula resultando en una fractura transversal con cierto grado de conminución del polo inferior. Causan un mayor daño del retináculo en comparación con las lesiones directas, y la extensión activa de la rodilla se pierde en la mayoría de los casos. En cuanto a las fracturas por fatiga o stress, pueden ser debidas a microtraumatismos de repetición o a situaciones de sobrecarga continua en artroplastia de rodilla.

Diagnóstico

Es necesario precisar los antecedentes de trauma directo o indirecto. Durante el examen físico se debe recordar incitar al paciente a realizar la extensión activa de la pierna ya que de no realizarse existe ruptura del mecanismo extensor. Una vez sospechada la presencia de FR se procedió a corroborar el diagnóstico mediante radiografías simples en posición anteroposterior, lateral y axial. Estas últimas ayudan a definir la presencia de fracturas osteocondrales.

Estudios imagenológicos adicionales incluyen la Tomografía Axial Computarizada, el ultrasonido, la gammagrafía ósea, muy importante para detectar fracturas ocultas de estrés en atletas jóvenes y en pacientes con parálisis cerebral infantil.

Tratamiento

Tratamiento conservador: es indicado en aquellos pacientes que conservan la continuidad del mecanismo extensor y en fractura no desplazada según los criterios de Bostrom.¹⁰ Además esta modalidad debe ser valorada en pacientes ancianos con fracturas ligeramente desplazadas y en personas con enfermedades debilitantes con mala calidad ósea. El tratamiento consiste en la aplicación de una inmovilización tipo inguinomaleolar por un período de cuatro a seis semanas para facilitar la consolidación y prevenir el desplazamiento.

Se debe tener especial cuidado en pacientes con extremidad inferior en forma de cono, ya que el enyesado se puede desplazar en sentido distal y por lo tanto se debe incluir el tobillo en la inmovilización. En aquellos en que no se incluye el tobillo, hay que vigilar las lesiones que pueden ser causadas por el roce del yeso en su región distal.

Tratamiento quirúrgico: su objetivo es obtener la reducción anatómica, restaurar la congruencia de la superficie articular y la integridad del mecanismo extensor.

Para operar a un paciente se debe tener un set de fijación para pequeños fragmentos AO, tornillos de diferentes diámetros canulados y no canulados, alambre de cerclaje, tornillos de

Herbert, implantes bioabsorbibles para la fijación de fragmentos osteocondrales entre otros aditamentos.

El proceder quirúrgico es llevado a cabo con el paciente en decúbito supino en una mesa quirúrgica radiolúcida y la aplicación de torniquete. Antes de inflar el torniquete es de vital importancia flexionar la rodilla más allá de los 90 grados para aumentar la longitud del cuádriceps lo cual evita el atrapamiento de los tejidos blandos que a su vez pueden causar dificultad para la reducción de los fragmentos fracturados. Existe una variedad de abordajes descritos para la fijación de estas fracturas, sin embargo, la mayoría de los autores prefieren las incisiones en la línea media o muy cercana a la misma.

Las técnicas quirúrgicas disponibles son muy variadas, entre ellas:

Cerclaje de tensión anterior: es una técnica clásica preferida por la gran mayoría de los autores. Tiene muchas variaciones donde se utilizan alambres de Kirschner, tornillos canulados y no canulados, estos últimos incorporados o no al cerclaje.

Otros métodos quirúrgicos incluyen la utilización de fijación externa circular bajo control artroscópico. Es un método útil según Yanmis en fractura conminutas, permite la movilización de forma activa y muy rápida evitando complicaciones causadas por lo métodos convencionales de cerclaje. Otra variante lo constituye la fijación percutánea bajo control artroscópico y radiológico mediante arco en C. Se colocan alambres de Kirschner en los fragmentos óseos previamente reducidos y luego se colocan tornillos canulados. Pero este método no es útil en fracturas conminutas o fracturas transversas con disrupción del mecanismo extensor, por lo que su indicación específica es en pacientes con fracturas de rótula transversas sin disrupción del mecanismo extensor, lo cual concuerda con lo planteado por Tandogan.

Patelectomía parcial y total: esta variedad de tratamiento está indicada cuando los métodos de fijación son imposibles de realizar, se debe conservar la mayor longitud de la rótula como sea posible, según Whittle hasta conservando un tercio de la rótula proximal. Puede ser realizada

la patelectomia parcial. En pacientes con fracturas severamente conminutas imposibles de reparar y que afectan gran parte de la rótula está indicada la patelectomia total. Es una evaluación muy individual en cada paciente donde hay que considerar, entre otros aspectos, la edad y actividad física del paciente antes del traumatismo.

En la actualidad se han publicado muchos artículos comparando la reconstrucción del polo distal de la rótula utilizando una placa en forma de básquet versus patelectomia parcial. Basado en los resultados de todos los autores se coincide que la reconstrucción del polo inferior de la rótula mediante la fijación interna ofrece mejores resultados, debido a que conserva en mayor medida la longitud del cuádriceps y permite una más rápida incorporación del enfermo a la rehabilitación y por ende a la sociedad.

Complicaciones

Las complicaciones inmediatas más encontradas son aquellas en que se afectan las partes blandas vecinas a la fractura, entre ellas la infección, que según Smith se encuentra de un 3 a 10% y retardo en el cierre de la herida, 12%. Están condicionadas anatómicamente por la localización subcutánea de la rótula, por lo que se necesita de la realización de una técnica quirúrgica minuciosa y le uso de antibioticoterapia profiláctica. Se debe tener especial cuidado en aquellos pacientes con abrasiones y heridas en el área quirúrgica ya que, de no ser operados rápidamente, debemos esperar un tiempo prudencial para la cicatrización de las partes blandas.

Dentro de las complicaciones tardías, las óseas son las más encontradas, como, por ejemplo: la rigidez articular que es la más frecuente después de una fractura de rótula. Por lo que se hace necesario establecer un programa de rehabilitación una vez que las condiciones del paciente así lo permitan, muy especialmente para reducir el grado de limitación articular y favorecer la recuperación del cartílago articular. En caso de persistir la limitación articular se puede realizar posteriormente una artrólisis artroscópica y movilización bajo anestesia.

La pérdida de la reducción según Hung se reporta hasta en un 20% de los enfermos. Su presencia está condicionada por diferentes factores como: mala técnica de fijación, presencia de conminución, movilización temprana e indisciplina del paciente. La pérdida de

la reducción puede causar disrupción del mecanismo extensor o incongruencia articular para lo cual puede ser necesaria la reintervención mediante una patelectomía parcial.

La osteoartritis postraumática es otra complicación tardía encontrada en pacientes con fracturas de la rótula. Su presencia es directamente proporcional al tiempo postoperatorio que tiene el paciente hasta el comienzo de la rehabilitación. Desde el punto de vista práctico es importante observar el estado de la superficie articular de la rótula antes de realizar el proceder quirúrgico, ya que de estar severamente dañado es preferible realizar una patelectomía parcial o total antes que un método de fijación el cual estaría destinado a un alto por ciento de fracaso.

Debido a la localización subcutánea de la rótula las molestias al material de osteosíntesis son muy frecuentes y en ocasiones necesitan de su extracción que según Smith pueden ser hasta del 15%.

La pseudoartrosis de la rótula es una de las complicaciones de menor incidencia según Cramer menos del 1%. Generalmente se observa como una pseudoartrosis de tipo fibrosa, asintomática con mecanismo extensor intacto y no necesita de tratamiento. Sin embargo, cuando existe dolor y debilidad del mecanismo extensor el tratamiento quirúrgico está indicado y consiste en la reducción cruenta, osteosíntesis y relleno del defecto dorsal con injerto óseo. También se puede valorar la posibilidad de la patelectomía parcial en caso de que la fijación no sea posible. (salas, 2021)

VI. PRESENTACION DEL CASO CLINICO

RESUMEN DEL CASO: Masculino de 60 años, casado, religión católica, sin alergias conocidas, peso de 76kg, talla 1.72cm con antecedentes de importancia: tabaquismo positivo y carga genética para DM II, con antecedentes heredofamiliares de diabetes Mellitus por parte de su mamá quien falleció por ese motivo, su padre falleció por un EVC, hermano mayor falleció por cirrosis hepática y hermana menor por COVID 19, sus 4 hermanos medianos padecen de diabetes mellitus.

