

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**ESCUELA DE ENFERMERIA
CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
CLAVE DE INCORPORACIÓN 8715/12**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UNA PACIENTE
CON FRACTURA DE TOBILLO DE ACUERDO A
LOS PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON**

PARA OBTENER TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DE LOS SANTOS ORTA ANA MARÍA

CUENTA: 407530722

ASESORA: DRA GANDHY PONCE GÓMEZ

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

SAN LUIS POTOSÍ. MAYO DE 2018.



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por la confianza que me brindaron, el apoyo emocional, económico y por sus palabras de aliento y ánimo en los momentos de estrés y preocupación por mis calificaciones.

A mi esposo

Por su ayuda incondicional, ya que el siempre estuvo para apoyarme en los momentos cuando ya era muy noche y no terminaba mis tareas , fueron tiempos muy difíciles ya que mis hijas eran apenas unas recién nacidas y demandaban mucho tiempo y mas por las noches él trataba de apoyarme en todo momento.

GRACIAS

Dra. Gandhy Ponce

Es usted un ángel, la luz que iluminó mi vida, por que sin conocerme se mostró como nadie, comprensiva.

La ayuda que yo pedía para poder realizarme profesionalmente llegó a través de usted.

Ángeles como usted ya no existen le agradezco su apoyo y su comprensión y de deseo con todo corazón que sea bendecida por dios por todo el apoyo que nos brinda sin aun conocernos espero no defraudarla mucho éxito.

Contenido

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	JUSTIFICACIÓN	5
III.	OBJETIVO.....	6
3.1.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	6
IV.	METODOLOGÍA.....	7
V.	MARCO TEÓRICO	8
5.1.	EL CUIDADO DE ENFERMERÍA	8
5.2	CUIDADOS DE ENFERMERIA.....	10
5.3	PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SUS ETAPAS.	11
5.4.	MARJORY GORDON.....	36
5.5.	PATRÓNES FUNCIONALES	37
5.6.	FRACTURA DE TOBILLO	48
5.6.1.	EPIDEMIOLOGÍA.....	49
5.6.2.	ANATOMÍA.....	50
5.6.3.	ETIOLOGIA.....	54
5.6.4.	FACTORES DE RIESGO	54
6.6.	SIGNOS Y SINTOMAS	56
6.7.	COMPLICACIONES	57
VI.	PRESENTACIÓN DEL CASO.....	58
6.1.	VALORACIÓN POR PATRÓNES FUNCIONALES.....	61
6.2.	PATRÓN PERCEPCION MANEJO DE A SALUD	62
6.3.	PATRÓN NUTRICIONAL METABOLICO	62
6.4.	PATRÓN DE ELIMINACION	62
6.5.	PATRÓN ACTIVIDAD EJERCICIO	62
6.6.	PATRÓN SUEÑO DESCANSO	63
6.7.	PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL.....	63
6.8.	PATRÓN AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO	63
6.9.	PATRÓN ROL RELACIONES.....	63
6.10.	PATRÓN SEXUALIDAD- REPRODUCCION	64
6.11	PATRÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS	64
6.11.	PATRÓN VALORES Y CREENCIAS.....	64

VII.	PLAN DE ATENCIÓN.....	65
VIII	PLAN DE ALTA	69
VIII.	CONCLUSIONES.....	74
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

I. INTRODUCCIÓN

La enfermería es la ciencia que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas. La enfermería forma parte de las conocidas como ciencias de la salud.

Las enfermeras son las personas indispensables para brindar los cuidados de enfermería, brindan atención en fábricas, oficinas, hospitales, escuelas, centros deportivos, guarderías, casas particulares y asilos, entre otros. Sus tareas son diversas y poseen un carácter multidisciplinario, aunque del conjunto destacan: la verificación y el registro de signos vitales (toma de presión arterial y temperatura), la realización de curaciones y el control de enfermos, sin dejar de lado la importancia que tiene la rama administrativa.

Cuando de servicios de salud se trata, el enfermero suele intervenir proporcionando asistencia directa a enfermos, personas accidentadas y adultos en edad avanzada. Para ello, inyecta soluciones, aplica sueros, realiza transfusiones y traslada a los pacientes en silla de ruedas o camilla al laboratorio, área de cuidados intensivos, consultorio y sala de operaciones. Cuando se requiere, baña y viste al paciente, lo ayuda a caminar, cambia la ropa de cama y, en su caso, lo apoya en la ingesta de alimentos. El enfermero también interviene en el proceso de limpieza, esterilización y mantenimiento del instrumental quirúrgico utilizado en las intervenciones. Al respecto, puede tener a cargo la operación de una autoclave o equipo de esterilización.

Tobillo y pie son elementos de carga, ya que el soporte del peso en el miembro inferior hace que tengamos que pensar de forma especial en él. Sus lesiones son bastante frecuentes, así que hay que saberlo bien.

La articulación del tobillo está formada por el astrágalo, que articula con los maléolos tibial y peroneo, y la superficie articular distal de la tibia. El maléolo peroneo es posterior al tibial, y su extremo es más inferior. La porción supramaleolar de la tibia es conocida como pilón tibial.

La mortaja tibio-peroneo-astragalina es una articulación altamente congruente. Es un anillo osteoligamentoso que, actuando a modo de pinza, sujeta el pie haciendo que éste se adapte a las irregularidades del terreno. Las lesiones se dan cuando esta congruencia se deshace y se alteran las cargas. Al ser muy congruente, desplazamientos laterales del astrágalo de 2 mm disminuyen la superficie de contacto un 40-60%, lo que puede desembocar en una artrosis precoz.

Una fractura es una ruptura, generalmente en un hueso. Si el hueso roto rompe la piel, se denomina fractura abierta o compuesta. Las fracturas en general ocurren debido a accidentes automovilísticos, caídas o lesiones deportivas. Otras causas son la pérdida de masa ósea y la osteoporosis, que causa debilitamiento de los huesos. El exceso de uso puede provocar fracturas por estrés, que son fisuras muy pequeñas en los huesos. Generalmente los síntomas que acompañan a la fractura son: Dolor intenso, deformidad: La extremidad se ve fuera de lugar, edema, hematomas o dolor alrededor de la herida, y problemas al mover la extremidad.

Para poder actuar frente a las necesidades que requiere el paciente, en nuestra formación profesional se nos brindaron varias teorías para poder realizar las intervenciones de enfermería y su aplicación acertada, una de ellas es la teoría por PATRÓNes funcionales de salud de Marjory Gordon.

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero.

Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus PATRÓNes Funcionales (1982).

Los PATRÓNes Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los PATRÓNes Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración Define 11 PATRÓNes de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

El personal profesional de Enfermería debe tener claridad sobre su objeto de estudio y trabajo, es decir, de la importancia que tiene que sus objetivos, metas e intervenciones se enfoquen a fomentar y preservar la salud de la persona, de la familia y de la sociedad.

El dolor y la incapacidad para mover una articulación son motivo del presente Proceso Atención de Enfermería. Así mismo, se aborda lo que es una fractura, sus características, complicaciones y sobre todo el manejo para un buen pronóstico de vida, esto afecta a toda la población y se puede generar debido a accidentes, y se elabora un plan de cuidados para brindar tanto al paciente como a la familia.

En la elaboración de este plan existen objetivos principales que son en primera instancia aliviar el dolor causado por la fractura

Evitar complicaciones de dicha fractura y poder reincorporarse a la vida normal, además de los objetivos generales y específicos que se lograran al ejecutar dicho proceso, así como la metodología de valoración de caso y modelo teórico realizado.

El personal de enfermería brinda al paciente y a la familia una orientación para evitar complicaciones a futuro

II. JUSTIFICACIÓN

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

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

- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad
- .

El presente PAE se implemento dando seguimiento a un paciente femenino de 35 años de edad que ingresa al área de urgencias traída en ambulancia derivada de un accidente automovilístico.

Se elaboran intervenciones en los diferentes segmentos de urgencia, preoperatorios y pos operatorios implementando cuidados de enfermería para mejorar el estado de salud de la paciente y en su corta estancia en el hospital un buen manejo en domicilio

III. OBJETIVO

Aplicar los conocimientos teórico-prácticos por medio del proceso cuidado enfermero al paciente en el área de urgencias del hospital BENEFICENCIA ESPAÑOLA.

