



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÙS
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

MÉTODO ENFERMERO (PAE)

FRACTURA INCOMPLETA DE TOBILLO DERECHO

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

PAOLA ILYANA SERAFÍN RODRIGUEZ

ASESORA DE MÉTODO: LIC. MARIA TERESA URIBE ORTIZ

MEXICO. DF. 2006





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.

SEPTIEMBRE DEL 2006

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESUS
LIC. TOMASA JUAREZ CAPORAL
JEFA DE SERVICIOS ESCOLARES
PRESENTE

Adjunto a la presente, me permito enviar a usted el trabajo recepcional:

MÉTODO ENFERMERO (PAE):

FRACTURA INCOMPLETA DE TOBILLO DERECHO

Elaborado por:

PAOLA ILYANA SERAFIN RODRIGUEZ

Una vez reunidos los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria apruebo su contenido para ser presentada y defendida en el examen profesional, que sustenta para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

AUTORIZACIÓN

LIC. MARIA TERESA URIBE ORTIZ

DEDICATORIAS

A DIOS

Gracias dios por el día de hoy...

Por darme salud y una familia...

Y por darme el don de la vida...

Gracias por permitirme llegar hasta donde estoy

Por esto y por todo lo que me has dado.

Gracias Dios.

A LA VIDA

Ama... por que el amor es la llave de la vida

Cree... por que la fe es la llave de la esperanza

Vive... por que la vida es hermosa

Y siempre confía en dios por que dios es la llave de la eternidad.

A MIS PADRES

Yo no merezco estos padres, pero solo dios sabe
por que me puso en su camino, solo se que aquí vine por un fin,
el cual se esta cumpliendo me siento orgullosa por lo que he logrado
y que en comparación de los otros dos nunca los he defraudado.
Gracias.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS GENERAL	2
<i>↗</i> ESPECIFICO	
ANATOMIA DEL LA PIEL	3
<i>↗</i> EPIDERMIS	4
<i>↗</i> DERMIS	4
<i>↗</i> CAPA SUBCUTANEA	
FIG.1 LA PIEL	5
LIGAMENTOS DEL TOBILLO	6
<i>↗</i> LA CÁPSULA ARTICULAR	6
<i>↗</i> LIGAMENTO LATERAL EXTERNO	6
<i>↗</i> LIGAMENTO DELTOIDEO	6
<i>↗</i> LIGAMENTO SINDESMAL, O LIGAMENTO TIBIO-PERINEO	6
FIG.2 LOS LIGAMENTOS	7
MÚSCULOS	8
<i>↗</i> MÚSCULOS EXTRÍNSECOS DEL PIE	8
<i>↗</i> MÚSCULOS INTRÍNSECOS DEL PIE	8
<i>↗</i> FLEXORES PLANTARES	8
<i>↗</i> FLEXORES DORSALES	8
<i>↗</i> INVERSORES DEL PIE	8
<i>↗</i> EVERSORES DEL PIE	8

ARTICULACION DE TOBILLO Y PIE	9
<i>↗</i> ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA	9
<i>↗</i> ARTICULACIÓN SUBASTRAGALINA	9
<i>↗</i> ARTICULACIÓN ASTRÁGALO-ESCAFOIDEA Y CALCÁNEO-CUBOIDEA	9
<i>↗</i> ARTICULACIÓN CUNEO-ESCAFOIDEA, INTERCUNOIDEAS Y CUNEO-CUBOIDEA	9
<i>↗</i> ARTICULACIONES TARSOMETATARSIANAS	9
<i>↗</i> ARTICULACIONES METATARSO-FALÁNGICAS	9
<i>↗</i> ARTICULACIONES INTERFALÁNGICAS	9
<i>↗</i> EJE CORONAL	10
<i>↗</i> EJE SAGITAL	10
<i>↗</i> EJE LONGITUDINAL DEL PIE	10
<i>↗</i> ADUCCIÓN – ABDUCCIÓN	10
<i>↗</i> FLEXO- EXTENSIÓN	10
<i>↗</i> SUPINACIÓN – PRONACIÓN	11
FIG.3 LAS ARTICULACIONES	12
ESQUELETO	13
<i>↗</i> COMPOSICION DEL ESQUELETO	14
FIG.4 EL ESQUELETO	15
ANATOMIA DE LA PIERNA	16
<i>↗</i> LIGAMENTO TIBIO PERONEO ANTERO INFERIOR	16
<i>↗</i> LIGAMENTO TIBIO PERONEO POSTERO INFERIOR	16
<i>↗</i> LIGAMENTO ASTRÁGALO PERONEO ANTERIOR Y POSTERIOR	16
<i>↗</i> LIGAMENTO CALCÁNEO PERINEO	16
<i>↗</i> LIGAMENTO ASTRÁGALO CALCÁNEO	16
<i>↗</i> LIGAMENTOS TIBIO ASTRÁGALO ANTERIOR Y POSTERIOR.	16

<i>↗</i> LIGAMENTO TIBIO CALCÁNEO.	16
<i>↗</i> LIGAMENTO TIBIO NAVICULAR	16
<i>↗</i> TARSO	17
<i>↗</i> METATARSO	17
<i>↗</i> DEDOS	17
ARTICULACIONES DEL PIE	17
<i>↗</i> MEDIOTARSIANA O DE CHOPART	17
<i>↗</i> TARSO METATARSIANO O DE IISFRANC	17
<i>↗</i> METATARSO FALANGITAS	17
<i>↗</i> INTERFALANGICAS PROXIMAL	17
<i>↗</i> DISTAL	17
<i>↗</i> RETROPIÉ	17
<i>↗</i> MEDIOPIÉ	17
<i>↗</i> ANTEPIÉ	17
<i>↗</i> ARCO LONGITUDINAL INTERNO	18
<i>↗</i> ARCO ANTERIOR	18
<i>↗</i> SECTOR MEDIO ANTERIOR	18
<i>↗</i> SECTOR INTERNO	19
<i>↗</i> SECTOR EXTERNO	19
ANATOMIA HUESOS DEL TOBILLO	21
FIG.5 HUESOS DEL TOBILLO	22
FISIOPATOLOGIA DE LA FRACTURA	23
<i>↗</i> DEFINICIÓN	23
<i>↗</i> CAUSAS	23
<i>↗</i> CLASIFICACIÓN	23
<i>↗</i> LOCALIZACIÓN	24
<i>↗</i> TRAZO DE LA FRACTURA	25
<i>↗</i> TRANSVERSALES	25

↗ OBLICUAS	25
↗ LONGITUDINALES	25
↗ EN ALA DE MARIPOSA	25
↗ CONMINUTAS	25
↗ TRAUMATISMO DIRECTO	25
↗ TRAUMATISMO INDIRECTO	25
↗ SINTOMAS	26
↗ DIAGNOSTICO	26
↗ CONSOLIDACIÓN	27
↗ TRATAMIENTO	27
↗ COMPLICACIONES DE LAS FRACTURAS	28
FIG.6 TRATAMIENTO DE LA FRACTURA	29
HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	30
DIAGNOSTICOS ENFERMERÍA	53
GLOSARIO	102
PLANDE ALTA	108
CONCLUSION	114
BIBLIOGRAFIA	115

INTRODUCCION

La investigación en enfermería no solo sirve para el desarrollo de un conjunto de conocimientos sino que también lo utilizamos a diario a través del Método Enfermero: el método enfermero no es más que el Método Científico aplicado al área de enfermería. El método enfermero o antes llamado PAE ó proceso enfermero ahora ha venido a revolucionar la práctica de enfermería.

El método enfermero al igual que en una investigación se realiza una introducción, objetivos y se revisa de manera general la anatomía y fisiología de la patología y por medio del patrón de respuestas humanas identificar los problemas y necesidades del cliente, pero por último pero de mayor importancia establecer un plan de cuidados de enfermería en los cuales ponemos en práctica nuestras habilidades para emprender un tratamiento por medio de intervenciones de enfermería, estas son: Intervenciones Independientes aquellas que la enfermera es capaz de hacer sin necesidad de indicación médica y las Intervenciones Interdependientes o aquellas que la enfermera realiza en conjunto con el médico o el equipo multidisciplinario de salud. Es por esto que deseo abordar este tema y para hacerlo utilizaré el método enfermero como una herramienta científica que comprende un modo sistemático y dinámico de pensamiento que constituye una guía útil en la práctica, educación, investigación y dirección de enfermería, razón por la cual su utilidad dentro del campo clínico proporciona una base para la identificación de problemas y necesidades del cliente.


Para describir la patología de Fractura de tobillo derecho es necesario revisar de manera general la constitución y función que desempeñan los huesos, músculos y piel en el organismo, esta parte será analizada en el apartado que corresponde a la anatomía y fisiología del método enfermero además de analizar la causa de esta en el apartado que corresponde a la fisiopatología.

La elaboración de este método no solo implica dar cuidados, sino una atención general que esta dependerá de la patología que se trate


El método enfermero está pensado para los estudiantes de la carrera de enfermería y para los profesionales que deseen aprender la elaboración de un estudio de caso utilizando las etapas de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.


Así como de las intervenciones de enfermería. También nos ayuda a tener un razonamiento crítico en las intervenciones de enfermería además de mostrar los diferentes roles que desempeña el profesional de enfermería.

OBJETIVO GENERAL

 Realizar el método enfermero de Fractura de tobillo derecho mediante la valoración de respuestas humanas para proporcionar atención de calidad a la cliente con esta patología.

OBJETIVO ESPECIFICO

 Identificar las necesidades de la cliente con Fractura de tobillo derecho para implementar intervenciones de enfermería que satisfagan sus necesidades.

 Proporcionar la asistencia de enfermería oportuna por medio de las intervenciones adecuadas para mantener la calidad de vida de la cliente.

ANATOMÍA DE LA PIEL

La piel es el órgano más extenso del cuerpo, al que recubre en su totalidad. Además de actuar como escudo protector contra el calor, la luz, lesiones e infecciones, la piel también cumple estas funciones:

- ↗ Regula la temperatura corporal.
- ↗ Almacena agua y grasa.
- ↗ Es un órgano sensorial.
- ↗ Evita la pérdida de agua.
- ↗ Previene la entrada de bacterias.

Las características (es decir, el grosor, el color, la textura) de la piel no son uniformes en todo el cuerpo. Por ejemplo, la cabeza presenta más folículos pilosos que cualquier otra parte, mientras que la planta de los pies no tienen ninguno. Además, la piel de la planta de los pies y de la palma de las manos es más gruesa.

La piel está compuesta por las siguientes capas, cada una de ellas desempeña distintas funciones fig 1:

- ↗ Epidermis.
- ↗ Dermis.
- ↗ Capa de grasa subcutánea.

↗ **Epidermis:** La epidermis es la capa externa delgada de la piel compuesta por las tres partes siguientes:

↗ **Estrato córneo (capa córnea)**

Esta capa consiste en queratinocitos completamente maduros que contienen proteínas fibrosas (queratinas). La capa más externa se renueva constantemente. El estrato córneo previene la entrada de la mayoría de las sustancias extrañas y la pérdida de fluidos corporales.


↗ **Queratinocitos (células escamosas)**








Esta capa, que se encuentra debajo del estrato córneo, contiene queratinocitos activos (células escamosas), que maduran y forman el estrato córneo.

↗ **Capa basal**


La capa basal es la capa más profunda de la epidermis que contiene células basales. Las células basales se dividen continuamente, formando nuevos queratinocitos que reemplazan a los antiguos que se desprenden de la superficie cutánea.

La epidermis también contiene melanocitos que producen melanina(el pigmento de la piel).

 **Dermis:** La dermis es la capa media de la piel. La dermis está compuesta por lo siguiente:

-  Vasos sanguíneos.
-  Vasos linfáticos.
-  Folículos pilosos.
-  Glándulas sudoríparas.
-  Fibras de colágeno.
-  Fibroblastos.
-  Nervios.

La dermis se mantiene unida por una proteína denominada **colágeno**, compuesta por fibroblastos. En esta capa se encuentran los receptores del dolor y del tacto.

 **Capa subcutánea:** La **capa subcutánea** es la capa más profunda de la piel. Está compuesta por una red de células de colágeno y grasa, que ayuda a conservar el calor corporal y protege el cuerpo contra lesiones puesto que amortigua los impactos.

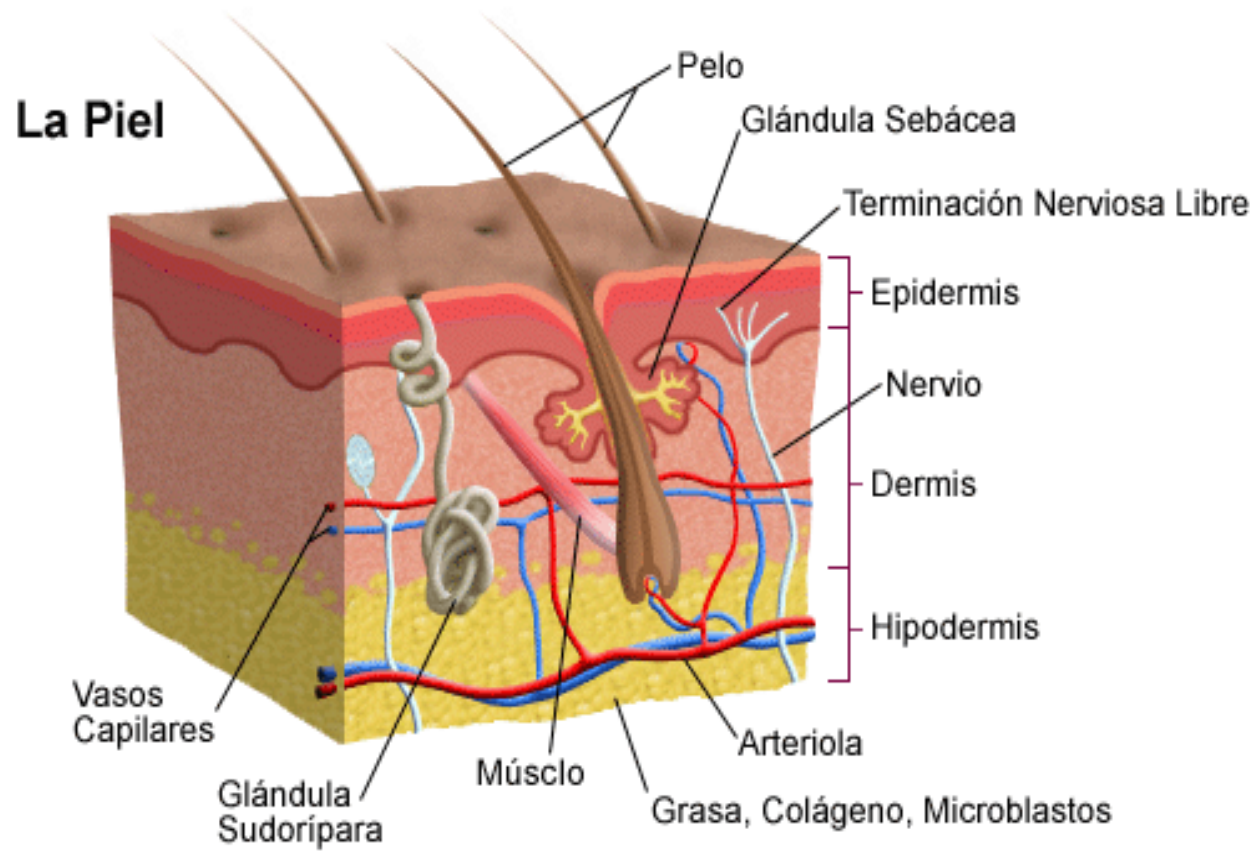


Fig. 1 La piel

LIGAMENTOS DEL TOBILLO

Las articulaciones precisan de ligaduras que mantengan la cohesión de los huesos que las forman, impidiendo su desplazamiento, su luxación y permitiendo por otra parte movimientos concretos. La descripción de todos los ligamentos de tobillo y pie sería materia de alta especialidad debido a su número y complejidad. Podemos mencionar los más importantes:

- ☛ La cápsula articular: Envuelve la articulación, creando un espacio cerrado, y ayuda a los ligamentos en su misión estabilizadora.
- ☛ Ligamento lateral externo: Partiendo de la punta del maléolo externo, se divide en tres fascículos (peroneo astragalino posterior, peroneo calcáneo y peroneo astragalino anterior), sujetando lateralmente el tobillo. Si se rompen, es muy fácil que el tobillo se vuelva a torcer en movimientos de inversión del pie.
- ☛ Ligamento deltoideo. En la parte contraria, este ligamento parte de la punta del maléolo interno y sujeta la cara interna del tobillo.
- ☛ Ligamento sindesmal, o ligamento tibio-peroneo: Amarra la porción más distal de la tibia y el peroné para mantenerlos unidos en esa función de bóveda que presenta su superficie articular a la cúpula del astrágalo. Su rotura plantea muchos problemas. Tarda en cicatrizar mucho tiempo y puede dejar secuelas permanentes de dolor e inestabilidad que obliguen a la intervención quirúrgica fig 2.

El ligamento une los dos huesos en todo el trayecto antero-posterior de su unión, no solamente en la parte delantera del tobillo. Por eso, cuando se rompe, puede dejar flecos que cuelguen hacia la articulación y dolor en la región posterior del tobillo.

En la parte posterior del tobillo existe también una red de ligamentos que unen la tibia y el peroné (**tibio-peroneo posterior**), la tibia con el astrágalo, etc...Hay que destacar el **ligamento transverso**, que se lesiona por el mismo mecanismo que la sindesmosis, de la que puede considerarse una prolongación posterior.