Quien, el día 22 de julio del 2020, sufre caída de aproximadamente 4 metros de altura ya que se encontraba pintando el techo de su casa, presentado fractura conminuta (7 fragmentos) en la rótula izquierda, así como luxación grado II de tobillo ipsilateral, a la exploración física se observa híper eritematoso, edema en el área afectada, y dolor intenso.

Es intervenido quirúrgicamente, de forma privada, el día 23 de julio del 2020, realizándole cerclaje de la rótula izquierda; durante la valoración preoperatoria se diagnostica prediabetes, motivo por el cual se indicó metformina, causándole intolerancia, por lo que su tratamiento en la actualidad es a base de linagliptina 2.5 mg cada 24 horas, aparte de AINES, analgésicos, anticoagulantes y levofloxacino.

Posterior a la intervención quirúrgica previamente mencionada, es atendido por otro médico privado especialista en ortopedia y traumatología.

El paciente presentaba una evolución adecuada, motivo por el cual se inició rehabilitación física, en dicho periodo, aproximadamente a la tercer semana de agosto, presenta caída de su propia altura con flexión forzada de rodilla izquierda, lo que condiciona dolor importante y sangrado de la misma; se revisó y se decidió continuar con rehabilitación, sin embargo los primeros días del mes de septiembre del 2020, presenta, en la rodilla izquierda, aumento de volumen en forma importante, dolor, hiperemia, imposibilidad para efectuar los movimientos normales de la rodilla, motivo por el cual se decide realizar radiografía AP y lateral de rodilla izquierda, observándose desanclaje de material de osteosíntesis.

Por lo anterior, el día 16 de septiembre del 2020, se decide la realización (2da cirugía) de retiro de cerclaje previo, hemipatelectomía más tenodesis del tendón rotuliano, nuevo cerclaje más la realización de plastia del tendón rotuliano, continua con AINES, analgésicos, cefalexina, clindamicina; ese mismo día de la intervención, por la tarde, presenta dolor importante del miembro pélvico izquierdo, motivo por el cual se retira el aparato de yeso y se observa que presenta trombosis de la vena poplítea izquierda, con diagnóstico realizado por el médico privado por lo cual se indica anticoagulante (rivaroxabán) 20mg c/24 horas por 6 meses. Posterior a la CX su evolución ha sido tórpida, deambulando con ayuda de muletas y cursando con pérdida de tejido, dehiscencia de herida y múltiples infecciones causadas por: staphylococcus aureus, klebsiella, escherichia coli.

El día 15 de octubre del 2020 se observa nuevo aumento de volumen de la rodilla izquierda. Dolor importante, hiperemia, febrícula, imposibilidad para la movilidad, por lo que se diagnostica probable artritis séptica, siendo necesaria nueva intervención quirúrgica (3era cirugía) el día 16 de octubre del 2020, realizando aseo quirúrgico extenso, retiro de suturas de la cirugía previa y toma de cultivo, se continuo tratamiento coadyuvante a base de doble antibiótico (cefalosporina y clindamicina). (figura 4)

Se recibe el resultado del cultivo el cual es negativo para desarrollo de bacterias, por lo que se dictamina que se trató de rechazo al material de osteosíntesis, motivo por el cual se decide nueva intervención quirúrgica (4ta cirugía) el día 21 de octubre del 2020, efectuando retiro del cerclaje, mas hemipatelectomía ya que se observó secuestro de hueso y tenodesis del tendón rotuliano. (figura 5)

La evolución continúa siendo tórpida, presentado dehiscencia de la herida qx, gran pérdida de tejido cutáneo y sin datos de probable infección del sitio qx, por lo que se ofreció a la realización de lavados y aseos quirúrgicos frecuentes, no aceptado el paciente, solicitando tiempo para realización de curaciones y esperando cierre de la herida.

Durante ese periodo acude a revisión de infectología quien realiza cultivo de secreción de rodilla, resultando positivo para staphylococcus aureus, indicando linezolid 600mg cada 12 horas, mejorando, sin embargo, la dehiscencia amplia continúa, por lo que se decide realizar nueva intervención quirúrgica (5ta cirugía) el día 17 de febrero del 2021. Efectuándose aseo quirúrgico, debridación amplia y afrontamiento de bordes de la herida, continua con tratamiento a base de linezolid 600mg cada 12 horas, AINES y analgésicos.

El paciente continua siendo valorado por consulta externa de forma particular (médico ortopedista), observándose una NO adecuada evolución persistiendo con datos clínicos de infección de la rodilla a pesar de tener tratamiento con antibióticos, por lo que se propone nueva intervención quirúrgica (6ta cirugía) la cual se realiza el 11 de marzo del 2021, efectuándose debridación y aseo amplio de la rodilla, resección de quiste de Baker y patelectomía, además observándose pérdida del tendón extensor de la rodilla y de la capsula región anterior articular de la misma.

Continua con evolución desfavorable, con gran dehiscencia de la herida, por lo cual se decide iniciar terapia con presión negativa mediante VAC (vacuum Assisted Closure) con ayuda de terapia a base de crema de Yodo (iodosorb) por un mes (abril y mayo del 2021), pero no se presentó mejoría, por lo que se decide nueva intervención quirúrgica (7ª cirugía) el día 26 de mayo del 2021, se realiza aseo quirúrgico, debridación amplia y artrotomía para control de daño articular, se realiza cultivo de tejido, se inicia colocación de catéter central (01 junio 2021) e inicia tratamiento a base de amikacina 1g IV por 6 dosis y ertapenem 1gr IV cada 24 horas, doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas.

Se sigue realizando curación de herida con microdacyn y aplicación de iodosorb, se toma cultivo el 12 /07/21 saliendo positiva a staphylococcus epidermis y enterococcus faecalis.

El día 20/07/21 se realizó de nuevo cultivo, pero ahora de hueso ya que sigue presentando infección y dehiscencia en herida quirúrgica. Al momento de las curaciones refiere dolor a la manipulación (EVA de 8).

El día 24/07/21 se obtuvo cultivo negativo de herida, por lo tanto, se indica nueva intervención quirúrgica el jueves 9/08/21 para injerto de musculo y evitar otra infección. Al momento de las curaciones refiere dolor a la manipulación (EVA de 8). (figura 6)

El día 9/08/21 se realizó nueva intervención quirúrgica para cobertura del defecto en región anterior de la rodilla mediante rotación de colgajo muscular del gemelo medial y aplicación de injerto de piel en las zonas denudadas con buena cobertura.

Fue cirugía de último recurso para salvataje de extremidad y funcionalidad para la marcha a tramos medianos valorando su evolución funcional mala a mediano plazo, se manejó con antibioterapia para evitar colonización de bacterias oportunistas cutáneas (cefalexina 1g vo c/ 12 hrs x 6 días) antitrombóticos (rivaroxabán de 110mg vo c/ 12 hrs x 15 días)

antiinflamatorios (AIN;IEES) etoricoxib 120 mg vo 1 diaria y analgésico miorrelejante (clonixinato de lisina / tolperisona vo 1 diaria nocturna por 15 días. (figura 7)

Limitación a la flexión con uso de férula en extensión para evitar dehiscencias de la rotación del colgajo muscular y necrosis de la parte distal del colgajo muscular. Además de cuidados de injertos cutáneos con aseo semanal evitando descubrir herida y evitar mojar el área durante la ducha.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Promoción de la salud. Refiere encontrarse bien y conocer como ha llegado su estado actual, refiriendo que por indicación médica ya le es permitido tener movilidad para una mejor recuperación por periodos cortos. El dolor disminuye (Eva de 4 a 5) ([figura 8](#)). En proceso de cicatrización y aceptación de injerto de musculo y piel. Sigue con tratamiento de prediabetes que es a base de linagliptina 2.5 mg cada 24 horas, requiere de apoyo para realizar algunas actividades en específico que es la ayuda de su esposa.

