

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA Y DEL SER HUMANO

**TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS EN
CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

TEMA: SISTEMAS DE CUIDADOS PRIORITARIOS EN EL MÉTODO DE ENFERMERÍA DE LAS TAXONOMÍAS NANDA-NIC-NOC EN PACIENTES CON POLITRAUMATISMOS (FRACTURAS DE MIEMBROS INFERIORES) EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE LA JUNTA DE BENEFICENCIA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, PROVINCIA DEL GUAYAS, ECUADOR, EN EL PERIODO DE OCTUBRE DEL 2010 A SEPTIEMBRE DEL 2011.

AUTORAS:

RITA MARIUXI SALTOS TONATO.

ESTEFANÍA ALEXANDRA YÁNEZ PILCO.

DIRECTORA DE TESIS: LIC VILMA VILLACIS. MSC

GUARANDA 2011

DEDICATORIA

Quiero Dedicar a Dios, a mi Santísima Virgen de las Lajas, porque han estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento y llevar siempre por delante mi humildad. A mi hija Alessia, el ser que me dio la inspiración más grande de salir adelante y seguir triunfando en la vida, a mi hermana quien siempre me ha estado brindando su apoyo incondicional en los momentos más difíciles que los he tenido, a mi esposo, a mis tías y primos que de una u otra forma siempre me han brindado su apoyo.

También quiero dedicar a mis docentes quienes fueron unos buenos maestros y quienes me supieron guiar y preparar para mi vida profesional, mil gracias ya que sin Uds. no hubiese podido alcanzar la meta que un día me propuse, gracias por depositar su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Ahora siento un gran orgullo y alegría, de mi persona el ver que nunca les defraude querida familia y maestros .Los quiero con todo mi corazón

RITA MARIUXI SALTOS T.

En primer lugar, a Dios quien nos dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza, por amarnos tanto y regalarnos estos cuatro años que hoy reflejan el primer fruto, de muchos que vendrán, y que son producto de nuestra constancia y perseverancia.

Mami, no me equivoco si digo que eres la mejor mama del mundo, gracias, por todo tu esfuerzo, tu apoyo y por la confianza que depositaste en mi. Gracias porque siempre, aunque lejos, has estado a mi lado. Te Quiero Papá este es logro que quiero compartir contigo. Gracias por ser mi papa y por creer en mí... A mí querida hermana, Liliana y segunda madre gracias por estar en todos los momentos de mi vida.

A nuestros amigos, que en todo tiempo nos han apoyado y ayudado. A todos quienes no podemos nombrar porque sería una gran lista, sólo les decimos que: “En todo tiempo nos amamos los amigos, porque son como hermanos en tiempo de angustias “Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos
difíciles.

ESTEFANÍA YÁNEZ .P

AGRADECIMIENTO

Son muchas las personas especiales a las que nos gustaría agradecerles su amistad, apoyo, ánimo y compañía, en las diferentes etapas de nuestras vidas .Algunas están aquí y otras en los recuerdos y en el corazón, sin importar en donde estén queremos darles las gracias por formar parte de nuestras vidas, por todo lo que nos brindaron y por todas sus bendiciones.

En primer lugar a mi Señor, Jesús, quien me dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar esta tesis.

A la Universidad Estatal de Bolívar, Escuela de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud y del Ser Humano, que nos abrió sus puertas y que ha sido nuestro segundo hogar para formarnos.

A nuestros docentes no solo de la carrera sino de toda la vida, que hoy pueden ver un reflejo de lo que han formado y que sin duda han calado hondo en nuestras vidas, permitiéndonos escoger esta profesión, por el amor que hemos visto reflejados en su desarrollo profesional, mil gracias por de alguna manera forman parte de lo que ahora soy.

A cada uno de las personas que ha robado nuestro corazón durante nuestras prácticas, y que nos ha permitido abrir nuestros ojos a una realidad distinta, que nos motivó para culminar con éxito esta difícil carrera que nos permite estar en contacto con la población más necesitada de todos los rincones de nuestra Patria .

RITA MARIUXI SALTOS T.

ESTEFANÍA YÁNEZ .P.

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERIA

APROBACION DEL TUTOR

En mi cátedra de tutor del trabajo de tesis presentado por las estudiantes Rita Mariuxi Saltos Tonato, con CC 020167858-8, Estefanía Alexandra Yáñez Pilco con CC. 020201878-4 para la obtención del título de Licenciadas en Ciencias de la Enfermería cuyo tema es *”SISTEMAS DE CUIDADOS PRIORITARIOS EN EL MÉTODO DE ENFERMERÍA DE LAS TAXONOMÍAS NANDA-NIC-NOC EN PACIENTES CON POLITRAUMATISMOS (FRACTURAS DE MIEMBROS INFERIORES) EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE LA JUNTA DE BENEFICENCIA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, PROVINCIA DEL GUAYAS, ECUADOR, EN EL PERIODO DE OCTUBRE DEL 2010 A SEPTIEMBRE DEL 2011”* considero que dicha tesis reúne los requisitos y meritos suficientes para ser sometida a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador .

En la ciudad de Guaranda a los 15 días del mes de Septiembre del 2011.

Es todo cuando puedo certificar.

Lic. Vilma Villacis.V. Msc

CC: 0906181243

DIRECTOR DE TESIS

ÍNDICE

PORTADA

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

CERTIFICACION DEL DIRECTOR DE TESIS

TEMA	I
INTRODUCCIÓN.....	II-IV
JUSTIFICACIÓN.....	V-VI
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	VII
FORMULACION DEL PROBLEMA	VIII
OBJETIVOS	
OBJETIVO GENERAL	IX
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	IX

CAPITULO I

MARCO REFERENCIAL	1
GENERALIDADES DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL Y DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA.....	1
ANTECEDENTES HISTORICOS DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE LA JUNTA DE BENEFICIENCIA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL	2-5
ÁREA DE EMERGENCIA.....	6

CAPITULO II

MARCO TEORICO	8
POLITRAUMATISMOS	8
FRACTURAS.....	9
TIPOS:.....	10-11
DIAGNOSTICO.....	12
SÍNTOMAS.....	12-13
COMPLICACIONES:.....	13
SISTEMAS DE INMOVILIZACIÓN:.....	14
TRATAMIENTO TERAPÉUTICO:.....	15
FRACTURAS DE MIEMBROS INFERIORES	
FRACTURAS DEL MIEMBRO INFERIOR	16
FRACTURAS DE CADERA.....	16
FRACTURAS DIAFISARIAS DE FÉMUR.....	17
FRACTURAS DISTALES DE FÉMUR.....	17
RODILLA FLOTANTE (FRACTURAS DE FÉMUR Y TIBIA IPSILATERALES)	18
FRACTURAS DE RÓTULA	18
FRACTURAS DE MESETA TIBIAL	18
FRACTURAS DIAFISARIAS DE TIBIA.....	19
FRACTURAS DE PILÓN TIBIAL	20
FRACTURAS DE TOBILLO	20
FRACTURAS DEL PIE.....	21
FRACTURAS DE LAS FALANGES	21
FRACTURAS DE LOS METATARSIANOS	21
FRACTURAS MEDIOTARSIANAS	22
FRACTURAS DE CALCÁNEO.....	22
FRACTURAS DE ASTRÁGALO	23

CAPITULO III

CALIDAD DE ATENCION DE ENFERMERIA	25
COMPONENTES DE LA CALIDAD EN SALUD	25
MODELO ADOPTADO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD TRIÁNGULO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD.....	26
RECOMENDACIONES PARA EL CICLO RÁPIDO DE PRUEBA.....	27-28
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (PAE)	29-43
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (NANDA-NIC-NOC) NANDA.....	44-46
CRITERIOS DE RESULTADOS NOC.....	47
INTERVENCIONES (ACTIVIDADES) NIC-CIE	48
CUIDADOS DE ENFERMERIA.....	49

CAPITULO IV

PROTOCOLOS.....	50
TIPOS DE PROTOCOLOS	50
FINALIDAD	51-52
ESQUEMA BÁSICO DE UN PROTOCOLO	53
MODELOS DE PROTOCOLOS DE ATENCION DE ENFERMERÍA.....	54-57

CAPITULO V

DISEÑO METODOLOGICO	58
MARCO ADMINISTRATIVO.....	59
PRESUPUESTO ECONOMICO	60

CAPITULO VI

CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES	62

CAPITULO VII

PROTOCOLOS- INTRODUCCION-JUSTIFICACION-OBJETIVOS.....	63-65
PROTOCOLOS- DESARROLLO	66-94
VALORACION DE ENFERMERÍA.....	95
FARMACOS UTILIZADOS EN PACIENTES CON POLITRAUMATISMOS	95
VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES	96-100
PRUEBAS DIAGNOSTICAS.....	101
ORGANIZACIÓN DE SISTEMAS DE CUIDADOS	102-103
BIBLIOGRAFIA	104-105
ANEXOS	106-117

TEMA

SISTEMAS DE CUIDADOS PRIORITARIOS EN EL MÉTODO DE ENFERMERÍA DE LAS TAXONOMÍAS NANDA (ASOCIACIÓN NORTEAMERICANA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA), NIC (CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA) Y NOC (CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA), EN PACIENTES CON POLITRAUMATISMOS (FRACTURAS DE MIEMBROS INFERIORES) EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE LA JUNTA DE BENEFICIENCIA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, PROVINCIA DEL GUAYAS, ECUADOR, EN EL PERIODO DE OCTUBRE DEL 2010 A SEPTIEMBRE DEL 2011.

INTRODUCCIÓN

Los politraumatismos constituyen a nivel mundial, la tercera causa de muerte para todas las edades, luego de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Los traumatismos en los niños pequeños son a menudo consecuencia de los malos tratos.

El trauma grave es una causa frecuente de muerte entre la población joven. Además, los datos reflejan que cada día, entre tres y cuatro personas sufren una lesión medular como consecuencia de un accidente.

Los accidentes de tráfico encabezan la lista de los agentes causales, representando aproximadamente un 70%.