Paciente con alteración en el patrón actividad ejercicio, de acuerdo con los fundamentos de Marjory Gordon.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Valoración del paciente en el área de urgencias.

Proponer y ejecutar un plan de atención de acuerdo a las necesidades en el área de urgencias en su preparación preoperatoria.

Brindar los cuidados pos-operatorios.

Dar a conocer el plan de alta.

IV. METODOLOGÍA

El presente caso clínico se elabora por la intervención de le paciente recibido en el área de urgencias el día 20 de diciembre del año 2017.

El paciente ingresa a las 20:30 hrs. Traído en ambulancia por haber presentado un accidente automovilístico, lo recibo en primer contacto le realizo las primeras intervenciones derivadas de la valoración de la valoración por PATRÓNes funcionales es valorada por medico de guardia y especialista quien se decide pasar en ese momento a la sala de quirófano por lo cual se prepara para tal cirugía y se maneja de forma ambulatoria a si que después de la intervención regresara al área de urgencias., en la preparación para cirugía se le realiza el interrogatorio y la valoración física.

De igual manera se hace una investigación del diagnostico y de la intervención para poder elaborar un plan de cuidados enfocados a la paciente en su pronta recuperación y para que se pueda integrar a la vida cotidiana

V. MARCO TEÓRICO

5.1. EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería son las atenciones y cuidados que recibe una persona cuando se encuentra internada en una institución médica. Los principales cuidados de enfermería incluyen el control del suero, de los signos vitales y el suministro de inyecciones y medicamentos, de acuerdo a lo indicado por los profesionales médicos.

En ciertas ocasiones los cuidados de enfermería se deben realizar en los domicilios particulares de los pacientes, es decir que el enfermero acude a la casa del paciente para realizar tareas de cuidado diario como aplicar una inyección o tomarle la presión¹.

PATRÓNes Funcionales de M. Gordon La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero. Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus PATRÓNes Funcionales (1982). Los PATRÓNes Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo². La utilización de los PATRÓNes Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el

análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta. La valoración por PATRÓNes Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o PATRÓNes) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes ³.

Los 11 PATRÓNes Funcionales se denominan de la siguiente manera: -

Patrón 1: Percepción - manejo de la salud

Patrón 2: Nutricional – metabólico

Patrón 3: Eliminación

Patrón 4: Actividad - ejercicio

Patrón 5: Sueño - descanso

Patrón 6: Cognitivo - perceptual

Patrón 7: Autopercepción – auto concepto

Patrón 8: Rol - relaciones

Patrón 9: Sexualidad – reproducción

Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés

Patrón 11: Valores – creencias

En las siguientes líneas vamos a desarrollar los distintos PATRÓNes en lo relativo a sus contenidos y objetivos y, también, en la manera en que se puede hacer de ellos una herramienta útil y práctica en la valoración³,

mediante la exposición de preguntas pertinentes y focos de atención relacionados con cada uno de ellos. El enfoque y los límites de las preguntas utilizadas en este documento, conllevan una ligera adaptación a las necesidades del proyecto mismo, dado que en él no se trabaja con individuos, como sí ocurre en la práctica profesional enfermera habitual, si no con prototipos o abstracciones de individuos en una situación patológica concreta. Por ello se debe huir, cuando realicemos la valoración en el ámbito de este proyecto, de describir situaciones concretas que no sean aplicables al conjunto, o a la mayoría, de individuos que se encuentren en la situación que describe el GDR estudiado⁴. Todo esta dinámica busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos PATRÓNes Funcionales que están alterados, o en peligro de alteración, en alguna medida, para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación.

5.2 CUIDADOS DE ENFERMERIA

Los cuidados de enfermería están fundamentados en cuatro conceptos fundamentales. El primer concepto refiere al ser humano, es decir que los cuidados se centran en todas las funciones biológicas, psíquicas y emocionales del paciente. El segundo de estos conceptos consiste en la salud, lo cual alude a la ausencia de enfermedad física y moral de una persona. El tercer concepto hace referencia al entorno, para lo cual se tiene en cuenta todos aquellos factores que componen el entorno más cercano del paciente. Y el último concepto es el de los cuidados de enfermería en sí mismos, cuidados preventivos, paliativos, curativos.

Los cuidados de enfermería en sí mismos tienen como finalidad el cuidado de las necesidades básicas del paciente. En la lista de necesidades básicas de una persona podemos nombrar: respirar con normalidad, comer de forma adecuada, eliminar los residuos del cuerpo, mantener la temperatura corporal apropiada, cuidar la higiene e integridad de cada parte del cuerpo, etc. Los cuidados de enfermería deben estar abocados en atender correctamente este tipo de necesidades⁵.

los cuidados de enfermería son las atenciones y cuidados que recibe una persona cuando se encuentra internada en una institución médica. Los principales cuidados de enfermería incluyen el control del suero, de los signos vitales y el suministro de inyecciones y medicamentos, de acuerdo a lo indicado por los profesionales médicos.

En ciertas ocasiones los cuidados de enfermería se deben realizar en los domicilios particulares de los pacientes, es decir que el enfermero acude a la casa del paciente para realizar tareas de cuidado diario como aplicar una inyección o tomarle la presión⁶.

5.3 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SUS ETAPAS.

El proceso enfermero, también denominado proceso de enfermería o proceso de atención de enfermería (PAE), es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados

esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería.

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma⁵.

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

Lydia Hall describió el proceso de cuidado de manera imprecisa en 1950 y, posteriormente, la teórica Ida Jean Orlando lo describió concretamente (teoría del proceso de enfermería) en el libro *The dynamic nurse* (1961).

En 1967, las estadounidenses Helen Yura y Mary B. Walsh publicaron el primer modelo integral sobre el proceso de enfermería: *The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating*. Sus estudios teóricos se basaron en aproximaciones teóricas del cuidado e información obtenida de la teoría de sistemas, cibernética y teoría de la decisión. En 1974, la Organización Mundial de la Salud definió al proceso de atención de enfermería como componente de la profesión (el cuidado) y actualmente es

una de las pocas técnicas establecidas a nivel mundial en el cuidado profesional.

El proceso enfermero es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso enfermero le da a la profesión la categoría de ciencia.

NIVELES DE ACTUACIÓN

La labor de enfermería está orientada no solamente hacia la atención del individuo enfermo, que requiere unas actividades concretas para el alivio de sus padecimientos y recuperación de la salud, sino también hacia el individuo sano, en el área de promoción de la salud. Simplificadamente, se acepta que la labor de enfermería comprende tres niveles:

Nivel primario:

Encaminado al mantenimiento y promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Este nivel de prevención básica implica una actividad de enfermería tanto asistencial como pedagógica y se centra en la concientización acerca de la importancia de la salud y sobre la responsabilidad individual, familiar o comunitaria para mantenerla, así como en la oportuna información sobre los eventuales peligros que puedan amenazar la salud y los medios que puedan emplearse para conservar un estado óptimo de bienestar físico, psicológico y social⁶.

Nivel secundario:

Corresponde a las intervenciones asistenciales o curativas que tienen por objeto tratar los problemas de salud ya establecidos o potenciales y prevenir su eventual agravamiento, mediante la elaboración e instauración de un plan de actuaciones de enfermería destinado también a evitar o reducir el riesgo de posibles complicaciones⁷.

Nivel terciario:

Dirigido a la rehabilitación y correspondiente a las intervenciones de enfermería orientadas al apoyo del paciente en su adaptación a determinadas dificultades ocasionadas por un problema de salud y la superación de los efectos de eventuales secuelas. El objetivo de este nivel consiste en la consecución de un grado de satisfacción óptima de las necesidades personales básicas a pesar de las limitaciones temporales o permanentes impuestas por el estado de salud⁸.

En cualquiera de los niveles definidos, toda labor de enfermería debe basarse en un conjunto de pautas elementales que constituyen un auténtico proceso, más o menos complejo según a las características de cada caso, pero siempre sometido a las reglas de un método concreto que posibilite la adecuada formación de los cuidados requeridos y su correcta instauración.