Nutrición - metabólico. Refiere comer sus 3 comidas al día ya que su familiar le proporciona el alimento en cama, rica en proteínas que son carnes y fibra como verduras, ingesta de líquidos moderada. A la exploración física presenta piel y mucosas hidratadas, presenta temperatura corporal de 37.0 grados. Presenta dehiscencia en rodilla izquierda del tamaño de 25 cm de largo x 10 cm de ancho, presenta leve eritema, salida de secreción serosa, se le realizó debridación para nueva salida de tejido y mejor cicatrización, sin datos de infección.

Eliminación. Micciones normales (aprox 6 veces al día), coloración amarilla normal sin olor fétido, evacuaciones tipo 4. A la exploración física se observa abdomen plano, con vello, presenta peristalsis normal, sin dolor alguno.

Actividad/ejercicio. Debido a su patología necesita de muletas para deambular, camina tramos cortos, aunque se considera independiente para realizar algunas actividades como vestirse o ir al baño, con disminución del tono y fuerza muscular del miembro pélvico afectado ya que no puede apoyar, limitación a la flexo-extensión. Se presenta FR de 16 x min, FC de 66 latidos x min, campos pulmonares normales, se le realizo exploración física, a la escala de Barthel presenta 55 puntos que se considera moderado.

Descanso-sueño: Debido a la preocupación por su estado de salud refiere dificultad para dormir, así como por el dolor que presenta, por lo que el psiquiatra le indico alprazolam 0.25mg por las noches. Lo cual le ayudo a reducir su ansiedad y poder descansar mejor.

Cognitivo-perceptual. Consiente, orientado, memoria reciente y tardía sin alteraciones, atención central. Presenta dolor crónico en miembro inferior izquierdo afectado escala de EVA de 4- 5.

Autopercepción-autoconcepto: Considera que, aunque necesita ayuda de otras personas, se encuentra a gusto consigo mismo. Refiere que han sido mucho los cambios en su vida, que le han dejado malas experiencias como son cambio drástico en su rutina laboral y familiar.

Rol/relaciones. Por el momento no puede volver a su vida laboral completamente, ya que siempre está renovando sus incapacidades. El cuidador de referencia es su mujer.

Sexualidad-reproducción: Por el momento esta abstenido de cualquier actividad sexual debido a su estado actual, tiene 3 hijos en su primer matrimonio y 2 hijas en su segundo matrimonio. Se ha realizado prueba de antígeno prostático con medico particular lo cual dio negativo.

Adaptación/tolerancia al estrés: Refiere que tuvo episodios de ansiedad debido a su estado actual, además comenta que le costó mucho hacer frente a la enfermedad desde que se 46 deterioró su movilidad, refiere que lo que le produciría más miedo sería no recuperar por completo su movilidad

Valores-creencias: católico, no practicante, uso de humor negro. Lo más importante de su vida es su familia y el trabajo. Lo que más le gustaría en la vida es recuperar su rutina normal.

Por todo lo mencionado, el paciente tiene altas probabilidades de presentar secuelas, como es artrodesis funcional con gran limitación para la deambulaci3n, marcha solo por tramos cortos, uso de muletas axilares a permanencia y limitaci3n del flexo extensi3n.

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): (2) nutricional- metabólico</p> <p>Datos objetivos: Se observa en la paciente dehiscencia en rodilla izquierda del tamaño de 25 cm de largo x 10 cm de ancho, presenta leve eritema, salida de secreción serosa, se realiza debridación para nueva salida de tejido y mejor cicatrización.</p> <p>Datos Subjetivos: Refiere dolor (EVA de 8) y pide que se le tome la otra pierna para no moverse tanto.</p>	<p>Dominio: 11 seguridad- protección</p> <p>Clase: 2 integridad tisular</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>(00044) Deterioro de la integridad tisular Definición: estado en que el individuo experimenta una lesión de membranas mucosa o corneal, integumentaria o del tejido subcutáneo. Es una situación en la que esta alterado un tejido corporal.</p> <p>Factor(s) relacionado(s) o Agentes físicos</p> <p>Características definatorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Destrucción tisular - Dolor agudo - Lesión tisular 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: Salud fisiológica (II)	Clase: Integridad tisular (L)		Criterio de resultado: (1101) - Integridad tisular: piel y membranas mucosas
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		<ul style="list-style-type: none"> • (110113) integridad de la piel • (110116) lesiones de las mucosas • (110115) lesiones cutáneas • (110117) tejido cicatricial • (110105) pigmentación anormal 	<p style="text-align: center;">2</p>	<p style="text-align: center;">Aumentar a 4</p> <p style="text-align: center;">Aumentar a 5</p> <p style="text-align: center;">Aumentar a 5</p> <p style="text-align: center;">Aumentar a 4</p>	

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: (2) FISIOLÓGICO COMPLEJO</p> <p>Clase: (L) control de la piel / heridas</p> <p>INTERVENCIÓN: 1.- (3664) cuidado de las heridas: ausencia de cicatrización</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un control adecuado del dolor, relajación, distracción, administración de terapia analgésica antes y después de los cambios de vendaje. • Observar los signos y síntomas de infección de la herida, si procede. • Aplicar medicación tópica, según sea necesario. • Utilizar apósitos muy absorbentes cuando haya abundante secreción. • Instruir al paciente y a la familia a obtener los materiales necesarios para los cambios de vendaje 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar según indicación médica medicamentos para el manejo postoperatorio del dolor en la fractura de rótula, utilizar analgésicos como: paracetamol vía oral, 500 mgs; y diclofenaco 100 mgs V.O o I.M, 75 mgs; o ketorolaco IM o IV 30mgs. <p>C (E. Shekelle) (E. Shekelle) Luna-Pizarro D, et al. 2010</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda para el manejo del dolor moderado postoperatorio de la fractura de rótula, la administración de analgésicos tipo opioides (buprenorfina y nalbufina) en combinación con analgésicos anti-inflamatorios no esteroideos. <p>C (E. Shekelle) (E. Shekelle) Guevara L, et al, 2005</p> <ul style="list-style-type: none"> • El control del exudado es vital en estas lesiones, ya que con ello controlamos el riesgo de infección y protegemos la piel perilesional aumentando el confort y la seguridad de la persona afectada. Para mantener los principios de curación en ambiente húmedo es necesario una adecuada gestión del exudado. Los apósitos hidrocoloides ejercen un efecto de absorción y 	<p>Criterio de resultado: (1101) - Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p> <ul style="list-style-type: none"> • (110113) integridad de la piel • (110116) lesiones de las mucosas • (110115) lesiones cutáneas • (110117) tejido cicatricial • (110105) pigmentación anormal 	<p>Puntuación final</p> <p style="text-align: center;">4</p>

2.- (3584) cuidados de la piel: tratamiento tópico

ACTIVIDADES:

- cubrir las manos con guantes cuando resulte oportuno.
- Aplicar un apósito oclusivo transparente, si es necesario
- Aplicar un antifúngico tópico en la zona afectada, si es preciso
- Registrar el grado de afectación de la piel

3.- (3440) cuidados del sitio de incisión

ACTIVIDADES:

- inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de evisceración
- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada
- Cambiar el vendaje en los intervalos adecuados
- Instruir al paciente sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha
- Enseñar al paciente o familia a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección.

mantenimiento del exudado suficiente para el manejo de este tipo de heridas, creando un medio favorable a la epitelización. Como inconveniente a su utilización mencionamos la gran adherencia al lecho de la herida pudiendo dañar el tejido perilesional. Realizar curaciones en ambiente húmedo reduce el número de estas y el dolor. La protección de la piel perilesional es efectiva como técnica analgésica, disminuyendo por tanto el grado de maceración de la piel circundante. C (E. Shekelle) (E. Shekelle) Guevara L, et al, 2005

- Establecer un horario establecido para realizar las curaciones. Utilizar, asimismo, otras medidas como administrar un analgésico previo a la cura. Se recomienda que éste alcance de forma rápida el efecto máximo, a la vez que produzca los mínimos efectos secundarios posibles, teniendo en cuenta que la elección final del fármaco vendrá condicionada por los antecedentes de la persona afectada, y la intensidad y la duración del dolor. C (E. Shekelle) (E. Shekelle) Guevara L, et al, 2005

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): 6 – cognitivo/ perceptivo</p> <p>Datos objetivos: Paciente muestra facies de dolor al estímulo, no puede apoyar su pierna ya que presenta dolor, tiene analgésicos premedicados. La dehiscencia se observa en incremento, pero sin datos de infección.</p> <p>Datos Subjetivos: Paciente refiere sentir dolor al momento de realizarle curaciones, refiriendo es la escala de Eva un 8. Refiere insomnio secundario al dolor.</p>	<p>Dominio: 12 confort</p> <p>Clase: 1 confort</p> <p>Etiqueta diagnóstica: (00133) Dolor crónico</p> <p>Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible con una duración superior a 3.</p> <p>Factore(s) relacionado(s) o</p> <p>-Agente lesivo</p> <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteración en la habilidad para continuar con las actividades previas - Autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor - Cambios en el patrón de sueño - Expresión facial de dolor <p>Informes de personas próximas sobre cambios en conductas de dolor/cambios de actividades</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		<p>Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)</p>	<p>Clase: conducta de salud (Q)</p>	
		<p>Criterio de resultado: (1605) Control de dolor</p>		
		<p>Indicador (es)</p> <p>1.-(160501) reconoce factores causales</p> <p>2.-(160505) utiliza los analgésicos de forma apropiada</p> <p>3.-(160513) refiere cambios en los síntomas al personal de salud</p> <p>4.-(160509) reconoce síntomas asociados del dolor</p> <p>5.-(160511) refiere dolor controlado</p>	<p>Puntuación inicial *</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>3</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>Aumentar a 4</p> <p>Aumentar a 4</p> <p>Mantener a 4</p> <p>Aumentar a 4</p> <p>Aumentar a 4</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: (1) fisiológico: básico</p> <p>Clase(E) fomento de la comodidad física</p> <p>INTERVENCION: 1.- (1400) manejo del dolor</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/ duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores decadentes. • asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes • animar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si procede. • explorar con el paciente los factores que alivian/ empeoran el dolor. • monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control de dolor a intervalos especificados. <p>2.- (1460) relajación muscular progresiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La exploración debe ser integral y pormenorizada, evitando focalizaciones a causas «evidentes» de dolor, como puede ser una articulación deformada, y pensando siempre en la pluripatología y la presentación atípica de enfermedades. La exploración debe enfocarse desde el punto de vista de la valoración funcional, considerando las capacidades del sujeto explorado para la realización de actividades y funcionamiento libre de dolor. Antes de establecer el diagnóstico hay que tener precaución en la administración de analgésicos, sedantes o antibióticos, ya que, aunque la analgesia retrasa el shock, tranquiliza y facilita la exploración, puede enmascarar el proceso. Los analgésicos más utilizados son dipirona magnésica, ketorolaco, tramadol y meperidina. B E: [Shekelle] RNAO, 2007 • Para la OMS, «nada podría tener un mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes con dolor que la difusión e implementación del conocimiento existente en el 	<p>Criterio de resultado: (1605) Control de dolor</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		1.-(160501) reconoce factores causales	4
		2.-(160505) utiliza los analgésicos de forma apropiada	4
		3.-(160513) refiere cambios en los síntomas al personal de salud	5
		4.-(160509) reconoce síntomas asociados del dolor	4
		5.-(160511) refiere dolor controlado	4

ACTIVIDADES:

- indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos mientras estén tensos.
- indicar al paciente que respire profundamente y que expulse lentamente el aire y con ello la tensión.
- desarrollar una conversación de relajación personal que ayude al paciente a centrarse y sentirse cómodo.
- dar tiempo para que el paciente exprese sus sentimientos acerca de la intervención.

manejo del dolor y otros síntomas.

- Es un dolor con dificultades diagnósticas y de tratamiento, en el que tiene gran importancia los factores psicosociales y miedo a la muerte con gran sufrimiento. Para estos casos, Cicely Saunders usó el término de dolor total, en el que hay involucrados factores físicos, emocionales, sociales, burocráticos, financieros y espirituales. B E: [Shekelle] RNAO, 2007
- Además, la propia OMS en 1984 matizó: — En la evaluación del dolor, considerar los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. — Asistencia continuada con un sistema de soporte al paciente y familia. — Elaborar una estrategia terapéutica con métodos de tratamiento ajustados a las necesidades propias de cada paciente, dentro de una estrategia multidisciplinar donde se aborden el dolor y los demás síntomas presentes, manteniendo siempre la dignidad de la persona. Dando apoyo en todo momento. B E: [Shekelle] RNAO, 2007
- Realizar ejercicios respiratorios con inspiraciones profundas y

	<p>espiración frenada, acompañadas de los miembros superiores. Técnicas del soplido y tos controlada. El apoyo emocional incluye acciones dirigidas a comentar la experiencia del adulto mayor y escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. D E: [Shekelle] Bulechek G, 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la localización, la frecuencia y la intensidad del dolor para determinar la presencia de una enfermedad subyacente, la exposición de las terminaciones nerviosas, la eficacia de los cuidados de las lesiones locales y las necesidades psicológicas. B E: [Shekelle] RNAO, 2007 		
--	--	--	--

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5 ** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN				
<p>Patrón (es): 4 actividad/ ejercicio</p> <p>Datos objetivos: Paciente mantiene reposo en posición decúbito lateral derecho o supino sin apoyar miembro inferior izquierdo debido a la dehiscencia que presenta. Dificultad a la deambulación usa aditamentos que (muletas). Se le indico no apoyar hasta que tenga una buena cicatrización y fuerza muscular.</p> <p>Datos Subjetivos: Se observa al paciente incomodo al momento de deambular por el uso de muletas, muestra expresión de ansiedad por querer apoyar su pierna.</p>	<p>Dominio: 4 actividad/ reposo</p> <p>Clase: 2 sedestación</p> <p>Etiqueta diagnóstica: (00085) Deterioro de la movilidad física Definición: limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.</p> <p>Factore(s) relacionado(s) o</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la fuerza muscular - Disminución de la masa muscular <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la amplitud de movimientos - Alteración en la marcha - Expresa disconfort 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)				
		Dominio: salud funcional (I)	Clase: Movilidad (C)			
		Criterio de resultado: (0208) – movilidad				
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*		
1.-(020801) mantenimiento del equilibrio	1	Aumentar a 4				
2.-(020810) marcha	1	Aumentar a 4				
3.- (020803) movimiento muscular	1	Aumentar a 4				
4.-(020804) movimiento articular	1	Aumentar a 4				
5.-(020806) ambulación	3	Aumentar a 4				