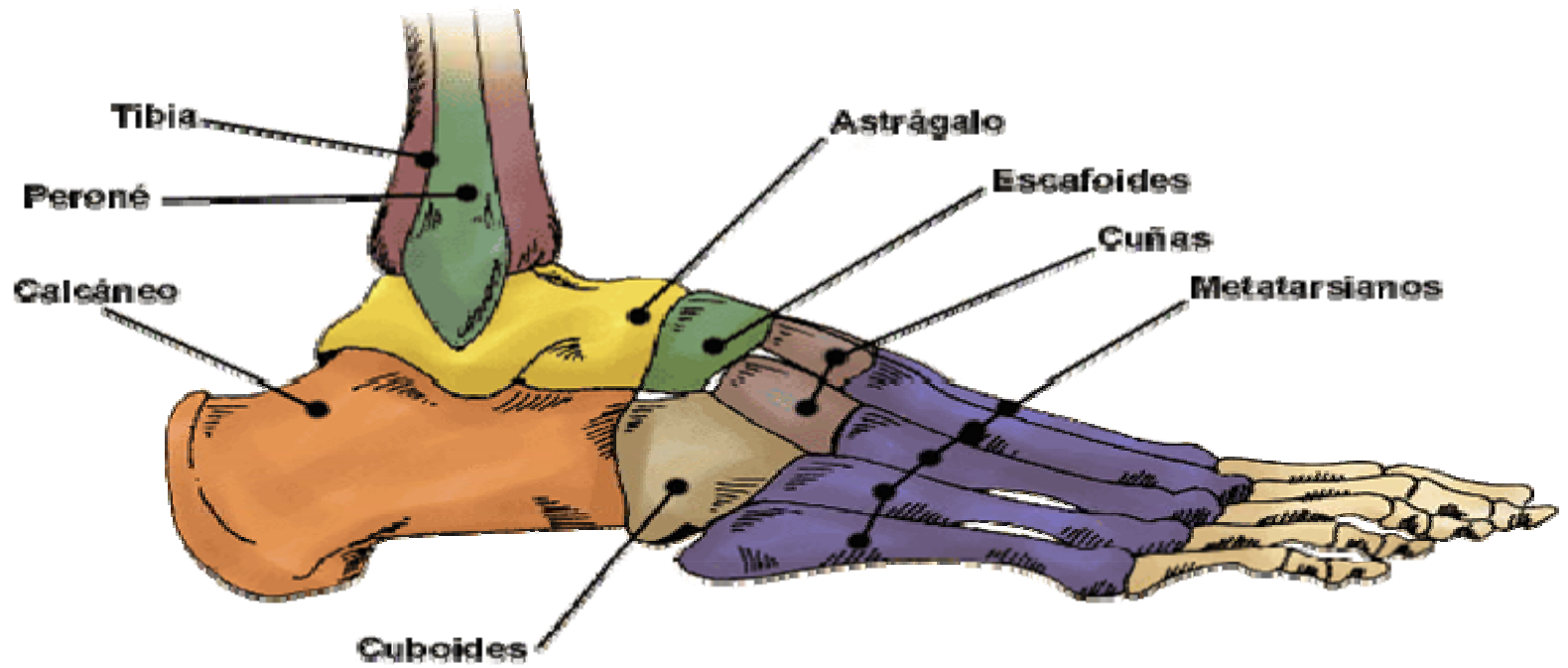


Fig. 2 Los ligamentos

MUSCULOS:

➤ Músculos extrínsecos del pie son los encargados del movimiento de tobillo y pie. Aunque están en la pierna, ejercen su tracción tirando de las inserciones óseas de tobillo y pie. Consiguen los movimientos de flexión dorsal, flexión plantar, inversión y eversión del pie.

➤ Músculos intrínsecos del pie son los que, situados en el mismo pie, consiguen los movimientos de los dedos: flexión, extensión, abducción y aducción.

➤ Flexores plantares: Son los que traccionan del pie hacia atrás. Están situados por lo tanto en la parte posterior de la pierna, en la pantorrilla. Son el soleo y los gemelos con el tendón de Aquiles.

➤ Flexores dorsales son los que levantan el pie hacia arriba y están situados en la cara anterior de la pierna. Son el tibial anterior, el peroneo anterior y el extensor común de los dedos.

➤ Inversores del pie. El tibial anterior se inserta en el primer metatarsiano y la primera cuña.

➤ Eversores del pie. El peroneo lateral largo y el peroneo lateral corto se insertan en la primera cuña y base del primer metatarsiano mientras que el peroneo anterior se inserta en las bases del cuarto y quinto.

ARTICULACIÓN DEL TOBILLO Y PIE

EL TOBILLO

La articulación del tobillo está formada por la tibia, peroné y el astrágalo. El pie está constituido por el tarso, metatarso y falanges unidos entre ellos por múltiples articulaciones. Estas articulaciones tienen la función de mover al pie en todas direcciones y de modificar tanto la forma como la curva de la bóveda plantar para que el pie se pueda adaptar a las desigualdades del terreno además de crear entre el suelo y la pierna un sistema de transmisión del peso corporal con la finalidad de amortiguar el impacto del pie con flexibilidad y estabilidad.

Las articulaciones de los dedos del pie no tienen un papel tan importante ni son de tanto uso como los dedos de la mano. Sin embargo tenemos que destacar la más importante desde el punto de vista funcional: la articulación metatarso-falángica del primer dedo, que desempeña un papel esencial en el desarrollo del paso.

A continuación analizaremos el tipo y la función de cada articulación:

☛ Articulación tibiotalar: es una articulación tipo tróclea lo que facilita los movimientos de flexión y extensión en un plano sagital y un eje coronal. Está conformada por la unión articular de tibia, peroné y astrágalo. Las superficies encajan con bastante precisión, aunque resulta más estable en flexión dorsal que en flexión plantar. Su estabilidad corre a cargo de tres ligamentos laterales externos y un ligamento lateral interno que consta de tres fascículos.

☛ Articulación subastragalina: está formada por el astrágalo y el calcáneo.

Permite movimientos en los tres planos del espacio (enartrosis-artrodia combinada) siendo el movimiento dominante el de pronación y supinación. Una particularidad del astrágalo es que ningún músculo se inserta en él pero está cubierto de inserciones ligamentosas. Los ligamentos de la articulación subastragalina son tres: el interior, el posterior y un ligamento ínter óseo fig 3.

☛ Articulación astrágalo-escafoidea y calcáneo-cuboidea: anfiartrosis que producen una ligera rotación plantar.




☛ Articulación cuneo-escafoidea, intercuneoideas y cuneo-cuboidea: anfiartrosis cuya función es participar en la adaptación del pie al suelo.

☛ Articulaciones tarsometatarsianas: anfiartrosis, permite ligero movimiento plantar y dorsal con rotación del pie.

☛ Articulaciones metatarso-falángicas: condílea que producen la flexo-extensión y la separación de los dedos del pie.

☛ Articulaciones interfalángicas: trócleas que intervienen en la flexo- extensión de los dedos del pie.

Los movimientos del pie en ángulo recto se realizan en tres ejes:

-  Eje coronal: pasa por los maleolos. Se llevan a cabo los movimientos de flexo-extensión.
-  Eje sagital : se realizan los movimientos de abducción y aducción.
-  Eje longitudinal del pie : se dan los movimientos de supinación y pronación.

FLEXO- EXTENSIÓN


Se realiza en la articulación tibioastragalina a partir de la posición de 0° en el eje coronal.


Flexión (flexión dorsal) : aproxima el dorso del pie a la cara anterior de la pierna. Grado de movilidad 20°-30°.

Extensión (flexión plantar): Aleja el dorso del pie de la cara anterior de la pierna. Grado de movilidad 30°-50°.

ADUCCIÓN – ABDUCCIÓN



Se da alrededor del eje sagital de la pierna.

 Aducción : Cuando la punta del pie se lleva hacia dentro.

 Abducción : Cuando la punta del pie se lleva hacia fuera.

La amplitud de ambos movimientos es de 35°-45° y se realizan a nivel de articulación de Chopart ayudado por los movimientos de rotación de la rodilla cuando está en flexión.

SUPINACIÓN – PRONACIÓN

-  Supinación: el pie gira de tal manera que la planta del pie se orienta hacia dentro.
-  Pronación : el pie gira de tal manera que la planta del pie se orienta hacia fuera.

Estos movimientos se realizan en la articulación subastragalina. Además pueden acoplarse a los movimientos de la cadera cuando está en rotación.

Los movimientos de aducción, abducción, pronación y supinación no existen de forma independiente. La aducción acompañada de supinación y una ligera flexión plantar se denomina inversión . La abducción acompañada de pronación y una ligera flexión dorsal se denomina eversión.

Movimientos de los dedos del pie

Se realizan movimientos de flexión, extensión y lateralidad. El primer metatarsiano permite movimientos de dorsiflexión, flexión plantar y pequeñas rotaciones y deslizamientos. El segundo metatarsiano solo se mueve en la dorsiflexión y en la flexión plantar. Las bases de los metatarsianos del tercero al quinto permiten un movimiento de rotación del tercero sobre el segundo, el cuarto sobre el tercero y el quinto sobre el cuarto. El quinto metatarsiano describe un movimiento rotatorio amplio con el que se arquea la planta del pie.

Las articulaciones de las falanges con las caras articulares de las cabezas de los metatarsianos son artrodias, lo que permite una dorsiflexión notable de los dedos. A continuación se muestran los músculos que intervienen en el movimiento del tobillo.

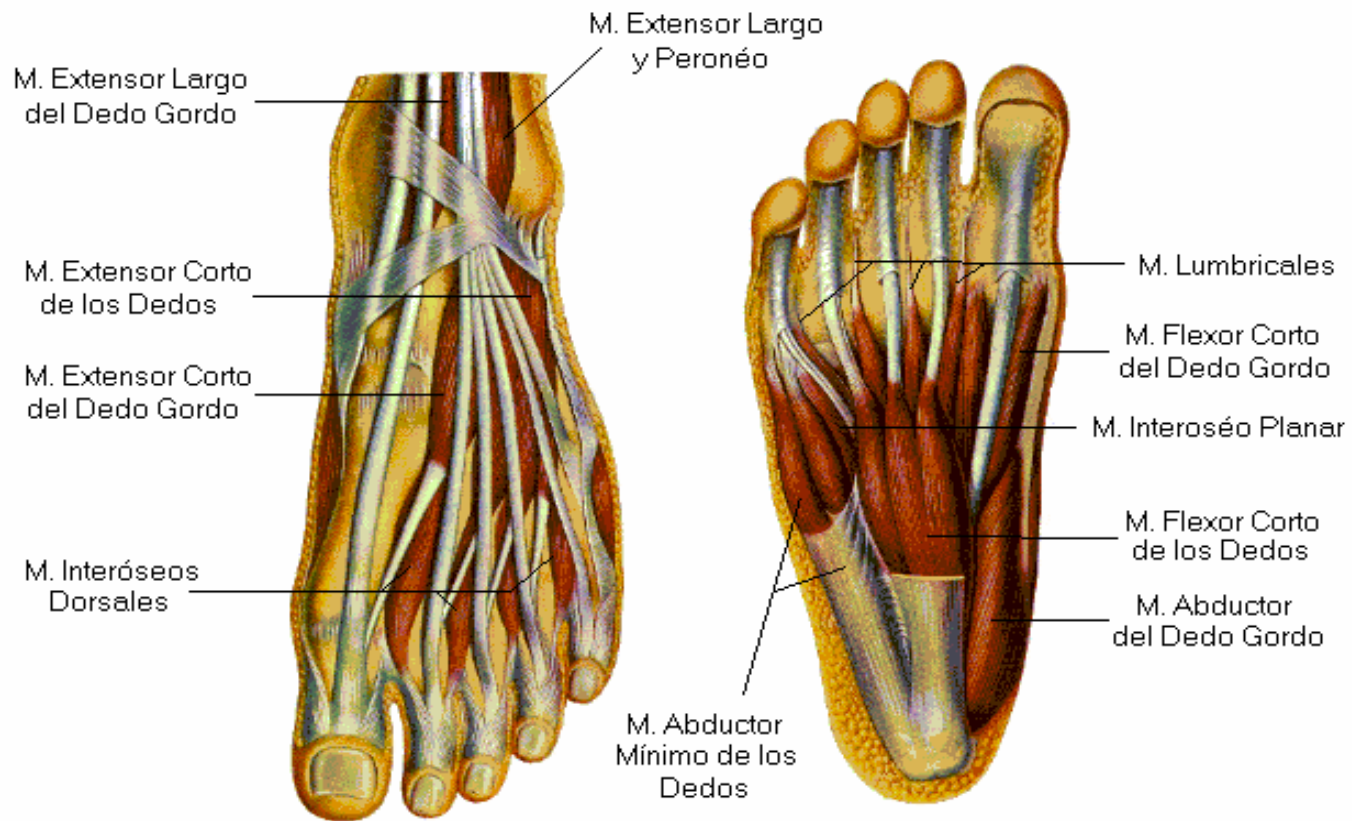


Fig. 3 Las articulaciones

EL ESQUELETO

El esqueleto humano está formado por huesos, algunos de ellos articulados entre sí, soportados por estructuras complementarias como ligamentos, tendones, músculos y cartílagos.

Es el conjunto de huesos de los vertebrados, de los que formamos parte. El esqueleto de un ser humano adulto tiene, aproximadamente, 206 huesos, sin contar las piezas dentarias.

Los huesos tienen tres funciones principales sobradamente conocidas: actúan como sostén de nuestro cuerpo y permiten que este se mantenga erecto, protegen las vísceras ante cualquier presión o golpe del exterior, como, por ejemplo, las costillas al albergar los pulmones, tan delicados y que precisan de un espacio para ensancharse; y además, permiten el movimiento de las extremidades, funcionando como puntos de anclaje de los músculos, que si no los tuvieran no podrían contraerse.

El conjunto de huesos y cartílagos: forma el esqueleto. El tejido óseo combina células vivas (osteocitos) y materiales inertes (sales de calcio y fósforo), además de sustancias orgánicas de la matriz ósea como el colágeno, proteína que también está presente en otros tejidos. Los huesos son órganos vivos que se están renovando constantemente fig 4.

El número de huesos en personas adultas va desde los 206 hasta los 208 aproximadamente, pero debemos recordar que esta cifra no se cumple en los niños pequeños y menos aún en los recién nacidos. Esto se debe a que los recién nacidos nacen con algunos huesos separados para facilitar su salida desde el canal de parto, por ejemplo tenemos los huesos del cráneo, si palpamos la cabeza de un recién nacido encontramos "partes blandas", estas se llaman fontanelas y se encuentran porque los huesos están unidos por tejido cartilaginoso que luego se suturara para formar el cráneo como el de un adulto. También el maxilar se encuentra dividido en dos, el maxilar superior y el inferior, cuando se suture el maxilar inferior dará lugar a un tipo de sutura llamada sinfisis. Así que el número de huesos depende de la edad de la persona a la cual se refiera, pero como promedio para un adulto es alrededor de 206 huesos.

- ↗ 26 en la columna vertebral
- ↗ 8 en el cráneo
- ↗ 14 en la cara
- ↗ 8 en el oído
- ↗ 1 hueso hioides
- ↗ 25 en el tórax
- ↗ 64 en los miembros superiores
- ↗ 62 en los miembros inferiores
- ↗ puede haber variación de número de huesos en el coccix, 3 o 4.

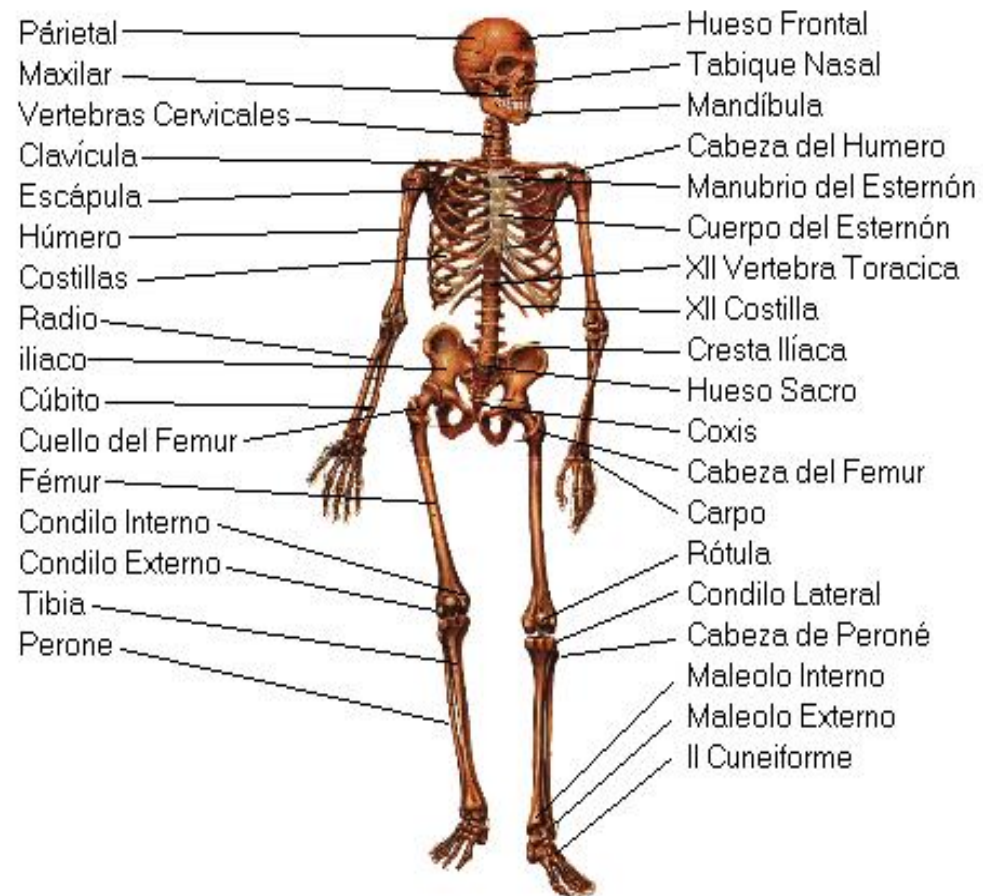


Fig. 4 El esqueleto






ANATOMIA DE LA PIERNA

Es el segmento comprendido entre la rodilla y la garganta del pie (tobillo). En el plano óseo esta formado por la diafisis de la tibia y el peroné, rodeado por los grupos musculares que están divididos por los cuatro compartimentos por las fascias musculares por las estructuras óseas.




