



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD
DEL DISTRITO FEDERAL CON INCORPORACION A LA UNAM**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

**Cuidados de Enfermería a una persona con alteración de la
Necesidad de la Movilidad y Prevención de Riesgo**

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

PRESENTA:

**Rosa Elena Rodríguez Servín
No. 402509927**

**Mtra. Angelina Rivera Montiel
DIRECTORA DEL TRABAJO**



Febrero, 2013



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.

INDICE | |

Agradecimientos

Dedicatorias

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS.....	1
General.....	1
Específicos.....	1
MARCO DE REFERENCIA.....	2
Enfermería.....	2
Proceso Atención de Enfermería.....	
Concepto.....	3
Características.....	3
Valoración.....	4
Diagnóstico de Enfermería.....	8
Planificación.....	11
Ejecución.....	19
Evaluación.....	19
Modelo de las 14 Necesidades Fundamentales.....	21
Antecedentes.....	21
Elementos que lo integran.....	21
Definición de los cuatro conceptos del metaparadigma de enfermería...	23
La relación enfermera paciente.....	24
La enfermera como miembro del equipo sanitario.....	25
Fracturas Abiertas.....	29
Etiología y mecanismo de acción.....	29
Epidemiología.....	30
Microbiología.....	30
Clasificación.....	31
Principios de tratamiento.....	33
Evaluación inicial y tratamiento en urgencias.....	34
METODOLOGÍA.....	38
APLICACIÓN PRÁCTICA DEL PROCESO.....	41
Valoración de enfermería por necesidades.....	41
Plan de cuidados.....	45
Plan de Alta.....	54
CONCLUSIONES.....	55
BIBLIOGRAFÍA.....	56

DEDICATORIAS

A Dios que me dio la luz en momentos tan cruciales de mi vida y momentos de dicha y felicidad.

A mis padres Cecilia Servín López y Fernando Rodríguez Reséndiz, que me han apoyado incondicionalmente a lo largo de mi carrera y que siempre creyeron en mí así mismo han permitido alcanzar el éxito gracias ¡ lo hicimos !.

A mis hermanas Ana Lilia, María de la luz, Cecilia, por haber estado conmigo en todos los momentos de mi vida gracias hermanitas las amo.

A mis sobrinos por hacer cada día de mi vida más alegre

A mi asesora por haber hecho este sueño realidad y por haber tenido paciencia gracias.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma de México que me dio la oportunidad de crecer, conocer y aprender de un mundo que nunca imagine.

A los profesores de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia que creyeron en mi cambiando el rumbo de mi carrera, con lo cual descubrí la mística de mi profesión.

A la Profesora Angélica Rivera Montiel, por su apoyo y asesoramiento, paciencia y orientación en la culminación del presente.

A todas aquellas personas y amigos que me brindaron su apoyo, tiempo e información para el logro de mis objetivos.

INTRODUCCIÓN

Una de las acciones que se lleva a cabo en la formación académica y en la futura vida laboral del Lic. En Enfermería y Obstetricia, es la implementación y desarrollo del proceso de Atención de Enfermería (PAE). Es una herramienta habitual e indispensable para ofrecer cuidados de calidad y con calidez, con amplio sentido ético y profesional al abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (biológico, psicológico, social, cultural, y espiritual).

La Licenciada en Enfermería reúne una serie de competencias profesionales en la áreas del saber, saber hacer y convivir para aplicar el proceso con finalidad de lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.

Para la aplicación del proceso enfermero se requiere ser competente flexible y creativo, por tal razón se puede aplicar las habilidades intelectuales como el razonamiento crítico, la flexión y las habilidades practicas apoyadas en el conocimiento científico, que permiten valorar al usuario, diagnosticar, planear y ejecutar intervenciones de enfermería.

El siguiente trabajo tiene como fin realizar un PAE a una paciente de 36 años, con fractura expuesta de tibia y peroné distal derecho basado en el modelo de Virginia Henderson, en el servicio de urgencias del hospital Magdalena de las Salinas.

El proceso Atención de Enfermería está conformado por los objetivos, la metodología, en seguida se describe el marco teórico donde se mencionaban los antecedentes de la enfermería, conceptualizando de enfermería meta paradigma de enfermería, tecnología de cuidados, los antecedentes de las características y etapas del proceso de enfermería así como el modelo conceptual de Virginia Henderson y una síntesis del padecimiento “fractura de tibia y peroné”, en seguida se presenta la valoración de enfermería utilizando el instrumento de las catorce necesidades, se continua con el establecimiento de los diagnósticos de Enfermería y la planificación de cuidados en donde se plantean las prioridades para determinar los problemas del usuario y los objetivos para establecer las intervenciones y actividades de enfermería y por último, se presenta la evaluación de los resultados. Finalmente se da a conocer la conclusión respecto a las intervenciones así como la bibliografía consultada y los anexos

I. OBJETIVOS

1.1. General

A partir de la presentación del examen profesional bajo la modalidad de Proceso Atención de Enfermería optar por el título profesional de Licenciada en Enfermería.

1.2 Especifico

- Ayudar a la persona que presenta dificultad para la satisfacción de sus necesidades a obtener los conocimientos, habilidades y destrezas que le permitan compensar la falta de fuerza, la falta de voluntad y/o la falta de conocimientos para así alcanzar la independencia.
- Recabar los datos e información necesaria para conocer de forma integral las necesidades del usuario con alteración de la necesidad relacionada con la prevención de riesgo y la necesidad de movilidad
- Identificar los datos de dependencia e interdependencia obtenidos a través de instrumentos de valoración, entrevista y expediente clínico.
- Integrar diagnósticos a partir de los problemas reales o de riesgo que propicien alteraciones en la salud del usuario.
- Planear junto con el usuario y la familia los objetivos y actividades
- Ejecutar las intervenciones que contribuyan a la satisfacción de las necesidades del usuario para lograr un mayor grado de independencia.

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Enfermería

La Enfermera se le identifica como la más veterana de las artes y la más joven de las profesiones. Los cuidados nacen con el hombre y persiste a lo largo de las distintas etapas de su ciclo vital. Cuidar durante miles de años no fue propio de un oficio y mucho menos de una profesión. Los cuidados era actos de cualquier persona que ayuden a otra para continuar su vida, ya sea que cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo permitir que la vida continúe, se desarrolle y de este modo luchar contra la muerte. La enfermería en su génesis responde a esta necesidad social que tiene a ocuparse del cuidado de los enfermeros y desvalidos.

Sin embargo el origen de la práctica de los cuidados se deben buscar en las actividades de alimentación y conservación del grupo, relacionadas esencialmente con los aspectos de supervivencia en los que se desarrollan en la vida de los primeros hombres y enmarcadas dentro del concepto de ayuda existe en las propiedades primitivas.

Cuidar es por lo tanto mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para sobrevivir. Cuidar es un acto de vida a las actividades encaminadas a mantener conservar y permitir que la vida continúe y se reproduzca.

Las prácticas rituales desde la concepción y hasta el nacimiento se elaboran alrededor de la mujer, símbolo de la fecundidad, del niño que ella trae al mundo. Las mujeres ha sido siempre las dispensadoras de atención en la sociedad que han prestado cuidados alimentación a los niños y a los otros miembros de la familia.¹

Sin duda otra disposición era el origen del bien para mantener la salud-enfermedad, así pues todos los sucesos ocurridos al hombre los interpreta como algo mágico-religioso.

La religión ha desempeñado un papel destacado en el desarrollo de la enfermería por la representación de la caridad cristiana, utilizando inclusive los conventos en la asistencia y los enfermeros. En el transcurso de la historia de la humanidad ha sufrido desastres como epidemias, plagas, guerras, desastres naturales lejos de la tragedia y de la consecuencia oblige a las creaciones de la

¹Atkinson, A. Dignosticos de Enfermería. Interamericana. Edit. 5ta, pp33-45

escuela de Enfermería dando una evolución relevante a los aspectos de la profesión.

Aspectos recurrentes como el papel y la disposición de la mujer, valores religiosos, guerras, actitudes sociales, y liderazgo visionarios en la enfermería influyeron sobre la práctica de esta entre las dirigentes que han contribuido de forma destacada en la historia de la enfermería se encuentra Florencia Nightingale, Lilia Wald, Lavidina Dock, MargaterSanger. Todas estas fueron pioneras políticamente sagases. Su Habilidad para influir sobre otros y para lograr cambios sigue siendo un modelo para las enfermeras activistas de hoy. Los logros de diversas dirigentes contemporáneas de las enfermería tales como Virginia Henderson, que creó una definición moderna a nivel mundial de la Enfermería, y Martha Roges una catalizadora del desarrollo teórico.

Por otro lado el papel del hombre en la historia de la enfermería, mencionado que a lo largo del tiempo se ha documentado la labor de la mujer sin mencionar que en las épocas de guerras, los mismos hombres tenían que tener los ciertos conocimientos en el arte del cuidado y primeros auxilios, siendo que muchas veces no se tenía los médicos y las enfermeras suficientes para atender a todos los heridos en los campos de batalla Todos estos aspectos entre otros han logrado de la Enfermería una profesión y ciencia aplicada, lo que hasta hoy en nuestros días gracias a muchos teóricos y estudiosos ha logrado conseguir no solo de esta ciencia una vocación, sino una profesión determinada en sus actos y quehaceres propios².

2.2. Proceso de Atención de Enfermería

2.2.1. Concepto

Es un método sistemático que brinda cuidados humanísticos centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.

2.2.2 Características

1. Es un METODO, es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermería que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud que posibilitan la continuidad en el otorgamiento de los cuidados por tal motivo se comparan las etapas del método de solución de problemas y del método científico.
2. Es SISTEMATICO, por estar conformado en cinco etapas que obedecen a una orden lógica que conduce al logro de resultados, (valoración, diagnostico, planeación, ejecución).

² Atkinson, A. Dignosticos de Enfermería. Interamericana. Edit. 5ta, pp48-67

3. Es HUMANISTA, por considerar al hombre como ser holístico (total) e integrado que es más que una suma de partes que no se debe fraccionar.
4. Es INTENCIONADO, porque se encuentra en el logro de objetivos, permitiendo quitar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo al mismo tiempo que valoran los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.
5. Es DINAMICO, por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
6. Es FLEXIBLE, porque puede aplicarse en los contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría o modelos de enfermería.
7. Es INTERACTIVO, por requerir de la interrelación humana con el de los usuarios para acordar y lograr objetivos comunes.

2.2.3. Etapas

Consta de cinco etapas las cuales se encuentra estrechamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a las siguientes:³valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación.

PRIMERA FASE: VALORACION:

La valoración es la fase en la que se recaba la información necesaria y referente al usuario familiar y comunidad con el fin de identificar respuestas humanas y fisiopatologías, así como los recursos (capacidades), con los que se cuentan.

Para la recolección de la información, las enfermeras recurren a dos fuentes de información: primarias y secundarias.

- a) La fuente primaria es el propio paciente
- b) Las fuentes secundarias son: familiares, amigos, conocidos, otros profesionales de la salud, libros, artículos, etc.

Para la obtención de datos las enfermeras recurren a diversas técnicas tales como:

- a) La entrevista
- b) La observación
- c) El método clínico

a) Entrevista

Una entrevista es una comunicación planeada o una conversación con una finalidad, algunos propósitos posibles son recoger datos, dar información, identificar problemas de preocupación mutua evaluar el cambio, enseñar, dar apoyo y dar consejo o terapia.

³Atkinson, A. Diagnóstico de Enfermería, Interamericana, Edit. 5ta

Hay dos tipos de entrevista: dirigida y no dirigida:

- ✓ La entrevista dirigida, está muy estructurada y genera información específica, la enfermera establece el propósito de la entrevista y la controla, al menos en un principio, haciendo preguntas cerradas, que requieren una cantidad específica de datos. El cliente responde preguntas o comenta preocupaciones.
- ✓ La entrevista no dirigida o de establecimiento, la enfermera permite al cliente que controle el propósito, el tema y el ritmo, las relaciones armoniosas son un entendimiento entre dos o más personas, la enfermera fomenta comunicación la mediante preguntas abiertas

b) Observar

Es recoger datos usando los cinco sentidos, aunque las enfermeras observan principalmente mediante la vista todos los sentidos estos ocupados, durante las observaciones cuidadosas. La observación tiene dos aspectos a) anotar los estímulos y b) seleccionar, organizar e interpretar, los datos es decir preinscribirlos una enfermera que observa la cara de un cliente que esta enrojecida debe de relacionarse con observación.