La mortalidad de los traumatismos por accidentes de tráfico ha experimentado una disminución significativa en los últimos años, como consecuencia de las políticas de prevención y seguridad vial emprendidas, así como las mejoras asistenciales. Sin embargo, todavía hay mucho camino por recorrer para reducir no sólo la mortalidad sino las secuelas físicas y psíquicas del afectado.

En el Ecuador, se evidencia una acumulación epidemiológica, en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas y los problemas de salud colectiva.

Los problemas de salud colectiva más frecuentes son los accidentes de tráfico y las agresiones. Este perfil epidemiológico está relacionado con una serie de determinantes tales como los niveles de pobreza y de inequidad en el país.

Los politraumatismos son cuadros debidos a accidentes graves. Se producen en los individuos lesiones en diversos órganos y sistemas, afectando al estado general y constantes vitales que pueden ocasionar a los individuos un estado en el que peligran sus vidas, requiriendo actuaciones de urgencias.

En el paciente poli traumatizado la rápida y correcta valoración de los signos vitales y otros parámetros como las pupilas, piel, relleno capilar, son imprescindibles para la valoración, tratamiento y cuidados específicos que necesita cada paciente.

En el Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la Ciudad de Guayaquil de referencia Nacional y de gran afluencia, han llegado al área de Emergencia 455 pacientes con Politraumatismos, entre los cuales el 45% fueron con Fracturas de Miembros Inferiores, y de estas encontramos el 70 % de fracturas cerradas y el 30 % de fracturas abiertas en el periodo de Enero a Diciembre del 2010.

En el área de Emergencia laboran 41% de Licenciadas de Enfermería, y un 59% de Auxiliares de Enfermería, por lo cual existen falencias en los cuidados inmediatos, ya la mayor parte del personal que brinda cuidados no tienen una formación universitaria por lo tanto no brindan cuidados con conocimiento científico.

La investigación hipotético-deductiva cuenta en el aporte científico con la taxonomía NANDA-NIC-NOC que abordan el conocimiento efectivo para la elaboración de “Sistemas de Cuidados Prioritarios”, a partir de lo cual es posible la aplicación de los protocolos de enfermería en pacientes con Fractura de Miembros Inferiores que se encuentran en el área de Emergencia del “Hospital Luis Vernaza”.

Es por ello que este trabajo de acción-participativa, está estructurado de acorde a los problemas que se dan en el Proceso de Atención de Enfermería, por la falta de protocolos en el área de Emergencia.

Para ello se realizó un trabajo analítico- descriptivo, para lo cual se aplicó una hoja de valoración, y se revisó los libros de NANDA-NIC-NOC; con lo que se puede establecer que existen falencias en el Proceso de Atención Enfermería, en el Área de Emergencia ya que no existen cuidados estandarizados para brindar una atención de calidad al usuario; a partir de ello se elaboró los protocolos para el personal de Enfermería.

El documento está organizado de la siguiente manera, en la primera parte se menciona el tema, justificación, planteamiento del problema, objetivos; seguidamente el Capítulo I, Marco teórico Referencial, el mismo que está estructurado en las generalidades de la Ciudad de Guayaquil y del Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia, Capítulo II, Marco Teórico, el mismo contiene Fractura de Miembros Inferiores, Capítulo III Proceso de Atención de Enfermería (PAE), Calidad de atención de enfermería , (NANDA-NIC-NOC), Capítulo IV conceptos, tipos de protocolos, Capítulo V Diseño Metodológico , Capítulo VI Conclusiones y Recomendaciones, Capítulo VII Protocolos, el cual constituye la fundamentación científica de nuestra participación.

Esperamos que este trabajo sea un aporte a mejorar el Proceso de Atención de Enfermería y brindar cuidados de enfermería con calidad y calidez, de esta manera contribuir al mejoramiento de la institución y usuarios.

JUSTIFICACIÓN

En el Hospital Luis Vernaza existe un proyecto para protocolizar el Sistema de Cuidados prioritarios en el Método de Enfermería, que lo realiza el Departamento de Enfermería en vinculación directa con el Departamento de Docencia del Hospital, pero que en la actualidad se encuentra suspendido por falta de recurso humano para su ejecución.

Proyecto que se promovió, a realizar con el primer grupo de Internas Rotativas de Enfermería de la Universidad Estatal De Bolívar, debido a que es una necesidad del Hospital Luis Vernaza, para brindar una atención personalizada.

Los Sistemas de Cuidados Prioritarios en el Método de Enfermería de las Taxonomías NANDA-NIC- NOC, es un instrumento importante para el desarrollo de las actividades, permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y ordenada a través del sistema de cuidados prioritarios permitiendo constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individualizadas del paciente, la familia y comunidad.

Con el propósito de realizar una valoración a través del método de enfermería con la que se obtiene una efectiva e importante cantidad de datos relevantes de los pacientes enfocado a lo físico, psicológico y social del contexto, de una manera ordenada que facilite, a su vez, el análisis y valoración de los mismos, es decir, confirmar el cumplimiento de todos los requisitos exigibles a una valoración correcta y holístico, el cual mejorara la atención directa del cliente en calidad y calidez en beneficio tanto al usuario interno como al usuario externo.