- 1.- compartimiento anterior : formado por los músculos tibial anterior extensor común de los dedos y extensor propio del primer dedo, nervio y arteria tibial anterior, extensor común de los dedos y extensor propio del primer dedo, nervios y arteria tibial anterior.
- 2.- compartimiento externo: formado por los músculos peroneo lateral largo, peroneo lateral corto, la arteria peronea y el nervio safeno externo.
- 3.- compartimiento posterior superficial: comprendido por los músculos gemelos, soleo, plantar delgado y el nervio safeno externo.
- 4.- Compartimiento posterior profundo: comprendida por los músculos flexor común largo de los dedos, tibial posterior, arteria y nervio tibial posterior.

TOBILLO


Es una amplia articulación formada por las superficies articulares de la tibia distal, el extremo distal del peroné y el astrágalo; están unidos mediante ligamentos colaterales y la sindesmosis tibio peronea inferior. Los ligamentos colaterales externos:

-  Ligamento tibio peroneo antero inferior
-  Ligamento tibio peroneo postero inferior
-  Ligamento astrágalo peroneo anterior y posterior
-  Ligamento calcáneo perineo
-  Ligamento astrágalo calcáneo

Ligamentos colaterales internos:

-  Ligamentos tibio astrágalo anterior y posterior.
-  Ligamento tibio calcáneo.
-  Ligamento tibio navicular

Estos ligamentos internos forman el ligamento deltoideo. A través del tobillo pasan los tendones que envuelven al pie anatómicamente el esqueleto del pie se descompone en:

-  Tarso; astrágalo, calcáneo, escafoides, cuboides y 3 cuñas.

- ✎ Metatarso: 5 metatarsianos
- ✎ Dedos :Formado por 14 falanges.

El pie presenta las siguientes articulaciones:

- ✎ Mediotarsiana o de Chopart: Formado entre el astrágalo- calcáneo y el escafoides-cuboides.
- ✎ Tarso Metatarsiano o de Lisfranc entre las cuñas y los metatarsianos.
- ✎ Metatarso Falangitas: Entre los metatarsianos y las primeras falanges de los dedos.
- ✎ Interfalangicas proximal: Entre las falanges primera y segunda.
- ✎ Distal: Entre la segunda y tercera falange.

Para los efectos clínicos patológicos el pie se divide en tres partes:

- ✎ Retropié: Formado por el astrágalo y el calcáneo.
- ✎ Mediopié: Formado por el escafoides cuboides cuñas base de los metatarsianos.
- ✎ Antepié: Formado por la parte media y distal de los metatarsianos y los dedos.

En el pie encontramos 2 sistemas de arcos son:

- ✎ Arco longitudinal interno: Es el más marcado, es más fuerte y el solo arco real del pie, se inicia en el calcáneo sigue en el astrágalo, escafoides y termina en los sesamoideos de la cabeza del primer metatarsiano.
- ✎ Arco anterior solo existen a nivel de la articulación de Lisfranc no es visible a la inspección.

Los movimientos del pie están controlados por los músculos que se originan en la pierna, cuyos tendones terminan en el pie. Los movimientos más finos son controlados por los músculos que se originan en el mismo pie.

Los movimientos del pie se realizan en tres ejes cuando el pie está en ángulo recto.

↗ Eje transversal: Pasa por los maléolos, en el que se llevan a cabo los movimientos de flexoextensión.

↗ Eje longitudinal de la pierna o eje vertical: Sigue el eje longitudinal de la pierna, en el que se llevan a cabo los movimientos de aducción y abducción, que se dan conjuntamente con los movimientos de rotación de la rodilla cuando está en flexión.

↗ Eje longitudinal del pie: Como su nombre lo indica, es el mismo eje longitudinal del pie, donde se dan los movimientos de supinación y pronación.

Examen clínico de la pierna: La tibia en la pierna es palpable en toda su cara anteriointerna, ya que solamente esta cubierta por la piel que lo hace muy vulnerable a los traumatismos.

El peroné es palpable en sus extremos (cabeza y maléolo peroneo); por debajo de la cabeza peronea pasa el nervio ciático poplíteo externo que puede lesionarse en fracturas a este nivel, dando el signo del pie caído. En la parte proximal posterior de la pierna se encuentra el anillo de soleo; a este nivel se bifurca la arteria poplíteica en tibial anterior y tronco tibio peroneo. En las fracturas del tercio superior de la tibia puede complicarse con compresión, desgarramiento o rotura de esta arteria. Es importante la palpación longitudinal de los 3 grupos musculares.

Examen clínico del tobillo: Para facilitar el examen, el tobillo se ha dividido en 4 sectores:

↗ **Sector medio anterior: Reconocemos** la arteria pedía.

Los tendones flexores de pie y los dedos.

↗ **Sector interno:** Aquí encontramos 4 sectores:

↗ Maléolo tibial.

↗ Gotera premaleolar interna:

↗ Tendón del tibial anterior.

- ↯ Interlinea articular.
- ↯ La vena safena interna
- ↯ Gotera retromaleolar interna:
- ↯ Maléolo interno
- ↯ Tuberosidad del escafoides.
- ↯ Relieve del astrágalo en su parte inferior.
- ↯ Relieve del sustentáculo Tali
- ↯ **Sector externo:** Se tienen los siguientes sectores:

Maléolo peroneo externo:

Más posterior y más bajo que el maléolo tibio.
Gotera premaleolar externa: 2 cm. más arriba está el punto de punción
Gotera submaleolar
Tendones peroneos.
Inserciones del ligamento lateral externo
Seno del tarso
Sector posterior: Se palpa el relieve del tendón de Aquiles.

ANATOMÍA HUESOS DEL TOBILLO

La articulación del tobillo está formada por tres huesos: el peroné, la tibia y el astrágalo. Los dos primeros conforman una bóveda en la que encaja la cúpula del tercero. Permite, sobre todo, movimientos de giro hacia delante y hacia atrás, que son movimientos de flexo-extensión del pie. En el sentido lateral, los topes del maleolo peroneo y maleolo tibial, que son los dos apéndices óseos que continúan peroné y tibia a ambos lados, impiden un movimiento completo de giro lateral aunque sí permiten su inicio.

El astrágalo se apoya sobre el calcáneo formando una articulación bastante plana, sin gran movimiento. Esta articulación subastragalina es fuente de conflictos ya que soporta la transmisión de fuerzas del peso corporal y rige movimientos finos de estabilidad del pie. Cuando se deteriora el cartílago de esta articulación, se produce una degeneración artrósica y dolor, que en ocasiones obliga a la intervención quirúrgica para suprimirlo o aliviarlo.

Es interesante mencionar, por su trascendencia en la generación de lesiones deportivas, un apéndice posterior o cola en el astrágalo. En movimientos bruscos del pie hacia atrás, como el producido al chutar con fuerza un balón, este relieve óseo bascula, llega a chocar con la parte posterior de la tibia y se rompe. La fractura es a veces tolerable pero otras obliga a la intervención quirúrgica, retirando el fragmento roto, para permitir que el deportista pueda seguir golpeando un balón sin dolor. No hay que confundirlo con una variante anatómica, el os trigonum de astrágalo, que ofrece la imagen radiográfica de una cola de astrágalo suelta, muchas veces indiferenciable de la fractura. Fig 5

El astrágalo se articula, siguiendo la dirección que lleva a los dedos, con el escafoides y el cuboides, situados en la zona interna y externa del pie, respectivamente. Entre el escafoides y la línea formada por los metatarsianos, están las tres cuñas. Los metatarsianos tienen unas bases casi planas y unas cabezas esféricas para articularse con las primeras falanges de los dedos.

Anatomía del Pie

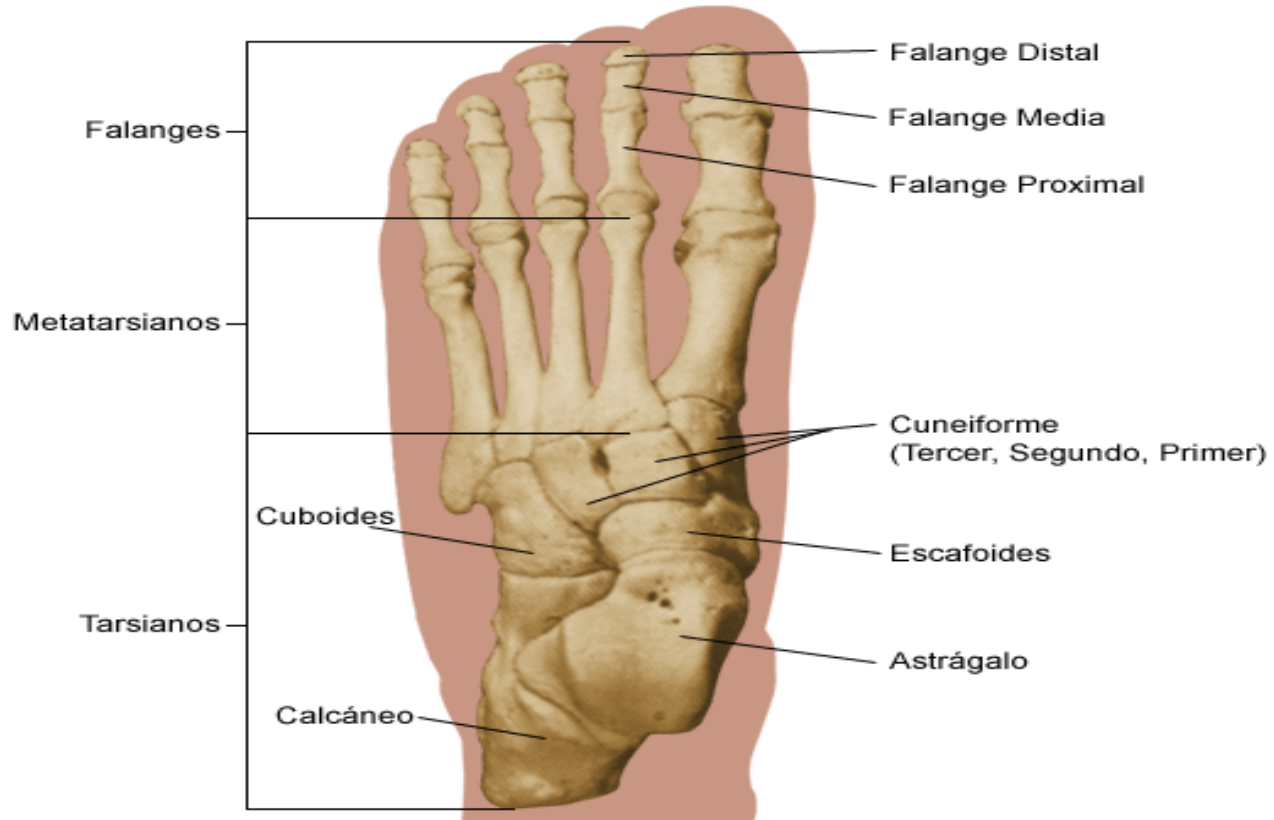


Fig. 5 Huesos del tobillo

FISIOPATOLOGIA DE LA FRACTURA

Definición

Las fracturas es una discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso. En una persona sana, siempre son provocadas por algún tipo de traumatismo, pero existen otras fracturas, denominadas patológicas, que se presentan en personas con alguna enfermedad de base sin que se produzca un traumatismo fuerte. Es el caso de algunas enfermedades orgánicas y del debilitamiento óseo propio de la vejez.

Si se aplica más presión sobre un hueso de la que puede soportar, éste se parte o se rompe. Una ruptura de cualquier tamaño se denomina fractura y si el hueso fracturado rompe la piel, se denomina fractura abierta (fractura compuesta).

La fractura por estrés o sobrecarga es una fisura delgada en el hueso que se desarrolla por la aplicación prolongada o repetitiva de fuerza sobre el mismo.

Causas

- ↗ Las siguientes son causas comunes de fracturas óseas:
- ↗ Caída desde una altura
- ↗ Accidentes automovilísticos
- ↗ Golpe directo

Fuerzas repetitivas, como las que se presentan cuando una persona corre, pueden ocasionar fracturas por estrés en los pies, los tobillos, la tibia o la cadera.

Clasificación

Según el estado de la piel

- ↗ **Fracturas cerradas.** (que también se conoce como fractura compuesta) Son aquellas en las que la fractura no comunica con el exterior, ya que la piel no ha sido dañada.

↗ **Fracturas abiertas.** (que también se conoce como fractura simple) Son aquellas en las que se puede observar el hueso fracturado a simple vista, es decir, existe una herida que deja los fragmentos óseos al descubierto. Unas veces, el propio traumatismo lesiona la piel y los tejidos subyacentes antes de llegar al hueso; otras, el hueso fracturado actúa desde dentro, desgarrando los tejidos y la piel de modo que la fractura queda en contacto con el exterior.

Según su localización

Los huesos largos se pueden dividir anatómicamente en tres partes principales:

La diáfisis, las epífisis y las metáfisis.

↗ La diáfisis es la parte más extensa del hueso, que corresponde a su zona media.

↗ Las epífisis son los dos extremos, más gruesos, en los que se encuentran las superficies articulares del hueso. En ellas se insertan gran cantidad de ligamentos y tendones, que refuerzan la articulación.

↗ Las metáfisis son unas pequeñas zonas rectangulares comprendidas entre las epífisis y la diáfisis. Sobre ellas se encuentra el cartílago de crecimiento de los niños. Así, las fracturas pueden ser, según su localización:

↗ Epifisarias (localizadas en las epífisis). Si afectan a la superficie articular, se denominan fracturas articulares y, si aquella no se ve afectada por el trazo de fractura, se denominan extraarticulares.

Cuando la fractura epifisaria se produce en un niño e involucra al cartílago de crecimiento, recibe el nombre de epifisiólisis.

☞ **Diafisarias** (localizadas en la diáfisis). Pueden afectar a los tercios superior, medio o inferior.

Metafisarias (localizadas en la metáfisis). Pueden afectar a las metáfisis superior o inferior del hueso.

Según el trazo de la fractura

☞ **Transversales:** La línea de fractura es perpendicular al eje longitudinal del hueso.

☞ **Oblicuas:** La línea de fractura forma un ángulo mayor o menor de 90 grados con el eje longitudinal del hueso.

☞ **Longitudinales:** La línea de fractura sigue el eje longitudinal del hueso.

☞ **En ala de mariposa:** Existen dos líneas de fractura oblicuas, que forman ángulo entre si y delimitan un fragmento de forma triangular.

☞ **Conminutas:** Hay múltiples líneas de fractura, con formación de numerosos fragmentos óseos.

En los niños, debido a la gran elasticidad de sus huesos, se producen dos tipos especiales de fractura:

Según el mecanismo de producción








☞ **Traumatismo directo.** La fractura se produce en el punto sobre el cual ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura de cubito por un golpe fuerte en el brazo.

☞ **Traumatismo indirecto.** La fractura se produce a distancia del lugar donde ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura del codo por una caída sobre las palmas de las manos.

Contracción muscular brusca. En deportistas y personas con un gran desarrollo muscular se pueden producir fracturas por arrancamiento óseo al contraerse brusca y fuertemente un músculo determinado. También se han observado fracturas de este tipo en pacientes sometidos a electroshock.

Síntomas



Aunque cada fractura tiene unas características especiales, que dependen del mecanismo de producción, la localización y el estado general previo del paciente, existe un conjunto de síntomas común a todas las fracturas; Estos síntomas generales son:

-  Dolor. Es el síntoma capital. Suele localizarse sobre el punto de fractura. Aumenta de forma notable al menor intento de movilizar el miembro afectado y al ejercer presión, aunque sea muy leve, sobre la zona.
-  Impotencia funcional. Es la incapacidad de llevar a cabo las actividades en las que normalmente interviene el hueso, a consecuencia tanto de la propia fractura como del dolor que ésta origina.
-  Deformidad. La deformación del miembro afectado depende del tipo de fractura. Algunas fracturas producen deformidades características cuya observación basta a los expertos para saber qué hueso está fracturado y por dónde.
-  Hematoma. Se produce por la lesión de los vasos que irrigan el hueso y de los tejidos adyacentes.
-  Fiebre. En muchas ocasiones, sobre todo en fracturas importantes y en personas jóvenes, aparece fiebre después de una fractura sin que exista infección alguna. También puede aparecer fiebre pasados unos días, pero ésta es debida, si no hay infección, a la reabsorción normal del hematoma.
-  Entumecimiento y cosquilleo
-  Ruptura de la piel con el hueso que protruye

Diagnóstico

Un examen físico exploración y exámenes de diagnóstico.

Los procedimientos de diagnóstico pueden incluir los siguientes:

-  Radiografías: examen de diagnóstico que utiliza rayos invisibles de energía electromagnética para producir imágenes de los tejidos internos, los huesos y los órganos en una placa. Este examen se utiliza para medir y evaluar la curva.
-  Imágenes por Resonancia Magnética nuclear (IRM, su sigla en inglés es MRI.) - procedimiento de diagnóstico que utiliza una combinación de imanes grandes, radiofrecuencias y una computadora para producir imágenes detalladas de los órganos y estructuras dentro del cuerpo. Este examen se realiza para descartar cualquier anomalía relacionada con la médula espinal y los nervios.

Consolidación

- ☞ TUMEFACCION: Cuando un hueso se rompe aparece tumefacción en el espacio de 24 horas, esto sucede por hemorragia interior de los tejidos, disminución de la circulación venosa, aumento de exudación linfática.
- ☞ HEMATOMA: En los extremos óseos fracturados se forma coagulo o hematoma, este se organiza en el interior como una masa blanda, crecen nuevos vasos sanguíneos.
- ☞ GRANULACION: El espacio de la cavidad medular se llena con tejido de granulación y se forma una masa semejante a una goma
- ☞ FORMACION DE CALLO: Se comienza a depositar calcio en el tejido de granulación a lo cual se le llama callo, se dice que la fractura está clínicamente consolidada; es decir que los extremos óseos se mueven como un solo elemento, pero no son lo suficientemente firmes para sostener la tensión.
- ☞ CONSOLIDACION O UNION OSEA: La consolidación esta completa y se produce un proceso semejante a la osificación normal. Los osteoblastos favorecen el depósito de sales cálcicas en las partes blandas y se produce el endurecimiento progresivo. Los osteoblastos tienden a penetrar a través del hueso neoformado, produciendo cavidades y disminuyendo la densidad de la estructura. Se reproducen la cavidad medular y reaparecen las células de la médula.