La observación es una cualidad consciente y deliberada que se desarrolla únicamente esforzándose y con un enfoque organizado.

c) Método clínico

Palpación

La palpación es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto. Es la técnica diagnóstica que utiliza el tacto de las partes externas del cuerpo o bien de la parte accesible de las cavidades. Palpar consiste en tocar algo con las manos para conocerlo mediante el sentido del tacto. Este acto proporciona información sobre forma, tamaño, consistencia, superficie, humedad, sensibilidad y movilidad.

Inspección

La inspección es el método de exploración física que se efectúa por medio de la vista.

Objetivos:

Detectar características físicas significativas de su entorno.

Observar y discriminar en forma precisa los hallazgos anormales en relación con los normales.

Con fines didácticos la inspección se divide de acuerdo a los siguientes criterios:

a) Según la región a explorar:

Local: inspección por segmentos.

General: inspección de conformación, actitud, movimientos, marcha, etc.

b) Según la forma en que se realiza:

Directa: Simple o inmediata. Se efectúa mediante la vista.

Indirecta: Instrumental, armada o indirecta.

Simple: Cuando se realiza en superficies o estructuras accesibles al ojo examinador

Armada: Cuando se usan instrumentos para exponer a la vista áreas internas o cavidades

c) Por el estado de reposo o movimiento:

Estática: o de reposo de un órgano o cuerpo.

Dinámica: mediante movimientos voluntarios e involuntarios.

Auscultación

La auscultación es un procedimiento clínico de exploración física que consiste en escuchar de manera directa o por medio de instrumentos como el estetoscopio, el área torácica o del abdomen, para valorar los sonidos normales o patológicos producidos en el órgano

Percusión

Es un método que consiste en dar golpecitos suaves en partes del cuerpo con los dedos, las manos o con pequeños instrumentos como parte de una exploración física y cuyo propósito es evaluar el tamaño, la consistencia, los bordes de órganos corporales y la presencia o ausencia de líquido en áreas del cuerpo.

La percusión de una parte del cuerpo produce un sonido, como tocar un tambor, que indica el tipo de tejido dentro del órgano o la parte del cuerpo:

Los pulmones suenan huecos a la percusión porque están llenos de aire.

Los huesos, las articulaciones y los órganos macizos como el hígado suenan sólidos.

El abdomen suena como un órgano hueco lleno de aire, líquido o sólidos

Para el registro de los datos, las enfermeras utilizan diversos instrumentos, tales como: la hoja clínica de enfermería, la historia clínica, cardex, etc.

La valoración a su vez implica el desarrollo de diversos pasos, tales como:

Valoración

La valoración es la primera fase del proceso enfermería implica la recogida de datos y validación de datos y es necesaria antes de que pueda hacerse un diagnóstico de enfermería la valorización es parte de cada actividad que hace a la enfermera por y con el cliente. En efecto la valoración es un proceso continuo llevado a cabo durante todas las fases del proceso de enfermería. La

valorización implica una participación activa tanto del cliente como la enfermera, el cliente puede ser uno o más individuos o familia o incluso una comunidad.

Tanto la enfermera como el cliente entran en relación con conocimientos específicos y experiencias previas que influyen en sus percepciones interpersonales.

Diagnostico

El termino diagnóstico de enfermería se refiere al proceso de hacer un diagnóstico y al juicio clínico al que se llega y se expresa con un nombre o denominación de categoría.

El termino diagnostico se deriva de la palabra griega diagnostico, que significa distinguir las definiciones comprenden. 1) arte de identificar una enfermedad a partir de sus signos y síntomas, b) es una declaración o conclusión relativa de la naturaleza de algunos fenómenos.

Planificación

La planificación es diseñar u ordenar las partes de algo para lograr un fin u objetivo. En enfermería planificar es la tercera fase del proceso de enfermería. En este contexto, planificar es el proceso de designar las estrategias o actuaciones de enfermería requeridas para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas del cliente identificados y validados durante la fase del diagnóstico. Las siguientes personas pueden estar implicadas en la planificación de estrategias de enfermería: una o más enfermeras el cliente y los miembros de la familia, las personas de apoyo y cuidadores y a veces miembros de otras profesiones de la salud

Ejecución

Es llevar a cabo las actuaciones de enfermería planeadas para ayudar al cliente a alcanzar los objetivos

Evaluar

Evaluar significa identificar hasta que punto se ha alcanzado los objetivos del cliente. La evaluación es un proceso sumamente importante del proceso de enfermería por que las conclusiones extraídas a partir de la evaluación terminal, si las actuaciones de enfermería puedan darse por finalizadas o deben revisarse o cambiarse

Es un proceso terminal por que después de finalizar la actividad de enfermería, la enfermera evaluar si se ha alcanzado los objetivos del cliente.

b) Fase de documentación y registro de la valoración.

Es el segundo componente de la fase de la valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:⁴

- ✓ Constituye un sistema de comunidades entre los profesionales de un equipo sanitario.
- ✓ Facilitan la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.
- ✓ Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros incluida de gestión de la calidad.
- ✓ Prueba de carácter legal
- ✓ Permitir la investigación en enfermería.
- ✓ Permitir la formación de pregrado y posgrado

Las normas de Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son.

- ✓ Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opinión personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- ✓ Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas
- ✓ Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como (normal o regular)
- ✓ Los hallazgos deben de describirse de manera metódica, forma, tamaño, la anotación debe ser clara y concisa
- ✓ Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble
- ✓ Las anotaciones serán correctas, ortográficas, se usaran solo las abreviaturas de uso común.

SEGUNDA FASE: DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

Es un enunciado del problema real o en potencia con el paciente que requiera la intervención de enfermería con el objeto de resolver o disminuir. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o un problema interdependiente.

⁴Atkinson, A. Diagnóstico de Enfermería, Interamericana, Edit. 5ta PP. 58-87

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en:

Antes de iniciar la forma de enunciar los Diagnósticos establecemos que tipos de diagnóstico hay, pudiendo ser de cuatro tipos: Reales, de alto riesgo (Designados hasta 1992 como potenciales)

a) Real: Representa un estado que ha sido clínicamente válido 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.

El término real no forma parte del enunciado de un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, Formato de Pes: Problema (P)+Etiología, factores causales o contribuyentes (E) +signos y síntomas (S). Estos últimos son que validan el diagnóstico.

b) Alto riesgo: Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situaciones iguales o similares. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1- Descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va predicho por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE Problema (P)+etiología/factores contribuyentes (E).

c) Posibles: Son enunciados que reciben un problema sospechado por que se necesitan datos incondicionales. La Enfermera debe de confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato (PE), Problema (P)+etiología/Factores contribuyentes (E).

c) **De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más elevado. Deben estar presente dos hechos: Desde un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte conteniendo solo la denominación. No contiene factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o un grupo que comprenda que se puede lograr un nivel más elevado si se desea o si se es capaz. La Enfermera puede interferir en esta capacidad basada en los deseos expresos de la persona o del grupo de la educación para la salud.

Se puede añadir un quinto tipo: **de síndrome.**

Comprende un grupo de diagnósticos de Enfermería que se supone que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de síndrome son enunciados de una parte con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación Diagnóstica.

Al escribir el enunciado diagnóstico se debe de considerar lo siguiente:

- ✓ Unir la primera parte (P), con la segunda (E), utilizando “relacionado con”, mejor que “debido a” “O” causado por. No necesariamente significa que hay una relación causa-efecto directa.

5

- ✓ La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona y no una actividad de Enfermería.
- ✓ Redactar en términos conveniente y aconsejables desde el punto de vista legal
- ✓ Escribir el Diagnósticos sin emitir juicios de valor, sin basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- ✓ Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- ✓ No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico
- ✓ No indique el Diagnostico de Enfermería como si fuera un diagnóstico medico
- ✓ No escriba un diagnóstico de Enfermería que repita una orden medica
- ✓ No rebautiza un problema médico para convertirlo en un Diagnostico de Enfermería
- ✓ No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos

En el año de 1990, la NANDA propuso 4 componentes para estructurar las categorías diagnósticas:

1. **Etiqueta descriptiva o título:** ofrece una descripción concisa del problema. Es una frase o termino 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 Diagnostico tiene un título y una definición específica esta es la que nos da el significado propiamente el diagnóstico el título es solo sugerente. Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos, otros signos y síntomas como secundarios están presentes en el 50-79 % de los casos pero no se considera evidencia necesaria del problema.
4. **Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo.** Se organizan en 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 factores de riesgo.

⁵Conceptos y temas en la práctica de enfermería. B.Kozier,G.ERB, Edit 2, Interamericana McGraw-Hill,pp102-114

- Factores fisiopatológicos (biológico y psicológico): shock, anorexia nerviosa
- Factores de tratamiento (terapias, medicación)
- Factores del medio ambiente
- Factores relacionados con la maduración: paternidad/maternidad, adolescente

TERCERA FASE: PLANIFICACIÓN

Una vez que hemos concluido la valorización e identificación las complicaciones potenciales (problemas interdependientes), y los Diagnósticos Enfermeros, se procesa a la fase de planeación de los cuidados o tratamientos 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 la planeación del proceso de Enfermería incluye cuatro etapas.

a) Determinación de prioridades

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar que problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por lo tanto estos deben concordarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a haber errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso se nos facilitara aún más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holística humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad. Maslow¹ (1972), esta carencia colocada a la persona en un estado de supervivencia a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, las personas prefieren satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencias. Como problema de carácter biofisiológica con la acepción de la urgencia de los procesos de morir.

Por tanto daremos preferencia a aquellos Diagnósticos de Enfermería y complicaciones potenciales, referidas a las necesidades que el paciente da prioridad consecutiva con la Enfermera. En realidad las actividades que la Enfermera desarrolla con y para las personas tiene suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar reconocer el potencial sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades.

b) Planteamiento de los objetivos

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

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

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones Enfermeras es establecer: qué se requiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de Objetivos:

a)Objetivos de Enfermería o criterios del proceso: Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas ayudar al paciente:

- ✓ A encontrar sus puntos fuertes esto es sus recursos de adaptación adecuados para potencializarlos
- ✓ A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación
- ✓ A conocer su estilo de vida y modificarlo sino fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios de una inadecuación de los mismo.

Los objetivos de enfermería no suelen escribirse en el plan de cuidados, a excepción que sea para los alumnos, en cualquier caso debe de responder a preguntas sobre capacidad, limitaciones y recursos del individuo que pueden fomentar disminución/aumento o fingir.

Lo objetivos de Enfermería se describen en el tiempo a: Objetivos a corto plazo, son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido en cuestión de horas o días. Estos son adecuados específicamente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes lo requieran. Inestables y los resultados a largo plazo son inciertos: Mediano plazo, para un tiempo intermedio de tal forma que podamos utilizarlos para conocer los logros del paciente y mantener la motivación. Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un largo tiempo. Existen dos tipos:

- ✓ Abarca un periodo prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería que median indirectamente entre el objetivo y sus logros.
- ✓ Se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo, este segundo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de Enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

b)Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultados: Al escribir los objetivos debemos entender que estamos prefijados los resultados esperados, esto es los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y la responsabilidad de la enfermera. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- ✓ Deben ser alcanzables esto es asegurable para conseguirlos

- ✓ Deben ser medibles, así se describe con verbos mensurables del tipo de afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento(toser, caminar o beber)
- ✓ Deben ser específicas de acuerdo al contenido(hacer, experimentar o aprender), y sus modificaciones (quien, como ,cuando, donde), así al verbo se le añade las preferencias e individuales, Ejemplo: El paciente caminara(verbo)por el jardín(donde) después de comer(cuando) durante 15min(cuando).