Los politraumatismos constituyen a nivel mundial, la tercera causa de muerte para todas las edades, luego de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Los traumatismos en los niños pequeños son a menudo consecuencia de los malos tratos.

A nivel de la Provincia del guayas en el año 2010 de enero a diciembre se encontraron 4.318 pacientes con Politraumatismos.

En el Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la Ciudad de Guayaquil de referencia Nacional y de gran afluencia, han llegado al área de Emergencia 455 pacientes con Politraumatismos, entre los cuales el 45% fueron con Fracturas de Miembros Inferiores, y de estas encontramos el 70 % de fracturas cerradas y el 30 % de fracturas abiertas en el periodo de Enero a Diciembre del 2010.

Dichos datos fueron recolectados en el departamento de Estadística con ayuda de las licenciadas de Docencia mediante un oficio en la cual se obtuvo los siguientes datos los mismos que fueron entregados por la licenciada Marielena Bastidas.

En el área de Emergencia laboran 41% de Licenciadas de Enfermería, y un 59% de Auxiliares de Enfermería, por lo cual existen falencias en los cuidados inmediatos, ya la mayor parte del personal que brinda cuidados no tienen una formación profesional por lo tanto no brindan cuidados con conocimiento científico.

Razón por la cual las Internas Rotativas de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, como parte del proceso de formación académica y como requisito previo a la obtención del título de Licenciadas en Ciencias de la Enfermería, presentamos el siguiente trabajo de acción participativa, el cual está orientada a Protocolizar el Sistema de Cuidados Prioritarios en el Método de Enfermería, y de esta manera establecer alternativas o propuestas orientadas hacia el mejoramiento de la atención en pacientes con Politraumatismo (Fracturas de Miembros Inferiores)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la Ciudad de Guayaquil de referencia Nacional y de gran afluencia, han llegado al área de Emergencia 455 pacientes con Politraumatismos, entre los cuales el 45% fueron con Fracturas de Miembros Inferiores, y de estas encontramos el 70 % de fracturas cerradas y el 30 % de fracturas abiertas en el periodo de Enero a Diciembre del 2010.

En el área de Emergencia laboran 41% de Licenciadas de Enfermería, y un 59% de Auxiliares de Enfermería, por lo cual existen falencias en los cuidados inmediatos, ya que la mayor parte del personal que brinda cuidados no tienen una formación profesional.

Estos factores provoca que el personal de enfermería del Hospital General Luis Vernaza presenten deficiencias en el sistema de cuidados prioritarios NANDA-NIC-NOC, de tal forma que se brinda una atención empírica provocando una disminución en la calidad de atención al cliente interno y externo.

Todo esto contribuye a presentar falencias en el Proceso de Atención de Enfermería, repercutiendo en la condición de los pacientes retrasando su recuperación, provocando malestar e inconformidad en el paciente y familia, afectando negativamente en la economía, estabilidad de los hogares, ya que aumentan los días de estadía del paciente.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la aplicación de los protocolos de Enfermería de las Taxonomías NANDA-NIC-NOC en pacientes con Politraumatismos (Fracturas de Miembros Inferiores) en el Área de Emergencia del Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la Ciudad de Guayaquil en la calidad de atención al usuario?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Protocolizar la Atención de Enfermería en Sistemas de Cuidados Prioritarios en el Método de Enfermería de las Taxonomías NANDA-NIC-NOC en pacientes con Politraumatismos (Fracturas de Miembros Inferiores) que acuden al Área de Emergencia del Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la Ciudad de Guayaquil, en el período de Octubre del 2010 a Septiembre del 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.-**Determinar los diagnósticos prioritarios de Enfermería en los pacientes con Politraumatismos (Fracturas de Miembros Inferiores) que acuden al Área de Emergencia del Hospital Luis Vernaza.
- 2.-**Identificar procedimientos de cuidados aplicados por el personal de Enfermería en la atención a pacientes con Politraumatismos (Fracturas de Miembros Inferiores) que acuden al Área de Emergencia del Hospital Luis Vernaza.
- 3.-**Elaborar un protocolo de atención de Enfermería en pacientes con Politraumatismos (Fracturas de Miembros Inferiores) que acuden al Área de Emergencia del Hospital Luis Vernaza.

CAPITULO I

MARCO TEORICO REFERENCIAL

GENERALIDADES DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL Y DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA

Ubicación Geográfica¹

La ciudad de Guayaquil se encuentra ubicada por los siguientes límites:

NORTE: Lomas de Sargentillo, Nobol, Daule, y Zamborondón

SUR: Golfo de Guayaquil y la Provincia de El Oro

ESTE: Durán, Naranjal y Balao

OESTE: Santa Elena y Playas

Ubicación geográfica del Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia

NORTE: Cerró Santa Ana

SUR: Cerro del Carmen

ESTE: Cementerio General

OESTE: Las Peñas

Medios de comunicación y transporte

Transportes inter cantonales e inter provinciales la Ciudad de Guayaquil cuenta con algunos medios de transporte como son:

- Aéreo, Tañe, visa.
- Buses, metro vía, línea de buses 1, 2, 3, 4, 5,6 etc.
- Transportes Interprovinciales: Flota Bolívar, 22 Julio, El Dorado, Santa Rita, Cevallos, Atenas, Baños, FBI, Ecuador, El Cóndor, El Sucre, Ventanas etc.