Tratamiento Físico de las Fracturas:

- ☞ Durante la inmovilización Se debe lograr que las articulaciones no incluidas en la inmovilización sigan funcionando para evitar una rigidez posterior. Ello se consigue con movilizaciones activas, nunca pasivas ni con masajes. Fig. 6.
- ☞ Después de la inmovilización Una vez retirada la inmovilización, se debe procurar la recuperación funcional de los músculos, que generalmente, debido al tiempo de inactividad, estarán hipotróficos. Se indicarán ejercicios propios en cada caso.
- ☞ No retire el zapato si es plano, porque este mismo sirve para inmovilizar la fractura.
- ☞ Haga una férula en L que cubra el pie y la parte inferior de la pierna y amarre.
- ☞ Inmovilice utilizando una almohada (férula blanda).

Complicaciones de las Fracturas

Fracturas.

Una fractura mal tratada puede complicarse en tres niveles: **Complicaciones inmediatas, mediatas o crónicas.**

Complicaciones inmediatas pueden ser sangrados, infecciones o incluso pérdida de los miembros por estas causas. También se consideran dentro de **las mediatas** las alteraciones neurológicas causadas, ya sean por hematomas, lesiones neurológicas no diagnosticadas a tiempo. Una complicación que está en el punto medio entre las mediatas e inmediatas es lo que los ortopedistas y traumatólogos llaman síndromes compartimentales. Esta complicación consiste en que, debido al sangrado interno el músculo se inflama, ósea, aumenta de tamaño considerablemente. Los músculos están recubiertos por una especie de telas llamadas facias; estas facias no son extensibles, por lo tanto, cuando se inflama el músculo las facias lo comprimen de una manera ostensible y se producen disminuciones en el flujo sanguíneo. Esto conlleva a disestesias, o lo que en la vida cotidiana conocemos como “dormirse la mano” o la pierna etc. Hasta la pérdida del miembro.

Entre las **complicaciones crónicas** están las deformidades angulares. Los huesos tienen la capacidad de consolidar en la posición que se encuentren si tienen un contacto adecuado; por lo tanto, estén o no en una posición anatómica, si tienen un contacto adecuado, los huesos pegan, entonces se presentan serias deformidades óseas; algunas corregibles y otras no corregibles.

Cuando estas se producen a nivel de las articulaciones, estas deformidades hacen que se pierda la movilidad de la articulación. Cuando los fragmentos no están en contacto, pueden presentarse retardos en la consolidación de las partes del hueso y algo que se denomina pseudoartrosis, que son huesos que después de mucho tiempo nunca han pegado y requieren un manejo especial a través de osteosíntesis o injertos óseos. Esto involucra desde yesos para inmovilizar el hueso hasta placas, tornillos y clavos para corregir estas fracturas.

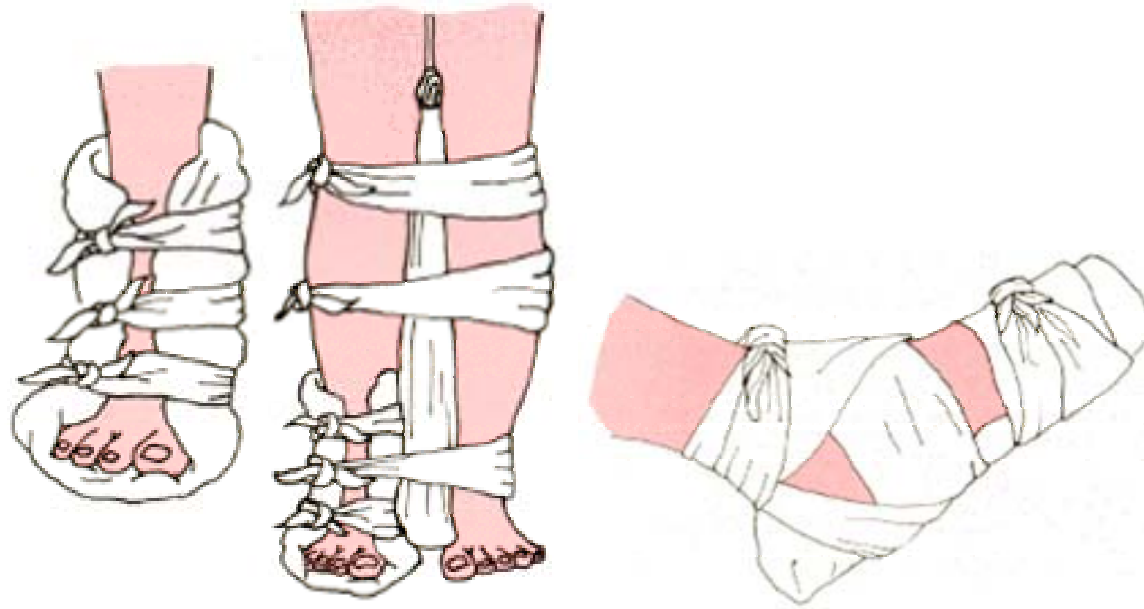


Fig.6 Tratamiento de las fracturas

VALORACIÓN POR PATRONES DE RESPUESTA HUMANA.

Fecha: 23 de marzo del 2006.

Unidad: Hospital de Jesús.

Nombre: GME.

Edad: 30 años Sexo: M Cedula: Particular .

Servicio: Urgencias .

Fecha de nacimiento : 15 de abril de 1976 .

Dx. Medico de ingreso : Fractura Incompleta de tobillo derecho .

Valoración realizada por : Paola Ilyana Serafín Rodríguez..

Dx.(s) de Enfermería :

1. Dolor Agudo relacionado con agentes lesivos físicos manifestado por informe verbal o codificado, conducta expresiva (agitación, gemidos, llanto, irritabilidad).
2. Deterioro de la movilidad física relacionado con perdida de la integridad de las extremidades óseas manifestado por limitación de la habilidad para las habilidades motoras gruesas.
3. Deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteración de la circulación manifestado por lesión por destrucción del tejido integumentario.
4. Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibra manifestado por defecación dificultosa.
5. Déficit de autocuidado baño/higiene relacionado con deterioro músculo esquelético manifestado por incapacidad para entrar y salir del baño, lavar total o parcialmente el cuerpo.
6. Déficit de autocuidado vestido/acilamiento relacionado con el dolor en miembro pélvico izquierdo manifestado por incapacidad para realizar arreglo personal.
7. Ansiedad relacionado son el estado de salud manifestado por preocupación y desesperanza

8. Déficit de actividades recreativas relacionada con inmovilidad física manifestado por su expresión facial.

INTERCAMBIO:

Cerebral

Nivel de conciencia

Persona Lugar Tiempo

Apertura de ojos

Normal: Con problema:

Reflejo pupilar: Normal.

CARDIACO

Ritmo cardiaco:

Arritmia Taquicardia Bradicardia

Tensión arterial

Brazo derecho : Brazo izquierdo

PERIFÉRICO

	Ausente	Débil	Normal	Fuerte
Pulso Carotideo			75x1	
Apical			75x1	
Braquial			75x1	
Radial			75x1	

Temperatura Región

Hipertermia Hipotermia

Piel Normal

Color Normal Pálida

Cianótica Ictérica

Otros : Debido a la lesión sufrida en el tobillo

OXIGENACION:

Frecuencia respiratoria

Respiración Regular

Presencia de disnea

Taquipnea

Tos

Color

Ruidos respiratorios

Estertor

Jadeo

Irregular

Ortopnea

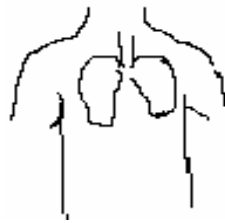
Bradipnea

Espujo

Cantidad

Burbujeo

Estridor



Tubos respiratorios

Si

No

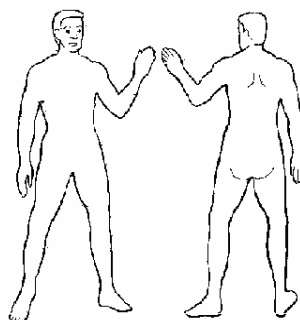
Integridad de la piel

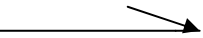
Piel íntegra	<input checked="" type="checkbox"/>	Quemaduras	<input type="checkbox"/>	Petequias	<input type="checkbox"/>
Eritema	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>	Herida	<input type="checkbox"/>
Abrasiones	<input type="checkbox"/>	Contusiones	<input type="checkbox"/>	Insición quirúrgica	<input type="checkbox"/>
Resequedad de la piel	<input type="checkbox"/> No				
Edema	+ <input type="checkbox"/>	++ <input checked="" type="checkbox"/>	+++ <input type="checkbox"/>		

Otros: _____

Características: El edema se presenta en miembros pélvicos es un edema que se observa muy disimulado.

Localización





		X
--	--	---

Edema +

Nutrición

Dieta indicada por el Medico : Normal de 1500 kcal

Comidas:

1 2 3 Mas

Alimentos que le gusten
Todos

Alimentos que le hacen daño:
Papaya, Huevo.

Cambio actual en el apetito

Si No

	X	
--	---	--

Observaciones: _____

Ingesta de cafeína: No Si

Talla Peso Somatometria

Estado de boca y encías

Dentadura Completa Parcial Incompleta

Superior
Inferior

Color: _____ Normal _____

Humedad: Mucosas hidratadas

Lesiones: No

Utilización de prótesis:

Si No

Otros: _____

ELIMINACIÓN

Ritmo habitual: 2 –3 veces por día.

Alteración actual:

Estreñimiento: En algunas ocasiones

Diarrea

Incontinencia

Remedio para la alteración

Líquido

Alimentos

Enema

Fármacos

Ruidos intestinales Si

No

Características : Se perciben ruidos peristálticos normales.

Localización



CARACTERÍSTICAS DE HECES FECALES
(Datos históricos)

Color: Café .

Olor: Característico.

Consistencia: Formada.

(Datos actuales)

Color: Café .

Olor: Característico.

Consistencia: Dura.

Frecuencia: 1-2 Veces por día.

CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA

(Datos históricos)

Color: Amarilla ambar.

Olor: Caracteristico.

Ph : 6.0.

(Datos actuales)

Color : Amarillo ambar.

Olor: Caracteristico.

Tira reactiva: _____

Sonda foley : Si No

Cantidad en:

1 hora 12 horas 800 ml 24 horas

Presencia:

Anuria Disuria Polaquiuria Hematuria

Otro: _____

SENTIMIENTO

Dolor malestar

Desde el inicio de la enfermedad ha empezado a tener dolor: Si No

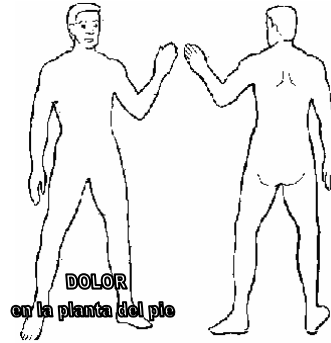
Intensidad del dolor: + ++ +++

En que parte (s) del cuerpo le da dolor: En toda la pierno pero más en la planta del pie.

Se agrava el dolor con alguna cosa: Con el movimiento .

Con que mitiga el dolor: Analgésicos y distracción.

Localización:



COMUNICACIÓN

Función de la lectura

Normal Dificultad Incapaz

Función de la escritura

Normal Dificultad Incapaz

Función del habla

Normal Dificultad Incapaz

Observaciones: _____.

MOVIMIENTO

Percepción sensorial

Alteración

Vista	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
Oído	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
Olfato	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
Gusto	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
Tacto	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
Reflejo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>

AUTOCAUIDADO

Actividad de independencia total	<input type="checkbox"/>	Si
Practica ejercicio	<input type="checkbox"/>	Si
Actividad con ayuda de aparatos	<input type="checkbox"/>	Si
Actividad con ayuda de personas	<input type="checkbox"/>	Si
Actividad con ayuda de aparatos y personas	<input type="checkbox"/>	Si
Dependencia total	<input type="checkbox"/>	No

ACTIVIDAD

Fatiga Si No
Debilidad Si No

REPOSO

¿Cuántas horas duerme por la noche? 8 hrs.
Siente descanso al despertar No mucho por lo sucedido.
Auxiliares del sueño Ninguno.

CONSERVACIÓN DEL ENTORNO

Distribución de cuartos que la casa tiene:

Cocina Baño Escalera

Cuenta con:

Agua Drenaje Luz eléctrica

Tiene animales: Si No

Dentro de la casa Fuera de la

La casa es

Propia

Rentada

Otros

CONSERVACIÓN DE LA SALUD

¿A que servicios de salud tiene acceso?

Ninguno, nadamas a este.

¿A que servicio de salud acudió antes de llegar a esta unidad?

Hospital Juarez.

¿En que servicio lo atendieron en esta unidad?

Urgencias.

RELACIONES

Estado civil: Unión libre

Vive con:

Familia

Solo

Otros

Tiene hijos:

Si

No

Edades: 6 años, 4 años

Sexos: Hombre, Mujer.

Trabaja actualmente: Si No

Ocupación: Estilista.

Agrado por la ocupación: Si ya que me agrada lo que realizo.

Preocupaciones laborales: No por que durante el embarazo disminuí el trabajo

Gasto energético: Físico Mental

Estudia: Si No

Carrera: Estilista.

Preocupaciones por el estudio: No

RELACIONES SEXUALES

Mujer Menarca Menopausia

Frecuencia con que tiene relaciones sexuales: 2-3 veces por semana.

Posibilidades para embarazarse Si No

Gestaciones Abortos Parto (s) normal Cesárea (s)

Problemas con el embarazo: Ninguno.

CONOCIMIENTO

Antecedentes de salud

¿Qué problemas de salud ha tenido anteriormente? Ninguno.

¿Cuál es su enfermedad actual? Fractura Incompleta de Tobillo derecho.

¿Cuál fue la causa que le ocasiono la enfermedad? Caida en la calle.

¿Qué malestares le ocasiono la enfermedad? Intenso dolor e incapacidad para apoyarlo.

FACTORES DE RIESGO

Tiene antecedentes de familiares con hipertensión o diabetes:

Fuma Si No

¿Cuántas cajetillas al día? Unos tres cigallos al día.

¿Consume alcohol? Si No

¿Con que frecuencia?

Frecuentemente se encuentra estresado: SI No

¿Qué hace para mitigar el estrés? Escuchar musica.

PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD

Esta enterado el usuario de su problema actual de salud

Si

No

¿Qué cuidados le han proporcionado por parte del personal de enfermería en esta unidad?

Todos y muy buenos.

¿Sabe para que le sirven estos cuidados? Si para mejorar pronto.

¿Le son de utilidad?

Si

MEDICACIÓN ACTUAL

¿Qué medicamentos toma actualmente?

Ketoprofeno 100mg IM c/12 hrs

Senokot 187 mg VO c/24 hrs

Naxodol 250mg VO c/12 hrs

¿Con que frecuencia?

Ketoprofeno c/12 hrs

Senokot c/24 hrs

Naxodol c/12 hrs

¿En que dosis?

Ketoprofeno 100mg

Senokot 187 mg

Naxodol 250mg

¿Sabe para que le sirven? Para el dolor y para desinflamar la región lesionada.

DISPONIBILIDAD

Disponibilidad del paciente por aprender	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Solicita información	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Memoria intacta		<input checked="" type="checkbox"/>	Solo reciente	<input type="checkbox"/>
			Solo remota	<input type="checkbox"/>

ELECCIÓN

Participación

Aceptación de la enfermedad	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Cumplimiento con el tratamiento terapéutico	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Aceptación del paciente por modificar actitudes personales y de su entorno para prevenir enfermedades	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

JUICIO

Aceptación del problema	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Toma usted las decisiones en caso de presentarse algún problema?

Si

No

¿Quién? Junto con el esposo.

AFRONTAMIENTO

¿Cómo resuelve habitualmente sus problemas?

Conversando y llegando a un acuerdo .

SENTIMIENTO

Emocional, integridad, estado

Recientemente le han ocurrido cosas que lo estresan?

Siente ansiedad

Si

No

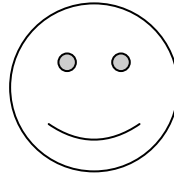
Se siente afligido:

¿Qué hace para relajarse? Escuchar la musica.

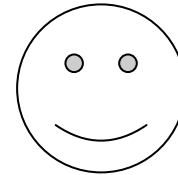
Observacione: _____



ALEGRE



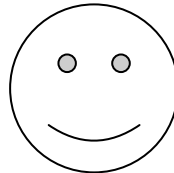
TRISTE



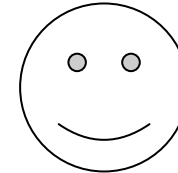
ENOJADO



PREOCUPADO
XX



SERIO



TEMEROSO
XX

Otros : _____

PERCEPCIÓN

Concepto de uno mismo: Alegre

¿Cómo es su manera de ser habitualmente? Muy tranquila y sociable con las personas.

¿Cree que su personalidad ha cambiado por su enfermedad? No.

RELACION

Socialización

Facilidad para relacionarse con otras personas:

Personas que le pueden ayudar: Su familia.

Convivencia con grupos: Ninguno.

Actividades que realiza cuando esta solo: Sus labores del hogar y de su trabajo.

VALORACIÓN

Preferencia religiosa: Católica .

Prácticas religiosas: Si va a misa los domingos.

Prácticas culturales: No .

Tradiciones familiares: Si

Interfiere la enfermedad u hospitalización con sus prácticas religiosas: No.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PLAN DE INTERVENCIONES

USUARIO INICIALES: _____ GME _____ EDAD: _____ 30 AÑOS _____
 GENERO: _____ FEMENINO _____ SERVICIO: URGENCIAS FECHA DE ELABORACIÓN: _____ 23 DE
 MARZO DE 2006. _____

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos manifestado por informe verbal o codificado, conducta expresiva (agitación, gemidos, llanto, irritabilidad).