Los contenidos se escriben como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área del aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B.Boom, hace del aprendizaje, referido como objetivos de la educación.

- ✓ Cognoscitivos: Estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que procesan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un menor paso repaso a la alta originalidad.
- ✓ Afectivos: Son objetivos que hacen hincapié en la tención sentimental, una emoción, o cierto grado de simpatía o repulsa, osilla en una simple atención, a la toma de conciencia de la gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, conceptualizaciones, valores y tendencias emotivas.
- ✓ Psicomotores, estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor ciertas manipulaciones de material u objetos o actos que precisan coordinación neuromuscular, son habilidades.

Las normas generales para la descripción de objetivos son las siguientes:

- ✓ Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse
- ✓ Describir los objetivos en forma de resultado o logros a alcanzar, y no como acciones de Enfermería.
- ✓ Elaborar objetivos cortos
- ✓ Hacer específicos los objetivos
- ✓ Cada objetivo se deriva de uno propio diagnóstico de Enfermería
- ✓ Señalar su tiempo específico para realizar cada objetivo⁶

⁶Conceptos y temas en la práctica de la enfermera, B.Kozier,G.ERB, Enid 2, Interamericana McGraw-Hill, pp137-142

Tipo de Actuaciones de Enfermería:

Las actuaciones de enfermería son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados, para ello se elaboran acciones focalizadas hacia las causas de los problemas es decir las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El paciente y los familiares deben de participar, siempre que sea posible en las decisiones relativas a las intervenciones de enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles de sus pacientes y sus familiares, como se explicó anteriormente, del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería podríamos decir que se desprende de las responsabilidades del tratamiento tanto el diagnóstico enfermero como en las complicaciones fisiológicas para ello el modelo establece dos tipos de descripciones: Enfermera y Médica.

a) Prescripciones Enfermeras: Son aquellas en las que la Enfermera puede describir independientemente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.

b) Prescripción Médica: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamiento de los problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja. La enfermera toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de las actividades han de tenerse presente los recursos materiales desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento, también hay que tener en cuenta los recursos humanos en la cantidad y la cualificación estados que van a intervenir con nosotros, también influyen los recursos financieros.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería, Ayer (1989)

- ✓ Dependientes: Son las actividades relacionadas en la puesta con la práctica de las actuaciones médicas, Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
- ✓ Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto con otros miembros del equipo de la salud estas acciones pueden implicar la colaboración, de asistentes sociales, excepto en nutrición, fisioterapeutas, médicos.
- ✓ Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que están legalmente autorizadas para atender, gracias a su formación y experiencia prácticas, estas son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son según Iyer (1989), son las siguientes:

- ✓ Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo
- ✓ Estarán basados en principios científicos, recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa la enfermería: empírico, analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, estos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- ✓ Serán individualizados para cada situación en concreto, los cuidados de un paciente difieren con los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares
- ✓ Se empleará para proporcionar un medio seguro y terapéutico
- ✓ Van acompañadas de un componente de enseñanza-aprendizaje.
- ✓ Comprenderán la utilización de los recursos apropiados,

Desde un punto de vista funcional la enfermera planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud la enfermedad y el desarrollo humano.

- ✓ Promoción de la salud
- ✓ Prevenir las enfermedades
- ✓ Restablecer la salud
- ✓ Rehabilitación
- ✓ Acompañamiento en los estados agónicos

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades del estudio, diagnóstico, y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina. Por ejemplo: realización de pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos. Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, en entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes.

El diagnóstico enfermero real:

- Relucir o eliminar factores contribuyentes
- Controlar el estado de salud
- 1. Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo
 - Reducir o eliminar los factores de riesgo
 - Prevenir que se produzca el problema
 - Controlar el inicio del problema

Para el diagnóstico enfermero posible:

- Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o a excluir u diagnóstico
- Para el diagnóstico enfermero de bienestar
- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar
- Para problemas interdependientes
- Controlar los cambios del estado del paciente
- Manejar los cambios del estado de salud
- Iniciar las actuaciones prescritas para la enfermera y el medico
- La determinación de las actuaciones de la enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método los pasos a seguir son los siguientes.
- Definir el problema (diagnostico)
- Identificar las acciones alternativas posibles
- Seleccionar las alternativas posible

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerán de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente para desarrollarlas más adecuadamente para obtener los recursos esperados, solución del problema/diagnóstico posible.

Veremos de una manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en plan de cuidados.

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problemas/diagnósticos enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados
- Consultar a otros profesionales
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar actividades por sí mismo

También la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (son:

- ❖ Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones
- ❖ Remitir las situaciones al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicación potenciales
- ❖ Ejecutar las acciones interdependientes de enfermería prescritas por el medico(por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica c/2 con sol fisiológica)

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se domina ordenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer(1989)

- ❖ La fecha
- ❖ El verbo de los calificativos que indique claramente la actuación
- ❖ Especificación de quien(sujeto)
- ❖ Descripción de que, cuando, como, donde
- ❖ Las modificaciones a un tratamiento estándar
- ❖ La firma

Para determinar este apartado digamos que las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse para obtener los resultados esperados y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y de problema interdependiente.

d) Documentación en el plan de cuidados

La última etapa del plan de cuidados es de registro ordenado de los diagnósticos, resultados, esperados, Y actuaciones de enfermería, para ello se obtiene a través de una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kennedy y Chistensen (1986), “Es el instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente.

Los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y evaluación de todo ello”.

La finalidad de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad mediante:

- Los cuidados individualizados
- La continuidad de los cuidados
- La comunicación
- La evaluación de Bower

Para la actuación de los planes de cuidados hay que tener en cuenta todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actuación diaria. Los diagnósticos resultados esperados y las actuaciones que ya no tengan validez deben ser eliminados.

Partes que componen los planes de cuidados:

Los planes de cuidados deben de tener los siguientes registros documentales:

- ✓ diagnóstico de enfermería/problemas interdependientes
- ✓ Objetivos del cliente para el alta a largo plazo(criterios de resultado)
- ✓ Ordenes de enfermería (actividades)
- ✓ Evaluación (informe)

HUNT (1978), desarrollo tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería.

- ✓ Hoja de admisión que recoge la información de valoración⁷
- ✓ Documento donde se registra, los problemas del paciente los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- ✓ Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

Tipos de planes de cuidados

- ✓ Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados con codificaciones y computarizados.
- ✓ Individualizados: permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto se tarda más tiempo en elaborar.
- ✓ Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permite la individualización al dejar abierta opciones en los problemas, del paciente los objetivos del plan de cuidados y de las acciones de Enfermería
- ✓ Computarizados requiere la información previa en los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Kohl (1991), nos indica que con la información de los servicios de salud la documentación tiene a disminuir, veamos cuales son los objetivos de la información de los planes de cuidado mediante la revisión de autores que hacen Serrano Sastre, M.R (1994), recoge de autores como Hannah (1988), Hoy (1990), Kohl (1991), y otros los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería y estos son.

- ✓ Registrar la información de manera clara y concisa
- ✓ Recabar la información precisa sobre el estado de salud que permite una óptima planificación de los cuidados su revisión y la mejora del plan. Facilitar la continuidad de los cuidados tanto en el hospital como en la comunicación con otros servicios de salud
- ✓ Evitar la repetición de datos
- ✓ Facilitar datos de la investigación y la educación
- ✓ Posibilitar el cálculo costo-beneficio del servicio hospitalario

Los beneficios que obtiene tras la informatización de la documentación de enfermería son según Kahl (1991).

- ✓ Eliminación del papeleo
- ✓ Los planes de cuidado mantiene su flexibilidad y son personalizados

⁷NANDA INTERNATIONAL, DIGNOSTICOS ENFERMEROS , Definiciones y clasificaciones 2009-2011, editada por T.Heathe Herdman, phd, rm, es una publicación elsevier, pp.59,61,62,63,64

- ✓ Los datos incluidos son más relevantes y más exactos

CUARTA FASE: EJECUCION

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

La ejecución implica las siguientes actividades enfermeras, tales como:

- ✓ Continuar con la recopilación de datos
- ✓ 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 enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como otros miembros del equipo, en esta fase se realizara todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnostico Enfermeros y los problemas interdependientes), y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se lleven a cabo en la fase quiero mencionar la continuidad de la recopilación y la valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valorización de los datos que quedaron sin comprender y por otro la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deben ser revisados y teniendo en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

QUINTA FASE: EVALUACION

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 que más valora la enfermería es esta sentido son la: La eficacia y la efectividad de las actuaciones de Griffin y Chris tensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- ✓ Recolección 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 sea evaluán los resultados esperados (criterios de resultado), según Iyer, las siguientes áreas:

- ✓ Aspecto general y funcionamiento del cuerpo: Observación directa, examen físico y Examen de la historia clínica
- ✓ Señales y síntomas específicos: Observación directa, Entrevista con el paciente, Examen de la historia
- ✓ Conocimiento: Entrevista con el paciente y Cuestionario (test)
- ✓ Capacidad psicomotora (habilidad): Observación directa durante la realización de actividad
- ✓ Estado emocional: Observación directa mediante el lenguaje corporal y expresión verbal de emociones e Información dada por el resto del personal
- ✓ Situación espiritual (modelo holístico de la salud): Entrevista con el paciente e Información dada por el resto del personal

Las valoraciones en la fase de evaluación de los cuidados enfermeros deben de ser interpretados, con el fin de poder establecer conclusiones que nos sirvan para planear correcciones en las áreas, estudio veamos las tres posible conclusiones (resultados esperados), a las que podemos llegar.

- ✓ El paciente ha alcanzado el resultado esperado
- ✓ El paciente está en el proceso de lograr el resultado esperado nos puede conducir a planearse 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 de enfermería
- ✓ Con el fin de establecer correcciones

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

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

Una característica de tener en cuenta en la evaluación, es que esta es continua, así podemos detectar como va evolucionar el cliente a realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.⁸

2.3 MODELO DE LAS 14 NECESIDADES FUNDAMENTALES

2.3.1 Antecedentes de Virginia Henderson

Virginal nació en 1897 en Kansas (Missouri), se graduó en 1921 y se especializo como Enfermera Docente. Esta teórica de Enfermería incorporo los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de Enfermería.

Herédense define a la Enfermería en términos funcionales como: L a única función de una Enfermera es ayudar al individuo sano u enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud, su recuperación, o una muerte tranquila, que este realizada sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

2.3.2 Elementos que integran la propuesta de Virginia Henderson

Los elementos más importantes de su teoría son:

- ✓ La enfermera asiste a los paciente en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz
- ✓ Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de salud.
- ✓ Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, Las primeras 7 necesidades están relacionadas con la fisiología, de la 8 y la 9 relacionadas con la seguridad, la 10 relacionada con la propia autoestima, la 11 relacionada con la pertenencia, y desde la 12 ala 14 relacionadas con el auto-actualización.

Las Necesidades Humanas Básicas Según Henderson son:

1. Respirar con normalidad
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos del organismo
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
5. Descansar y dormir

⁸ EL PROCESO DE ENFERMERIA Y DE MODELOS DE VIRGINIA HERDENSON, Propuestas para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería, 1997 1 edición, editorial progreso S.A de C.V, pp. 87,90,92,103

6. Seleccionar vestimenta adecuada
7. Mantener la temperatura corporal
8. Mantener la higiene corporal
9. Evitar los peligros del entorno
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, medio u opiniones.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica las 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos que puede no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos y sociales. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando esta tiene algo de esto falta, o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen por lo cual surgen los problemas de salud (Dependientes), es entonces cuando la Enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causa de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado con una falta de conocimientos.

Henderson, parte del principio de que todos los seres humanos tiene una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentra cada individuo. Sin embargo dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- a) **Permanentes:** Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- b) Variable: Estado patológicos
 1. Falta aguda de oxígeno
 2. Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias)
 3. Estados de inconsciencia (desmayo, coma, y delirios)
 4. Exposición al frío o al calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales
 5. Estados febriles agudos debido a toda causa
 6. Una lesión local, herida o infección o bien ambas

7. Una enfermedad transmisible⁹
8. Estado preoperatorio
9. Estado posoperatorio
10. Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento (dolores persistentes o que no admitan tratamiento).