Clima: Tropical y Subtropical

Temperatura: Tiene una temperatura promedio de 25°C.

¹<http://www.jbg.org.ec/es/salud/hlv>

HOSPITAL LUIS VERNAZA DE LA JUNTA DE BENEFICIENCIA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL

Antecedentes Históricos del Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia

El Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil, es una de las instituciones más antiguas de la ciudad. Fundado originalmente el 25 de Noviembre 1564 en las faldas del cerro en la ciudad vieja, este Hospital tiene una historia de incendios, reconstrucciones y reubicaciones en diferentes sectores de la ciudad, este Hospital cuenta con 960 camas.

A inicios de la década del siglo XX se decidió la reconstrucción del viejo edificio de madera del Hospital Civil, ubicado al pie del Cerro del Carmen, en las “Lomas de Tamarindo”. El nuevo Hospital, denominado “Palacio del Hospital General” fue construido por la Compañía Italiana de Construcciones en hormigón armado y tecnología de la época.

La construcción estuvo a cargo del constructor técnico, Luigi Fratta, el arquitecto Paolo Ruso a cargo del diseño, y el arquitecto Francisco Maccaferri a cargo el desarrollo y asistencia artística.

El 6 de Julio de 1924, se inauguró el pabellón central, en 1925, 1929 y 1933, el segundo, tercero y cuarto pabellón respectivamente.

En 1942 en homenaje al recientemente fallecido Dr. Luís Vernaza, se le asignó este nombre al Hospital, que es con el que se lo conoce en la actualidad. Por la ubicación de los pabellones, se configura un gran espacio abierto central, que articula los distintos bloques mediante un soportal, formada por una sucesión de arcos. Dentro del patio, se encuentran los jardines aterrizados con escalinatas, presentándose como remate, en la parte más alta de ellos, una capilla.

El Hospital Vernaza en realidad es un Hospital Nacional, pues concurren para recibir sus servicios, los enfermos de toda la República.

Ya el año 1975, el 60% de sus pacientes de fuera de Guayaquil. En este Hospital laboran los más notables médicos, cirujanos y especialistas que hay en la ciudad.

Las diversas especialidades médicas y quirúrgicas que presta el Hospital Vernaza a la ciudadanía son: Medicina Interna, Cirugía General, Especialidades Médicas, Especialidades Quirúrgicas, Radiografía, Laboratorio Clínico y especializados. La función de enfermería en este Hospital fue inicialmente confiada a las religiosas de la Caridad, quienes prestaron durante muchos años sus conocimientos, práctica y su amor al prójimo con toda dedicación y altruismo.

En su primera etapa como Instituto actual, se empezó a modificar su estructura externa, acondicionándose los diversos pabellones en los cuales funcionan los Servicios Médicos y los Servicios Quirúrgicos. Fueron sustituidos los edificios de madera por pabellones de cemento de dos pisos.

Se los fue reemplazando a medida que las posibilidades económicas de esa época se permitían, prácticamente construyéndose un nuevo edificio cada uno o dos años.

En esos años funcionaba una especie de clínica en un edificio de dos pisos que se llamaba Pabellón Sotomayor y que estaba ubicado en la parte trasera del terreno destinado al Hospital.

En ese Pabellón Sotomayor se atendían a pacientes privados de los médicos que ejercían en la ciudad. Como estaba provisto de una Sala de Cirugía, generalmente las operaciones quirúrgicas las realizaba el Jefe de Servicio de Cirugía General del Hospital, de la Sala San Miguel.

Existe también un Departamento de Laboratorio que funcionaba en el edificio central del Hospital, donde está ahora el Pensionado Sotomayor. En ese laboratorio se practicaba exámenes parasitológicos y bacteriológicos; circunscrita su obra a los elementales exámenes que se solicitaban en esa época. El Director de este laboratorio era el Dr. Francisco Rojas, que era uno de los especialistas más acreditados de la ciudad. Sin embargo en algunas salas de medicina tenían sus propios laboratorios como la sala San José, que la dirigía el Dr. Juan Federico Heinert; San Luis cuyo jefe era el Dr. Leopoldo Izquieta Pérez y San Jacinto dirigida por el Dr. Alfredo Valenzuela Valverde.

En aquellos años se estaba modernizando los equipos de investigación del Hospital en sus diversas ramas. Se había establecido un Gabinete de Rayos X.

En la Cirugía General había dos divisiones: cirugía de hombres y cirugía de mujeres, cuyos representantes eran: el Dr. Teodoro Maldonado en la sala San Miguel; el Dr. Teófilo Fuentes Robles, en la sala Santa Magdalena y la Sala Santa Cecilia con el Dr. Aquiles Rigail.

La sala Santa Magdalena era apropiada para las pacientes con enfermedades infecciosas y la Sala Santa Cecilia para mujeres con enfermedades no infecciosas

Las salas de medicina estaban dirigidas por notables médicos de la ciudad como los Drs. Alfredo Valenzuela, Leopoldo Izquieta Pérez, Juan Federico Heinert, Armando Pareja Coronel y Juan Tanca Marengo.