RESULTADOS ESPERADOS: Control del dolor.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>INDEPENDIENTES Musicoterapia</p>	<p>Con la musicoterapia se intenta hacer llegar al cerebro unos estímulos que le lleven a una relajación o anulación de los que reproducen la enfermedad, a través de diversas melodías con las que se pueden conseguir efectos sorprendentes.</p> <p>Aunque la musicoterapia ya se conoce desde la antigüedad, en los años 40 de nuestro siglo se utiliza como rama de medicina recuperativa, que con efectos fisiológicos, afectivos y mentales, contribuyendo a un equilibrio psicofísico de las personas. Hoy se aplica fundamentalmente en desequilibrios nerviosos, influye positivamente sobre el corazón y pulmones, alcoholismo, drogas y como prevención de suicidios, La musicoterapia actúa como motivación para el desarrollo de autoestima, con técnicas que provoquen en el individuo sentimientos de autorrealización, autoconfianza, autosatisfacción y mucha seguridad en sí mismo.</p>

<p>Manejo del dolor</p>	<p>El dolor suele estar asociado a la percepción de un daño que se ha producido en nuestro cuerpo. El dolor tiene la función de avisarnos para que hagamos algo que consiga reparar el daño físico que pensamos que lo genera.</p> <p>El dolor es una sensación generalmente y, como indicio de un mal, amenazante. El dolor se libra en nuestro propio cuerpo y en él generamos cambios para conseguir disminuirlo.</p> <p>Los tipos de dolor pueden ser clasificados de la siguiente manera</p> <p>Superficial: este se puede percibir ardoroso o punzante y se presenta por estimulación de los nervios receptores de la piel y mucosas.</p> <p>Profundo: este se valora por que depende de estructuras mas profundas, como lo son el músculo, tendones y aponeurosis este se describe como un calambre.</p> <p>Visceral: este puede percibirse en el órgano en si o en otros sitios alejados de la visera afectada.</p>
<p>Los cinco correctos</p>	<p>La utilización de los cinco correctos(regla de oro en la administración de medicamentos)</p> <ul style="list-style-type: none">Paciente correctoMedicamento correctoDosis correctaHorario correctoVía correcta

INTERDEPENDIENTES:
Manejo de la medicación
PROFENID* Intramuscular

FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION:

Cada ampolleta contiene:
Ketoprofeno 100mg
Vehículo c.b.p. 2ml

INDICACIONES TERAPEUTICAS: Pacientes que cursen con dolor e inflamación.

Dolor moderado, observado en:

Cirugía: Postoperatoria.

Traumatología: Esguinces, luxaciones, contusiones, fracturas y traumatología deportiva.

Afecciones músculo esqueléticas: Lumbago, ciática, bursitis, tendinitis, tenosinovitis, artritis y osteoartritis.

FARMACOCINETICA Y FARMACODINAMIA EN HUMANOS:

Farmacocinética:

Absorción: Las medidas sucesivas de las tasas séricas después de la administración de una dosis terapéutica demostró que el ketoprofeno se absorbe rápidamente. La obtención de la tasa sérica máxima es de 20 a 30 minutos después de la inyección IM.

Distribución: La vida media plasmática es de 1.27 horas, para la vía intramuscular. El ketoprofeno se une a proteínas plasmáticas en 99%, en forma reversible. El ketoprofeno se distribuye en todos los tejidos, incluyendo el sistema músculo esquelético y preferentemente en el líquido sinovial. Atraviesa la barrera placentaria.

Metabolismo: La biotransformación de ketoprofeno se efectúa conforme a dos procesos: uno menor (hidroxilación), y el otro, el predominante, es por conjugación al ácido glucurónico.

Menos de 1% de la dosis administrada de ketoprofeno se encontró sin cambios en la orina, cuando la glucuroconjugación representa alrededor de 65 a 75%.

Excreción: En los 5 días siguientes a la administración oral, 75 a 90% de la dosis es excretada por vía renal y de 1 a 8% por heces.

Por edad: La absorción de ketoprofeno no se modifica, la prolongación de la vida media de eliminación y la disminución del aclaramiento total tienden a reflejar una disminución de la transformación metabólica.

Insuficiencia renal: Hay una disminución del aclaramiento plasmático y un aumento de la vida media de eliminación. La excreción, esencialmente urinaria, es rápida ya que más de 50% de la dosis administrada es eliminada en el curso de las 6 horas siguientes a la toma, cualquiera que sea la vía de administración.

Farmacodinamia: El ketoprofeno es un antiinflamatorio no esteroideo, derivado del ácido arilcarboxílico, perteneciente al grupo de los propiónicos. Posee actividad antiinflamatoria, analgésica y antipirética.

El principal mecanismo de acción del ketoprofeno es la inhibición de la ciclooxigenasa (COX), lo cual conduce a un bloqueo de la biosíntesis de las prostaglandinas (PG), a partir del ácido araquidónico. Este mecanismo explica las propiedades del ketoprofeno, actividad analgésica, antiinflamatoria y antipirética. Otras acciones contribuyen a reforzar estos efectos, como el antagonismo de la bradiquinina, de la agregación plaquetaria, así como la estabilización de las membranas lisosomales.

A nivel periférico, el ketoprofeno actúa sobre el dolor mediante un potente efecto antiinflamatorio relacionado con la inhibición de la ciclooxigenasa y, por lo tanto, la biosíntesis de las prostaglandinas. Estas, en particular las PGE₂, no generan dolor por sí mismas, pero sensibilizan los nociceptores de las terminaciones nerviosas a la acción de las sustancias alógenas, como la bradiquinina, que se vuelven susceptibles de desencadenar sensaciones dolorosas a partir de estímulos

dolorosos o no.

A nivel central, el ketoprofeno actúa sobre el dolor porque atraviesa rápidamente la barrera hematoencefálica, gracias a su liposolubilidad, además de que sugiere un efecto central directamente a nivel espinal, o bien, a nivel suprasegmentario. Sin embargo, el efecto analgésico del ketoprofeno no es tan sólo por una acción inhibitoria de las prostaglandinas centrales o periféricas. Actúa también sobre la síntesis y la actividad de otras sustancias neuroactivas que se supone tienen un papel fundamental en la aparición del influjo nociceptivo en el asta posterior de la médula. El ketoprofeno estimula la actividad de una enzima hepática, la triptófano 2, 3 dioxigenasa (TOD). Las variaciones de esta enzima poseen un efecto directo sobre la formación del ácido

quinurénico a nivel del sistema nervioso central; este ácido es una antagonista del receptor NMDA (ácido N-metil-D-aspartato). Así, el ketoprofeno parece, mediante esta acción, poseer la capacidad de bloquear específicamente los receptores NMDA, evitando la despolarización de los canales iónicos y aliviando el dolor.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, embarazo, lactancia y niños menores de 12 años, úlcera gastraduodenal activa; citopenias, insuficiencia cardíaca, renal y hepática. **Precauciones:** Pacientes con antecedentes de úlcera gastroduodenal o antiguas gastrectomías.

PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA: La seguridad del uso de ketoprofeno durante el embarazo no ha sido establecida, por lo que no se recomienda. Tampoco es recomendable su uso

durante la lactancia.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: PROFENID*
IM. es bien tolerado, sin embargo, en casos aislados pueden presentarse gastralgias de tipo ardoroso náuseas y vómito. Ocasionalmente: Síndrome de Stevens-Johnson, enfermedad de Lyell, anemia aplásica, reacciones de fotosensibilidad y shock anafiláctico.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO: La administración simultánea de ketoprofeno con los siguientes medicamentos requiere una supervisión rigurosa del estado clínico y biológico del enfermo.

Asociaciones no recomendadas:

AINES y los salicilatos: A dosis elevadas aumentan el riesgo de provocar úlcera y hemorragia digestiva.

Anticoagulantes orales: La heparina por vía parenteral y la ticlopidina aumentan el riesgo de hemorragia por la inhibición de la función plaquetaria y agresión de la mucosa gastroduodenal. Si la asociación no puede ser evitada, se debe cuidar el estado clínico y biológico, con los tiempos de sangrado y protrombina.

Litio: Aumento de la litemia, pudiendo alcanzar valores tóxicos por la disminución de la excreción renal del litio. Es necesario cuidar estrechamente la litemia y adaptar la posología del litio durante la asociación y después de terminar el tratamiento con AINES.

Metotrexato: Aumento de la toxicidad hematológica, en particular en aquellos pacientes en quienes se administran dosis altas, por desplazamiento de la unión a las proteínas plasmáticas y/o disminución del aclaramiento renal. En caso de haber tenido un tratamiento anterior con ketoprofeno, es conveniente suspenderlo al menos 12 horas antes de la administración de metotrexato, en caso contrario, es

conveniente respetar un intervalo mayor de 12 horas. Asociaciones con precauciones de empleo: Diuréticos: Riesgo de insuficiencia renal aguda en enfermos deshidratados por la disminución de la filtración glomerular (disminución de la síntesis de prostaglandinas renales).Hidratar al enfermo y cuidar la función renal al inicio del tratamiento. También se han reportado interacciones con el uso concomitante de: ciclosporina, fenobarbital, hidantoínas, probenecid y sulfonamidas; por lo tanto, deberán ajustarse las dosis de estos fármacos. Asociaciones que se deben tomar en cuenta: Antihipertensivos (-bloqueadores, captopril, lisinopril, diuréticos): Reducción del efecto antihipertensivo por la inhibición de las prostaglandinas vasodilatadoras. Interferón alfa: Riesgo de inhibición de la acción del interferón.

ALTERACIONES DE PRUEBAS DE LABORATORIO: Ketoprofeno y su metabolitos en orina, interfieren en las pruebas para detectar albúmina, sales biliares, 17-cetosteroides o 17-hidroxicorticosteroides.

PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: Ketoprofeno no presentó actividad teratógena en ratones y conejos, bajo dosis diaria de 3, 6 y 9 mg/kg durante el periodo de órgano génesis. En cuanto a actividad embriotóxica, ésta no pudo excluirse completamente en los conejos a los dos niveles más elevados en los que se observó una leve embriotoxicidad, la cual pudo haber sido causada por toxicidad materna.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION: Una ampolleta de 100 mg cada 12 ó 24 horas en aplicación intramuscular profunda,

Vía intramuscular	<p>por 2 días.</p> <p>SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL: MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS): Por esta vía de administración no se ha reportado sobre dosificación hasta la fecha.</p> <p>PRESENTACION: Caja con 6 ampolletas de 2 ml de 100 mg.</p> <p>RECOMENDACIONES PARA ALMACENAMIENTO: Consérvese en lugar fresco.</p> <p>LEYENDAS DE PROTECCION: Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños.</p> <p>La vía intramuscular es una de las cuatro vías parenterales que existen para la administración de medicamentos. A la hora de administrar una medicación se debe de actuar sistemáticamente, cumpliendo una serie de pasos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Preparar el material necesario.• Preparar el medicamento.• Elegir el lugar de inyección.• Administrar el medicamento. <p>Los pasos a seguir a la hora de ejecutar la inyección intramuscular son los siguientes:</p>
-------------------	---

- Antes de inyectar el medicamento desinfectaremos la piel. Para ello aplicaremos una torunda impregnada de antiséptico en el centro de la zona elegida. Posteriormente barreremos hacia el exterior los gérmenes de esa zona de la piel es de derecha a izquierda o de arriba abajo.
- la aguja se debe de introducir formando un ángulo de 90° (por lo que es indiferente hacia dónde mire el bisel) con un movimiento firme y seguro, en un solo acto.
- Antes de introducir el medicamento siempre se debe aspirar para ver si hemos conectado con un vaso. En caso afirmativo, debemos extraer la aguja y pinchar nuevamente en otro lugar.
- El medicamento se debe de inyectar lentamente ya que, aparte de ser menos doloroso, iremos dando tiempo a que se vaya distribuyendo por el músculo. Como media emplearemos un minuto -y nunca menos de treinta segundos- en introducir 5 ml de sustancia. Durante todo el procedimiento iremos observando cómo va reaccionando el paciente y le preguntaremos si tiene dolor, si se encuentra mareado, etc.
- Una vez hayamos administrado todo el medicamento, esperaremos unos diez segundos antes de retirar la aguja, pues así evitaremos cualquier pérdida de medicación. A continuación colocaremos la torunda con el antiséptico justo sobre el punto de la inyección al sujetar la piel minimizaremos en lo posible el dolor- y retiraremos la aguja con suavidad y rapidez. Posteriormente haremos una suave presión mientras friccionamos ligeramente la zona para evitar que el medicamento se acumule y así favorecer su absorción.

FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION:

Cada cápsula contiene:

Naproxeno 250 mg

NAXODOL VIA ORAL

Carisoprodol 200 mg
Excipiente c.b.p. 1 cápsula

INDICACIONES TERAPEUTICAS: NAXODOL es un relajante muscular con acción analgésica y antiinflamatoria sostenida y buena tolerancia. Debe acompañarse con descanso y terapéutica física para aliviar el dolor agudo en condiciones músculos esqueléticos como: traumatismos y distensiones musculares, tendinosas y ligamentosas, lumbalgias, tortícolis, bursitis, luxaciones, esguinces, fracturas y contracturas musculares.

FARMACOCINETICA Y FARMACODINAMIA EN HUMANOS: Naproxeno es un agente no esteroide desarrollado por Syntex, que posee propiedades antiinflamatorias, analgésicas y antipiréticas. El naproxeno inhibe la síntesis de prostaglandinas, sin embargo, no se conoce el mecanismo exacto de su acción a antiinflamatoria.

En el hombre, el naproxeno parece ser absorbido totalmente del tracto gastrointestinal después de la administración oral. Los niveles plasmáticos máximos se observan dentro de las primeras 2 a 4 horas después de cada dosis, y se logran condiciones estables en 4 a 5 dosis. El naproxeno posee una vida media aproximada de 13 horas. A niveles terapéuticos, más de 99% de naproxeno en la sangre se encuentra unido a la albúmina del suero. Alrededor de 95% de una dosis de naproxeno se excreta en la orina como naproxeno inalterado, 6-O-desmetilnaproxeno o sus conjugados. La velocidad de excreción coincide cercanamente con la velocidad de desaparición del fármaco en el plasma. El carisoprodol es un relajante muscular de acción central. Su efecto es rápido y con una duración de 4 a

6 horas.

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad a las formulaciones de naproxeno o naproxeno sódico, carisoprodol, meprobamato, mebutamato o tibamato.

Porfiria aguda intermitente. Debido al potencial que existe de reacciones cruzadas de sensibilidad, NAXODOL no deberá administrarse a pacientes en quienes el ácido acetilsalicílico u otros antiinflamatorios analgésicos no esteroides hayan provocado manifestaciones alérgicas serias.

PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA: No se ha establecido la seguridad de NAXODOL durante el embarazo. Al igual que otros fármacos de este tipo, el naproxeno demora el trabajo de parto en animales y afecta el sistema cardiovascular del feto humano (cierre del conducto arterioso). Por eso, no se debe administrar NAXODOL durante el embarazo a menos que sea estrictamente necesario. Tanto el naproxeno como el carisoprodol han sido detectados en la leche materna, por lo cual deberá evitarse el uso de NAXODOL durante la lactancia.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Reacción de hipersensibilidad al carisoprodol, debilidad grave, cuadriplejía transitoria, mareo, ataxia, pérdida temporal de la visión, diplopía, midriasis, disartria, agitación, euforia y confusión, desorientación.

Las reacciones adversas más comúnmente reportadas han sido malestar abdominal, dolor epigástrico, cefalea, náusea, edema periférico (ligero), tinnitus y vértigo. Las siguientes reacciones adversas son raras, pero han sido descritas: Alopecia, reacciones anafilácticas a las formulaciones de naproxeno y naproxeno sódico, angioedema, anemia

aplástica y hemolítica, meningitis aséptica, disfunción cognoscitiva, incapacidad para concentrarse, colitis, neumonitis eosinofílica, necrólisis epidérmica, eritema multiforme, hepatitis fatal, sangrado o perforación gastrointestinal, granulocitopenia, disfunción auditiva, hematuria, hipercaliemia, insomnio, ictericia, enfermedad renal, incluida pero no limitada a glomérulo nefritis, nefritis intersticial, necrosis papilar renal, síndrome nefrótico y falla renal, ulceración gastrointestinal péptica o no péptica, reacciones de fotosensibilidad que incluyen raros casos en que la piel se asemeja a la porfiria cutánea tardía o la epidermólisis bulosa, rash cutáneo, síndrome Stevens-Johnson, trombocitopenia, estomatitis ulcerativa, vasculitis, trastornos visuales, vómito y convulsiones. Se ha observado edema periférico en algunos pacientes que recibieron el naproxeno. Aunque en estudios metabólicos realizados a la fecha no se ha informado de retención de sodio, es posible que los pacientes con función cardíaca comprometida o dudosa puedan presentar un riesgo mayor cuando se les administra NAXODOL.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO: Debido a que el naproxeno se une fuertemente a las proteínas plasmáticas, los pacientes que toman hidantoínas al mismo tiempo que naproxeno, deberán ser vigilados cuidadosamente para poder ajustar la dosis en caso necesario. A la fecha no se ha informado de interacciones entre el naproxeno y los anticoagulantes o las sulfonilureas; debido a que este tipo de interacción se ha observado con otros agentes antiinflamatorios no esteroides se aconseja tener cuidado. Se ha comunicado que algunos fármacos de esta clase pueden inhibir el efecto natriurético de la furosemida. También se ha reportado un aumento de la concentración plasmática de litio debido a una inhibición de la

eliminación renal del mismo. El naproxeno y otros agentes antiinflamatorios no esteroideos pueden reducir el efecto antihipertensivo del propranolol y otros beta bloqueadores. Como con otros antiinflamatorios no esteroideos, el naproxeno puede incrementar el riesgo de falla renal asociado con el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina I. Al administrar conjuntamente la probenecida y el naproxeno, los niveles plasmáticos de naproxeno y su vida media aumentan significativamente. La administración de naproxeno y metotrexato se debe efectuar con cuidado, debido a que se ha informado que el naproxeno, como otros antiinflamatorios no esteroideos puede reducir la secreción tubular de metotrexato en animales, incrementando posiblemente su toxicidad. El carisoprodol puede potenciar los efectos del alcohol etílico, de los depresores del sistema nervioso central y de los fármacos psicotrópicos.