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación Enfermera- paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera. Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así las necesidades del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades básicas humanas.

2.3.3. Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del metaparadigma de enfermería:

Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, las personas y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental que está constituida por agentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables: El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia.

Necesita fuerza, deseos conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno

Incluye relaciones con la propia familia así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

⁹EL PROCESO DE ENFERMERIA Y DE MODELOS DE VIRGINIA HERDENSON, Propuestas para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería, 1997 1 edición, editorial progreso S.A de C.V, pp. 87,90,92,103

Salud

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

Considera la salud en términos de habilidades del paciente para realizar sin ayuda las catorce componentes de los cuidados de enfermería, equipara salud con independencia.

2.3.4 La relación enfermeras-pacientes:

Se puede establecer tres niveles en la relación enfermera-paciente que van desde una relación muy independiente a una relación dependiente a la práctica independencia

- a) La enfermera como una sustituta del paciente
- b) La enfermera como una auxiliar del paciente
- c) La enfermera como una compañera del paciente en el momento de un enfermedad grave, se contempla a una enfermera como un sustituto de las carencias del paciente para ser completo integro o independiente debido a su falta de fortaleza física ventad o conocimiento, herédenos referido este punto de vista al declarar que la enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien se ha quedado ciego un medio de conmoción para el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre la boca de los demasiados débiles o privados del hablar, durante estos cuidados de convalecencia la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia, Henderson afirmo que independencia es un término relativo nadie es independiente de los demás peri nos esforzamos por alcanzar una independencia sana no un independencia enferma.

Como compañeros la enfermera y el paciente con formulan juntos el plan de asistencia con dependencia de diagnóstico, existen unas necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, el estado anímico, la posición social o cultural y la capacidad física e intelectual la enfermara debe ser capaz de valorar, no solamente las necesidades del paciente sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran.

Henderson afirmaba que la enfermera debe de meterse en la piel de cada paciente para conocer cuáles son sus necesidades, luego debe contrastarlas con él.¹⁰

¹⁰EL PROCESO DE ENFERMRIA Y DE MODELOS DE VIRGINIA HERDENSON, Propuestas para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería, 1997 1 edición, editorial progreso S.A de C.V, pp. 87,90,92,103

La enfermera puede modificar el entorno siempre que lo considere indispensable, Henderson afirmada que en cada situación, las enfermeras que conocen las relaciones psicológicas y fisiológica a la temperatura y a la humedad, la luz, el color, la presión, los olores, el ruido las impurezas químicas y los microorganismos pueden organizar y aprovechar al máximo las instalaciones disponibles.

La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera deben ser mantener la vida condicionada del paciente lo más normal posible, otros de los fines más importantes para una enfermera es favorecer la salud, Henderson señalaba que se puede sacar mayor partido de ayudar a una persona a aprender cómo mantener su salud que preparando a los terapeutas más especializados para que le ayuden en los momentos de crisis.

2.3.5 La enfermera como miembro del equipo sanitario

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no debe de realizar las tareas ajenas. Henderson, recordaba que ninguna persona del equipo debe de sobrecargar a otros de sus miembros con peticiones que no puedan llevar a cabo dentro de sus funciones especializadas.

Henderson, comparaba a todo el equipo médico incluyendo a sus pacientes y a sus familias con las porciones de un tarta. El tamaño de cada parte destinada a un miembro del equipo dependen de las necesidades reales del paciente y por tanto cambia a medida que el paciente progresa a su camino hacia la independencia. En algunas situaciones algún miembro del equipo no participa en ningún modo en el reparto, la meta final es que el paciente tenga la mayor ración o la tarta entera.

A medida que cambien las necesidades, del paciente también puede hacerlo la definición de enfermería. Henderson admitía que esto no quiere decir que la definición no sea definitiva. Creo que la enfermería cambiara según la época en la que se practique y que depende de gran medida de lo que haga el resto del personal sanitario.

Con motivo de la publicación de la sexta edición de *principles and practice of nursing*, en colaboración con Grandy's Night, Henderson amplió su definición a los profesionales de la enfermería, según sus palabras, la enfermera no existe en un vacío, debe de desarrollarse y progresar para satisfacer los nuevos requisitos sanitarios del público según se vayan representando.

METODOLOGICO

Henderson aplica aparentemente una forma deductiva de razonamiento lógico en su desarrollo de la definición de enfermería, dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y psicológicos. Los puestos de la definición de Henderson debe estudiarse con el fin de valorar su concordancia lógica muchos de lo supuesto tiene validez con su gran conciencia con la publicaciones y las conclusiones de investigación de científicos de otra disciplinas. Por ejemplo las catorce necesidades básicas que señalan se corresponden íntimamente con las clasificaciones de las necesidades humanas ampliamente aceptadas, aunque Henderson confecciono su relación antes de leer el trabajo de Maslow.

En su obra de *To Be A Nurse*. Elvelyn Adam analiza la obra de Henderson valiéndose de un esquema diseñado por Dorothy Johnson. Adam resume en su trabajo los supuestos de Henderson, sus valores, sus objetivos de enfermería, el paciente la función de enfermería el grado de dificultad, la intervención y las consecuencias deseadas.

ACEPTACION POR LAS COMUNIDAD DE ENFERMERIA

EJERCICIO PROFESIONAL

La definición d enfermería de Henderson en lo que se refiere al ejercicio profesional señala que si una enfermera considera que su función principal es el cuidado directo del paciente recibirá la compensación inmediata de observar un progreso en el mismo desde la independencia a la interdependencia. La enfermera deberá esforzarse en comprender al paciente cuando esto no posee la voluntad, conciencia o fortaleza necesaria. Tal como Henderson afirma la enfermera debe de ponerse en su lugar pude ayudar al paciente a avanzar hacia un estado de independencia por medio de la valoración, el plan y la evaluación de cada uno de los componentes básicos de la asistencia de enfermería.

El método Henderson para cuidar al paciente era deliberado y obligado a tomar decisiones, aunque no mencionó específicamente las etapas del proceso de enfermería cabe observar que los conceptos están interrelacionados. Henderson pensaba que día a día consistía en ir resolviendo los problemas algo no limitado al ámbito de la enfermería.

En la fase de la valoración la enfermera deberá de repasar al paciente los 14 componente de la atención básica en enfermería de uno en uno hasta haberlos contemplado todos para recoger los datos las enfermeras observan, huelen, sienten y escuchan, la fase de la valoración se contempla mediante el análisis de los datos copilados para lo que es necesario conocer lo que es normal en la enfermedad y en loa salud

Henderson afirmada que dado que la enfermería es el único servicio indispensable las 24 hrs del día y los siete días de la semana no pueden discutir las capacidades de la enfermera para diferencia lo normal de lo anormal en la salud del paciente la función de valoración de las enfermeras.

Según Henderson según la base de la planificación supone trazar un plan que se ajuste a las necesidades del paciente, la actualización del plan según requiera en función de los cambios, el uso del plan como registro y la confianza de quien se adapta a la planificación prescrita por el médico. Un buen plan opina integra de trabajo de todas la personas que integran el equipo.

Al aplicar el plan, la enfermera ayuda al paciente a realizar sus actividades para mantener la salud recuperarse de la enfermedad o de morir de forma tranquila. Las intervenciones son especializadas dependiendo de los principios físicos, la edad la formación cultural, el equilibrio emocional y la capacidad física e intelectual del paciente. Henderson evaluaba al paciente con arreglo a su grado de independencia sin embargo un niño no puede ser independiente como tampoco una persona inconsciente. En algunos estadios de la enfermedad hay que asumir el deseo del paciente de depender de otros.

FORMACION

Henderson declaro que para una enfermera ejerza su profesión de forma experta y de provecho los métodos científicos para mejorar sus técnicas necesitan contar con un tipo de información que solo se imparte en las escuelas superiores y universidades. La formación de una enfermera requiere de una comprensión global de todos los seres humanos, esta afirmación apoya la postura que tomo la ANA en 1965.

Por otra parte Henderson creía que el valor de la educación derivaba no solo en la suma de conocimientos adquiridos sino también en la confianza del personal desarrollado en el instituto de educación superior del entorno. Afirmaba que la enfermería constituye una ocupación universal y una educación superior permite ejércela mejor.

En su obra *The Nature of Nursehg*, Henderson completaba tres fases en el plan de estudio del aprendizaje de los estudiantes, todas ellas giran dentro de un mismo eje asistencia al paciente cuando necesite fortaleza, voluntad o conciencia para llevarlo a cabo sus necesidades cotidianas o cumplir una terapia hacia la meta final de la independencia.¹¹

¹¹EL PROCESO DE ENFERMRIA Y DE MODELOS DE VIRGINIA HERDENSON, Propuestas para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería, 1997 1 edición, editorial progreso S.A de C.V, pp. 87,90,92,107

En primer lugar se hace hincapié en las necesidades fundamentales del paciente, la planificación de los cuidados de enfermería y la función especializada de la enfermera para auxiliar al paciente en tareas rutinarias cotidianas. En esta etapa de programa de estudio no se remarca el estado patológico o la enfermedad en concreto, pero se tiene en cuenta el estado que siempre presenta, afecta a las necesidades básicas en el paciente, en la segunda fase se pone el acento en la ayuda en los pacientes para satisfacer sus necesidades en casos de nuevos trastornos corporales o estados patológico se requiere la modificación del plan de cuidados de la enfermera. El paciente plantea al estudiante problemas de mayor envergadura, obliga a un mayor conocimiento de la ciencia médica y a que el estudiante comienza a comprender las razones del tratamiento de los síntomas, en la tercera fase la formación se centra en el paciente y en la familia, el estudiante se compromete con un estudio completo del paciente y de todas sus necesidades.

Henderson ha resaltado su importancia de crear los estudios de enfermería el hábito de preguntar, participar en los cursos de biología, física y psicología u otras humanidades adentrarse a otros cambios del saber observar una atención eficaz y ofrecerle en diversas circunstancias.

INVESTIGACION

Henderson recomendaba la investigación en bibliotecas, actividades a la que ella era muy aficionada consultando los fondos de las bibliotecas y las investigaciones sobre enfermería. También promocionaba a los estudiantes de enfermería del nivel superior y consideraba que es necesario investigar para evaluar y mejorar el ejercicio de la profesión.

Las enfermeras deben adquirir el hábito de buscar investigaciones en las que pueden basar su experiencia, decía Henderson instalaba a las enfermeras a acudir a los libros y a dirigir su propia investigación para mejorar su actividad que por puro prestigio académico.

- ✓ En un estudio y valoración sobre la investigación enfermería presentado por Henderson y Leo W Simmons en 1964, se resumen varias de las razones de la falta de investigación de la enfermería clínica entre las que se incluyen las siguientes.
- ✓ Las principales energías dentro de la profesión se consumen en mejorar la preparación de las enfermeras
- ✓ Aprender a conseguir un número de enfermeras suficientes y mantenerlo para satisfacer la creciente demanda supone un gasto de energía considerable
- ✓ Las necesidades de gestores y de educadores que agotan prácticamente la disponibilidad de enfermería titulada

- ✓ La falta de apoyo por parte de la administración, la gestión de enfermería y los médicos han desanimado a los investigadores

De cada uno de los 14 componentes de asistencia básica de enfermería surgen cuestiones relativas a la investigación y a la función de la enfermera deberá de asumir en consumir la responsabilidad de identificar los problemas para validar de forma continua su función, mejorar los métodos que emplea y asegurar la eficiencia de sus cuidados.