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN													
<p>Campo: 4 seguridad</p> <p>Clase: v control de riesgos</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>(6490) prevención de caídas</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular • proporcionar dispositivos de ayuda (bastón, andador, muletas) • informar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir riesgos • Colocar la cama en la posición más baja • evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo <p>(0140) Fomentar los mecanismos corporales</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ayudar a mostrar las posiciones correctas para dormir • disponer la utilización de colchones/sillas/almohadas, si corresponde 	<ul style="list-style-type: none"> • Muletas – Descargar el peso – No se recomienda el uso Elementos cilíndricos, e impulso del tronco de muletas en el adulto mayor, pares, que aumentan compresivos por la poca estabilidad y la base de sustentación tendencia a crear síndromes compresivos. • Se sugiere la modificación de la unidad del paciente en donde será la estancia. • Concientizar al personal de salud y al entorno familiar, fomentando la movilización precoz del paciente en las circunstancias de riesgo, sobre todo en pacientes institucionalizados. C E: [Shekelle] Segovia M, 2011 Morales L, 2004 • Evaluar: <ul style="list-style-type: none"> • Masa muscular: Con antropometría se han utilizado cálculos basados en la circunferencia del brazo y los pliegues cutáneos. • Fuerza: La presión manual isométrica guarda una estrecha relación con la fuerza muscular de las extremidades inferiores, el momento de extensión de la 	<p>Criterio de resultado: (0208) – movilidad</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1213 342 1591 451">Indicador (es)</th> <th data-bbox="1598 342 1976 451">Puntuación final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1213 456 1591 516">1.-(020801) mantenimiento del equilibrio</td> <td data-bbox="1598 456 1976 516">3 moderadamente comprometido</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1213 521 1591 581">2.-(020810) marcha</td> <td data-bbox="1598 521 1976 581">3 moderadamente comprometido</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1213 586 1591 678">3.- (020803) movimiento muscular</td> <td data-bbox="1598 586 1976 678">3 moderadamente comprometido</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1213 683 1591 776">4.-(020804) movimiento articular</td> <td data-bbox="1598 683 1976 776">3 moderadamente comprometido</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1213 781 1591 873">5.-(020806) ambulación</td> <td data-bbox="1598 781 1976 873">3 moderadamente comprometido</td> </tr> </tbody> </table>	Indicador (es)	Puntuación final	1.-(020801) mantenimiento del equilibrio	3 moderadamente comprometido	2.-(020810) marcha	3 moderadamente comprometido	3.- (020803) movimiento muscular	3 moderadamente comprometido	4.-(020804) movimiento articular	3 moderadamente comprometido	5.-(020806) ambulación	3 moderadamente comprometido
Indicador (es)	Puntuación final														
1.-(020801) mantenimiento del equilibrio	3 moderadamente comprometido														
2.-(020810) marcha	3 moderadamente comprometido														
3.- (020803) movimiento muscular	3 moderadamente comprometido														
4.-(020804) movimiento articular	3 moderadamente comprometido														
5.-(020806) ambulación	3 moderadamente comprometido														

<ul style="list-style-type: none"> • ayudar al paciente/familiar a identificar ejercicios posturales adecuados 	<p>rodilla y el área muscular transversal en la pantorrilla. • Rendimiento físico: Existe una amplia gama de pruebas del rendimiento físico, entre ellas, la Batería Breve de Rendimiento Físico (SPPB), la velocidad de la marcha habitual, la prueba de deambulación durante 6 minutos y la prueba de potencia de subida de escalones. D E: [Shekelle] Cruz et al, 2010.</p> <p>Se debe instruir al paciente sobre los cuidados de la herida en el hogar para evitar una infección, como lo son sus lavados con agua y jabón neutro, área de convivencia limpia, curación con material estéril y lavado de manos por parte de la persona que la realiza, aseo general y sobre todo brindar información a la familia para evitar una proliferación. Toma de medicamentos indicados en el horario correcto. C E: [Shekelle] Segovia M, 2011 Morales L, 2004</p>		
---	---	--	--

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5 ** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN				
<p>Patrón (es): 9 afrontamiento tolerancia al estrés</p> <p>Datos objetivos: Paciente toma alprazolam indicado por el psiquiatra 0.25mg por antecedentes de crisis de ansiedad.</p> <p>Datos Subjetivos: Refiere ansiedad y desesperación por el tiempo que lleva sin mejoría (1 año 1 mes) y presenta insomnio.</p>	<p>Dominio: 9 ansiedad Clase: 2 ansiedad</p> <p>Etiqueta diagnóstica: (00146) Ansiedad</p> <p>Definición: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.</p> <p>Factore(s) relacionado(s) o</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grandes cambios - <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - inquietud - insomnio - preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)				
		Dominio: (III) salud psicosocial	Clase: (O) autocontrol			
		Criterio de resultado: (1402) autocontrol de la ansiedad				
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*		
1.-(140202) elimina precursores de la ansiedad	3 a veces demostrado	Aumentar a 4				
2.-(140205) planea estrategias para superar situaciones estresantes	2 raramente demostrado	Aumentar a 4				
3./140211)- conserva las relaciones sociales	4 frecuentemente demostrado	Mantener a 4				
4.- (140212) mantiene la concentración	3 a veces demostrado	Aumentar a 4				
5.- (140217) controla la respuesta de ansiedad	2 raramente demostrado	Aumentar a 4				

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: (III) conductual</p> <p>Clase: (T) fomento de la comodidad psicológica</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>(5820). Disminución de la ansiedad</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. • tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. • escuchar con atención. • ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si procede. <p>(5880.)- técnica de relajación</p> <p>ACTIVIDADES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un plan de manejo considerando las características del sujeto, el tipo de evento traumático, los antecedentes previos, la severidad del daño. Desde el inicio el plan debe detallar el tratamiento seleccionado, así como el tiempo y los resultados esperados. Si el plan de manejo se incorpora de manera secuencial, esto permitirá tener una evaluación de los efectos del tratamiento. El profesional de la salud puede con mucha mayor facilidad identificar cualquier cambio durante el proceso terapéutico, como empeoramiento, mejora o aparición de algún otro síntoma. NICE, 2005 • Se debe de buscar los signos y síntomas característicos de la presentación atípica de ansiedad generalizada en el adulto mayor. Estos pueden incluir síntomas psicológicos o conductuales tales como irritabilidad, pobre concentración, preocupación excesiva y dificultad para su 	<p>Criterio de resultado: (1402) autocontrol de la ansiedad</p>	
		<p>Indicador (es)</p> <p>1.- (140202) elimina precursores de la ansiedad</p> <p>2.- (140205) planea estrategias para superar situaciones estresantes</p> <p>3./140211)-conserva las relaciones sociales</p> <p>4.- (140212) mantiene la concentración</p> <p>5.- (140217) controla la respuesta de ansiedad</p>	<p>Puntuación final</p> <p>4 frecuentemente demostrado</p> <p>2 raramente demostrado</p> <p>4 frecuentemente demostrado</p> <p>4 frecuentemente demostrado</p> <p>4 frecuentemente demostrado</p>

<ul style="list-style-type: none"> • mantener el contacto visual con el paciente • sentarse y hablar con el paciente • instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, por ejemplo: meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música, según corresponda • permanecer con el paciente • mantener la calma de una manera deliberada 	<p>control, así como síntomas físicos como fatiga, taquicardia, taquipnea, síntomas gastrointestinales y tensión muscular por lo que el personal de salud debe buscarlos intencionadamente. Miloyan B, 2015 Wuthrich VM, 2015</p> <ul style="list-style-type: none"> • En personas con diabetes se recomienda mejorar los síntomas del trastorno de ansiedad y depresión para mejorar el apego a tratamiento y el control de la glucosa. Sun N, 2016 • Se recomienda utilizar benzodiazepinas por tiempo corto y disminuir la dosis a niveles mínimos y titular gradualmente. Se pueden utilizar en caso de presentar exacerbación de la ansiedad o al inicio de tratamiento con ISRS. Por ejemplo: clonazepam o alprazolam en solución (gotas) a razón de 0.2 a 0.5 mg de una a tres veces por día. Davidson JR, 2010 		
--	--	--	--