PROPIEDADES DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- * Resuelto, porque va dirigido a un objetivo.
- * Sistemático, por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito.
- * Dinámico, porque implica un cambio continuo centrado en las respuestas humanas.
- * Interactivo, por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente, identificadas durante la relación enfermero/paciente.
- * Flexible, por ser adaptable a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos o comunidades⁹.
- * Posee una base teórica sustentada en una amplia variedad de conocimientos científicos y humanos aplicables a cualquier modelo teórico de enfermería.
- * Beneficios en el individuo
- * Favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados.
- * Estimula la participación de quien recibe los cuidados.
- * Aumenta la satisfacción de los enfermeros ante la consecución del resultado.
- * El sistema al contar con una etapa de evaluación permite su retroalimentación y mejora en función del tiempo.

OBJETIVOS DEL PROCESO

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

* Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

* Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

* Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Habilidades necesarias

El proceso enfermero implica habilidades que un profesional de enfermería debe poseer cuando tenga que comenzar la fase inicial del proceso. Tener estas habilidades contribuye a la mejora de la atención del profesional de enfermería al cuidado de la salud del paciente, incluyendo el nivel de salud del mismo, o su estado de salud¹⁰.

Habilidades cognitivas o intelectuales, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del cliente. Incluidas entre estas habilidades están las de identificar y diferenciar los problemas de salud actuales y potenciales a través de la observación y la toma de decisiones, al sintetizar el conocimiento de enfermería previamente adquirido.

Habilidades interpersonales, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, así como la obtención ética de información necesaria y relevante del cliente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis¹¹.

Habilidades técnicas, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el cliente al realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos.

FASES DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO

Modelo de cinco fases que incorpora los diagnósticos de la NANDA al modelo de la OMS (1979).

VALORACION:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Desde un punto de vista holístico es necesario conocer los PATRÓNes de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar

cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Se deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del paciente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.¹²

- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta.

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática¹³.

- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas. Criterios de valoración por "PATRÓNes Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

En la recogida de datos necesitamos:

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

- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

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

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

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos)¹⁴.

- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o PATRÓNes y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas)¹⁵.

- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

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

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

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

Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.

Facilitar la relación enfermera/paciente.

Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos.

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

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

Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de La enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación¹⁶.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración⁸

- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar⁷.

DIAGNÓSTICO

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

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras¹⁷.

- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no

requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

Identificación de problemas:

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

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

Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes¹⁹.

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

Investigación:

Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros

pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.

Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.

- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.

- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.

- Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.

* Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

4.- Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles²⁰.

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnostico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir.

Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados²¹.

PLANEACIÓN

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas

Etapas en el Plan de Cuidados

Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de

recursos económicos, materiales y humanos... Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

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

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

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta²³.

EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

Realizar las actividades de enfermería.

Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas

Dar los informes verbales de enfermería,

Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas²².

EVALUACIÓN

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

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

Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

* Observación directa, examen físico.

* Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

* Observación directa

- * Entrevista con el paciente.

- * Examen de la historia

3.- Conocimientos:

- * Entrevista con el paciente

- * Cuestionarios (test)

4.- Capacidad psicomotora (habilidades)

- * Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- * Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.

- * Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- * Entrevista con el paciente.

- * Información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar²³:

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

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica²⁴

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

5.4. MARJORY GORDON

Marjory Gordon: Nació en el siglo XXI, y falleció 29 de abril del 2015 fue una teórica y profesora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como PATRÓNes funcionales de salud de Gordon (Gordon's functional health patterns). Fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería.

Fue la primera presidenta de la NANDA.1 Ha sido miembro de la Academia Americana de Enfermería desde 1977 y fue nombrada como una «Leyenda Viviente» por la misma organización en 2009.

La doctora Gordon fue profesora emérita de enfermería en el Boston College, en Chestnut Hill, Massachusetts. Fue exalumna de la Escuela de Enfermería del Hospital Monte Sinaí. Obtuvo su licenciatura y máster en el

Hunter College de la Universidad de la Ciudad de Nueva York, y su doctorado en el Boston College.

Es autora de cuatro libros, incluyendo Manual de diagnósticos enfermeros (Manual of Nursing Diagnosis), actualmente en su edición número doce. Sus libros aparecen en diez idiomas, en cuarenta y ocho países y seis continentes.²⁴

Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias. Este lenguaje también formará la base del componente enfermero en el registro médico electrónico.

5.5. PATRÓNES FUNCIONALES

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero.

Define 11 PATRÓNes PATRÓNes de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de configuraciones de

comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar.

Que valora:

Como percibe el individuo la salud y el bienestar.

Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o

Recuperación

La adherencia a las prácticas terapéuticas.

Incluye prácticas preventivas (hábitos higiénicos, vacunaciones....)

Como se valora:

Hábitos higiénicos: personales, vivienda, vestido

Vacunas

Alergias

Percepción de su salud

Conductas saludables: interés y conocimiento

Existencia o no de alteraciones de salud (tipo de alteración, cuidados, conocimiento y

Disposición)

Existencia o no de hábitos tóxicos

Accidentes laborales, tráfico y domésticos

Ingresos hospitalarios

Resultado del Patrón:

El patrón está alterado si:

La persona considera que su salud es pobre, regular o mala.

Tiene un inadecuado cuidado de su salud.

Bebe en exceso. Fuma. Consume drogas.

No tiene adherencia a tratamientos farmacológicos ni a medidas terapéuticas.

No está vacunado

La higiene personal o de la vivienda es descuidada.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO

Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona

Valora:

Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades

Metabólicas

Horarios de comida. Preferencias y suplementos.

Problemas en su ingesta.

Altura, peso y temperatura.

Condiciones de piel, mucosas y membranas.

Cómo se valora:

Valoración del IMC.

Valoración de la alimentación:

Recoge el nº de comidas, el lugar, el horario, dietas específicas..., así como los líquidos

Recomendados para tomar en el día.

Se deben hacer preguntas sobre el tipo de alimentos que toma por grupos: frutas,

Verduras, carnes, pescados, legumbres y lácteos...

Valoración de problemas en la boca:

Si tiene alteraciones bucales (caries, úlceras etc.)

Valoración de problemas para comer:

Dificultades para masticar, tragar...., alimentación por sonda ya sea alimentación

Enteral o con purés caseros.

Valoración de otros problemas que influyen en el patrón:

Problemas digestivos (náuseas, vómitos, pirosis)

Dependencia

Inapetencias

Intolerancias alimenticias

Alergias

Suplementos alimenticios y vitaminas

Valoración de la piel:

Alteraciones de la piel: fragilidad de uñas y pelo, falta de hidratación, prurito, edemas,

Lesiones, temperatura, cicatrización, coloración.

Lesiones cutáneas: abscesos, lipomas, verrugas, patología de las uñas.

Necesidades metabólicas.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria, de la piel ,Intestinal:

Consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia

De ostomias, incontinencia.

Urinaria:

Micciones/día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda

(Absorbentes, colectores, sondas, urostomías), incontinencias

Cutánea:

Sudoración copiosa Pretende conocer los PATRÓNes de la función excretora de la persona.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO

Describe los PATRÓNes de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

Qué valora:

El patrón de ejercicio

La actividad

Tiempo libre y recreo

Los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria (higiene,

Compra, comer, mantenimiento del hogar, etc.)

La capacidad funcional

El tipo, cantidad y calidad del ejercicio.

Las actividades de tiempo libre

Como se valora:

Valoración del estado cardiovascular:

Frecuencia cardiaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG que

Reflejen isquemia o arritmia, etc.

Valoración del estado respiratorio: Valorar antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente laboral, disnea, molestias de esfuerzo, tos nocturna, expectoración, indicación verbal de disnea, etc. Tolerancia a la actividad: Fundamentalmente en pacientes cardiacos y respiratorios Valoración de la movilidad: Debilidad generalizada, cansancio, grado de movilidad en articulaciones, fuerza, tono muscular Actividades cotidianas: Actividades que realiza, encamamiento, mantenimiento del hogar, Capacidad funcional (test de Katz o Barthel) Estilo de vida: Sedentario, activo Ocio y actividades recreativas: El énfasis está en las actividades de mayor importancia para la persona; tipo de actividades y tiempo que se le dedica

PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO

Describe los PATRÓNes de sueño, reposo y relajación.