ALTERACIONES DE PRUEBAS DE LABORATORIO: Puesto que el naproxeno puede interferir con algunas pruebas de esteroides 17-quetogénicos, se recomienda que la terapia con NAXODOL sea descontinuada 48 horas antes de hacer pruebas de función adrenal. De manera similar, el naproxeno puede interferir con algunas pruebas urinarias del ácido 5-indoxiindol-acético. Precauciones: En muy raras ocasiones, la primera dosis de carisoprodol puede producir una reacción de hipersensibilidad que aparece dentro de minutos u horas. El uso prolongado o abuso del carisoprodol puede resultar en una habituación o adicción en pacientes susceptibles. Los pacientes que están tomando NAXODOL no deben manejar vehículos de motor, operar maquinaria especializada, o ejercer cualquier actividad que requiera un alto grado de concentración.

Naproxeno no deberá darse a pacientes con úlcera péptica

activa. En pacientes con historia de enfermedad gastrointestinal, naproxeno deberá darse bajo estrecha supervisión. Las reacciones gastrointestinales serias pueden ocurrir en cualquier tiempo en los pacientes que se encuentran en terapia con antiinflamatorios no esteroideos. La incidencia acumulativa de reacciones adversas gastrointestinales serias, incluyendo sangrado gastrointestinal o perforación, se incrementa linealmente con la duración del uso de naproxeno (u otros antiinflamatorios no esteroideos). Como con otros antiinflamatorios no esteroideos existe probablemente un riesgo mayor de reacciones adversas con el uso de dosis mayores de este medicamento. Los estudios a la fecha no han identificado ningún subgrupo de pacientes que no estén en riesgo de desarrollar úlcera péptica y sangrado, sin embargo, pacientes ancianos y debilitados toleran la ulceración gastrointestinal o el sangrado menos que otros. La mayoría de los eventos gastrointestinales fatales asociados con antiinflamatorios no esteroideos ocurren en esta población de pacientes. El naproxeno reduce la agregación plaquetaria y prolonga el tiempo de sangrado, lo anterior deberá tomarse en cuenta cuando este factor sea determinado. Se han reportado elevaciones en una o más de las pruebas de función hepática con agentes antiinflamatorios o esteroides.

Evítese su uso en problemas inflamatorios y dolorosos comunes sin prescripción del médico. No se utilice este medicamento por más de cinco días si no es bajo estricta vigilancia médica, y en el caso en que se requieran periodos mayores, deberá vigilarse al paciente mediante estudios de biometría hemática y pruebas de funcionamiento renal. Uso en pacientes con función renal alterada: Puesto que el naproxeno y sus metabolitos se eliminan en gran parte (95%) en la orina vía filtración glomerular, NAXODOL deberá usarse

con precaución en pacientes con cambios significativos en la función renal. El nivel de creatinina en el suero y/o la depuración de creatinina deben vigilarse en tales pacientes. NAXODOL deberá usarse con cuidado en aquellos pacientes que tengan una depuración de creatinina en menos de 20 ml/minuto al comienzo del tratamiento. En algunos pacientes, específicamente aquéllos con flujo sanguíneo renal comprometido, como en casos de disminución brusca del volumen extracelular, cirrosis del hígado, restricción de sodio, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal preexistente, se deberá evaluar la función renal antes y después del tratamiento con NAXODOL. En algunos pacientes geriátricos, se puede esperar una función renal alterada. Para evitar la posible acumulación excesiva de metabolitos de naproxeno en estos pacientes, se tendrá que considerar una reducción de la dosis diaria. Uso en pacientes con función hepática alterada: La enfermedad hepática crónica de origen alcohólico y probablemente otros tipos de cirrosis reduce la concentración total de naproxeno en el plasma, pero la concentración plasmática de naproxeno libre aumenta. Se desconoce la implicación que este hallazgo puede tener para la dosificación de NAXODOL, pero se aconseja tener cuidado cuando es necesario administrar dosis altas. Uso en ancianos: Los estudios indican que aunque la concentración plasmática total de naproxeno no cambia, la fracción plasmática libre de naproxeno está incrementada en este grupo de pacientes. La implicación de este hallazgo para dosificar el NAXODOL se desconoce; como con otros medicamentos usados en pacientes que se encuentran en esta categoría de edad es prudente usar la dosis efectiva menor. Uso pediátrico: Debido a que los estudios pediátricos de seguridad y eficacia no se han completado, no se recomienda el uso de NAXODOL en menores de 12 años.

PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: El uso de NAXODOL en humanos no se ha relacionado con efectos de carcinogénesis, mutagénesis o teratogénesis. Así como tampoco se ha relacionado con alteraciones sobre la fertilidad.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION:
Dosis: Dos cápsulas dos veces al día (mañana y noche). La dosis de 4 cápsulas por día no debe ser excedida y el tratamiento continuo no debe durar más de dos semanas. Vía de administración: Oral.

SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL: MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS): Los síntomas de la sobre dosificación del carisoprodol pueden ser estupor, coma, shock y depresión respiratoria. Los síntomas de la sobre dosificación de naproxeno pueden ser somnolencia, pirosis, indigestión, náuseas o vómito. Algunos pacientes han experimentado convulsiones no siendo clara la relación con naproxeno. El tratamiento de la sobredosis de NAXODOL incluye lavado gástrico, carbón activado, monitoreo del balance de líquidos, diálisis peritoneal, hemodiálisis, asistencia respiratoria y uso cuidadoso de agentes opresores.

PRESENTACION: Caja con 30 cápsulas.

RECOMENDACIONES PARA ALMACENAMIENTO:
Consérvese en lugar fresco y seco.

LEYENDAS DE PROTECCION:
Su venta requiere receta médica.
No se deje al alcance de los niños.

<p>Vía oral</p>	<p>Literatura exclusiva para médicos.</p> <p>NOMBRE DEL LABORATORIO Y DIRECCION: SYNTEX, S. A. de C. V., División Farmacéutica cerrada de Bezárez No. 9Colonia Molino de Bezárez11910, México, D. F.</p> <p>NUMERO DE REGISTRO DEL MEDICAMENTO: Reg. Núm. 154M83, S. S. A. IEAR-23365/96/IPPA</p> <p>La administración de fármacos por vía oral es la más conveniente y es en general la más segura, la menos costosa y, por lo tanto, la más frecuentemente utilizada. Los fármacos administrados por vía oral se absorben en el tracto gastrointestinal. La absorción comienza en la boca y el estómago pero se efectúa principalmente en el intestino delgado. Para llegar a la circulación general, el fármaco debe primero atravesar la pared intestinal y luego el hígado. La pared intestinal y el hígado alteran químicamente (metabolizan) muchos fármacos, disminuyendo la cantidad absorbida.</p> <p>Factores psicológicos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Experiencias dolorosas anteriores ➤ El grado de amenaza para la vida ➤ El grado que el individuo puede entender sobre el origen y el significado del dolor. ➤ El tipo de personalidad del individuo en relación con sus reacciones hacia los estímulos. ➤ Las actitudes valores y patrones para reaccionar que ha aprendido. ➤ La presencia de otros estímulos que producen tensión (la tensión emocional acelera la reacción hacia el dolor) <p>La cantidad de atención que se le presta al dolor ya</p>
-----------------	---

Apoyo psicológico	que este le afecta en su totalidad al individuo.
EVALUACION: La medicación que fue indicada ayudara a disminuir el dolor del miembro pélvico inferior, así como con el apoyo de otras terapias como la musicoterapia ayudara a tranquilizar y olvidar el dolor que siente el cliente durante su estancia hospitalaria.	

PLAN DE INTERVENCIONES

USUARIO INICIALES: _____ GME _____ EDAD: _____ 30 AÑOS _____
 GENERO: _____ FEMENINO _____ SERVICIO: URGENCIAS _____ FECHA DE ELABORACIÓN: _____ 23 DE
 MARZO DE 2006. _____

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Deterioro de la movilidad física relacionado con perdida de la integridad de las extremidades óseas manifestado por limitación de la habilidad para las habilidades motoras gruesas.

RESULTADOS ESPERADOS: Control del dolor.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>INTERDEPENDIENTES</p> <p>Valorar el estado del paciente</p>	<p>La valoración fisiológica, psicológica y cultural, contribuye a la elaboración de un diagnostico y planeación de intervenciones de enfermería.</p> <p>La identificación oportuna de las fases en torno al dolor permite establecer un plan terapéutico para evitar, disminuir o controlar el dolor.</p> <p>Una relación que brinda apoyo, atención y ayuda, estimula conductas para disminuir, controlar o aliviar el dolor.</p> <p>El establecimiento de una relación terapéutica entre personal de salud, paciente y familiares favorecen la apertura para expresar sentimientos y aceptar sugerencias.</p> <p>La piel es el órgano más extenso del cuerpo, al que recubre en su totalidad. Además de actuar como escudo protector contra el</p>

calor, la luz, lesiones e infecciones, la piel también cumple estas

funciones:

- Regula la temperatura corporal.
- Almacena agua y grasa.
- Es un órgano sensorial.
- Evita la pérdida de agua.
- Previene la entrada de bacterias.

Las características (es decir, el grosor, el color, la textura) de la piel no son uniformes en todo el cuerpo. Por ejemplo, la cabeza presenta más folículos pilosos que cualquier otra parte, mientras que la planta de los pies no tiene ninguno. Además, la piel de la planta de los pies y de la palma de las manos es más gruesa.

La piel está compuesta por las siguientes capas, cada una de ellas desempeña distintas funciones:

- Epidermis.
- Dermis.
- Capa de grasa subcutánea.

Epidermis: La epidermis es la capa externa delgada de la piel compuesta por las tres partes siguientes:

- **Estrato córneo (capa córnea)**

Esta capa consiste en queratinocitos completamente maduros que contienen proteínas fibrosas (queratinas). La capa más externa se renueva constantemente. El estrato córneo previene la entrada de la mayoría de las sustancias extrañas y la pérdida

de fluidos corporales.

- **Queratinocitos (células escamosas)**

Esta capa, que se encuentra debajo del estrato córneo, contiene queratinocitos activos (células escamosas), que maduran y forman el estrato córneo.

- **Capa basal**

La capa basal es la capa más profunda de la epidermis que contiene células basales. Las células basales se dividen continuamente, formando nuevos queratinocitos que reemplazan a los antiguos que se desprenden de la superficie cutánea.

La epidermis también contiene melanocitos que producen **melanina** (el pigmento de la piel).

Dermis: La **dermis** es la capa media de la piel. La dermis está compuesta por lo siguiente:

- Vasos sanguíneos.
- Vasos linfáticos.
- Folículos pilosos.
- Glándulas sudoríparas.
- Fibras de colágeno.
- Fibroblastos.
- Nervios.

La dermis se mantiene unida por una proteína denominada **colágeno**, compuesta por fibroblastos. En esta capa se encuentran los receptores del dolor y del tacto.

Capa subcutánea: La **capa subcutánea** es la capa más

profunda de la piel. Está compuesta por una red de células de colágeno y grasa, que ayuda a conservar el calor corporal y protege el cuerpo contra lesiones puesto que amortigua los impactos.

El yeso sirve para mantener en su lugar un hueso roto mientras se consolida. Los yesos también ayudan a prevenir o a disminuir las contracciones musculares y son eficaces para inmovilizar, especialmente después de una cirugía.

El yeso inmoviliza las articulaciones que se encuentran por encima y por debajo de la zona que se debe mantener derecha e inmóvil.

La parte exterior, o dura, del yeso puede estar hecha con dos materiales diferentes.

- Yeso - de color blanco.
- Fibra de vidrio - disponible en diversos colores, patrones y Folículos pilosos.
 - Glándulas sudoríparas.
 - Fibras de colágeno.
 - Fibroblastos.
 - Nervios.

La dermis se mantiene unida por una proteína denominada **colágeno**, compuesta por fibroblastos. En esta capa se

encuentran los receptores del dolor y del tacto.

Capa subcutánea: La **capa subcutánea** es la capa más profunda de la piel. Está compuesta por una red de células de colágeno y grasa, que ayuda a conservar el calor corporal y protege el cuerpo contra lesiones puesto que amortigua los impactos.

El yeso sirve para mantener en su lugar un hueso roto mientras se consolida. Los yesos también ayudan a prevenir o a disminuir las contracciones musculares y son eficaces para inmovilizar, especialmente después de una cirugía.

El yeso inmoviliza las articulaciones que se encuentran por encima y por debajo de la zona que se debe mantener derecha e inmóvil.

La parte exterior, o dura, del yeso puede estar hecha con dos materiales diferentes.

- Yeso - de color blanco.
- Fibra de vidrio - disponible en diversos colores, patrones y diseños.
- zona de la pierna o la rodilla.

Una vez que su yeso se haya secado, evite que se moje. Cuando se bañe, usted puede cubrir el yeso con una bolsa plástica o mantener la parte enyesada, fuera de la bañera para

	<p>conservarla seca. Si una parte del yeso se mojase, séquelo utilizando un secador de pelo en temperatura fría.</p> <p>Durante los primeros días para prevenir la hinchazón, mantenga elevada su pierna o brazo enyesado, con la ayuda de varias almohadas. Su brazo o pierna deberá estar elevado/a a la altura del corazón. Acuda a la sala de emergencias más cercana. Si: siente que sus dedos se han adormecido, hormiguean, o si siente frío o dolor, si sus dedos se hinchan o se ponen azules, morados o si pierden color y se vuelven pálidos, si usted percibe mal olor o nota un drenaje con mal olor que sale de su yeso, si siente un apretón, punzada o dolor con ardor debajo de su yeso ó si el yeso se desmorona, agrieta, resquebraja o se parte y si el yeso llega a humedecerse, se empapa y se ablanda.</p>
<p>EVALUACION: Los cuidados ofrecidos mediante todo el personal de salud es para una pronta recuperación de la cliente y para que esta vuelva a incorporarse a su rutina diaria y ayudarla a prevenir en un futuro posibles complicaciones o secuelas de una mala recuperación.</p>	

protegerla del contacto directo con la inmovilización. La cantidad de almohadillado depende de la forma de la inmovilización, el fin de la misma y el tipo de lesión. La inmovilización debe ser lo más cómoda posible hasta que la zona lesionada tratada de esta forma cure o los huesos consoliden en su alineación correcta. Debido al proceso inflamatorio que acompaña a las lesiones, y al deterioro de la inmovilización, a veces es necesario cambiar la misma, siempre con la precaución de que el hueso roto que se está tratando no se descoloque.

Las inmovilizaciones se aplican en diferentes formas y tamaños dependiendo de su fin, las inmovilizaciones para el tratamiento de fracturas de la pierna puede extenderse por encima de la rodilla o terminar debajo de la misma. En algunas inmovilizaciones de pie y pierna se coloca un dispositivo en el talón para permitir andar sobre el mismo, con o sin bastones, la inflamación en la zona lesionada es común al principio, y puede producir presión en el interior del yeso, por lo que en las primeras 48 horas de la colocación del mismo probablemente se note la sensación de estar muy apretado. Para reducir la inflamación:

Eleve la parte lesionada por encima del corazón, colocando la misma sobre la almohada o sobre otro soporte (puede hacerlo levantando la pierna cuando esté tumbado o elevando el brazo, si estas son las zonas afectas). Señales de precaución en la inmovilización son:

- Aumento del dolor, que puede ser causado por la hinchazón o debido a una presión excesiva de la inmovilización.
- Entumecimiento y molestias en la mano o pie, que pueden ser originados por una presión excesiva sobre los tejidos nerviosos.
- Inflamación y sensación de punzadas, pudiendo ser causadas por una presión indebida sobre la piel.
- Hinchazón y edema exagerados debajo de la inmovilización, pudiendo significar que el yeso está dificultando la circulación sanguínea.

Cambio de posición

- Cambios de coloración en la inmovilización, que puede indicar un sangrado o supuración dentro del yeso.
- Fiebre no asociada con otras enfermedad, tras los primeros días, en los que se acomoda o ajusta a su inmovilización, el cuidado de la misma en las mejores condiciones le ayuda a conseguir la recuperación de la zona lesionada son.
- Manténgalo siempre seco. La humedad y la suciedad pueden ablandarlos y hacer que sea un soporte ineficaz para tratar su lesión.
- Puede utilizar una bolsa de plástico o bien bolsas especiales resistentes al agua para mantenerlo seco mientras se ducha o baña.
- No retire el almohadillado de algodón de su interior.
- No emplee objetos punzantes para rascarse.
- No corte ni recorte los extremos del mismo.
- Inspeccione la piel alrededor de la inmovilización. Si ésta se torna roja o nota un mal olor, contacte con su Doctor.
- Inspeccione el yeso regularmente. Si se rompe o aparecen áreas blandas, contacte con su Doctor.

POSICION ANATOMICA

Debido a que el individuo es capaz de adoptar diversas posiciones con el cuerpo, se hizo necesario en anatomía buscar una posición única que permitiera la descripción. Una vez definida hay la posibilidad de establecer la ubicación y localización de cada una de las partes, órganos y cavidades del cuerpo humano.

Esta posición requiere varias condiciones:

Estar de pie

Cabeza erecta sin inclinación

Ojos abiertos, mirando al frente y al mismo nivel

Brazos extendidos a los lados del cuerpo

Palmas de las manos mirando hacia delante

Piernas extendidas y juntas

Pies paralelos y talones juntos

Tipos de posiciones: Posición de Seguridad:

Decúbito lateral con una pierna flexionada (Posición de SIMS, SEMIPRONA o DE DEFENSA). Para técnicas de enfermería como administración de enemas, curas... y para pacientes inconscientes.