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5

** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): 1 percepción- manejo de la salud</p> <p>Datos objetivos: Paciente muestra deseos de mejorar su enfermedad, muestra interés al preguntar sobre que indicaciones medicas seguirán</p> <p>Datos Subjetivos: Paciente refiere que se aburre en casa y desea volver a laborar ya que es el sustento económico</p>	<p>Dominio: 1</p> <p>Clase: 2 gestión de la salud</p> <p>Etiqueta diagnóstica: (00162) disposición para mejorar la gestión de la salud</p> <p>Definición: patrón de regulación en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que pueda ser reforzado.</p> <p>Características definitorias: Expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad Expresa deseos de mejorar las elecciones de la vida diaria para alcanzar los objetivos</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: III salud psicosocial	Clase: (N) adaptación psicosocial		
		Criterio de resultado: (1308) adaptación a la discapacidad física			
		Indicador (es) (130801) verbaliza capacidad para adaptarse a la discapacidad (130804)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		modifica el estilo de vida para adaptarse a la discapacidad (130806) utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad (130811)	3	4	
identifica un plan para cumplir las actividades de la vida diaria (130820) refiere aumento de bienestar psicológico	3	4			
	2	4			
	2	4			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 2 fisiológico complejo</p> <p>Clase: (I) control neurológico</p> <p>INTERVENCION: (1805) Ayuda con el autocuidado</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar la necesidad que presenta el paciente para realizar las actividades de higiene personal, como el vestido, arreglo personal y el aseo. • Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia. • Establecer una rutina de actividades de autocuidados. • Proporcionar la ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los cuidados. • Animarlo a que sea independiente destacando sus atribuciones y capacidades. • Facilitarle los medios y los recursos para que él realice su autocuidado. <p>•</p> <p>NIC (5606) Enseñanza Individual</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer confianza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es totalmente normal que cuando una persona, después de haber sufrido un accidente, o una enfermedad, se sienta incapaz de salir adelante por medios propios y piense que siempre deberá depender de alguien más para poder hacer sus cosas. [Shekelle] Vega A, 2009 Zavala G, 2006) • Esta situación modifica totalmente sus condiciones de desarrollo y socialización a la que estaba acostumbrado, por lo que se pueden hundir en estados depresivos, pensando que su vida ha terminado. En estos casos, la familia suele sobreproteger por el miedo de dejarlos salir solos, por los riesgos que ello conlleva, limitando así, la oportunidad de salir adelante e integrarse en actividades que le ayuden a superar lo que pasó. La educación para el autocuidado debe tener en cuenta las capacidades y conocimientos de la persona, sus creencias y valores, sus preferencias y el entorno y apoyo social del que dispone. 	<p>Criterio de resultado: (N) adaptación psicosocial</p>	
		<p>Indicador (es)</p> <p>(130801) verbaliza capacidad para adaptarse a la discapacidad</p> <p>(130804) modifica el estilo de vida para adaptarse a la discapacidad</p> <p>(130806) utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad</p> <p>(130811) identifica un plan para cumplir las actividades de la vida diaria</p> <p>(130820) refiere aumento de bienestar psicológico</p>	<p>Puntuación final</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el nivel de conocimiento, comprensión y las capacidades • Proporcionar un ambiente que conduzca al aprendizaje. • Determinar la necesidad de la enseñanza / objetivos de la enseñanza (Dieta, apego al tratamiento, manejo de estrés). 	<p>[Shekelle] Vega A, 2009 Zavala G, 2006)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El autocuidado va encaminado a modificar las conductas no saludables en saludables, que incluye incrementar el conocimiento, adquirir habilidad y sobre todo tener motivación para el autocuidado, esto incluye también mejorar el ambiente en el que se desenvuelve la persona (III E: [Shekelle] Vega A, 2009 Zavala G, 2006) 		
--	--	--	--

*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5 ** GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica

CAPITULO VI

PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: _____ J G F C _____

EDAD: _____ 60 _____ SEXO: ___ M _____

DIAGNÓSTICO(S) _____ MÉDICO: _____ FRACTURA DE
ROTULA _____

FECHA DE ELABORACIÓN: _____ 16 AGOSTO 2021 _____

ASPECTO DESARROLLAR	PARA	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)		ORTHOLIFE SOLUTIONS DR. ELIUT DEHESA CORTES médico especialista en ortopedia y traumatología, cirujano articular.
URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)		Fiebre, salida de secreción purulenta o sanguinolenta, olor fétido, edema en la zona de la herida, eritema, dolor intenso
INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	de su enfermedad y medidas de control	Debe conocer que el defecto de tejidos blandos es profundo piel tejido celular subcutáneo, capsula articular y exposición ósea y articular en la región anterior de la rodilla. Que se realizó una rotación de colgajo muscular del musculo gemelo medial para cubrir el defecto que es de aprox de 10 x 8 cm. Y que se debe esperar 20 días para su integración y cicatrización. Medidas de control Evitar flexión de rodilla evitando así la tracción del músculo injertado, Evitar mojar herida para no colonizar con bacterias oportunistas. Medicamentos (flevotonicos, Vasculflow) antibióticos (cefalexina y keflex 1 g c/ 7 horas x 6 días), antitrombóticos (pradaxar 110mg) antiinflamatorios (etoricoxib 120 mg) con horario para no limitar circulación y no limitar cicatrización.
DIETA (Información relativa a la nutrición)	a la nutrición	Rica en proteínas (carne roja, pollo, pescado, Salmon) y fibra (nopal, brócoli, papas, lechuga, zanahorias, espárragos, calabazas) para desarrollar proceso de cicatrización integración de colgajo muscular y con fibra tener mejor motilidad intestinal

		debido a que puede alterarse el tránsito intestinal por el reposo mayormente en ortostatismo, ingesta de líquidos al menos 2lts al día.
AMBIENTE (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)		Se recomienda en uso de muletas o silla de ruedas para andar sobre su hogar, no realizar flexión de rodilla deberá permanecer en extensión establecer su área de descanso en la planta baja para evitar alguna caída en escaleras.
RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas recreativas saludables)		Actividades que no requieran uso de miembros inferiores como juegos de mesa, ver tv con programas y documentales de superación personal, motivacionales y posterior a integración de tejidos blandos iniciara fisioterapia temprana para aumentar rangos de movilidad articular principalmente flexión y recuperar masa muscular cuadricipital
MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	NO	Curaciones de la herida cada tercer día con agua y jabón neutro, aplicar tópicos para evitar deshidratar los tejidos de cobertura cutánea y cubrir con gasas estériles y vendaje compresivo. No mojar vendaje
ESPIRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)		Apoyarse de su entorno familiar para una pronta mejoría.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

La aplicación del proceso cuidado enfermero permite a las enfermeras organizar y sistematizar el cuidado, pero sin duda su mayor utilidad radica en la posibilidad de individualizar el mismo, es decir, que la enfermera a partir de una valoración exhaustiva e integral del paciente ayuda a brindar los cuidados que el paciente requiere y favorece el involucramiento del paciente en su atención.

El modelo de Dorothea Orem permite a la persona una manera propia de cuidarse a sí mismo y a su vez, busca promover las condiciones necesarias para la vida y maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano.

Tras la puesta en práctica de este plan de cuidados permitió el establecimiento de metas consensuadas en el paciente, entre las que destaca la promoción del autocuidado del cual depende la recuperación del paciente o en su defecto la limitación del daño mediante la adopción de conductas de autocuidado en el paciente, con esto lograremos en gran medida la cálida y calidez de la atención a la salud además de su recuperación, esto como profesional permite seguir fortaleciendo el conocimiento y el actuar de enfermería.