Que valora: Describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día La percepción de cantidad y calidad del sueño – descanso La percepción del nivel de energía. Las ayudas para dormir (medicamentos, rutinas, etc) Como se valora: El espacio físico (ventilación, temperatura agradable y libre de ruidos) El tiempo dedicado al sueño u otros descansos diurnos Recursos físicos o materiales favorecedores del descanso (mobiliario..) Exigencias laborales (turnos, viajes) Hábitos socio culturales (hora de acostarse o levantarse, siestas, descansos) Problemas de salud física que provoquen dolor o malestar Problemas de salud psicológica que afecten al estado de ánimo

(ansiedad, depresión) Situaciones ambientales que provoquen estados de ansiedad o estrés (duelos, intervenciones quirúrgicas) Tratamientos farmacológicos que puedan influir en el sueño (broncodilatadores, esteroides , betabloqueantes) Uso de fármacos para dormir. Consumo de sustancias estimulantes (cafeína, nicotina, abuso de alcohol) Presencia de ronquidos o apneas del sueño

PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTIVO

Describe los PATRÓNes sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

Qué valora: PATRÓNes sensorio- perceptuales y cognitivos Nivel de conciencia Conciencia de la realidad Adecuación de los órganos de los sentidos Compensación o prótesis Percepción del dolor y tratamiento Lenguaje Ayudas para la comunicación Memoria Juicio, comprensión de ideas Toma de decisiones Cómo se valora: Nivel de consciencia y orientación. Nivel de instrucción: si puede leer y escribir. El idioma. Si tiene alteraciones cognitivas, como problemas para expresar ideas o de memoria, dificultades para la toma de decisiones, problemas de lenguaje, de concentración, síntomas depresivos, problemas de comprensión, fobias o miedos o dificultades en el aprendizaje. Si tiene alteraciones perceptivas por problemas de visión, de audición, de olfato de gusto o sensibilidad táctil. Recoge información sobre si la persona tiene dolor, tipo, localización, intensidad y si está o no controlado, así como su repercusión en las actividades que realiza. Si tiene alteraciones de la conducta, irritabilidad, intranquilidad o agitación

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO

Describe los PATRÓNes de auto concepto y percepción del estado de ánimo.

Qué valora: Auto concepto y percepciones de uno mismo. Actitudes a cerca de uno mismo. Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas. Imagen corporal, social. Identidad. Sentido general de valía. Patrón emocional. Patrón de postura corporal y movimiento Contacto visual, PATRÓNes de voz y conversación. Como se valora: Se valora la presencia de: Problemas consigo mismo. Problemas con su imagen corporal. Problemas conductuales. Otros problemas. Cambios recientes. Datos de imagen corporal, Postura, Patrón de voz, Rasgos personales, Contacto visual, Si se siente querido, Cambios frecuentes del estado de ánimo, Asertividad / pasividad y Nerviosismo / Relajación.

PATRÓN 8: ROL - RELACIONES

Describe los PATRÓNes de compromiso con el rol y las relaciones.

Qué valora: El patrón de compromisos de rol y relaciones (las relaciones de las personas con los demás) La percepción de los roles más importantes (el papel que ocupan en la familia, sociedad..) Responsabilidades en su situación actual. Satisfacción o alteraciones en: familia, trabajo, relaciones sociales Como se valora: Familia: Con quién vive. Estructura familiar. Rol en la familia y si éste está o no alterado. Problemas en la familia. Si alguien depende de la persona y como lleva la situación. Apoyo familiar. Si depende

de alguien y su aceptación. Cambios de domicilio. Grupo social: Si tiene amigos próximos, si pertenece a algún grupo social, si se siente solo Trabajo o escuela: Si las cosas le van bien en el ámbito laboral o escolar, entorno seguro, satisfacción Datos relativos a pérdidas, cambios, fracasos, conflictos, aislamiento social, comunicación, violencia.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

Describe los PATRÓNes sexuales y reproductivos de la persona.

Qué valora: Los PATRÓNes de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales Seguridad en las relaciones sexuales. Patrón reproductivo Pre menopausia y posmenopausia Problemas percibidos por la persona. Como se valora: Menarquía y todo lo relacionado con ciclo menstrual. Menopausia y síntomas relacionados Métodos anticonceptivos Embarazos, abortos, problemas relacionados con la reproducción Problemas o cambios en las relaciones sexuales.

PATRÓN 10: TOLERANCIA AL ESTRES

Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.

Qué valora: Las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona. Las respuestas habituales que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan y forma de controlar el estrés. La capacidad de

adaptación a los cambios. El soporte individual y familiar con que cuenta el individuo. La percepción de habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes. Como se valora: La enfermera instará al paciente a recordar situaciones estresantes, describir como se ha tratado y evaluar la efectividad de la forma en la que se ha adaptado a esas situaciones. Preguntará por: Cambios importantes en los dos últimos años, si ha tenido alguna crisis. Si está tenso o relajado la mayor parte del tiempo. Qué le ayuda cuando está tenso. Si utiliza medicinas, drogas o alcohol cuando está tenso. Cuando ha tenido cualquier problema en su vida, como lo ha tratado. Si esta forma de tratarlo ha tenido éxito. Si tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza y si lo hace cuando es necesario²⁴.

PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS

Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

Qué valora: Los PATRÓNes de valores y creencias que guían las elecciones o decisiones. Lo que se considera correcto, apropiado; Bien y mal, bueno y malo. Lo que es percibido como importante en la vida. Las percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas relativas a la salud. Las decisiones a cerca de: tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte. Las prácticas religiosas. Como se valora: Si tiene planes de futuro importantes; si consigue en la vida lo que quiere. Si está contento con su vida. Pertenencia a alguna religión, si le causa algún problema o si le ayuda cuando surgen dificultades. Preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o enfermedad.

5.6. FRACTURA DE TOBILLO

Tobillo y pie son elementos de carga, ya que el soporte del peso en el miembro inferior hace que tengamos que pensar de

Forma especial en él. Sus lesiones son bastante frecuentes, así que hay que saberlo bien. Una fractura es la rotura parcial o total de un hueso.

En el tobillo, las fracturas pueden alcanzar, desde Lesiones menos serias que puedan ser tratadas con Métodos conservadores hasta fracturas severas que

Requieran una o más intervenciones quirúrgicas. El Tobillo es una articulación que está formada por tres Huesos: tibia, peroné y astrágalo.

Las fracturas de tobillo son lesiones comunes, mayormente Causadas por el giro del tobillo hacia adentro o hacia fuera. Muchas personas confunden una Fractura de tobillo con una torcedura de tobillo, pero En realidad son bastante diferentes y por lo tanto Requieren un diagnóstico exacto y temprano. En algunos Casos ocurren simultáneamente.

5.6.1. EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios poblacionales sugieren que la incidencia de las fracturas de tobillo ha aumentado drásticamente desde los primeros años de la década de 1960.