CRITICA

Antes de trabajar la evaluación de las teorías sobre enfermedades de Virginia Henderson en los criterios comúnmente aceptados de sencillez, generalidad, precisión empírica y consecuencias deducibles deben entenderse de que aquella no pretendió desarrollar una teoría definitiva sobre la enfermería `por el contrario desarrollo un concepto o definición personal en un intento por alcanzar lo que se consideraba como función especializada de la enfermera, señalo así que mi interpretación de la función de la enfermera es un compendio de muchas influencias algunas positivas y otras negativas tengo primero que aclarar que no pretendo que todo el mundo esté de acuerdo con migo. Al contrario insistió que todas las enfermeras a desarrollar su propio concepto¹²

2.4 FRACTURAS ABIERTAS

Una fractura se define como abierta cuando existe comunicación del foco de fractura con el exterior, e inevitablemente implica la lesión de los tejidos blandos y de la piel en la proximidad del hueso fracturado. Debido a que con frecuencia las fracturas abiertas se producen por traumatismos de alta energía, las lesiones óseas y la de las partes blandas pueden ser graves. La propia lesión la isquemia de los tejidos, a los que rodea el hematoma y la contaminación por gérmenes, conforman un mal terreno para la curación de la fractura y de los tejidos, ya que presenta poca resistencia a la proliferación bacteriana. En consecuencia, los riesgos de infección aumentan significativamente, todo ello en proporción a los niveles de energía soportados y a las lesiones óseas y de los tejidos blandos.

2.4.1 Etiología y mecanismo de lesión.

Las fracturas abiertas suelen producirse por traumatismos de mayor violencia que las fracturas cerradas. Sin embargo, las fracturas causadas por mecanismos indirectos por torsión, de baja energía pueden perforar la piel desde dentro, especialmente cuando el hueso es subcutáneo, sin la protección del recubrimiento muscular.

¹²EL PROCESO DE ENFERMERIA Y DE MODELOS DE VIRGINIA HERDENSON, Propuestas para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería, 1997 1 edición, editorial progreso S.A de C.V, pp. 87,90,92,107

Las fracturas abiertas más graves generalmente están producidas por traumatismos directos de alta energía. La energía soportada en el momento de la lesión es proporcional a la masa (m) y al cuadrado de la velocidad (v), de acuerdo con la fórmula $E_k=mv^2/2$. La mayoría de las fracturas abiertas de alta energía que se ven actualmente en los hospitales civiles se producen por accidentes de tráfico o precipitaciones, en las que la víctima, al igual que un proyectil, se lesiona en la súbita desaceleración en el momento del impacto.

La intensidad del traumatismo sufrido está relacionada con la velocidad del impacto y con el grado de protección de la víctima, lo que explica la alta incidencia de graves fracturas abiertas del segmento distal de la extremidad inferior en motociclistas. Estos accidentes de alta energía causan con frecuencia lesiones múltiples graves en la cabeza, tronco y extremidades, cuyo tratamiento puede ser prioritario de la fractura abierta.¹³

2.4.2 Epidemiología.

La frecuencia de las fracturas abiertas que se ven en cada hospital varía con relación a factores geográficos y socioeconómicos, el tamaño de la población y los sistemas de distribución de los accidentes. Se ha publicado con detalle la incidencia de fracturas abiertas, en Edinburg Orthopaedic Trauma Unit de Escocia. Esta unidad trata todas las fracturas en una población urbana y rural de 750 000 habitantes. En un período de 75 meses comprendido entre enero de 1988 y marzo de 1994, se recibieron 1000 fracturas abiertas en 933 pacientes, lo que representa una frecuencia de 21.3/100 000 habitantes /año.

En los huesos largos, las fracturas abiertas fueron más frecuentes en las diáfisis que en las metáfisis (15.3% diáfisis frente a 1.2% metáfisis). La proporción más alta de fracturas abiertas diáfisis de los huesos largos se vio en tibia (21.6%) seguida por el fémur (12.1%), cúbito y radio (9.3%) y húmero (5.7%). Sin embargo, la casi completa ausencia de heridas por arma de fuego sugiere que estas cifras no son representativas de una comunidad más violenta de cualquier otro lugar.

2.4.3 Microbiología

La contaminación bacteriana de la mayoría de las fracturas abiertas se produce en el accidente, o poco tiempo después de la lesión; el 60-70% muestran cultivos positivos de la herida antes de comenzar el tratamiento. Afortunadamente, la mayoría de estas bacterias son contaminantes inocuos, de la piel y entorno, y rara vez producen una infección. Sin embargo, la presencia de bacilos patógenos entéricos gram negativos o contaminantes más virulentos del medio ambiente, como Clostridium o Pseudomonas, es de peor pronóstico y conlleva un importante riesgo de infección. Con mayor frecuencia, la infección proviene de una

¹³SCHERER Introducción a la Enfermería médico Quirúrgica 4 ed. Jeann C.SCHEER, Dorothy W., pp. 147-173

contaminación hospitalaria con staphilococcus aureus, enterococcus o Pseudónimas.

Un número pequeño de bacterias contaminantes no causa infección, pero si se alcanza la inoculación crítica de 10^5 a 10^6 organismos por gramo de tejido, se sobrepasan los mecanismos de defensa inmunológica y el riesgo de infección¹⁴ puede ser alto.

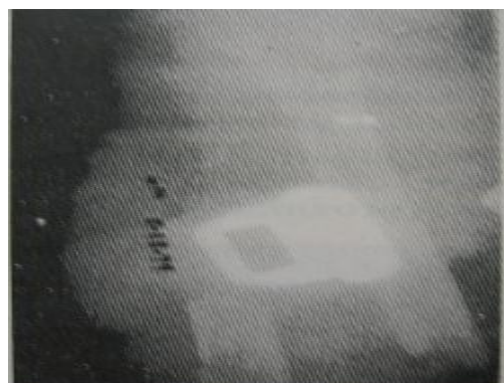
2.4.4 Clasificación

Con el fin de documentar indicadores pronóstico y permitir estudios comparativos, se han desarrollado numerosas clasificaciones, basadas en la gravedad de la lesión. De ellas, la más usada fue descrita inicialmente por Gustilo y Anderson en 1976, que dividieron las fracturas abiertas en 3 grupos en orden ascendentes de gravedad, según la lesión de piel y de los tejidos blandos y el tipo de fractura

Tipo I. Herida cutánea menor de 1 cm. Limpia. Sin conminación de la fractura.



Tipo II. Herida cutánea mayor de 1 cm. Lesión de los tejidos blandos no extensa. Sin colgajos no avulsiones cutáneas. Sin conminación de la fractura.



Tipo III. Lesión de alta energía con lesiones extensas de los tejidos blandos.

- O lesiones por aplastamientos graves.
- O lesión vascular que precise reparación.
- O contaminación importante que incluye las lesiones producidas en granjas.
- O conminación de la fractura, fracturas segmentarias o pérdidas óseas sin relación con el tamaño de la herida.¹⁵



Gustillo et al. Modificaron posteriormente la clasificación de las lesiones tipo III con la descripción de tres subtipos basados en el grado de contaminación, extensión del despegamiento perióstico y exposición ósea, y en la presencia de lesión vascular.

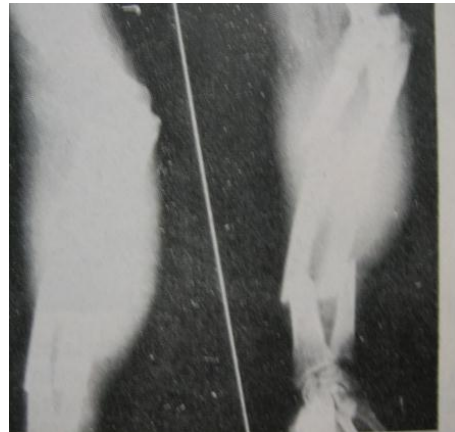
Esta clasificación es relativamente sencilla y sigue siendo útil, aunque no es una guía totalmente exacta para el pronóstico. Se ha validado en relación con el tiempo de consolidación, la incidencia de pseudoartrosis y la necesidad de aporte de injertos óseos. Por desgracia, sus mayores fallos son consecuencia casi inevitable de su simplicidad y se producen por el alto grado de error interobservador, por la naturaleza subjetiva de la descripción lesional y por las numerosas variables no exclusivas descritas en cada tipo de lesión.¹⁶

¹⁵ SCHERER Introducción a la Enfermería medico Quirúrgica 4 edil Jeann C.SCHEER, Dorithyw, pp. 147-173

Tipo IIIa. Adecuada cobertura de partes blandas sobre el hueso, a pesar de la extensa lesión de los tejidos blandos.

Tipo IIIb. Lesión extensa de partes blandas con despegamiento perióstico y exposición ósea. Contaminación importante de la herida.

Tipo IIIc. Fractura con lesión arterial que requiere reparación.



2.4.5 Principios de tratamiento

El objetivo final en el tratamiento de una fractura abierta es el retorno precoz a la función normal de la extremidad lesionada. Ello depende de la curación precoz de la herida con recuperación completa de los tejidos blandos, la consolidación de la fractura con restablecimiento de la anatomía y la prevención de complicaciones. La infección es el factor aislado que con más probabilidad presenta efectos adversos sobre el resultado.

Principios del tratamiento:

- 1.-Prevención de la infección.
- 2.-curación de los tejidos blandos y consolidación ósea.

- 3.-Restauración de la anatomía.
- 4.- Recuperación funcional.

2.4.6 Etapas del tratamiento

La consecución de estos objetivos requiere un enfoque terapéutico disciplinado, lógico y secuencial. Éste comienza con una asistencia pre-hospitalaria adecuada y continúa con una valoración cuidadosa y un juicio clínico responsable en el área de urgencias y en quirófano. La intervención inicial se centra en la prevención de la infección mediante un desbridamiento planificado de la herida y estabilización de la fractura.

Los procedimientos quirúrgicos secundarios se dirigen a conseguir una cobertura precoz de la piel y de los tejidos blandos, seguida de la reconstrucción ósea. La rehabilitación con movimiento precoz comienza lo antes posible como parte integrada de este protocolo de tratamiento secuencial.

Etapas del tratamiento:

1. Evaluación inicial y tratamiento en la sala de urgencias.
2. Intervenciones iniciales: Desbridamiento sistematizado de la herida, estabilización de la fractura.
3. Intervenciones secundarias: reconstrucción de la piel y de los tejidos blandos, reconstrucción ósea y rehabilitación.

2.4.7 Evaluación inicial y tratamiento en el área de urgencias

Los objetivos iniciales de la valoración y el tratamiento en la sala de urgencias son:

- 1.-Reanimación y valoración de las prioridades.
- 2.-Prevención de una ulterior contaminación de la herida.
- 3.-Administración de antibióticos.
- 4.-Realineación y ferulización de las fracturas de las extremidades.
- 5.-Evaluación clínica y radiológica de cada una de las lesiones.

El tratamiento comienza en el lugar del accidente, donde el personal extra hospitalario debe proteger la herida con un apósito estéril. Posteriormente, para evitar contaminaciones ulteriores de la herida, el apósito debe manipularse lo menos posible.¹⁷

En la sala de urgencias la atención se centra en primer lugar en la reanimación de las funciones vitales y el tratamiento de las situaciones que conlleva riesgo inmediato de muerte. La hemorragia externa de una fractura abierta que contribuye a la inestabilidad hemodinámica se trata por taponamiento manual

¹⁷Smith Enfermería Médico Quirúrgica 4 edic, interamericana S.A. de S.V pp. 56-78

con múltiples de apósitos estériles. Una vez que se han realizado las medidas de reanimación y se ha tratado la amenaza vital inmediata, la atención debe dirigirse a determinar la historia del accidente y a una detenida exploración clínica y valoración completa del paciente.

Para valorar la lesión, el apósito estéril se retira solamente una vez, en cuyo caso es una buena práctica hacer una fotografía polaroid para referencias posteriores. Se transcriben el tamaño y profundidad de la herida y las condiciones de la piel circundante. Los fragmentos

Grandes contaminados con partículas se deben quitar y las heridas muy sucias deben lavarse con suero estéril. De no sé en estos dos casos, las heridas no deben explorarse y después del nuevo vendaje ya no se deben revisar. El resto de la extremidad se examinará cuidadosamente tanto la parte proximal como, especialmente, la parte distal a la fractura abierta. Se deben valorar la vascularidad y circulación, la función neurológica y la continuidad musculotendinosa.