Decúbito Supino:

Tumbado sobre la espalda, con los brazos en extensión y cerca del cuerpo, pero con las piernas flexionadas y apoyando los talones en la cama. Sirve para relajar los músculos del abdomen.

Decúbito Dorsal:

Tumbado sobre el abdomen, piernas extendidas y la cabeza girada hacia un lado. Los brazos pueden estar extendidos a lo largo del cuerpo o a ambos lados de la cabeza. Para operados de la zona dorsal. También llamada Posición de Decúbito Ventral.

Decúbito Prono:

Recostado sobre un lateral de su cuerpo. Su espalda está recta y la pierna inferior estará en extensión o ligeramente flexionada, mientras que la pierna superior está flexionada. Para administrar

enemas, exploraciones, higiene, masajes, etc.

Decúbito Lateral:

Entre decúbito lateral y prono. Recostado sobre un lateral de su cuerpo, con la cabeza ligeramente ladeada, el brazo inferior atrás, extendido, el superior flexionado hacia adelante y arriba, y las piernas flexionadas, más la superior que la inferior.

Fowler:

Semisentado, con las rodillas ligeramente flexionadas y el respaldo de la cama con una inclinación de 45°. Para pacientes con problemas cardíacos, respiratorios, también para comer, leer, etc. / Semi Fowler: 30°; Fowler Alta: 90°.

Trendelenburg:

En decúbito supino sobre la cama o camilla, con una inclinación de 45°, con la cabeza más baja que los pies, con el fin de favorecer el riego sanguíneo en el cerebro. Para tratamientos quirúrgicos de la zona pelviana, lipotimias, etc.

Si es necesario realizar una inmovilización, se deberán utilizar los elementos que se tengan a la mano como tablas, revistas, periódicos, palos de escoba, toallas enrolladas, cartón, etc. Primero se colocará una gasa o pañuelo limpio entre la piel y la tablilla. Seguidamente se inmovilizar la parte afectada amarrando la tablilla por los extremos, sujetando al miembro afectado. Se debe tener especial cuidado en no apretar demasiado, así como de no hacer el amarre con alambre, cordones, pitas o similares. De ninguna manera debe tratar de colocar el hueso en su sitio. Inmovilización del tobillo con bota corta de yeso,

	almohadillado con una delgada capa de algodón (o soft-band). Se deja la bota de yeso abierta o entre-abierta, no ambulatoria (sin taco); pie elevado.
EVALUACION: Los conocimientos que se le dan a la clienta son de suma importancia para su alta ya que de esta manera acepta un nuevo rol de vida y los beneficios son para una pronta recuperación.	

relación entre los alimentos y los líquidos con la salud y la enfermedad, especialmente en la determinación de una dieta óptima. Una dieta es el tipo, cantidad y calidad de alimento y bebida que consumimos, el alimento es algo que nutre a nuestro cuerpo. Desde antes de nuestro nacimiento hasta antes de nuestra muerte la alimentación es un factor dominante y necesario en nuestra vida diaria para nuestra supervivencia.

Los alimentos nos proporcionan energía para nuestra actividad diaria y para nuestras funciones vitales como lo son la respiración, la contracción del corazón, el mantenimiento de nuestra masa ósea y muscular, la regulación del movimiento de nuestros músculos, el mantenimiento de la masa de nuestros huesos, la función adecuada de nuestro sistema nervioso y así podríamos seguirnos con todos los órganos de nuestro cuerpo desde la piel hasta el uso de nuestras funciones intelectuales.

La fibra acelera el avance de los alimentos que pasan a lo largo del aparato digestivo y permite que las evacuaciones intestinales sean regulares. La mayor facilidad para el paso de las heces fecales mantiene a los músculos intestinales en buena condición y evita la lentitud que ocasiona que las heces permanezcan en el colon durante periodos prolongados. Esto contribuye a prevenir las enfermedades del intestino, incluyendo la formación de pólipos, los cuales, si no son tratados pueden conducir al desarrollo de cáncer del colon.

La fibra es la parte estructural de frutas, verduras y granos que el sistema digestivo no es capaz de digerir ni de destruir. Aumentar el consumo de fibra en la dieta es un factor importante para mejorar su bienestar general, se ha encontrado que el salvado disminuye la concentración de

Manejo de la medicación

SENOKOT / SENOKOT F

glucosa (azúcar) y de colesterol en la sangre. El salvado se ha convertido en un elemento inseparable de las personas que están a dieta debido a que es eficaz como parte de un programa global de control de peso. Los alimentos fibrosos le proporcionan a usted una sensación de plenitud debido al gran volumen de la fibra.

Excipiente c.b.p. 1 tableta
Cada 100 ml de SENOKOT Solución contienen:
Senósidos A-B obtenidos de polvo
de vaina de Cassia acutifolia 4 g
(normalizado a 200 mg de senósidos A-B)
Vehículo c.b.p. 100 ml

INDICACIONES TERAPEUTICAS: Indicado en casos de estreñimiento de leve a severo, causado por: embarazo, posparto, poscirugía, convalecencia, pacientes inmobilizados, ingesta dietética inadecuada, estrés, senectud, uso de medicamentos. Así como en padecimientos ano rectales, cerebro vasculares o cardiovasculares donde se deban evitar esfuerzos.

FARMACOCINETICA Y FARMACODINAMIA EN HUMANOS: Los senósidos actúan en el intestino grueso, aumentando la frecuencia de los movimientos de masa y disminuyendo la actividad segmentante que obstaculiza el tránsito intestinal normal. Se han sugerido dos posibles mecanismos de acción: el primero mediante la ruptura de los senósidos en el intestino delgado, donde los aglicones derivados de esta ruptura son absorbidos hacia el torrente sanguíneo, a través del cual llegan al colon. El segundo consiste en que la mayoría de los senósidos pasan sin cambio hasta el colon donde son transformados

por la flora bacteriana normal en aglicones libres activos. Por cualquiera de los dos mecanismos su acción final es inhibir la actividad de la adenosina trifosfatasa (ATPasa) cíclica del sodio y del potasio, lo que involucra a péptidos regulatorios gastrointestinales. Además causa un estímulo en el plexo mientérico (Auerbach), lo que provocará finalmente la regulación en el peristaltismo colónico. La evacuación ocurre entre 8 y 12 horas después de la ingesta de los senósidos. Debido a su mecanismo de acción la evacuación es similar a la evacuación fisiológica. Los metabolitos que son absorbidos se excretan por la orina, las heces y otras secreciones incluyendo a la leche.

CONTRAINDICACIONES:

- ° Oclusión intestinal y cuadro de abdomen agudo.
- ° Debe usarse con precaución en pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas del intestino delgado.
- ° No se recomienda el uso del fármaco por tiempo prolongado.

PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA: Su uso es seguro durante el embarazo y aunque los metabolitos de los senósidos pueden excretarse por la leche materna, estos metabolitos no pueden causar daño en el lactante.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Cuando se utiliza por tiempos muy prolongados puede producir diarrea acuosa o dolor abdominal moderado.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO: No se han descrito interacciones con otros medicamentos.

	<p>ALTERACIONES DE PRUEBAS DE LABORATORIO: No se ha descrito alteración en alguna prueba de laboratorio.</p> <p>PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: No se han descrito alteraciones de este tipo.</p> <p>DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION: SENOKOT Tabletas: Tomar 2 tabletas antes de acostarse SENOKOT Solución: ° Adultos tomar dos cucharadas por la noche antes de acostarse. ° En pacientes embarazadas se recomienda la mitad de la dosis. ° Niños: — De 1 mes a 1 año de edad $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ cucharadita al día. — De 1 a 5 años: Media a una cucharadita al día. — Mayores de 5 años: Una a dos cucharadas al día.</p>
<p>EVALUACION: Se facilita la expulsión de heces sin mucho esfuerzo mediante la medicación prescrita, junto con los líquidos y la dieta adecuada Se obtiene un mejor resultado para una pronta recuperación y alivio del cliente y así está pueda ser dada de alta y continuar su recuperación en su domicilio.</p>	

PLAN DE INTERVENCIONES

USUARIO INICIALES: _____ GME _____ EDAD: _____ 30 AÑOS _____
 GENERO: _____ FEMENINO _____ SERVICIO: URGENCIAS FECHA DE ELABORACIÓN: _____ 23 DE
MARZO DE 2006.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Déficit de autocuidado baño/higiene relacionado con deterioro músculo esquelético manifestado por incapacidad para entrar y salir del baño, lavar total o parcialmente el cuerpo.

RESULTADOS ESPERADOS: Autocuidado baño

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>INDEPENDIENTES</p> <p>Baño diario</p>	<p>Un buen baño nos ayuda a sentirnos limpios todo el día, a estar libre de infecciones en la piel por no dejar la suciedad sobre la misma, el baño debe ser diario e implicará lavar la ropa, plancharla y estar limpio del cuerpo.</p> <p>El baño tiene como <u>objetivo</u> brindarle higiene y ser terapéutico para el paciente El baño provoca un sentido de bienestar, ayuda frecuentemente a <u>la moral</u>, apariencia y auto respeto del individuo.</p> <p>Lavarse las manos antes de cada comida</p> <p>Antes de cada comida debes lavarte las manos. De igual manera después de comer, sobre todo cuando se come algún alimento que se debe tomar con las manos como: pan, tortilla, fruta, etc. El mantener las manos limpias antes de cada comida o cuando se va a preparar algún alimento, ayuda a que no contaminemos lo que vamos a</p>

<p>Baño de esponja</p>	<p>comer, y por tanto permanezcamos sanos con dichos cuidados preventivos. Procura acostumbrarte a ello, es una buena costumbre.</p> <p>Cuidar nuestro aspecto personal</p> <p>La imagen de tu exterior debe ser congruente con tu interior. Debes cuidar tu aspecto personal: con la pulcritud y aseo personal, con tu vestimenta sencilla, con el calzado lustrado y limpio, uñas limpias y bien recortadas, cabello limpio y peinado.</p> <p>Lavarse los dientes después de cada comida</p> <p>Al levantarte, procura como primera actividad, lavarte los dientes, tendrás un aliento fresco y agradable, así antes de dormir procura lavarte la boca. También es necesario que te acostumbres a lavarte los dientes después de cada alimento. Utiliza utensilios para dar mejor limpieza a tus dientes, como el hilo dental y la loción refrescante, éstos te ayudarán a retirar mejor los residuos de alimentos que no retiro el cepillo, en los dientes, úsalo de vez en cuando como complemento y el aseo de tus dientes será más efectivo.</p> <p>Elimina las células muertas, las secreciones el sudor y el polvo favorece la función circulatoria.</p> <p>La persona enferma suele ser poco resistente a infecciones, por lo que la presencia de ciertos microorganismos a su alrededor representa una amenaza constante para su salud; para que los pacientes se sientan mas cómodos y descansados tanto física como mentalmente, debe realizar practicas higiénicas relativas a</p>
------------------------	---

Cuidados de los pies

la limpieza.

Aplicar jabón o shampoo, friccionar con las yemas de los dedos la superficie del cuero cabelludo y piel y frotar cuantas veces sea necesario ya que a mayor número de microorganismos, mayor cantidad y concentración del agente destructor. Las sustancias tenso activas o surfactantes producen espuma.

Cada cabello se mantiene flexible por virtud de las glándulas sebáceas que secretan sebo en el folículo, cerca de la superficie de la piel el jabón saponifica las grasas. el agua corriente favorece el arrastre mecánico de los microorganismos

El secado perfecto de la piel ayuda a prevenir irritaciones.

Los pies son el motor principal para movernos a diferentes distancias, velocidades y lugares, por eso hoy en día es necesario tomar en cuenta algunos consejos para ayudar a mantenerlos en excelente estado. Un aseo con agua y jabón debe hacerse por lo menos una vez al día. Al finalizar, debe secar perfectamente sus pies, pues la humedad y la falta de ventilación por el uso de zapatos ayudan a que proliferen los hongos y como consecuencia, se presente mal olor y descamación de la planta.

Por otra parte, usar los zapatos adecuados es de gran ayuda para la buena salud del pie. Tomen en cuenta que los que aprietan o son muy angostos

INTERDEPENDIENTES

Apoyo con muletas

pueden causar callos o juanetes en tanto que los muy grandes no darán el apoyo adecuado y posiblemente producirán ampollas. Evite que sean de material sintético, ya que éste propicia el sudor.

Usar calzado inadecuado puede acarrear las siguientes consecuencias:

- Juanetes.
- Dolores en la planta del pie y en el antepié.
- Deformidades en los dedos.
- Inflamación en los pies, pues la sangre no circula correctamente.
- Callosidades originadas por el roce y la presión.
- Inflamaciones en el tendón de Aquiles, dolores en los gemelos y en las rodillas.

Las muletas son soportes que le permiten caminar con una pierna o un pie lesionado.

Para caminar: Desplace las muletas hacia adelante en forma pareja, manteniendo su pierna lesionada levantada. Inclínese hacia adelante, apoyando su peso sobre las manos mientras sujeta las muletas por su empuñadura. No apoye las muletas sobre sus axilas porque la presión puede dañar un nervio que pasa por las axilas. Lleve la pierna sana hacia delante, apoyando el pie un poco más adelante que las muletas. Repita. (Nota: En algunos casos su profesional médico puede permitir que se apoye en la pierna lesionada mientras está usando las muletas.)

Para levantarse de una silla o de la cama: Junte ambas muletas y tómelas por su empuñadura con la mano que está del lado de la pierna lesionada. Levántese de la silla o de la cama apoyándose en la otra mano y empujando

hacia arriba sobre las muletas. Use su pierna sana para pararse. Conserve su equilibrio y ponga una muleta a cada lado del cuerpo antes de empezar a caminar.

Para sentarse: Junte las dos muletas y tómelas por su empuñadura con la mano que está del lado de la pierna lesionada. Apóyese en la silla o la cama con la otra mano y vaya bajándose lentamente. A menos que le permitan apoyarse sobre la pierna lesionada, manténgala levantada y apóyese siempre sobre la pierna sana.

Escaleras: Para subir, acérquese a las escaleras. Suba un escalón con la pierna sana, y después suba las muletas y la pierna lesionada hasta el mismo escalón. Repita. Para bajar, ponga primero las muletas y la pierna lesionada en el primer escalón hacia abajo. Después baje con su pierna sana. Repita. Si tiene un pasamanos, coloque ambas muletas debajo del brazo opuesto y use el pasamanos para apoyarse. Recuerde: "Subir con la buena, bajar con la mala."

Para pasar por las puertas: Compruebe que tiene el espacio suficiente para que sus piernas y las muletas puedan pasar por la puerta. Después de abrir la puerta, trábela para que no se cierre con la punta de una muleta. Pase por la puerta.

Tenga cuidado de no resbalarse en agua o sobre el hielo.

A veces las muletas se frotan contra la piel, entre el brazo y el pecho. Para evitar escamas en el cuerpo puede usar loción corporal o talco.

Si se le cansan o se le irritan las manos, puede añadir

	<p>material acolchado en las empuñaduras de las muletas.</p> <p>No se recueste sobre las muletas ni las apoye contra sus axilas. Si siente presión sobre sus axilas aunque esté usando las muletas correctamente, eso quiere decir que son muy largas y hay que acortarlas</p>
<p>EVALUACION: Los cuidados y atenciones ofrecidos mediante todo el personal de salud es para una pronta recuperación de la cliente y para que esta vuelva a incorporarse a su rutina diaria y ayudarla a prevenir en un futuro posibles complicaciones o secuelas de una mala recuperación.</p>	

Se aplica maquillaje

ultimo se aplica lápiz labial, quedando con una buena impresión de su imagen.

El maquillaje sirve para ocultar los pequeños defectos del rostro, sobre todo para disimular pequeñas manchitas, marcas o cualquier otra diferencia de tono que puedas tener en la cara.

Al ayudar a la aplicación del maquillaje el cliente refleja satisfacción de su recuperación y tiene ánimos de arreglarse y mantener una buena presencia de su imagen corporal.

Evaluación: La cliente mejora su estado de ánimo y aspecto personal al aplicarse estos productos ayuda a olvidar que se encuentra hospitalizada.

Terapias de relajación
(Manualidades etc.)

Primero se debe de evaluar el comportamiento emocional se debe de incrementar la comprensión por parte del personal acerca de los procesos emocionales y su relación con la salud y el bienestar.

Se observa al paciente en su ambiente y se determina Estado emocional actual relacionado como un evento específico, como parte del humor preponderante o como patrones de reacciones emocionales.

El evento que hay en estar hospitalizado

- Promover situaciones y experiencias o eventos que aumenten las emociones agradables.
- Hacer un intento por controlar y eliminar las situaciones experiencias o eventos innecesarios
- La distracción o manipulación ambiental para alterar las emociones y los humores indeseable
- Dar a conocer la situación actual los beneficios de estar en un hospital
- Se puede dar una reacción que armonice con logro de sus metas
- Favorecer la expresión adecuada de las emociones de la manera mas directa que armonice con la seguridad y el bienestar de la usuaria, permitiendo la comunicación.

La utilización de terapias adecuadas a cada caso ayuda al individuo a su encuentro o reencuentro para lograr paz, serenidad y aceptación en la medida que sus capacidades y actitudes así como a sus patrones socioculturales.

El individuo con autoestima elevada esta en condiciones de enfrentar dificultades emocionales.

Las técnicas terapéuticas para transformar sentimientos y terapias tienen como objetivo principal controlar la ansiedad y funcionamiento corporal y enfrentar al individuo a crisis y situaciones nuevas o resolutorias.

Algunas actividades que ofrecen descanso y control de sentimientos son esparcimiento y conocimiento:

- Convivencia con la naturaleza
- Jardinería o arte de cultivar las plantas
- Lectura (obras clásicas, historias, mitologías, recreativas y religiosas.)
- Tejidos y bordados

Evaluación: La ansiedad disminuye con el descanso, distracción o por medio de manualidades que el cliente realiza durante su estancia hospitalaria para mantener su mente despejada y se olvide por un momento de su enfermedad.