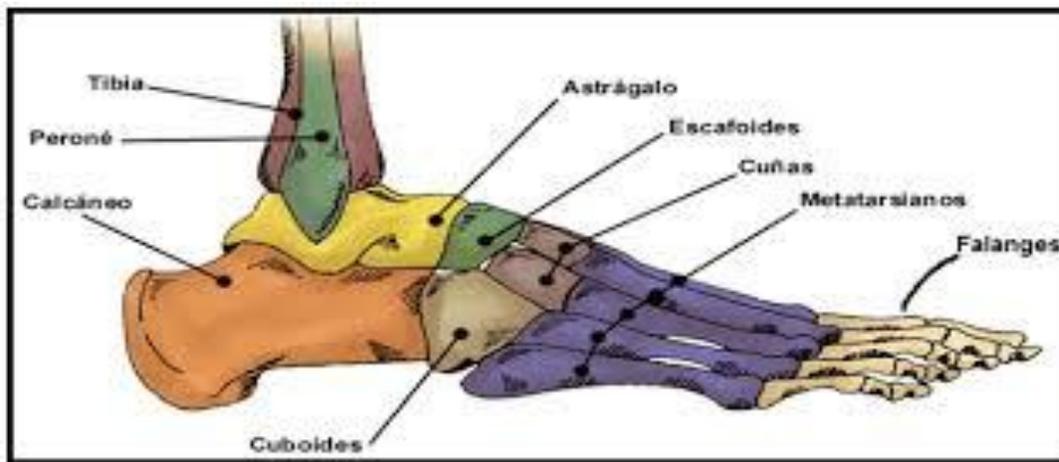
- La mayor incidencia de fracturas de tobillo se produce en las mujeres ancianas, aunque en general no se considera que se trate de fracturas por "fragilidad".
- La mayoría de las fracturas de tobillo son fracturas aisladas de los maléolos (dos tercios del total). Las fracturas bimaleolares se producen en una cuarta parte de los pacientes y las trimaleolares en el restante 5% a 10%.
- La incidencia de fracturas de tobillo es aproximadamente de 187 por 100.000 habitantes por año.
- Las fracturas expuestas son raras y corresponden a el 2% de todas las fracturas de tobillo.
- Un índice de masa corporal alto se considera que es un factor de riesgo para sufrir una fractura de tobillo.

5.6.2. ANATOMÍA

- El tobillo es una articulación compleja, en bisagra, formada por las articulaciones entre el peroné, la tibia y el astrágalo, íntimamente asociada a sistemas ligamentosos complejos.
- La superficie articular distal de la tibia junto con los maléolos medial y lateral forman la mortaja, que con la cúpula del astrágalo constituye una articulación constreñida.
- La superficie articular de la tibia es cóncava en el plano anteroposterior y convexa en el plano lateral. Es más ancha en su porción anterior para ser congruente con el astrágalo, que tiene forma de cuña. Esto proporciona una estabilidad intrínseca, especialmente durante la carga.
- La cúpula del astrágalo es trapezoidal, con su porción anterior 2,5 mm más ancha que la posterior. El cuerpo del astrágalo está cubierto casi por completo por cartílago articular⁶.
- El maléolo medial se articula con la cara medial del astrágalo y presenta dos pequeñas elevaciones (tubérculos), anterior y posterior, que sirven de inserción al ligamento deltoides superficial y profundo, respectivamente.
- El maléolo lateral es la parte distal del peroné y proporciona soporte lateral al tobillo. Entre la porción distal de la tibia y la porción distal del peroné no hay superficies articulares, aunque hay un pequeño grado de movilidad entre los dos huesos. Existe cierta estabilidad intrínseca entre la porción distal de la tibia y del peroné, inmediatamente por encima de la articulación del tobillo, en la zona donde el peroné se asienta entre los tubérculos anterior, ancho y posterior, más estrecho, de la tibia. La porción distal del

peroné está cubierta por cartílago articular en su cara medial, desde el nivel de la superficie articular horizontal de la porción distal de la tibia hasta la mitad de su longitud en sentido distal.

Anatomía ósea del tobillo



Sindesmosis:

- Se encuentra entre los extremos distales de la tibia y del peroné, resiste fuerzas axiales, rotatorias y de traslación y mantiene la integridad estructural de la mortaja. Está formada por cuatro ligamentos:

- Ligamento tibio peroneo antero inferior.

- Ligamento tibio peroneo postero inferior. Es más grueso y resistente que el equivalente anterior. Por lo tanto, una fuerza de torsión o de traslación que rompa el ligamento tibio peroneo anterior puede causar una fractura avulsiva del tubérculo tibial posterior, dejando el ligamento tibio peroneo posterior intacto³.

- Ligamento tibioperoneo transverso (por debajo del ligamento tibioperoneo posterior).
- Ligamento interóseo (continuación en dirección distal de la membrana interósea).

Sindesmosis tibioperonea.

LTPAI: ligamento tibioperoneo antero inferior. LTPPI: ligamento tibioperoneo posteroinferior. LTI: ligamento transverso inferior. LI: ligamento interóseo.

- Proporciona soporte a la cara medial del tobillo. Consta de un componente superficial y otro profundo.
- Porción superficial: está formada por tres ligamentos que se originan en el tubérculo anterior, pero añaden poca estabilidad al tobillo.
- Ligamento tibio navicular: soporta el ligamento calcaneonavicular plantar y evita el desplazamiento hacia dentro de la cabeza del astrágalo.
- Ligamento tibio calcáneo: evita el desplazamiento en valgo.
- Ligamento tibio astrágalo superficial: es el más prominente de los tres.
- Ligamento tibioastragalino profundo: este ligamento interarticular (tibioastragalino profundo) se origina en el surco intertubercular y en el tubérculo posterior de la porción distal de la tibia y se inserta sobre toda la superficie medial no articular del astrágalo. Sus fibras están orientadas transversalmente; es el estabilizador medial primario que evita el desplazamiento lateral del astrágalo.

Complejo ligamentario deltoideo. A: Plano sagital. B: Plano transverso.

Complejo ligamentario colateral lateral:

- Está constituido por tres ligamentos que, junto con la porción distal del peroné, proporcionan soporte lateral al tobillo. Este conjunto de ligamentos laterales no es tan resistente como los mediales.
- Ligamento peroneo astrágalo anterior: es el más débil de los ligamentos laterales; evita la subluxación anterior del astrágalo, principalmente durante la flexión plantar.
- Ligamento peroneo astragalino posterior: es el más resistente de los ligamentos laterales; evita la subluxación posterior y rotatoria del astrágalo.
- Ligamento peroneo calcáneo: está laxo en dorso flexión en posición neutra debido a la orientación, ligeramente en valgo, del calcáneo; estabiliza la articulación subastragalina y limita la inversión; la rotura de este ligamento produce una prueba de inclinación astragalina positiva.

5.6.3. ETIOLOGIA

Casi siempre la causa es una torcedura causada por un tropezón o un resbalón, una caída sobre el tobillo girado al esquiar, una caída desde gran altura, un accidente de tráfico o algún golpe directo. Es decir, se trata de una lesión accidental. Dependiendo de su magnitud y de la localización precisa de la fractura, será necesaria una operación y/o llevar un vendaje o escayola de yeso⁶.

Los síntomas más destacados de esta lesión son un dolor muy marcado al moverla, por ejemplo al hacer girar los pies, una inflamación importante y una coloración azulada de la piel de la zona. También es posible que el pie quede en una postura incorrecta o incluso puede haber una fractura abierta con salida de algún fragmento óseo a través de la piel y la correspondiente pérdida completa de la funcionalidad del pie.

5.6.4. FACTORES DE RIESGO

Puedes tener un mayor riesgo de fracturarte un pie o un tobillo si:

Participas en deportes de alto impacto. Las tensiones, los golpes directos y las lesiones por torsión que se producen en los deportes como baloncesto, fútbol americano, gimnasia, tenis y fútbol, causan fracturas de pie y de tobillo.

Usas técnicas o equipos deportivos incorrectos. Los equipos defectuosos, como el calzado demasiado gastado o que no se ajusta adecuadamente, pueden contribuir a fracturas por sobrecarga y caídas. Las técnicas

incorrectas de entrenamiento, como no hacer precalentamiento y estiramiento, también pueden causar lesiones en el pie y el tobillo.

Aumentas tu nivel de actividad de manera repentina. Tanto si eres un deportista entrenado como si has comenzado a hacer ejercicio recientemente, aumentar de forma repentina la frecuencia o la duración de tus sesiones de ejercicio puede aumentar tu riesgo de sufrir una fractura por sobrecarga.

Trabajas en determinadas ocupaciones. Ciertos ambientes de trabajo, como las obras de construcción, representan un riesgo de sufrir caídas o dejar caer algo pesado en el pie.

Mantienes tu hogar desordenado o poco iluminado. Desplazarse por un hogar con demasiado desorden o poca luz puede conducir a caídas y lesiones en el pie y el tobillo.