Una extremidad deformada por la fractura debe realinearse de forma cuidadosa y una luxación articular evidente, reducirse si es posible. Se debe ferulizar la extremidad y realizar radiografías incluyendo la longitud total del hueso fracturado.

En esta etapa, el cirujano debe ya conocer bien la historia clínica, la situación global del paciente, la extensión y las características básicas de la herida y de la piel circundante, la extensión de las características de la fractura, así como la función de los vasos, nervios, músculos y tendones que atraviesan la zona de la lesión. Con estos conocimientos puede plantearse un tratamiento provisional. La intervención quirúrgica para preservar la vida y la extremidad es prioritaria. El desbridamiento quirúrgico de la herida contaminada es urgente, antes de que la proliferación bacteriana alcance un nivel importante de concentración, superado el cual la infección tiene muchas posibilidades de producirse. Se ha sugerido que este punto se alcanza en 6 horas desde el momento de la inoculación, pero es probable que otros muchos factores influyan incluyendo la administración precoz de antibióticos intravenosos.¹⁸

ANTIBIOTICOTERAPIA.

La elección de los antibióticos está determinada por el potencial bacteriano contaminante. La primera y segunda generación de cefalosporinas tiene un amplio espectro de actividad y son adecuadas para la mayorías de las heridas. En heridas graves, o las del fémur y la pelvis con riesgo de contaminación fecal, se debe administrar además un amino glucósido o una de las nuevas penicilinas

¹⁸Smith Enfermería Médico Quirúrgica 4 edic, interamericana S.A. de S.V pp. 56-78

betalactámicas. Las heridas se producen en granjas, jardines, etc. Con riesgo de infección por Clostridium se deben tratar con altas dosis de penicilina.

Por vía intravenosa se consiguen altos niveles de antibióticos en sangre, que deben administrarse lo antes posible y continuarse durante 48 horas. La administración prolongada de antibióticos no es necesaria y se corre el riesgo de aparición de variedades resistentes de bacterias, aunque como profilaxis se aconsejan los tratamientos repetidos cortos cuando se realiza cualquier intervención secundaria.. Si es necesario, debe realizarse siempre la profilaxis antitetánica, administrando toxoide tetánico e inmunoglobulina antitetánica si el paciente no ha recibido inmunización antitetánica en los 10 años anteriores.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Cirugía primaria

Los objetivos de la cirugía primaria son:

- 1.-Preservación de la vida y de la extremidad.
- 2.-Valoración definitiva de la lesión.
- 3.-Desbridamiento sistematizado de la herida.
- 4.-Estabilización de la fractura.

Las prioridades iniciales se centran en la cirugía vital de tronco, pelvis, cabeza y en la revascularización de las extremidades.

Valoración definitiva.

La valoración definitiva en quirófano requiere una consideración completa de la extensión y el grado de lesión de cada una de las estructuras anatómicas. Ello se consigue con una nueva exploración clínica de toda la extremidad y nuevas radiografías si fueran necesarias. Sin embargo, la valoración no se termina hasta que, después de una limpieza a fondo y preparación del campo incluyendo toda la extremidad, se explora quirúrgicamente la extensión y la profundidad de la herida.

El torniquete se debe colocar, pero no se debe inflar, salvo que produzca una hemorragia excesiva, La herida debe lavar a fondo incluyendo los extremos óseos, que si es necesario deben exponerse a través de la herida.. Todo cuerpo extraño contaminante se debe extraer e irrigar la herida abundantemente con solución hartmann Ringer lactato. El lavado mecanizado pulsátil a presión debe utilizarse con precaución, ya que puede conducir cuerpos extraños a zonas más profundas de la herida. Puede ser más seguro usar un sistema de lavado por gravedad con un sistema intravenoso normal.

El concepto de “zona de lesión” es importante. Este concepto delimita las verdaderas dimensiones de la herida, en contraposición al de herida cutánea, la cual es simplemente la “ventana” a través de la cual la verdadera herida

comunica con el exterior. En numerosas ocasiones, esta ventana puede ser pequeña mientras la lesión subyacente es grande. Ello es particularmente frecuente en fracturas bien cubiertas por músculos y distantes de la piel, por ejemplo, en el tercio medio de la diáfisis del fémur y en la pierna en la parte posterior de la tibia.

LESIONES CUTÁNEAS IO (Fracturas abiertas)

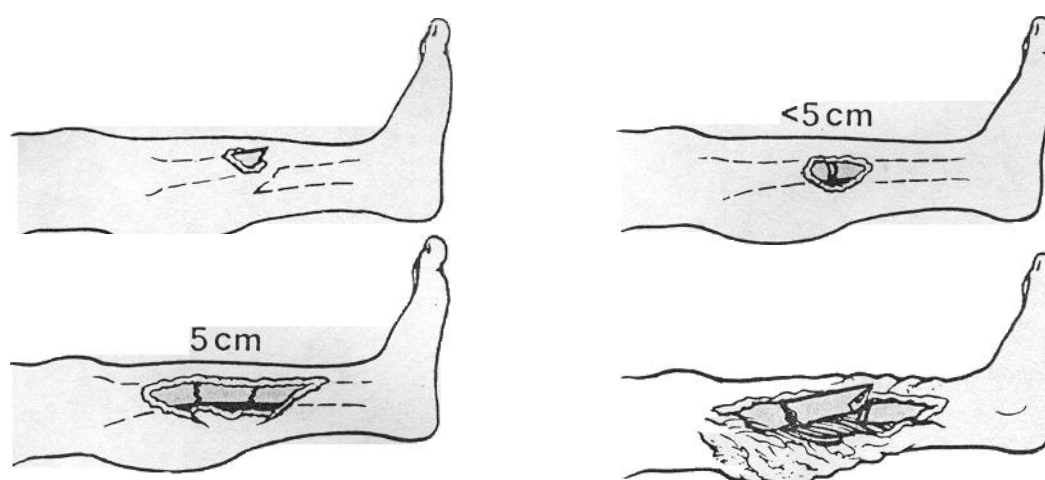
IO1 = Apertura cutánea de dentro afuera.

IO2 = Lesión de la piel desde fuera, menor de 5 cm, de bordes contusos.

IO3 = Lesión cutánea mayor de 5 cm, mayor contusión, bordes desvitalizados.

IO4 = Pérdida cutánea considerable, con contusión de todo el grosor cutáneo.

IO5 = Despegamiento abierto extenso.



Lesión músculo-tendinosa (MT)

Como puede haber una lesión considerable de la envoltura muscular y, más raramente, también de los tendones, y como este aspecto tiene gran importancia pronóstica, se considera esencial una gradación de la gravedad de la afectación muscular y tendinosa.¹⁹

MT 1 = No hay lesión muscular

MT2 = Lesión muscular circunscrita a un único compartimento

MT3 = Lesión muscular considerable, al menos de dos compartimentos
MT4 = Defecto muscular, sección tendinosa, contusión muscular amplia

MTS = Síndrome compartimental o síndrome de aplastamiento con amplia zona de lesión

Lesión neurovascular (NV)

Las lesiones neurovasculares se describen con las letras "NV" de la forma siguiente:

¹⁹SILBERMAN S.F VARONA ,(2003), Ortopedia y traumatología 2 edit., editorial medica panamericana Buenos Aires Argentina pp467,468,469

NVI = No hay lesión neurovascular

NV2 = Lesión aislada de un nervio

NV3 = Lesión vascular localizada

NV 4= Lesión vascular segmentaria extensa

NV5 = Lesión neurovascular combinada, incluyendo la amputación parcial o incluso completa ²⁰

III. METODOLOGÍA

El Proceso Atención de Enfermería se llevó a cabo en el Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro social, en el área de urgencias trauma a la Sra. Verónica

En este sentido la valoración de enfermería fue de tipo focalizado, en virtud de priorizar primero la vida, secundariamente la función y por último la estética.

El estudio de caso se realizó de acuerdo a las cinco fases que integran al Proceso Atención de Enfermería, que a saber son: Valoración, Diagnóstico de enfermería, Planificación, Ejecución y por último la evaluación.

3.1 Valoración.

El objetivo de la valoración fue el de recoger datos que permitieran conocer a la enfermera, por un lado, si existía independencia para la autosatisfacción de las 14 necesidades fundamentales o bien si existía dependencia y de qué tipo: total o parcial.

La información recabada, también permitió identificar los problemas que dificultaban la capacidad de independencia de la persona; esto es, los diagnósticos de enfermería.

Los datos identificados fueron de tipo biofisiológicos, social, cultural, ambiental y económicos y fueron organizados por necesidad y clasificados como datos subjetivos y datos objetivos.

Las fuentes de información a las que se recurrió fueron directas como de tipo indirectos. De las indirectas fungieron como informantes: médicos y enfermeras, así como la literatura.

Las técnicas utilizadas fueron: la entrevista cerrada, la observación y la exploración física.

21 SILBERMAN S.F VARONA ,(2003), Ortopedia y traumatología 2 edit., editorial medica panamericana Buenos Aires Argentina pp467,468,469

La información se registró en la historia clínica de enfermería, cuya estructura estaba articulada de acuerdo a las 14 necesidades fundamentales propuestas por Virginia Henderson y a su vez los datos se clasificaron en: biológicos, psicológicos, culturales, sociales y ambientales, dividiéndolos a su vez en datos objetivos y datos subjetivos.

Para la valoración se utilizó un instrumento que tuvo como base las 14 necesidades fundamentales sugeridas por Virginia Henderson, en él se identificaron y registraron los datos subjetivos y objetivos relativos a cada necesidad.

3.2 Diagnóstico de Enfermería

Una vez recogida la información, se analizó, para ello fue necesario organizarla y clasificarla de acuerdo a cada necesidad y al tipo de dato: físico, psicológico, ambiental, social, cultural y a su vez en datos objetivos y datos subjetivos.

En un segundo momento, se pasó a identificar los problemas que afectaban la capacidad de independencia de la Sra. APP para la satisfacción de sus 14 Necesidades fundamentales y se integró el enunciado diagnóstico.

Para el caso de los diagnósticos reales, se utilizó la estructura del formato PES con sus respectivos conectores lógicos: Problema (P) R/c Etiología a causa (E) M/p Signos y síntomas (S), donde relacionado con (r/c) establece el vínculo entre el problema y la causa, y manifestado por (m/p) establece la relación entre la etiología y los signos y síntomas.

En el caso de los diagnósticos de riesgo, solo se utilizaron dos de los tres componentes del formato PES: el Problema y la Etiología con su respectivo conector lógico (relacionado con).

También se utilizó la Taxonomía Propuesta por la NANDA-I en su versión 2009-2011, refiriendo: la etiqueta diagnóstica, su concepto, su dominio y clase, así como los factores relacionados y las características definitorias.

3.3. Planificación

La planificación de los cuidados se realizó a partir de los diagnósticos de enfermería que eran importantes a resolver ya que ponían en riesgo la salud y la integridad física de la Sra. APP.

Para tal fin se planteó un objetivo y se seleccionaron las intervenciones dependientes, independientes o interdependientes dirigidas a ayudar a la Sra. APP a adquirir los conocimientos o bien a desarrollar las habilidades y destrezas necesarias que le permitieran adquirir dentro de sus posibilidades la independencia para la satisfacción de sus necesidades.

También se establecieron metas y criterios de evaluación; estos últimos sirvieron como un referente para conocer si se habían cumplido con el objetivo u objetivos señalados en un inicio. En el caso de que el resultado fuera negativo, se replanteó el plan de cuidados y se regresó nuevamente a su aplicación.

Cada intervención fue documentada, para ello se recurrió a diferentes fuentes de información tales como: libros, artículos científicos, etc.

Las intervenciones de enfermería involucraron la contención farmacológica, la contención verbal y la contención ambiental.

El registro del diagnóstico de enfermería, el objetivo, intervenciones de enfermería, criterios de evaluación y fundamentación científica de las intervenciones se realizó en el Plan de cuidados.

Los criterios de evaluación se establecieron de acuerdo a los parámetros que señala la literatura e incorporando aspectos de la experiencia profesional.