Había también un Departamento de Oftalmología dirigido por el Dr. Juan F. Rubio, en el cual la cirugía Oftalmológica no llegaba sino hasta las operaciones de catarata.

Este Departamento funcionaba en un edificio de madera que estaba edificado ya en las primeras estribaciones del cerro, al fondo del Hospital. En el patio central del Hospital había dos vías para arribar a la parte alta donde estaban instalados algunos servicios médicos-hospitalarios. Por estas vías se llegaba a este Gabinete de Oftalmología en el cual atendía a sus pacientes el Dr. Rubio. Él era un hombre de contextura gruesa, ya ligeramente obeso; ascendía por estas vías en dirección a su Departamento de Oftalmología, caminando a pasos cortos, pero rápidos, siempre con grueso vestido de casimir, corbata y sombrero de paño; es posible que esta caminata diaria a pasos ligeros, la hiciera como ejercicio. Como en esos años el azote de la ciudad era la tuberculosis, el médico clínico que se había dedicado a combatirla con más especialidad, fue el Dr. Alfredo Valenzuela, por lo cual su Sala de Medicina San Jacinto, fue casi destinada al total tratamiento de los tuberculosos.

En el Hospital Vernaza no existía un Departamento especial para Cardiología, ni para neuro-cirugía, tampoco había para sala para Dermatología y los pacientes de estas afecciones eran atendidos en las salas de Medicina General.

Uno de los médicos más empeñosos en aceptar que el agente causal de la fiebre amarilla, era una espiroqueta descubierta; en Noguchi de Guayaquil fue el Dr. Juan Modesto Garbo Noboa.

Los criterios posteriores al supuesto descubrimiento de Noguchi, establecieron que el agente causal era un virus. Ésta tesis la sostenía también con vehemencia, el Dr. Alfredo Valenzuela.

El Hospital Vernaza fue escenario de airadas controversias, entre estos dos eminentes científicos.

Entonces los criterios científicos eran materia de discusión entre los médicos, como que si hubieran sido investigaciones que ellos personalmente hubieran realizado.

En esos años se comenzó la transformación del Hospital Vernaza ya con un aspecto y un esquema más moderno. Se ampliaron los servicios de medicina, creándose una sección especial para cardiología, dermatología, urología y ginecología.

Se creó el Departamento de Patología, realizándose la clasificación de los tumores.

Con la necesidad de atender estos nuevos servicios, hubo que aumentar el número de pabellones, para lo cual se remodeló el Hospital. El espacio anterior fue transformado en un jardín hermo­seado con una pileta central y algunos arbustos. Esto le dio al hospital un aspecto panorámico hermoso, y ahora en el fondo del jardín se puede apreciar una hermosa Capilla, donde se congregan los devotos.

En el Hospital Luis Vernaza se pueden considerar dos períodos de su desarrollo, períodos que guardan relación tanto con el Presidente de cada época del H. Junta de Beneficencia como con sus Inspectores y especialmente con sus Directores Técnicos.

En el primer período es el que ocupa el tiempo durante el cual fue Director de la Junta Don Carlos Julio Arosemena y en el cual fue Director técnico el Dr. Teodoro Maldonado Garbo.

En el segundo período corresponde al tiempo durante el cual fue Director técnico el Dr. Gustavo Arosemena Monroy y presidente de la H. Junta de Beneficencia el Señor Don José Plaza Luque.

Se ha instalado una central generadora de energía eléctrica que funciona automáticamente cuando ésta se suspende en todo el Hospital.

Esta central provee de energía eléctrica al pabellón de toda el área de cirugía.

Esta área está dividida en las siguientes secciones:

- Cirugía sucia contaminada 3 Quirófanos
- Cirugía limpia contaminada 6 Quirófanos
- Cirugía limpia 6 Quirófanos. 6 Quirófanos

Una obra reciente es la remodelación de la Biblioteca que es parte de la Central de Información.

Funciona así mismo el Departamento de Suministros en la Sala antigua de Oftalmología.

Se ha construido una nueva capacidad para 400 metros cisterna para agua con rábicos.

El Departamento de la Morgue se compone de 9 frigoríficos y tiene capacidad para 8 cadáveres.

El museo médico-quirúrgico se está reacondicionando.

Como adquisiciones técnicas el Hospital posee un equipo de ultrasonido, nuevos microscopios quirúrgicos, el equipo de rayos láser y el sistema de circuito cerrado de televisión para demostración.

El Hospital Luis Vernaza está provisto de un helipuerto.

ÁREA DE EMERGENCIA

En esta área existen 2 quirófanos; uno de cirugía aséptica y el otro de cirugía séptica. Esta área está atendida por internos y por el Cirujano de Guardia, durante las 24 horas del día.

Funcionan salas donde ingresan los pacientes de distintos estados de gravedad. La Sala de Reanimación, de Recepción y la Sala de Cirugía Menor y Observación, tienen un laboratorio para los exámenes más indispensables y trabajan las 24 horas del día.