Tienes ciertos trastornos. Si tienes una disminución de la densidad ósea (osteoporosis), puedes estar en riesgo de sufrir lesiones en los huesos del pie y del tobillo³.

Las complicaciones de una fractura de tobillo o de pie son poco frecuentes, pero pueden comprender las siguientes:

Artritis. Las fracturas que se extienden a la articulación pueden causar artritis años después de ocurridas. Si el tobillo o el pie comienzan a dolerte mucho después de una fractura, consulta con el médico para que te evalúe.

Infección ósea (osteomielitis). Si tienes una fractura expuesta (es decir que un extremo del hueso sobresale a través de la piel), el hueso puede estar expuesto a bacterias que causan infección.

Síndrome compartimental. Esta afección ocurre pocas veces con fracturas de tobillo. Provoca dolor, hinchazón y, a veces, discapacidad en los músculos afectados de las piernas o los brazos.

Daños en los nervios o en los vasos sanguíneos. El traumatismo en el pie o en el tobillo puede lesionar los nervios y vasos sanguíneos adyacentes, y, a veces, incluso desgarrarlos. Busca atención inmediata si notas entumecimiento o problemas de circulación. La falta de flujo sanguíneo puede hacer que el hueso muera y colapse⁸.

6.6. SIGNOS Y SINTOMAS

Si tienes un tobillo o un pie quebrados, es posible que presentes algunos de los siguientes signos y síntomas:

Dolor inmediato y pulsátil

Dolor que aumenta al realizar actividad y disminuye al estar en reposo

Hinchazón

Hematomas

Sensibilidad

Deformidad

Dificultad para caminar o cargar peso, Una fractura de tobillo está acompañada de una o de todas

Las siguientes señales y síntomas:

- Dolor en el lugar de la fractura, que en algunos casos

Puede llegar desde el pie hasta la rodilla.

- Inflamación importante, la cual puede presentarse a lo

Largo de toda la pierna o en forma más localizada.

- Pueden aparecer ampollas sobre el lugar de la fractura.

Éstas deben ser tratadas inmediatamente por su médico.

- Hematomas que se desarrollan poco después de la

Lesión.

- Dificultad o imposibilidad de caminar.

6.7. COMPLICACIONES

En una fractura de tobillo tratada por operación raras veces hay complicaciones como coágulos sanguíneos (trombosis), embolias, así como lesiones de los nervios y vasos sanguíneos. Asimismo, posibles consecuencias de las fracturas de tobillo son las infecciones de la articulación y de la herida, con restricción permanente del movimiento.

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

FICHA DIAGNOSTICA

PACIENTE: Lydia angélica Vázquez Ruiz
FECHA DE NACIMIENTO: 11 DE JUNIO DE 1983
EDAD: 34 años.
SEXO: Femenino
CAMA: 2
DEPARTAMENTO: urgencias

Paciente femenino de 34 años de edad ingresa al área de urgencias traída en ambulancia de la vía pública acompañada de persona del sexo masculino quien al interrogatorio refiere ser su esposo.

La paciente ingresa debido a un accidente automovilístico iba de copiloto en el vehículo de su esposo y de manera repentina un automóvil rebaso de lado derecho provocando golpe intenso a la paciente y heridas abrasivas en el tobillo se pasa a la camilla, la valora médico de guardia quien indica que se canalice vena periférica se inicie tratamiento farmacológicas, se realiza curación y se toman laboratorios correspondientes así como Rx de tobillo derecho ap. y lateral.

Se pide interconsulta con ortopedia quien valora la rx y decide pasarla a quirófano para una intervención, menciona que la maneja de manera

ambulatoria ya que la paciente no cuenta con los recursos necesarios y de esta manera no se le generara muchos gastos.

ANTECEDENTES PERSONALES:

PATOLÓGICOS

Paciente del sexo femenino de 34 años de edad la cual refiere ser hipertensa con evolución de 2 años. Tratada con enalapril de 10 mg cada 24 hrs.

Antecedentes alérgicos:

A la aspirina y al ketorolaco menciona que le producen ansiedad y prurito.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Refiere haber sido intervenida en 2 ocasiones de cesáreas

La primera a los 26 años y la segunda vez a los 28 años.

NO PATOLÓGICOS

Paciente del sexo femenino de 34 años de edad, reside en el municipio de santa María del rio S.L.P Es de familia nuclear vive con su esposo y sus 2 hijas, habita en casa de concreto cuenta con todos los servicios básicos como (luz, agua, drenaje) cuenta con 2 cuartos un baño y una cocina, con adecuados habitas higiénicos, zoonosis no le gustan los animales, así que no tienen en casa.

HEREDO FAMILIARES

Su madre es hipertensa de 10 años de evolución con tratamiento

Su padre padece de cefaleas se trata con aspirinas ya el solo se auto medica.

VALORACION FÍSICA:

Paciente femenino de 34 años de edad es diagnosticada con fractura de tobillo derecho, ingresa al área de urgencias donde se le realizan las primeras intervenciones, posteriormente la valora medico especialista quien decide pasarla al área de quirófano para realizar la intervención.

VALORACIÓN CEFALOCAUDAL

Paciente consiente, estable, tranquila, orientada en sus tres esferas, cráneo normal, cuero cabelludo bien implantado de color castaño, ojos simétricos con sensibilidad a la luz no se observan secreciones o algún tipo de infección, narinas permeables, sin heridas visibles, sus orejas están simétricas con perforaciones en cada una de las orejas por aretes no presenta secreciones en el canal del oído, labios rosados, no se observan heridas ni laceraciones en labios, piezas dentales incompletas, sin presencia de alitosis, lengua libre de lesiones, encías de color rosados, carrillos de color rosado. Tórax a la auscultación, palpación, inspección se observa buena expansión solo refiere dolor al momento de inhalar, con pulso cardiaco rítmico, abdomen distendido con presencia de cicatriz debido a las cesáreas, brazo izquierdo con catéter periférico de calibre #18, fecha de la aplicación el día 20 de diciembre del año 2017., no se

encuentra ninguna en miembros genitales, herida abrasiva en tobillo derecho y fractura del mismo. En este momento se encuentra con vendaje,

Peso: 60 kg.

Talla:150 cm

FC: 60X

FR: 19X

T/A: 110/80

T:36.5 C

GLUCOSA: 98 MGD

6.1. VALORACIÓN POR PATRÓNES FUNCIONALES

La valoración por PATRÓNES Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso: los PATRÓNES pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA.

6.2. PATRÓN PERCEPCION MANEJO DE A SALUD

Paciente femenina de 32 años de edad que ingresa al área de urgencias para atención posterior a accidente automovilístico, es valorada y se inicia tratamiento farmacológico, revalorada por medico especialista quien decide pasarla al área de quirófano para ser intervenida por el diagnostico de Fractura de tobillo, sus condiciones de vivienda esta en perfectas condiciones, habita en zona urbana y tiene accesibilidad a todo lo necesario, Niega alcoholismo y tabaquismo o alguna droga se encuentra en el área de urgencias para ser trasladada al quirófano , se ha canalizado vía periferia y se inicio tratamiento 1000 ML sol salino p/8 hrs., omeprazol 40 mg c/a 24 hrs, dynastat 50 mg D. U .

6.3. PATRÓN NUTRICIONAL METABOLICO

Paciente en ayuno después de 8 hrs de la cirugía ofrecer dieta líquida, y posterior ofrecer blanda, permanecerá con salino 1000 p/a 12 hrs. Piezas dentales incompletas con regula higiene, área de venoclisis sin presencia de flebitis, con parque en el área de la cirugía, limpio y sin presencia de infección.

6.4. PATRÓN DE ELIMINACION

Refiere la paciente de orina 6 veces al día normalmente y en su estancia hospitalaria ha orinado 2 veces, evacua una vez ala dia, en su estancia dentro del hospital ha evacuado una vez, no presenta ningún problema.

6.5. PATRÓN ACTIVIDAD EJERCICIO

Antes de el accidente la paciente era totalmente dependiente ya es ama de casa realiza todas sus actividades del hogar ahora le indica el doctor 15 dias

en reposo absoluto y posterior caminar con muletas y revaloración en 1 mes.