VIII CAPITULO

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Trabajos citados

- Galvez, R. E. (2007). *el proceso de atencion de enfermeria* . Obtenido de http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8c06b7e5-ca29-40c6-ab63-f84959a87362/c618e862-974d-4faf-8093-66eae984e3da/TRABAJO_CONGRESO_GRAFICA_AJUSTADA.pdf
- Gasca, I. G. (20 de oct- dic de 2017). *scielo.org.mx*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032017000400275#aff2
- Gasca, I. G. (20 de oct- dic de 2017). *scielo.org.mx*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032017000400275#aff2
- HOU S, Z. (2002). *fractures* .
- Jorge sayum filho, M. I. (24 de febrero de 2021). *cochrane library*. Obtenido de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009651.pub3/full/es?highlightAbstract=rotul%7Crotula>
- Neuquen, H. (02 de 2020). *proceso de atencion de enfermeria* . Obtenido de <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>
- Pacheco, J. A. (diciembre de 2017). *la teoria del deficit de autocuidado de orem* . Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009.
- Rodriguez, P. A. (17 de 2 de 2009). *la importancia del cuidado de enfermeria* .
- Salas, L. (29 de 08 de 2021). *prevalencia de fracturas* . Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022015000100002&lng=es&tlng=es.
- Salcedo alvarez RA, J. M. (sept- dic de 2017). *scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Vivian Vilchez Barboza, O. S. (18 de 03 de 2012). *binasss enfermeria* . Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art6.pdf>

IX CAPITULO

GLOSARIO DE TERMINOS

- Artrotomía:

Es una cirugía mediante la cual se explora una articulación. Dicha exploración se puede realizar con una incisión convencional o mediante artroscopia, que es las veces de una laparoscopia, visualizar dentro del cuerpo mediante cámara, con la ventaja de incisiones mínimas.

- Aseo quirúrgico:

El lavado articular es una modalidad terapéutica que consiste en instilar suero fisiológico en el interior de la articulación de forma continua, mediante un sistema de dos vías –entrada y salida-, con el objeto de ejercer una distensión de la capsula articular, liberando las adherencias que puedan existir y el lavado en el interior de la articulación para arrastrar elementos formes, detritus, microcristales y citocinas que favorecen y promueven la inflamación y la destrucción de la articulación. Se trata de una técnica sencilla, indolora y económica que permite, en muchas ocasiones, disminuir o incluso prescindir de los antiinflamatorios y analgésicos por periodos prolongados.

- Avulsión:

En general, se refiere a un desgarro o pérdida.

- Cerclaje:

Es el método para el tratamiento de las fracturas transversales de rótula, mediante las bandas de tensión colocadas se transforman las fuerzas de tensión y tracción verticales propias de la articulación en fuerzas de compresión que ayudan a mantener la rótula fijada y estable y a que la consolidación ósea se produzca en las mejores condiciones.

- Cimientó:

Principio u origen en que se asienta una cosa no material.

- **Crepitación:**
Las crepitaciones son sonidos producidos en distintas situaciones médicas y que permiten el diagnóstico de diversas enfermedades. Se dice de ellos que son similares al ruido que se hace al pisar la nieve, al restregar los cabellos entre los dedos o al echar sal al fuego. Se detectan normalmente mediante el tacto en lugar del oído, debido a su baja intensidad.
- **Conminuta:**
Roto en pequeños pedazos.
- **Dehiscencia:**
Abertura espontánea de una parte o de un órgano que se había suturado durante una intervención quirúrgica.
- **Debridación:**
Técnica que consiste en la eliminación del tejido esfacelado o necrótico de una herida o ulcera por medios quirúrgicos o médicos.
- **Detritus:**
Resultado de la descomposición de una masa sólida en partículas.
- **Eritema:**
Enrojecimiento de la piel debido al aumento de la sangre contenida en los capilares.
- **Escala visual analógica (EVA):**
Es el método subjetivo más empleado por tener una mayor sensibilidad de medición, no emplea número ni palabras descriptivas, por el contrario, requiere mayor capacidad de comprensión y colaboración por parte del paciente. Consiste en una línea recta o curva, horizontal o vertical, de 10 cm de longitud. En los extremos se señala el nivel de dolor mínimo y máximo, el paciente debe marcar con una línea el lugar donde cree que corresponde la intensidad de su dolor. La más empleada es la línea recta horizontal.

- **Etoricoxib:**
Medicamento antiinflamatorio que ayuda a reducir el dolor y la hinchazón (inflamación) de las articulaciones y músculos
- **Feminización:**
Adquisición de rasgos femeninos.
- **Hemipatelectomía:**
Es una técnica efectiva y segura en el tratamiento de las fracturas de rotula cuando no es posible obtener una reducción adecuada de los fragmentos mediante osteosíntesis.
- **Hiperemia:**
Aumento de sangre en un órgano o en una parte de este
- **Hueso sesamoideo:** son huesos pequeños redondeados que se encuentran en el interior de tendones y están sometidos a fuerzas de tracción y fricción sirviendo como soporte a los sistemas de palancas musculo esqueléticas.
- **Osteosíntesis:**
Operación quirúrgica que consiste en la unión de fragmentos de un hueso fracturado mediante la utilización de elementos metálicos.
- **Osteoporosis:**
Enfermedad ósea que se caracteriza por una disminución de la densidad del tejido óseo y tiene como consecuencia una fragilidad exagerada en los huesos.
- **Ortostatismo:**
Presión arterial baja que se presenta cuando te pones de pie después de haber estado mucho tiempo sentado o acostado