El personal médico quirúrgico se compone de: 8 médicos residentes, uno de anestesiología, uno de cirugía y 6 médicos generales.

Esta sección está atendida por enfermeras profesionales, las cuales tienen turnos para atender.

- ✓ Por la mañana 4 en observación y 2 en reanimación y recepción
- ✓ Por la tarde 4 en observación y 2 en reanimación y recepción
- ✓ Por la noche 4 en observación y una en reanimación y recepción

En Observación existen 4 divisiones:

1. Observación 1
2. Observación 2
3. Post-Operatorio
4. Cuidados Intensivos

En el área de Emergencia laboran 41% de Licenciadas de Enfermería, y un 59% de Auxiliares de Enfermería.

En cada una de estas divisiones se encuentran 4 camas.

Se calcula que anualmente son operados 10.000 pacientes. El 20% de todas las operaciones del Hospital, las realiza el área de Emergencia.

Los 2 quirófanos que existen en Emergencia, tienen 2 cirujanos jefes de departamentos, que dependen del Director Técnico, directamente.²

²Revista Historia Del Hospital General Luis Vernaza

CAPITULO II

MARCO TEORICO POLITRAUMATISMOS

Los politraumatismos son cuadros debidos a accidentes graves, se producen en los individuos lesiones en diversos órganos y sistemas, afectando al estado general y constantes vitales que pueden ocasionar a los individuos un estado en el que peligran sus vidas, requiriendo actuaciones de urgencias.³

Provocando simultáneamente la aparición de varias lesiones de igual o distinta naturaleza en diversas estructuras y/o sistemas orgánicos, cuya coexistencia agrava extraordinariamente riesgo vital del paciente.

La etiología del poli traumatizado es la existencia de dos o más agentes traumáticos o bien de uno que actúe sobre dos o más partes del cuerpo.

El paciente poli traumatizado es habitualmente un individuo previamente sano y en edad activa de la vida que, de manera brusca sufre un traumatismo capaz en ocasiones de alterar sus constantes vitales y comprometer su vida.

El tratamiento correcto de estos enfermos exige la existencia de una infraestructura extra hospitalaria en cuanto a medios técnicos y humanos ágil y moderna, personal bien adiestrado en medidas de soporte vital y capaz de acudir al lugar del accidente en minutos, como los servicios que funcionan actualmente en Madrid.

El tiempo de demora en la asistencia es un factor determinante en la evolución del enfermo.

De lo mencionado hasta ahora, se deduce el interés de delinear un método o protocolo de asistencia inmediata a estos pacientes que permita una adecuada valoración y correcto tratamiento de urgencia. Estas reglas son.¹

1º.- No hacer más daño del que existe.

³MONTESTH,M.D.(16/05/2008).POLITRAUMATISMOS. recuperado 03/04/2001
<http://html.rincondel estudio.com/politraumatismos.html>

2°.- En primer lugar valorar y tratar las urgencias vitales, asegurando la permeabilidad de la vía aérea, control respiratorio y circulatorio (ABC de la RCP).

3°.- No pasar al siguiente estadio sin haber resuelto el anterior.

4°.- No olvidar que el enfermo es un proceso dinámico y, por tanto, debemos reevaluar continuamente sus constantes vitales.

5°.- Si durante la exploración el paciente presenta problemas urgentes nuevos, iniciar el protocolo asistencial desde el principio.

6°.- Tras resolver los problemas vitales, pasaremos a la valoración secundaria en la que se realizará un análisis pormenorizado de la cabeza a los pies en busca de posibles lesiones para su tratamiento.

FRACTURAS

DEFINICIÓN

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

En una persona sana, siempre son provocadas por algún tipo de traumatismo, pero existen otras fracturas, denominadas patológicas, que se presentan en personas con alguna enfermedad de base sin que se produzca un traumatismo fuerte.

Es el caso de algunas enfermedades orgánicas y del debilitamiento óseo propio de la vejez.

CAUSAS

Las causas que hacen que éstos se rompan son muy variadas:

- Origen de la enfermedad en los huesos. (Osteoporosis)
- Impacto directo
- Caída desde una altura
- Accidentes de coche, moto, etc.
- Maltrato

- Estrés o sobrecarga, fuerzas repetitivas (que provoca una fisura delgada en el hueso).
- El consumo del tabaquismo es una de las causas de fractura.

TIPOS:

Existen varios tipos de fractura, que se pueden clasificar atendiendo a los siguientes factores: estado de la piel, localización de la fractura en el propio hueso, trazo de la fractura, tipo de desviación de los fragmentos y mecanismo de acción del agente traumático.⁴

• **Fracturas cerradas:** Son aquellas en las que la fractura no comunica con el exterior, ya que la piel no ha sido dañada.