3.4 Ejecución

La ejecución de los procedimientos requirió de la enfermera, conocimientos, habilidades y destrezas comunicativas, de interacción y procedimentales.

3.5 Evaluación.

Aunque la evaluación es vista como la última fase del Proceso Atención de Enfermería, en realidad, es una etapa que se encuentra presente en cada una de las fases que la anteceden.

Para la evaluación se recurrió a la valoración con el fin de recoger los datos derivados de la intervención de enfermería. Estos datos fueron confrontados con la meta y con los criterios de evaluación previamente programados. Si los datos post-intervención eran iguales o cercanos a los datos establecidos en los criterios de evaluación se dio por hecho el cumplimiento del o de los objetivos planeados. En caso de que no ocurriera de esta forma, se analizaron los datos y se planteó un nuevo plan de cuidados.

IV. APLICACIÓN PRÁCTICA DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.1 Valoración de Enfermería

Ficha de identificación

Verónica de 36 años de edad, casada desde hace 20 años, tiene un hijo de 16,15 y 4 años de edad varones viviendo en casa con su familia y su mamá, la paciente trabajadora del IMSS, la paciente refiere que cuando iba a dejar a su hijo a la escuela se sube a la moto y al ser arrancada le acelera y se estampa contra la pared

Verónica, presenta tegumento pálido generalizados, con narinas permeables y mucosas orales semi hidratadas, cuello cilíndrico normal, en el tórax normal con respiración de 22x' y frecuencia cardíaca de 72x', temperatura 36.5, y TA 120-80, con abdomen globoso a la palpación, con genitales de acuerdo a su edad y miembros inferiores asimétricos presentando lesión en pierna derecha con laceración, eritema en la zona de la lesión, presentando vendaje de Jhons con el pie elevado a 45o

Escolaridad: Preparatoria Ocupación: Enfermera Teléfono: 5895-4802

Domicilio: Av. Insurgentes Norte No 6 Delegación Álvaro Obregón

Fecha: 20 septiembre 2012. Motivo de ingreso: Caída de motocicleta

Tiempo que tiene con el padecimiento: A partir de hoy

1. OXIGENACION

Tensión arterial: 120/80 F. Cardíaca: 78x' Pulso: 64x' Grupo Sanguíneo: O+

Patrón respiratorio: Normal Ritmo: Profundidad: Frecuencia:

Estilo de vida: Sedentaria: Activa: x

¿Tiene algún problema con su respiración? Si () No (x)

Hay secreciones al toser? Si () No (x) Características:

Coloración peri bucal y de extremidades: Sonrosadas

¿Utiliza algún dispositivo de apoyo respiratorio? No

2. NUTRICION E HIDRATACION

Peso: 73 Talla: 32 ¿A perdido o ganado peso en los últimos seis meses? Si () No (x)

Horario y número de comidas habituales: Tres al día, por la mañana, en la tarde y en la noche

Cantidad de líquidos que ingiere al día: Menos de 500ml () 500^a 1000ml (x)

Líquidos que acostumbre tomar: Agua (x) Refresco () Jugos () Te ()

Preferencia: El agua natural

Cavidad oral: Seca () Hidratación (x) Estomatitis () Caries ()

OBSERVACIONES: La paciente realiza sus tres comidas al día y no tiene ningún problema para ingerir sus alimentos

3. ELIMINACION

➤ Intestinal en 24hrs: Frecuencia : Diario Cantidad: De 150 ml Olor: Amarilla clara

Consistencia: La orina es casi transparente

Presenta algún problema al evacuar? Si () No (x) Dolor ()

Utiliza alguna ayuda cuando esta estreñido? Líquidos (x) Alimentos ()

Intestino: Dolor () Flatulencia () Heridas () Estoma ()

➤ Vesical en 24hrs: Frecuencia: De seis a siete veces Cantidad: 100-150ml
Calidad: Amarilla clara

Color: Sin color Olor: sin olor

OBSERVACIONES: La paciente ha orinado de buena cantidad y calidad

4. MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Realiza actividad física? Si (x) No () Especificar:

Caminar; Corre: Si

Sabe la importancia de la actividad física? Si (x) No ()

Tiene limitaciones para la actividad física: Si (x) No () Dolor muscular (x)

Inflamación de articulaciones (x) Utiliza aparatos (x) Parálisis ()

OBSERVACIONES: La paciente ha realizado actividad física y ahora tiene la limitación física

5. DESCANSO Y SUEÑO

Cuanto tiempo descansa al día? Menos de 30min (x) De 30 a 1 hora ()

Tipo de sueño: Fisiológico (x) Inducido () Insomnio () Ronquidos ()

Horas e sueño: Menos de 5 hrs () De 5 a 7 hrs (x) Mas de 7 hrs

OBSERVACIONES: La paciente ha descansado sus ocho horas requeridas

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Cambio de ropa interior () Frecuencia: Diario Nylon () Algodón (x)

Cambio de ropa exterior () Frecuencia: Diario Ajustada () Holgada (x)

Necesita ayuda para vestirse-desvestirse? Si (x) No ()

7. TERMORREGULACION

Temperatura: 36.5 Control de temperatura Si () No (x)

Se protege contra los cambios bruscos de temperatura? Si (x) No ()

OBSERVACIONES: La paciente cuida su temo regulación

8. HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Baño: Parcial () Total (x) Frecuencia: Diario Lavado de manos (x)
Frecuencia: Diario

Lavado de dientes (x) Frecuencia: Diario

Usa algún producto para el cuidado de la piel? Si (x) No ()

PIEL: presenta una herida

CARACTERISTICAS OBSERVACIONES REGION

PIGMENTACION

TEMPERATURA

TEXTURA

Ojos: lagrimeo () Enrojecimiento () Secreción ()

Orejas: Cerumen ()

OBSERVACIONES: La paciente presenta en la piel de pie derecho una herida quirúrgica limpia

9. EVITAR PELIGOS

¿Tiene alguna adicción? Si () No (x) Drogas () Alcohol ()

Frecuencia con que acude al médico: Cuando tengo alguna molestia Dentista:

Medidas preventivas que realiza para prevenir enfermedades y accidentes: Me cuido contra los cambios bruscos de temperatura y en la calle me voy donde haya iluminación Alegrías: No

Características de la vivienda que sean factores de riesgo para la salud (humedad, hacinamiento, promiscuidad, fauna nociva, pisos y escaleras):

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Estado mental: Alerta (x) Orientado () Confuso () Agresivo ()

Considera importante pertenecer a un grupo social? Si () No (x)

Por qué?: No me interesa

Con quien vive? Familiares (x) Amigos () Solos ()

¿Tiene problemas en la relación con algún miembro de la familia? Si () No (x)

Limitaciones físicas que interfieren en la comunicación:

Habla: Normal (x) Poco clara () Incompleta () Afasia ()

OBSERVACIONES: la paciente no tiene ningún problema con los miembros de su familia

Considera importante pertenecer a un grupo social? Si () No (x)

Por qué?: No me interesa.

Con quien vive? Familiares (x) Amigos () Solos ()

¿Tiene problemas en la relación con algún miembro de la familia? Si () No (x)

11. SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

Demuestra comodidad con su propia identidad sexual? Si (x) No ()

Por qué? Porque me gusta como soy

Presencia de enfermedades que dificulten las funciones sexuales y reproductivas? No

Genitales: Erupción () Irritaciones () Lesiones ()

Examen mensual autoexploración de mama-testículos: Si (x) No ()

Por qué? Pienso que hay que explorarse

MUJER

Menarca: 16 años Tipo: Flujo: Moderado Cantidad: Moderada

Metrorragia: () IVSA (19 años) No parejas sexuales (2) Circundado ()

Papanicolaou (x) Fecha: julio 2012 Resultado: Normal

Historia del embarazo

Gesta: 4 Partos: 3 Abortos: 1 Cesáreas: 0

FUM: 13 abril FPP: SDG:

4.2 Plan de Cuidados

Clave: 00161

Dominio: Percepción/Cognición

Clase: 4 - cognición

Diagnóstico: disposición para mejorar los conocimientos

Concepto: Es la presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico, es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada

Diagnóstico: Disposición para mejorar los conocimientos

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Meta	Evaluación
<p>Enseñanza individual a la usuaria con relación a los cuidados post-operatorios en el hogar.</p> <p>Cuidados post-operatorios en el hogar: durante 72 (importante no retirar) o según la indicación del cirujano</p>	<p>La enseñanza tiene como finalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Satisfacer las necesidades de aprendizaje de los pacientes. ✓ Proporcionar la información que necesita para ejercer el autocuidado de la salud en su hogar. ✓ Promover la salud ✓ Prevenir complicaciones. <p>✓ Iniciar la educación sanitaria para valorar la herida quirúrgica</p> <p>✓ Vigilancia de la herida quirúrgica saliencia de secreción purulenta o fétida</p>	<p>Qué el paciente verbalice:</p> <p>los cuidados pos-operatorios que debe de llevar a cabo en su hogar.</p> <p>Los signos y síntomas que indican alarma.</p> <p>La paciente tiene conocimiento sobre como valorar los signos de alarma de la herida</p> <p>Cuando tiene salida de secreción la herida quirúrgica la paciente sabe que debe de realizar</p>	<p>Posterior a proporcionar la información la paciente fue capaz de enlistar los cuidados que tiene que llevar a cabo en su hogar así como los signos y síntomas de alarma.</p>

<p>Mantener seco el vendaje: En caso de baño en regadera protegerlo con una cubierta de plástico o tomar baño de esponja.</p> <p>Elevación del pie por lo menos tres veces al día durante 10-15 en un ángulo de 15 grado.</p> <p>Para el control del dolor tomar sus medicamentos en la dosis y horario indicado:</p>	<p>Al utilizar vendaje valora su correcta aplicación</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Es la aplicación de una venda continua de material tejido o de alguna parte del cuerpo, esta es para delimitar el movimiento de la porción afectada, asegurar férulas, proporcionar sostén, ayudar al retorno de la circulación venosos de las extremidades al corazón ✓ La elevación de pie favorece la irrigación sanguínea y así mismo que no se edematize el pie ✓ La información útil concisa e empírica y actualizada sobre los medicamento de su uso más frecuente que favorece el manejo de los principios básicos de la farmacología y la fundamentación de la prescripción razonada de los medicamentos 	<p>Mantener un vendaje adecuada favorece la buena circulación</p> <p>La paciente tendrá inmovilizada la zona del pie para su mejoramiento</p> <p>Cuando elevamos el pie ayudamos a que el paciente no tenga edema y sienta confort en su pie</p> <p>La paciente tiene la información así como sabe la importancia de cada analgésico y antibiótico como el horario</p>	
---	--	--	--

<p>Diclofenaco 1 tableta cada 8 horas. En caso de no notar mejoría acudir a consulta para revisión y adecuación de la dosis.</p> <p>Paracetamol de 500mg 1 tableta cada 8 horas por 7 días.</p> <p>Disminuir el riesgo de infección a través de la toma de antibióticos: cefalotina 500 gramos cada 24 horas por vía intramuscular, durante 5 días.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Derivado de ácido fenilaconico con propiedades analgésicas, antiinflamatorias, e antipiréticas que parece estar relacionada con sus capacidad de bloquear la biosíntesis de prostaglandinas, acción que depende de la inhibición de la acción que la observa con otros agentes antiinflamatorios ✓ Es un agente eficaz para disminuir la fiebre y para aliviar el dolor somático de baja a moderada densidad y disminución de fiebre <p>La cefalosporina de la primera generación con acción bactericida incrementa la profilaxis preoperatoria específicamente en las intervenciones en que existe un alto riesgo de contaminación con el hueso y articulaciones</p> <p>Es importante la inmovilización para un mejor manejo</p>	<p>El analgésico ha hecho reacción en el organismo de la paciente y no refiere dolor</p> <p>La paciente no refiere dolor</p> <p>La herida se encuentra limpia y sin complicaciones</p>	
---	--	--	--

<p>Reposo sin movilizar el miembro pélvico izquierdo durante una semana.</p> <p>Signos y síntomas de alarma: Dolor intenso</p>	<p>Al inspeccionar la herida por fractura se detectan enrojecimiento, olor fétido, hinchazón, drenaje purulento o aumento de la temperatura corporal, sensibilidad y calor local</p>	<p>No se presenta deformaciones</p> <p>La paciente se le han explicado cada sino de alarma</p>	
--	--	--	--

Clave: 0047

Dominio: Seguridad-Protección

Clase: 2-lesión física

Diagnóstico: Riesgo de infección relacionado alteración de las defensas primarias.