Signos vitales

FC: 60 X

FR: 19 X

T/A: 110/ 80

T: 36.5.

6.6. PATRÓN SUEÑO DESCANSO

Refiere la paciente que habitualmente duerme 8 hrs , pero como estuvo en procedimiento se encuentra con sueño.

6.7. PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL

Utiliza lentes para vista cansada, no presenta ninguna alteración en la audición, solo u poco de dolor en la herida.

6.8. PATRÓN AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO

Se siente un poco preocupada por que es ella quien se encarga de llevar sus hijas al colegio, pero espera que su familia la apoye en las actividades que no podrá realizar ya que menciona que se tiene mucho afecto entre familia.

6.9. PATRÓN ROL RELACIONES

La paciente tiene una familiar nuclear 2 hijas y su esposo llevan una buena relación de familia los domingos su esposo los lleva a pasear o a convivir con sus familiares tanto paternos como maternos la relación que llevan es muy buena.

6.10. PATRÓN SEXUALIDAD- REPRODUCCION

Refiere que inicio su menarca a los 12 años siendo regular, su inicio de vida sexual a los 25, ha tenido 2 embarazos , 2 cesáreas y actualmente usa el implante como método anticonceptivo.

6.11 PATRÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

Se siente un poco preocupada de como va a resolver sus actividades, sabe que cuenta con todo el apoyo de sus esposo y familiares pero eso no le impide estar un poco preocupada y temerosa de como será su recuperación.

6.11. PATRÓN VALORES Y CREENCIAS

La paciente es de religión católica, se apoya mucho en su religión y sabe que gracias a eso va a salir de todas sus preocupaciones.

VII. PLAN DE ATENCIÓN

Deterioro de la movilidad física (00085)

Dominio 4: actividad/reposo

Clase 2: actividad/ejercicio

Definición: limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o mas extremidades.

VALORACION	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO	EVALUACION
Paciente femenino de 34 años de edad, al momento de la valoración se observa deterioro de la movilidad	Deterioro de la movilidad física F/R posoperatorio de cadera M/P incapacidad para movilizarse y realizar sus actividades	Lograr que la paciente pueda realizar sus actividades que realizaba antes del accidente.	Enseñar uso de aparatos de ayuda muletas. Ayudar en los autocuidados. Ofrecer un ambiente terapéutico	Ayuda a que la paciente sea autónoma tanto físico como mental en sus actividades familiares, y su buena aceptación consigo misma	Se logró que la paciente pudiera explicar el manejo de las muletas. Se logró que la paciente encontrara un sistema de

<p>física por intervención de cx por fractura de tobillo.</p> <p>FC: 60 X FR:19 X T/A: 110/ 80 T: 36.5</p>	<p>cotidianas (higiene, eliminación, vestido, etc.)</p>	<p>Lograr que la paciente pueda moverse con los apoyos de aparatos brindados como (muletas).</p>		<p>y con la sociedad.</p>	<p>apoyo para realizará sus actividades. la paciente se pudo integrar a sus actividades diarias con apoyo de sus esposo e hijas</p>
--	---	--	--	---------------------------	---

Dolor agudo (00132)

DOMINIO 12: Confort

CLASE 1: Confort físico

DEFINICION:

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

VALORACION	DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO	EVALUACION
Paciente femenino de 34 años de edad, al momento de la valoración se observa deterioro de	Dolor agudo F/R Agentes lesivos M/P Conducta expresiva, postura para evitar el dolor,	Lograr disminuir el dolor considerablemente. Que la paciente logre diferenciar el dolor inicial	Valoración de sus signos vitales ya que ella es hipertensa. Proporcionar calor local para la	La elevación de la t/a es un indicio de dolor, es mejor que este controlada. Explicar la importancia de seguir las	La paciente asumió la responsabilidad de checar su T/A. La paciente refirió que ahora si terminara el

<p>la movilidad física por intervención de cx por fractura de tobillo.</p> <p>FC: 60 X FR:19 X T/A: 110/ 80 T: 36.5</p>	<p>informe verbal del dolor</p>	<p>antes del tratamiento.</p>	<p>disminución del dolor</p> <p>Brindarle su medicación indicada.</p>	<p>indicaciones medicas para su pronta recuperación.</p>	<p>tratamiento farmacológico .</p>
---	---------------------------------	-------------------------------	---	--	------------------------------------

VIII PLAN DE ALTA

Se educara a la paciente y a los familiares sobre las medidas a seguir, durante el tiempo que el doctor indica el reposo absoluto, así como las actividades que se pueden realizar y que tanto la paciente como los familiares sepan identificar las complicaciones que se pudieran generar, para que puedan dar seguimiento y no pase a una infección o cualquier otro problema, que sigan de una forma adecuada el tratamiento para la pronta recuperación y evitar accidentes

SIGNOS Y SINTOMAS DE IMPORTANCIA

Se orientará a la paciente respecto a signos y síntomas de alarma al momento de su alta, tales como:

- Supuración de la herida
- Enrojecimiento de la herida
- Fiebre
- Inflamación del sitio de la intervención.
- Dificultad de la movilidad del miembro de la intervención

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES

Dentro de las frecuentes complicaciones tras una cirugía de reducción puede existir Infección.

Otra recomendación puede ser:

ACTIVIDADES DE REAHABILITACION FISICA CUANDO INDIQUE EL DOCTOR

- Ejercicios propioceptivos niveles 1,2 y 3, para el pie y tobillo tras una fractura
- Cuando la fractura esta consolidada, es necesario dotar al pie de coordinación y equilibrio para recuperar su función normal, mediante los ejercicios de propiocepción aportamos un gran número de estímulos al pie con el fin de integrar otra vez el movimiento normal en diferentes superficies y situaciones
- Ejercicios propioceptivos para la rehabilitación del pie nivel 1
- En esta fase nos encontramos un pie y tobillo con las siguientes características:
 - Pérdida de fuerza y masa muscular.
 - Pérdida de densidad ósea más o menos acusada (osteoporosis)
 - Dolor articular y ligamentoso por falta de costumbre del apoyo de peso.
 - Perdida de propiocepción e imagen o patrón corporal.
 - Pretendemos aquí estimular y movilizar inicialmente el tobillo y sus estructuras para que vayan acostumbrándose al movimiento y alimentando al sistema nervioso de estímulos propioceptivos.
 - La carga de peso durante esta fase es mínima o nula. No todas las personas y lesiones precisan por su estado, gravedad y recuperación pasar por esta fase del trabajo propioceptivo.
- Los siguientes son ejercicios de propiocepción para el tobillo en esta etapa:

- Movilización en Círculos
 - 5 vueltas a cada lado.
 - 4/5 series con descansos.
 - Con suavidad y consciencia.
-
- Isométricos en 4 direcciones
 - 5 veces a cada lado.
 - 10 repeticiones del ciclo con descansos
 - Con intensidad variable
-
- Arrugar y aplanar el pie
 - Alternar uno y otro.
 - 15/20 repeticiones con descansos
 - Con intensidad variable
-
- Auto masaje del pie
 - De 5 a 10 minutos.
 - Puede doler pero no demasiado.
 - Variar el peso sobre la pelota y la dureza de esta.
-
- Ejercicios propioceptivos para la rehabilitación del pie nivel 2
 - En esta fase nos encontramos un pie y tobillo con las siguientes características:
-
- Carga en el suelo tolerado pero aún algo inestable.

- Carga sobre la puntera aún mal tolerada.
- Ligamento Totalmente cicatrizado.
- Estructuras del pie más, movilizadas y estimuladas.
- Fuerza en el tobillo aún insuficiente.
- Pretendemos en esta fase acostumbrar al pie y tobillo a una carga completa del peso y a la adaptación de sus estructuras articulares, ligamentosas y tendinosas a las tracciones, torsiones y fricciones que deben de soportar en la función normal del pie y tobillo

Los siguientes son ejercicios de propiocepción para el tobillo en esta etapa:

- Ejercicios de Apoyo con un pie
 - Figuras en el aire.
 - Balanceo adelante - atrás.
 - Desequilibrios con balón.
 - Añadir Dificultades Extra
-
- Cojín, colchón
 - Ojos cerrados
 - Duración / Repeticiones
 - Realizar entre 4 y 8 series de cada ejercicio.(Según fase de recuperación)
 - La duración de cada serie la marca el cansancio de la pierna, pie y tobillo.
 - Descansar bien entre series.