PLAN DE INTERVENCIONES

USUARIO INICIALES: _____ GME _____ EDAD: _____ 30 AÑOS _____
GENERO: _____ FEMENINO _____ SERVICIO: URGENCIAS FECHA DE ELABORACIÓN: _____ 23 DE
MARZO DE 2006.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Déficit de actividades recreativas relacionada con inmovilidad física manifestado por su expresión facial.

RESULTADOS ESPERADOS: Participación en actividades de ocio.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p data-bbox="180 776 451 808">INDEPENDIENTES</p> <p data-bbox="180 846 451 878">Estimular las lectura</p>	<p data-bbox="1016 883 1829 1078">La lectura se presenta como un hecho cotidiano y gratificante que enriquece la existencia y proporciona placer, conocimiento y compañía. Los múltiples libros que se presentan corresponden tanto a autores clásicos, como actuales, y entre ellos figuran novelas, poesías, ensayos y biografías.</p> <p data-bbox="1016 1122 1829 1252">El cliente al estar sujeto a inmovilización en la cama suele aburrirse por estar dentro en el cuarto y en una sola posición es por eso importante saber como podemos ayudar a distraerse para poder lograr sobrellevar su enfermedad.</p> <p data-bbox="1016 1295 1829 1393">Es por eso importante, el que lee se transforma, se mira hacia adentro, reflexiona. Leer un libro es como mirar un paisaje, guardarlo adentro y poder sacarlo en cualquier otro</p>

La pintura decorativa	<p>momento.</p> <p>Es decorar un objeto por medio de pinturas, colas o cualquier otro elemento que sirva para modificar su aspecto externo.</p> <p>Técnicas: estarcido, estampación, pintura a mano alzada, esponjado.....</p> <p>Estarcirse puede pintar con ayuda de plantillas compradas o realizadas por uno mismo. A este sistema se la llama estarcir. Se utilizan pinturas y pinceles especiales para ella, aunque, es posible hacerlo uno mismo con una pequeña esponja y brochas redondas pequeñas y esta manualidad ayuda a relajarse y olvidarse de ciertas enfermedades y dolores durante la estancia hospitalaria.</p>
Evaluación : A la cliente le favorece la lectura y le ayuda a distraerse ya que esto mejora su estado de ánimo y se olvida por un momento que se encuentra hospitalizada	

GLOSARIO

ALIMENTO: Cualquier sustancia que sirve para nutrir y proporcionar los nutrientes necesarios para el organismo.

AFERENTE: Que conduce hacia adentro.

ANSIEDAD: Agitación e inquietud que acompaña algunas enfermedades.

ARACNOIDES: Una de las tres capas del cerebro (meninges).

ARTRITIS: Inflamación de una articulación.

AXON: Proyección neuronal que conduce impulsos procedentes del cuerpo celular.

ARTICULACIÓN: Lugar donde se unen dos o más extremos de huesos.

ARTRALGIA - dolor en las articulaciones.

ARTRITIS - inflamación de las articulaciones.

ARTRITIS REUMATOIDEA JUVENIL (ARJ) - forma de artritis que se presenta en los niños de hasta 16 años y que produce inflamación y rigidez en las articulaciones.

ARTRITIS SÉPTICA (infecciosa) - infección en el líquido y los tejidos de la articulación.

ARTROGRAFÍA - radiografía de una articulación.

ARTROSCOPIA - utilización de una cámara interarticular que se introduce, a través de una pequeña incisión, en una articulación para ver su interior; este procedimiento permite al médico evaluar, reparar o reconstruir los tejidos dentro y alrededor de las articulaciones.

ARTROLOGIA: La artrología es la parte de la anatomía que tiene por objeto el estudio de las articulaciones.

ANFIARTROSIS: Son articulaciones semimóviles, en éste caso las superficies articulares están cubiertas de cartílago y el medio de unión es por dos tipos de ligamentos: ligamento ínter óseo fibroso o fibrocartilaginoso y ligamentos periféricos que rodean al ligamento anterior.

CORION: Piel verdadera o dermis.

CARTÍLAGO - tejido conectivo que cubre los extremos de los huesos en una articulación.

CENTELLOGRAMA ÓSEO - método nuclear de diagnóstico por imágenes que sirve para evaluar cualquier cambio artrítico y, o degenerativo en las articulaciones, para detectar enfermedades y tumores en los huesos o determinar la causa del dolor o de la inflamación de los huesos.

CIFOSIS - curvatura hacia adelante de los huesos de la espalda (vértebras) en la parte superior de la espalda, que se asemeja a una "joroba".

CIRUGÍA ORTOPÉDICA (También llamada ortopedia.) - especialidad de la medicina dedicada al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de lesiones y enfermedades del sistema músculo esquelético.

CIRUJANO ORTOPÉDICO (También llamado ortopedista o médico ortopédico.) - médico que diagnostica, trata y controla el proceso de rehabilitación y suministra protocolos de prevención para pacientes que sufren lesiones o enfermedades en cualquiera de los componentes del sistema músculo esquelético.

CIRCUNDUCCIÓN: Se caracteriza por la descripción de un movimiento en cono cuyo vértice está formado por las superficies articulares que forman dicha articulación.

CODO DE NIÑERA - también llamada pronación dolorosa del codo, es un trastorno frecuente en los niños menores de 4 años en el cual el radio (uno de los huesos del antebrazo) se sale de su lugar de unión con la articulación del codo.

CONGÉNITO - presente al nacer.

CONTUSIÓN - moretón.

DERMATITIS: Es la inflamación de una o varias capas de la piel.

DIAFISIS: Cuerpo de un hueso largo.

DOLOR: Es una sensación molesta de alguna parte del cuerpo.

DESLIZAMIENTO: Es un movimiento que presentan todas las diartrosis, y permite que una superficie articular corra o rueda sobre otra.

EFERENTE: Que se aleja del centro.

ENDOSTIO: Revestimiento interior de huesos, cavidades y espacios medulares.

EPIDERMIS: La capa más externa de la piel, no vascular, compuesta de cinco capas.

ESTREÑIMIENTO: Trastorno digestivo que se caracteriza por la retención de heces fecales.

ESCOLIOSIS - curvatura y rotación lateral o hacia un costado de los huesos de la columna (las vértebras) que hacen que la persona parezca inclinada hacia un lado.

ESGUINCE - desgarró parcial o total de un ligamento.

FERULA: Es un dispositivo empleado. Para la restricción de movimientos o la inmovilización de una extremidad.

FRACTURA: Pérdida de la continuidad del hueso, romper o quebrantar un hueso con algún tipo de esfuerzo.

FÉMUR - hueso del muslo.

HIPODERMICO: Aplicado debajo de la piel.

LIGAMENTO - banda de tejido fibroso blanco, brillante y flexible que une las articulaciones entre sí y conecta varios huesos y cartílagos.

LÍQUIDO SINOVIAL - líquido transparente y pegajoso que secreta la membrana sinovial y lubrica las articulaciones y los tendones.

LORDOSIS - curvatura hacia adelante de los huesos de la espalda (vértebras) en la parte inferior de la espalda, por la cual el niño muestra un "dorso cóncavo".

LUXACIÓN - se produce cuando, al aplicar una fuerza extrema sobre un ligamento, se separan los dos extremos del hueso. Las luxaciones también pueden afectar a una articulación, el punto en el que se unen dos o más huesos. La articulación se forma como una articulación de "bola y cónito" (rótula). Cuando una articulación se luxa, la cabeza del hueso (bola) se sale de forma parcial o completa del cónito (o acetábulo).

MENINGES: Tres membranas que cubren y protegen el cerebro y la médula espinal, la membrana más interna es la pía madre, la media es la aracnoides y la más externa se llama duramadre.

MUSICA: Se define como melodía o armonía y combinación de sonidos modulados.

MIOLOGIA: Los músculos son órganos que tienen la propiedad de contraerse, se encargan de la motricidad del cuerpo humano, su función es de locomoción.

OSTEOBLASTO: Célula derivada de un fibroblasto y cuando madura participa en la producción del hueso.

OSTEOMIELITIS - infección en los huesos.

OPOSICIÓN: Es cuando el movimiento asegura que uno de los huesos se puede colocar en dos sentidos opuestos, adentro-afuera o atrás-adelante; puede ser: Simple si se realiza en un sólo plano, o puede ser: Doble cuando se combina con traslación. Garantizan los movimientos de flexión extensión, aducción y abducción, por lo que ya se habrá imaginado que este movimiento se observa predominantemente en los miembros.

PERIOSTIO: Membrana fibrosa, resistente que rodea al hueso.

REFLEJO: Respuesta involuntaria a un estímulo.

RADIOGRAFÍA - estudio de diagnóstico que utiliza rayos de energía electromagnética invisibles para obtener imágenes de tejidos internos, huesos y órganos en una placa radiográfica.

REUMATÓLOGO - médico especializado en el tratamiento de la artritis y de otras enfermedades reumáticas que pueden afectar a las articulaciones, los músculos, los huesos, la piel y otros tejidos.

RÓTULA - tapa de la rodilla.

ROTACIÓN: Es un movimiento que permite que un hueso gire alrededor del otro a partir de su articulación, éste movimiento puede ser simple o por traslación.

TEJIDO BLANDO - ligamentos, tendones y músculos del sistema músculo esquelético.

TENDONES - los cordones resistentes de tejido que conectan los músculos con los huesos.

TIBIA - espinilla.

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (También llamada TC o TAC.) - procedimiento de diagnóstico por imágenes que utiliza una combinación de radiografías y tecnología computarizada para obtener imágenes de cortes transversales (a menudo llamadas "rebanadas") del cuerpo, tanto horizontales como verticales. Una TC muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo,

incluidos los huesos, los músculos, el tejido adiposo y los órganos. Las tomografías computarizadas muestran más detalles que las radiografías generales.

TORCEDURA - desgarro parcial o total de un músculo o tendón.

TORSIÓN DE LA TIBIA - torcedura hacia adentro de la espinilla, huesos situados entre la rodilla y el tobillo. La torsión de la tibia hace que los pies del niño se tuerzan hacia adentro, o tengan el aspecto que se conoce como "dedos de paloma". Es frecuente en niños que empiezan a caminar.

TRASTORNOS POR SOBREUSO - lesiones producidas por traumatismos menores que corresponden a lesiones de tejido blando, es decir, que afectan a huesos, músculos, ligamentos y, o tendones.

YESO: Instrumento para evitar el movimiento de una articulación o para mantener en su lugar alguna parte del cuerpo.

PLAN DE ALTA

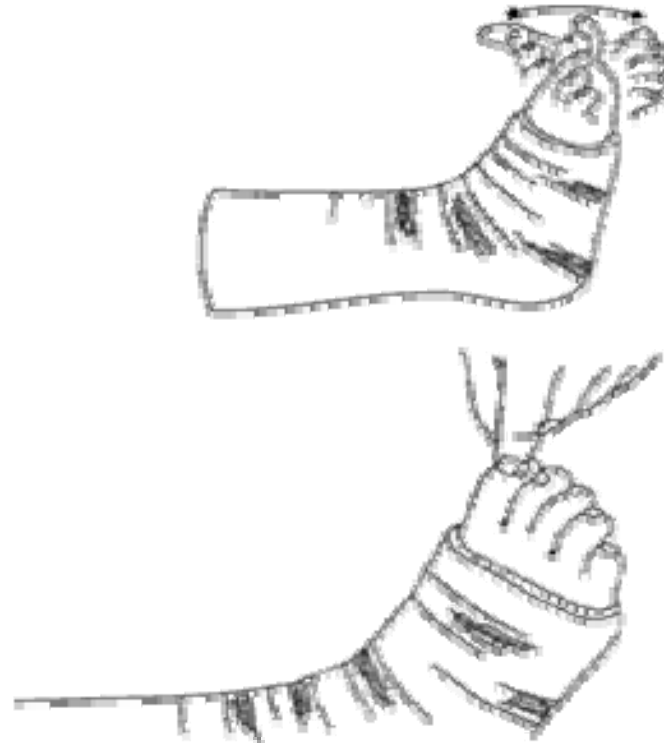
Cuando los clientes dejan un hospital por lo general el alta es con la autorización del médico tratante. Diversos profesionales de la salud, como dietistas, trabajadoras sociales, enfermeras comunitarias suelen trabajar con la enfermera hospitalaria y el cliente y familiares para programar el alta, además la enfermera le informa sobre los cuidados que este debe seguir en su domicilio para contribuir a la pronta recuperación del mismo.

OBJETIVO: Brindar el apoyo de enfermería adecuado por medio de las intrusiones apropiadas para mantener la calidad de vida de la cliente y su familia.

- Cuidados del yeso: Una vez que su yeso se haya secado, evite que se moje. Cuando se bañe, puede cubrir el yeso con una bolsa plástica o mantener la parte enyesada, fuera de la bañera para conservarla seca. Si una parte del yeso se mojase, séquelo utilizando un secador de pelo en temperatura fría.
- NO lo raye
- No introduzca cosas dentro del mismo
- No permita que se moje
- Acudir al servicio de urgencias si presenta u observa lo siguiente: Si se han adormecido, hormiguean, o si siente frío o dolor en sus dedos.
- Sus dedos se hinchan o se ponen azules, morados o si pierden color y se vuelven pálidos.
- Sus dedos se resbalan hacia adentro de su yeso.
- Si percibe mal olor o nota un drenaje con mal olor que sale de su yeso.
- Si siente un apretón, punzada o dolor con ardor debajo de su yeso.
- Si el yeso se desmorona, agrieta, resquebraja o se parte.

- Si el yeso llega a humedecerse, se empapa y se ablanda.

Aparte de los cuidados específicos, a cada diagnóstico es importante señalar los cuidados generales y específicos, realizados a la cliente.

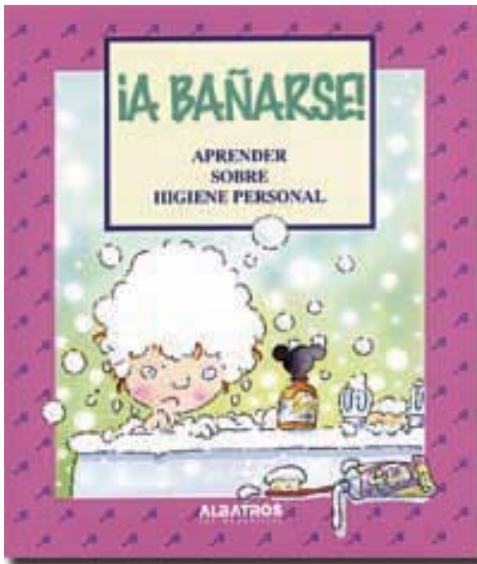




Toma de sus medicamentos: Por vía oral se toman los comprimidos, cápsulas, grageas, jarabes, suspensiones y soluciones. En general, para la ingesta de medicamentos sólidos por vía oral es conveniente la ayuda de agua o algún otro líquido que no tenga riesgo de producir interacciones con el medicamento (zumo, limonada, etc.).



Utilización de muletas: Se utilizan cuando existen dificultades para apoyar un pie en el suelo o alguna lesión producida en la pierna y también para suplir la falta de una pierna.



Baño: El baño diario es una parte fundamental del aseo personal de cualquier persona sin importar su edad; es por ello que tal práctica debe asegurarse como una rutina obligatoria. La piel y el cabello son barreras de protección contra el medio ambiente que absorben impurezas y gérmenes que pueden infectar el cuerpo a través de cualquier raspón o herida. El baño sirve para eliminar células muertas, así como secreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas. La limpieza de la piel y los genitales evita el mal olor. Es recomendable cambiarse la ropa después del baño, especialmente la ropa interior. Además de todas las ventajas de salud que reporta, el baño es una actividad relajante porque estimula la circulación sanguínea.



Para reducir el hinchazón, aplique hielo a la tablilla o al yeso y levante la pierna.

Cambio de posición: Ayuda para evitar escaras en la piel así como ayudar a descansar mejor al paciente esta se debe de realizar siempre y cuando este indicada.

SUGERENCIAS: Se le sugiere a la clienta que siga al pie de la letra las indicaciones que se le proporcionaron al momento de darla de alta para que esta tenga una recuperación exitosa y evitar lesiones posteriores.

CONCLUSIÓN

El método enfermero, es una forma científica de fundamentar las acciones realizadas, con la patología de fractura incompleta de tobillo derecho, se llegó a la conclusión que los cuidados inmediatos y mediatos que se le proporcionaron a la cliente durante sus días de estancia fueron muy indispensables para lograr una pronta recuperación física y emocional.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ. C. Rodrigo. Traumatología. Ed. Pueblo y educación. México. 1985 449 pp.
2. BROWNE. H. Patrick. Ortopedia Basica. Ed. Limusa. Primera edición. México. 1986 324pp.
3. BRUNER. A. Nancy. Ortopedia para enfermeras. Ed. Limusa. Primera edición. México. 1987 344 pp.
4. GOMEZ. C. Fernando. Actualización en cirugía ortopédica y traumatología. Ed. Garci. Primera edición. México. 1990 701 pp.
5. HERBERT. L. Philips. Anatomía con orientación clínica. Ed. Marban. México. 820 pp.
6. <http://sabinagonzalez.blogspot.com>.
7. <http://www.biolaster.com/traumatologia/tobillo/anatomia>.
8. <http://www.ilustrados.com/publicaciones>.
9. PARKER. A. Catherina. Anatomía y fisiología. Ed. Mc Graw Hill. Primera edición. México. 1970 724 pp.
10. PERRY. R. Clayton. Manual de fracturas. Ed. Mc Graw Hill. Segunda edición. México. 2001 463 pp.
11. RUBIER. H. Anatomía humana. Ed. Massón. Novena edición. México. 1987 767 pp.
12. ROSALES. B. Susana. Fundamentos de enfermería. Ed Manual moderno. Primera edición. México. 1991 463 pp.
13. SMELTZER. C..Susane. Enfermería medico quirúrgica. Ed. Mc Graw Hill. Séptima edición. México. 1023 pp.

14. SNELL. S. Richard. Anatomía clínica. Ed. Mc Graw Hill. Sexta edición. México. 2000 946 pp.

15. WILLIS. P. Fracturas Luxaciones y Esquinces. Ed. Manual moderno. Primera edición. México. 1990 131pp.