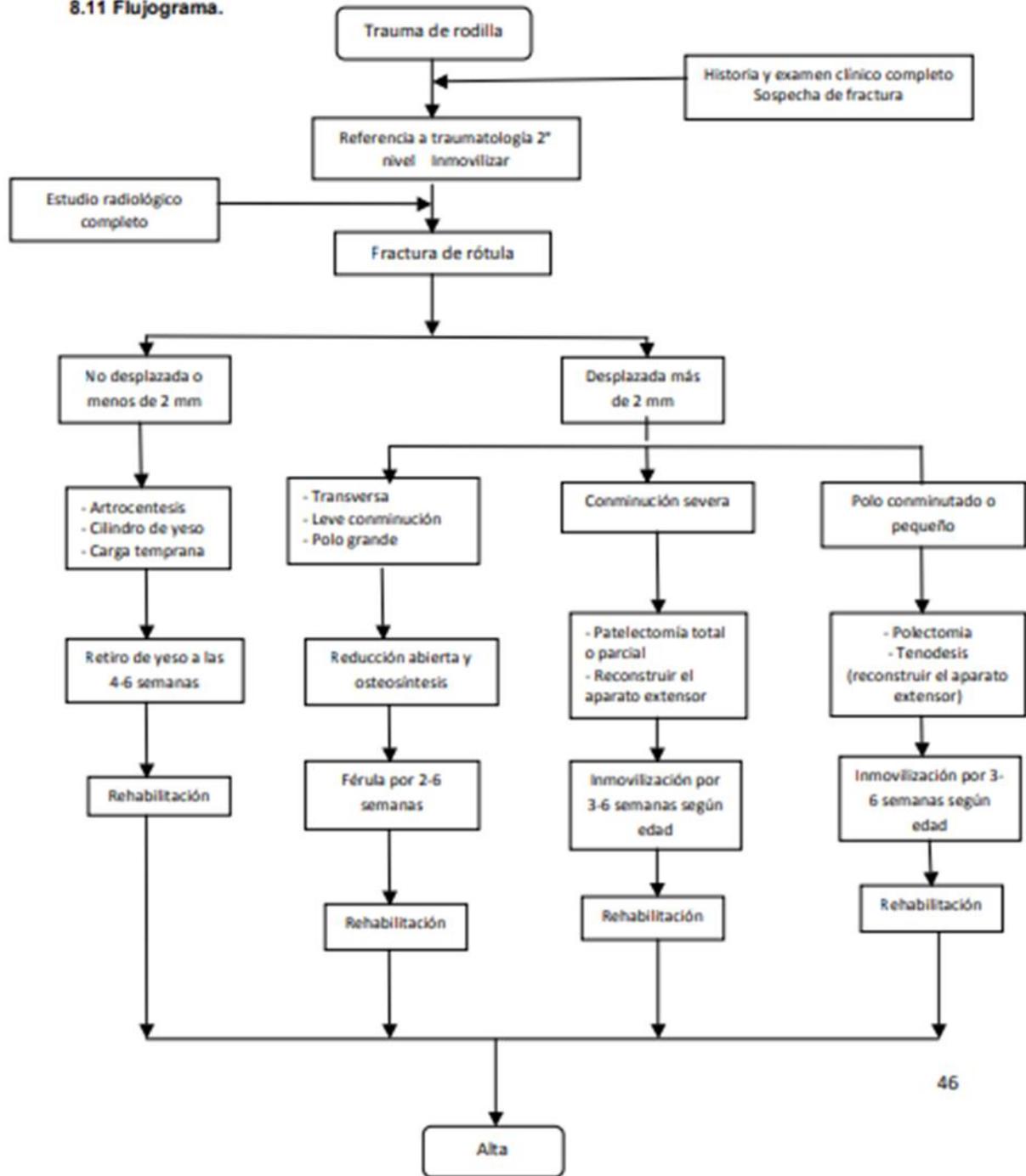
- **Patelectomia:**
Cuando no existe un fragmento lo suficientemente estable como para que soporte las tensiones a las que se va a ser sometido, se realiza una extracción total de los huesos de la rótula, alargando y uniendo los tendones hasta convertirlos en un único tendón.
- **Praxis:**
Acción o práctica.
- **Quiste de Baker:**
Quiste relleno de líquido que causa una protuberancia y una sensación de tirantez detrás de la rodilla.
- **Tenodesis:**
Es una fijación del tendón a un hueso.
- **Tórpida:**
Que reacciona con dificultad o torpeza.
- **Trombosis:**
Formación de un coágulo de sangre en el interior de un vaso sanguíneo o en el corazón.
- **Tumefacción:**
Hinchazón que se forma en una parte del cuerpo.
- **Urgía:**
Pedir o exigir algo con urgencia o apremio.
- **Vasculflow:**
Es un medicamento venotropo (circulatorio y antiinflamatorio). Su función principal es actuar sobre las venas y capilares, permitiendo una correcta circulación de la sangre y la erradicación de los síntomas asociadas a un mal funcionamiento venoso.

X CAPITULO

ANEXOS

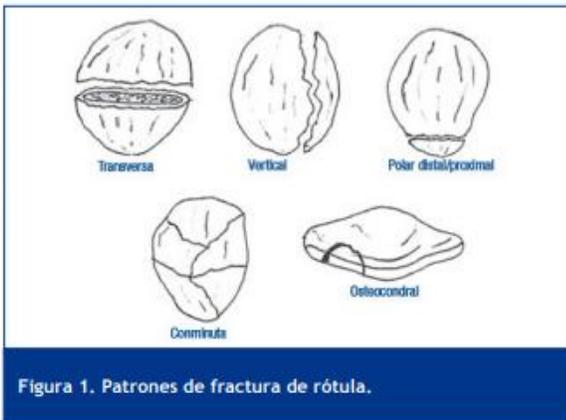
Atención ante una urgencia de fractura (figura 1)

8.11 Flujoograma.





(figura 2) cerclaje en rodilla, con obenque (es la técnica de forma de reloj de arena)



(figura 3)tipos de fractura de rotula

23 de julio del 2020 primera cirugía





Herida sin datos de infección, pero con presencia de dehiscencia



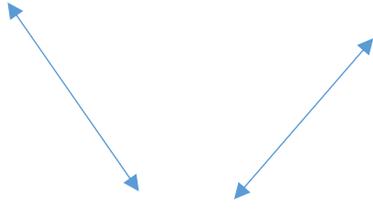


FIGURA (4)

Segunda cirugía, aseo quirúrgico

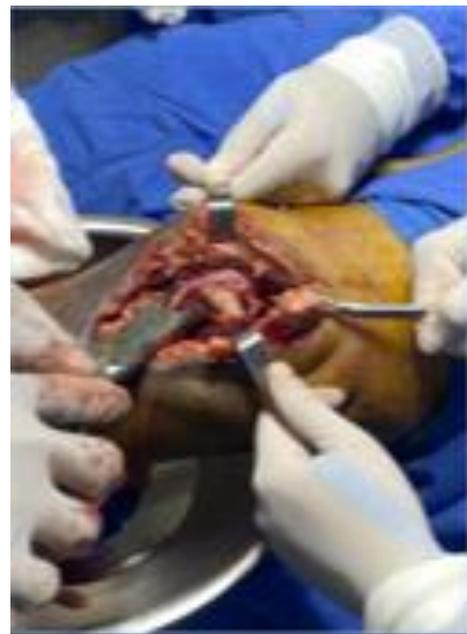
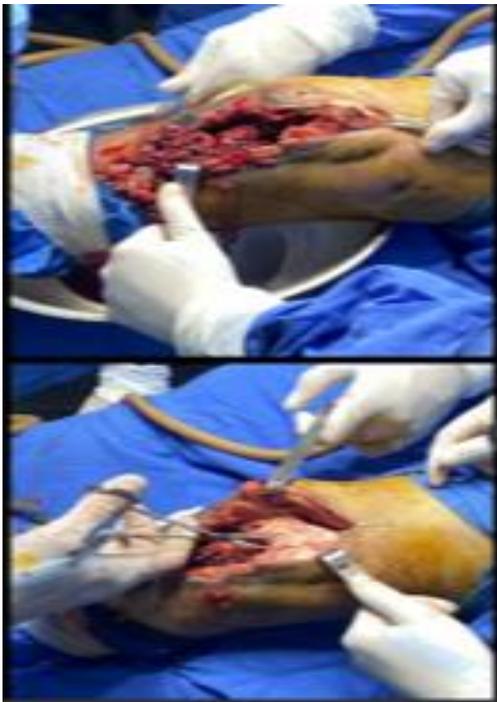


Tercera cirugía, debridación y aseo quirúrgico de área infectada



FIGURA (5) Realización de hemipatectomía, tenodesis y aseo quirúrgico





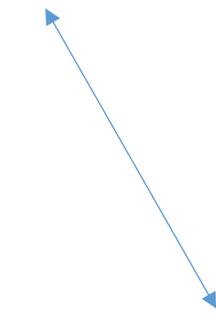
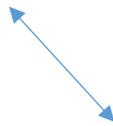


FIGURA (6) Abordaje de cicatrización, ausencia de infección

FIGURA (7)



Herida quirúrgica cerrada con injerto de musculo y piel

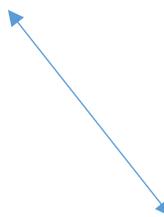


(figura 8) Escalas para valorar el dolor y sentir del paciente



Tabla 1. Escala de riesgo de caídas de Downtown*

Variable de medición	Respuesta	Valor
Caídas previas	No	0
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Anti parkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1



Escala de riesgo de caídas para el paciente que requiere de uso de aditamentos

*Interpretaci3n del puntaje: valor igual o mayor a 3: alto riesgo; valor de 1 a 2: mediano riesgo; valor de 0 a 1: bajo riesgo.