- Ejercicios propioceptivos para la rehabilitación del pie nivel 3
- En esta fase nos encontramos un pie y tobillo con las siguientes características:
 - Fuerza prácticamente normal
 - Ligamento totalmente recuperado
 - Estructuras listas para el trabajo intenso
 - Patrón corporal y capacidad de respuesta propioceptiva por optimizar.
 - En esta última fase de la recuperación vamos a tratar de estimular al máximo el sistema propioceptivo exigiéndole respuestas adecuadas ante ejercicios y movimientos de una intensidad y rapidez elevadas.
 - Vamos a lograr así que la articulación esté totalmente preparada y fortalecida para la vuelta a la actividad física o deportiva.

VIII. CONCLUSIONES

Con la realización de este trabajo, he aprendido varios aspectos relacionados con las fracturas de tobillo, ya que es una alteración muy frecuente que se presenta hoy en día en nuestra población debido a accidentes.

Es de mayor importancia conocer el manejo, tratamiento para una recuperación pronta y satisfactoria,

Saber en que momento se puede iniciar la actividad terapéutica.

De igual manera se realiza un plan de alta para que la paciente pueda llevar a cabo su tratamiento domiciliario y los resultados sean satisfactorios.

EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA es una herramienta metodológica indispensable para organizar y otorgar cuidado de calidad, minimizar las complicaciones y permite a la enfermera prever posibles cambios para que el paciente se restablezca en menor tiempo o en su caso ayudarlo a un buen morir.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gerard J. tortora, Bryan Derrickson, principios de anatomía y fisiología, Editorial medica panamericana, 13 edición, México, 2013, p.3222.
2. Lilian sholtis Brunner, Doris smith suddarth. Enfermería medico quirúrgica, editorial interamericana, S.A. de C.V.. Tercera edición, impreso en México, D.F. México. 1978, p1445
3. Sharon Lewis, Margaret Heitkemper, Shannon Dirken, Enfermería Medico quirurgica, Editorial EDIDE, S.L., sexta edición en español, Madrid España, 2004, p. 1775
4. ATS/DUE SAS Temario 1. Centro de Estudios Adams. Ediciones Valbuena S.A., Madrid. ISBN 84-8303-225-2.
5. Ostiguín Meléndez, Rosa María; Velázquez Hernández; Silvia María de la Luz (2001). Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada. El manual moderno. OCLC 47250013. ISBN 968-426-895-5, 9789684268951.
6. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. NANDA International. ISBN 978-0-4706-5482-8
7. Romero MN. Enfermería basada en la evidencia ¿avanzamos para transformar? Index Enfer 2003; 12(40-41):41-46. Citado por: Romeo López

SA. Revisión crítica sobre los modelos de práctica enfermera y sus resultados. *Index Enferm* 2004; 13(44): 41- 46.

8. Mancilla García M, Zepeda Arias F. Importancia de las guías de práctica clínica en enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* (en línea). 2012. (fecha de acceso 4 de mayo de 2012); No. 20

9. Registered Nurses Association of Ontario. Herramienta de implementación de las guías de práctica clínica (en línea). España: Centro colaborador español; 2011 (fecha de acceso 3 de mayo de 2012).

10. Lavado Núñez M., Márquez Aragúndez L., Dama Sosa C., Manfredi López M. *Registros y protocolos*. España: Hygia; 2004.

11. María Teresa Luis Rodrigo, Carmen Fernández Ferrín, María Victoria Navarro Gómez, *De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*, editorial Elsevier Masson, España, 2005, ISBN 8445814885 y 9788445814888 (consultar 'Capítulo 1 - Proceso enfermero' en texto en línea).

12. Rosalinda Alfaro-LeFevre. *Aplicación del Proceso enfermero*, 4th ed. : Springer-Verlag Ibérica

13. Marriner-Tomey, A; Allgood, M (2006). *Nursing theorists and their work* (en inglés). Enskede: TPB. p. 432. ISBN 978-0-323-03010-6. OCLC 939584238.

14. Fitzpatrick, Joyce J; Wallace, Meredith, eds. (2006). *Encyclopedia of nursing research* (en inglés) (Segunda edición). Nueva York: Springer Publishing Company. p. 409. ISBN 978-0-826-19812-9. OCLC 896995877.

15. WHO Regional Office for Europe, ed. People's needs for nursing care: a European study (en inglés). Copenhagen: Organización Mundial de la Salud. pp. 35-37. ISBN 978-9-289-01040-5. OCLC 462464509.
16. Grove, Susan K (2005). The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization (en inglés) (Quinta edición). St. Louis: Elsevier Health Sciences. pp. 21-23. ISBN 0-7216-0626-1. OCLC 918473959.
17. White, Lois (2005). Foundations of nursing (en inglés) (Segunda edición). Clifton Park: Cengage Learning. pp. 128-139. ISBN 1-4018-2692-X. OCLC 122543868.
18. Funnell, R; Koutoukidis, G; Lawrence, K (2009). Taberner's nursing care (en inglés) (Quinta edición). Chatswood: Elsevier. p. 72.
19. Tanner, Christine A (junio de 2006). «Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing». The Journal of Nursing Education (en inglés) (Thorofare: Charles B. Slack) 45 (6): 204-211. ISSN 0148-4834. OCLC 109726462. PMID 16780008.
20. Melat Ziegler, Shirley (2005). Theory-directed nursing practice (en inglés) (Segunda edición). Nueva York: Springer Publishing Company. pp. 247-250. ISBN 0-8261-7632-1. OCLC 300272923.
21. «Proceso de enfermería. Etapa tres: planificación». Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Yucatán. 18 de septiembre de 2012.
22. Griffith-Kenney J, Christensen PJ. Nursing Process: Application of theories, frameworks and models. St Louis (MI): Mosby; 1986.

23. Olmedo M.C.; Sistemática para la protocolización de los cuidados de enfermería. Revista de Calidad Asistencial (en línea). 2010. (2 de mayo de 2012); No.25
24. Col ATS/DUE SAS Temario 1. Centro de Estudios Adams. Ediciones Valbuena S.A., Madrid. ISBN 84-8303-225-2.
25. Ostiguín Meléndez, Rosa María; Velázquez Hernández; Silvia María de la Luz (2001). Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada. El manual moderno. OCLC 47250013. ISBN 968-426-895-5, 9789684268951.
26. Romero MN. Enfermería basada en la evidencia ¿avanzamos para transformar? Index Enfer 2003; 12(40-41):41-46. Citado por: Romeo López SA. Revisión crítica sobre los modelos de práctica enfermera y sus resultados. Index Enferm 2004; 13(44): 41- 46.
27. Mancilla García M, Zepeda Arias F. Importancia de las guías de práctica clínica en enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc (en línea). 2012. (fecha de acceso 4 de mayo de 2012); No. 20
28. Registered Nurses Association of Ontario. Herramienta de implementación de las guías de práctica clínica (en línea).España: Centro colaborador español; 2011 (fecha de acceso 3 de mayo de 2012).
- 29 . María Teresa Luis Rodrigo, Carmen Fernández Ferrín, María Victoria Navarro Gómez, De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo
30. Rosalinda Alfaro-LeFevre. Aplicación del Proceso enfermero, 4th ed. : Springer-Verlag Ibérica

31. Ashworth, P; Björn, A; Dechanoz, G; Delmotte, L; Farmer, E; Korda, A (1987). WHO Regional Office for Europe, ed. People's needs for nursing care: a

32. «Proceso de enfermería. Etapa tres: planificación». Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Yucatán. 18 de septiembre de 2012.

33. Secretaría de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería, 2002.

Comisión Nacional de Arbitraje liére MF. Promover la vida. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1993.

34. Sánchez Linares A, Sanz Penon C, Protocolizar las actividades de enfermería: Rol Enf.(Barc) 2001; 24(1):67-74.

35. Secretaría de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería, 2002.