Definición: Riesgo de alteración cutánea adversa

Diagnóstico: Riesgo de infección relacionado alteración de las defensas primarias, relacionado con la pérdida de continuidad de la piel y traumatismo del tejido óseo de tibia y peroné izquierda.

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Meta	Evaluación
<p>Enseñanza individual a la usuaria con relación a los cuidados post-operatorios en el hogar.</p> <p>Cuidados post-operatorios en el hogar: durante 72 (importante no retirar) o según la indicación del cirujano</p>	<p>La enseñanza tiene como finalidad:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Satisfacer las necesidades de aprendizaje de los pacientes.✓ Proporcionar la información que necesita para ejercer el autocuidado de la salud en su hogar.✓ Promover la salud ✓ Prevenir complicaciones. <p>Reposo en cama favorece la buena circulación sanguínea</p>	<p>Qué el paciente verbalice:</p> <p>los cuidados pos-operativos que debe de llevar a cabo en su hogar.</p> <p>Los signos y síntomas que indican alarma.</p> <p>Es importante tener una buena salud a lo largo de la vida</p> <p>Al tener la herida limpia y sin infecciones ayuda a mejorar la salud del paciente</p> <p>Al tener reposo ayuda a que el paciente se estabilice lo antes posible</p> <p>El vendaje se encuentra limpio y seco</p>	<p>Posterior a proporcionar la información la paciente fue capaz de enlistar los cuidados que tiene que llevar a cabo en su hogar así como los signos y síntomas de alarma.</p>

<p>Mantener seco el vendaje: En caso de baño en regadera protegerlo con una cubierta de plástico o tomar baño de esponja.</p> <p>Elevación del pie por lo menos tres veces al día durante 10-15 en un ángulo de 15 grado.</p> <p>Para el control del dolor tomar sus medicamentos en la dosis y horario indicado:</p> <p>Proporcionar información adecuada acerca de las necesidades nutricionales y de modo de satisfacerlas</p>	<p>Al mantener el vendaje ayuda a la circulación y así mismo deberá estar seco para que no haya complicaciones</p> <p>Cuando elevamos el pie a un Angulo de 15 grados ayuda al retorno de la circulación</p> <p>Procedimiento por medio del cual se proporciona elementos terapéuticos humanos por diferentes vías, tener conocimiento general sobre farmacología y farmacodinamia</p> <p>La nutrición implica conocimiento de importancia de una dieta equilibrada al aporte de los todos los nutrimentos esenciales, así como la relación que guarda la alimentación con las enfermedades. Se considera una dieta sana incluida las sustituciones de los alimentos procesados y refinados con otros naturales además de la reducción de la ingesta de azúcar, sal, grasa y cafeína.</p>	<p>La paciente tiene buena coloración de su miembro inferior</p> <p>Los analgésicos deberán ser administrados a tiempo para prevenir el dolor</p> <p>La piel de la paciente se encuentra hidratada</p>	
---	---	--	--

<p>Proporcionar los cuidados de la piel</p>	<p>El hueso es un órgano firme y duro y resistente que forma parte del endoesqueleto de los vertebrados, está compuesto principalmente por tejido óseo un tipo especializado constituido por células y componentes extra celulares calcificados, los huesos también poseen cubiertas de tejido conectivo (periostio), y cartílago, vasos, nervios y algunos contienen tejido conectivo como hematopoyético</p>	<p>El hueso de la paciente tiene placas que le ayudan a estabilizarlo</p>	
---	--	---	--

Clave: 00085

Dominio: 4 Actividad-Reposo

Clase: 2: Actividad-ejercicio

Diagnóstico: Deterioro de la movilidad

Definición: Limitación del movimiento físico independiente intencionado del cuerpo o de una o de más extremidades.

Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física, relacionado con cirugía miembro inferior izquierdo secundario a fractura de tibia y peroné, manifestado por dolor, y dificultad para apoyar el pie.

Objetivo: Informa a la paciente acerca de los cuidados relacionados con el reposo y actividad para su recuperación

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Meta	Evaluación
Informar a la paciente:	Al mantener en reposo e inmovilidad, favoreciendo su recuperación	La paciente ha seguido las indicaciones, así mismo manteniendo en reposo y ayudando a su pronta recuperación	La importancia sobre los conocimientos y de cómo mantener en reposo así mismo de asistir a la consulta es imprescindible
Debe de mantener en reposo y sin movilidad el miembro pélvico izquierdo durante 8 días.	Cuando se valora la herida quirúrgica en cada revisión ayuda a que la paciente tenga la importancia de asistir a su consulta	La herida quirúrgica está cicatrizando, favorablemente y sin complicaciones	
Sobre la importancia de asistir a su consulta programada para revisión de la herida quirúrgica y sobre la rehabilitación.	Las muletas son apoyos artificiales para pacientes que necesitan ayuda para caminar por enfermedades, lesiones o defectos de nacimientos	Hay fortalecimiento de músculos necesarios para la de ambulación	

<p>Sobre los diversos dispositivos que le pueden ayudar a la marcha: Bastón, silla de ruedas.</p> <p>Observar la capacidad del paciente para realizar las actividades del auto cuidado</p> <p>Facilitar las medidas higiénicas para mantener la comodidad de la persona (secar la piel, aplicación de cremas y limpieza corporal)</p> <p>Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico</p>	<p>La observación sistemática y científica incrementa la cualidad de la atención de enfermería</p> <p>Los factores psicológicos (motivacionales), afectivos, cognitivos y emocionales influyen en la forma de experiencia del dolor</p> <p>Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles</p>	<p>La paciente se está valiendo por si misma</p> <p>La paciente se siente cómoda</p> <p>La paciente tiene conocimiento sobre su diagnóstico</p>	
---	--	---	--

4.3 Plan de alta

El paciente permaneció cinco días hospitalizado, durante su estancia se pudo observar una participación entusiasta del paciente y la familia en la ejecución del plan de cuidados de acuerdo a sus necesidades identificadas.

A su ingreso se elaboró un plan de plan de alta enfocado a la educación para la salud y basado en las necesidades de su propia convalecencia, en él se informa al paciente y a su familia sobre los cuidados del área lesionada la administración de medicamentos, el tipo de dieta recomendada y el entrenamiento de la deambulacion con muletas. Se realizó una lista de verificación para la enseñanza en el hogar y al completar el programa el paciente y familiares fueron capaces de:

- ✓ Describir la atención de la herida
- ✓ Mencionar los indicadores de infección de la herida(enrojecimiento, hinchazón fiebre, sensibilidad, salida de líquido purulento y fétido)
- ✓ Consumo de una dieta equilibrada para fomentar la cicatrización de la herida y el hueso
- ✓ Participar en el régimen prescrito de ejercicios para fomentar la circulación y la movilidad
- ✓ Utilizar los auxiliares de movilidad con seguridad
- ✓ Observar los límites prescritos de apoyo, peso y actividad
- ✓ Tomar los medicamentos terapéuticos y profilácticos prescritos (antibiótico y analgésicos)
- ✓ Enunciar los indicadores de complicaciones que deben informarse con prontitud al personal de salud (hinchazón y dolor no controlado), dedos de los pies pálidos y fríos , parálisis y drenaje purulento
- ✓ Identificar las modificaciones al hogar para fomentar un ambiente seguro e independencia durante la convalecencia y rehabilitación.

CONCLUSIONES

A través de la aplicación práctica del Proceso Atención Enfermería, se pudo ayudar a la Sra. Verónica a mejorar sus capacidades de autocuidado para la satisfacción de las necesidades afectadas.

Se logran obtener e integrar conocimientos y experiencias, durante la formación académica, para brindar cuidados de enfermería en cuanto a prevención tratamiento y rehabilitación del usuario con fractura expuesta de tibia y peroné, durante su estancia hospitalaria, para la recuperación de su salud e independencia en colaboración con la familia y el equipo de salud teniendo como eje central el Proceso de Virginia Henderson.

A través de la valoración de las 14 necesidades del Modelo de VirginiaHenderson, se logra destacar las necesidades del usuario, se identificaron los datos de dependencia e interdependencia y se llegaron a formular los diagnósticos de enfermería pertinentes, se planeó junto con la familia y el usuario los objetivos y la priorización de sus necesidades, se llevó a cabo la ejecución y la evaluación de las intervenciones de enfermería fundamentadas en el plan de cuidados.

Durante el desarrollo del Proceso Enfermero se logródesarrollar no solo un nivel teórico-metodológico, sino un nivel de aptitud que sirvió ampliamente en el logro de los resultados.

También se trató de un caso relativamente sencillo en cuanto el cuidado de enfermería, el estrés por compartir esta experiencia profesional con otros colegas, obedece al deseo de ejemplificar la manera en que, tanto los casos complejos como los sencillo, pueden utilizar conceptos teóricos-disciplinares de enfermería durante la catalanidad de la práctica diaria. Así mismo, es posible sistematizar o estandarizar el cuidado de enfermería para asegurar un nivel de atención de calidad.

BIBLIOGRAFIA

1. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA, aplicaciones de teoría, guías y modelos, Janet w Griffith, editorial, el manual moderno, S.A de C.V, pp 206,207,208,209,210.
2. EL PROCESO DE ENFERMRIA Y DE MODELOS DE VIRGINIA HERDENSON, Propuestas para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería, 1997 1 edición, editorial progreso S.A de C.V, pp. 87,90,92,103
3. NANDA INTERNATIONAL, DIGNOSTICOS ENFERMEROS , Definiciones y clasificaciones 2009-2011, editada por T.Heathe Herdman, phd, rm, es una publicación elsevier, pp.59,61,62,63,64
4. SILBERMAN S.F VARONA, (2003), Ortopedia y traumatología 2 edit., editorial medica panamericana Buenos Aires Argentina pp467,468,46Ann Marriner Tomey PhD,RN,FAAN,” Modelos y Teorías” en Enfermería, Harcourt Brace 4 edición, pp. 17,18,19,20,21,22
5. SCHERER, “Introducción la Enfermería Medico Quirúrgica, cuarta edición, Interamericana, S.A de C.V.52,53,54
6. BEARE P.G. MYERS J. L (200), Enfermería Medico Quirúrgica V2 3 edición, Editorial Harcour, España 1895 pp. 23,34,56,87,43
7. DRAKER R.L, (2005) GRAY Anatomía para estudiantes, editorial ELSEVIER, España pp. 567,568,569
8. FITZGERALD R,(2002), Ortopedia V1, Editorial Panamericana, Buenos Aires Argentina pp. 23,25,26,27
9. MANTIK L.S (2004), EnfermeríaMédicoQuirúrgico, “Valoración y cuidados de problemas Clínicos V2, editorial Elsevier, España pp2036,2037,2038
10. SILBERMAN S.F VARONA ,(2003), Ortopedia y traumatología 2 edi, editorial medica panamericana Buenos Aires Argentina pp467,468,469
11. SKINNER H.B,(1998), Diagnósticos y Tratamientos en ortopedia, edición Manuel Moderno, México pp967,968
12. SMELTZER,S.C, BARE, B.G, (2002), Enfermería Medico Quirurquica de Brunner y Studdarth V1 y V2, editorial Mc Graw Hill, México pp. 2312,2314,2315
13. Conceptos y temas en la práctica de la Enfermera, B.Kozier, G, ERB, 2 edic, Interamericana McGraw-Hill pp. 102-117
14. Rosalinda Alfaro-Ilevire, Pensamiento clínico en la Enfermería en un enfoque practico para un pensamiento centrado en los recursos. 4 edic, Saunders pp. 13-59.