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

Según el trazo de la fractura:

- **Transversales:** la línea de fractura es perpendicular al eje longitudinal del hueso.
- **Oblicuas:** la línea de fractura forma un ángulo mayor o menor de 90 grados con el eje longitudinal del hueso.
- **Longitudinales:** la línea de fractura sigue el eje longitudinal del hueso.
- **En ala de mariposa:** existen dos líneas de fractura oblicuas, que forman ángulo entre sí y delimitan un fragmento de forma triangular.
- **Conminutas:** Hay múltiples líneas de fractura, con formación de numerosos fragmentos óseos.
- En los niños, debido a la gran elasticidad de sus huesos, se producen dos tipos especiales de fractura.
- **Incurvación diafisaria:** No se evidencia ninguna fractura lineal, ya que lo que se ha producido es un aplastamiento de las pequeñas trabéculas óseas que

⁴MONTESTH,S.H.(19/04 del 2007)F FRACTURAS.recuperado el 27 /05/2011
<http://.fracturesrehabilitation.com//>

conforman el hueso, dando como resultado una incurvación de la diáfisis del mismo.

- **En tallo verde:** El hueso está incurvado y en su parte convexa se observa una línea de fractura que no llega a afectar todo el espesor del hueso.

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

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

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

Las metáfisis son unas pequeñas zonas rectangulares comprendidas entre las epífisis y la diáfisis. Sobre ellas se encuentra el cartílago de crecimiento de los niños.

Las fracturas pueden ser, según su localización:

- **Epifisarias (localizadas en las epífisis).**- Si afectan a la superficie articular, se denominan fracturas articulares y, si aquella no se ve afectada por el trazo de fractura, se denominan extra articulares. Cuando la fractura epifisaria se produce en un niño e involucra al cartílago de crecimiento, recibe el nombre de epifisiólisis.
- **Diafisarias (localizadas en la diáfisis).**- Pueden afectar a los tercios superior, medio o inferior.
- **Metafisarias (localizadas en la metáfisis).**- Pueden afectar a las metáfisis superior o inferior del hueso.

Según el mecanismo de producción:

- **Traumatismo directo.**- La fractura se produce en el punto sobre el cual ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura de cúbito por un golpe fuerte en el brazo.
- **Traumatismo indirecto.**- La fractura se produce a distancia del lugar donde ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura del codo por una caída sobre las palmas de las manos.

- **Contracción muscular brusca.**- En deportistas y personas con un gran desarrollo muscular se pueden producir fracturas por arrancamiento óseo al contraerse brusca y fuertemente un músculo determinado. También se han observado fracturas de este tipo en pacientes sometidos a electroshock. ⁵

DIAGNOSTICO

Además del examen y la historia médica completa (en la que se pregunta cómo se produjo la lesión), los procedimientos para diagnosticar una fractura pueden incluir los siguientes:

- **Rayos X.**-Examen de diagnóstico que utiliza rayos invisibles de energía electromagnética para producir imágenes de los tejidos internos, los huesos y los órganos en una placa.
- **Imágenes por Resonancia Magnética.**-Procedimiento de diagnóstico que utiliza una combinación de imanes grandes, radiofrecuencias y una computadora para producir imágenes detalladas de los órganos y estructuras dentro del cuerpo.
- **Tomografía computarizada.**- Procedimiento de diagnóstico por imagen que utiliza una combinación de rayos X y tecnología computarizada para obtener imágenes de cortes transversales (a menudo llamadas "rebanadas") del cuerpo, tanto horizontales como verticales. Una tomografía computarizada muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo, incluyendo los huesos, los músculos, la grasa y los órganos. La tomografía computarizada muestra más detalles que los rayos X regulares.

SÍNTOMAS

Aunque cada fractura tiene unas características especiales, que dependen del mecanismo de producción, la localización y el estado general previo del paciente, existe un conjunto de síntomas común a todas las fracturas, que conviene conocer para advertirlas cuando

⁵MURTHY,S.H(16 /05/2008.)POLITRAUMATISMO.RECUPERADOES03/04/2011.
<http://laenfermerahoy.com//>

se producen y acudir a un centro hospitalario con prontitud. Estos síntomas generales son:

Dolor: Es el síntoma capital. Suele localizarse sobre el punto de fractura. Aumenta de forma notable al menor intento de movilizar el miembro afectado y al ejercer presión, aunque sea muy leve, sobre la zona.

Impotencia funcional: Es la incapacidad de llevar a cabo las actividades en las que normalmente interviene el hueso, a consecuencia tanto de la propia fractura como del dolor que ésta origina.

Deformidad: La deformación del miembro afectado depende del tipo de fractura. Algunas fracturas producen deformidades características cuya observación basta a los expertos para saber qué hueso está fracturado y por dónde.

Hematoma: Se produce por la lesión de los vasos que irrigan el hueso y de los tejidos adyacentes.

Fiebre: En muchas ocasiones, sobre todo en fracturas importantes y en personas jóvenes, aparece fiebre después de una fractura sin que exista infección alguna. También puede aparecer fiebre pasando unos días, pero ésta es debida, si no hay infección, a la reabsorción normal del hematoma.

- ✓ Atrofia muscular por desuso.
- ✓ Disminución del tono muscular.
- ✓ Rigidez articular.
- ✓ Disminución del rango articular.

COMPLICACIONES:

- ❖ Formación de un callo óseo (proceso normal de consolidación de una fractura) excesivamente grande, que puede comprimir las estructuras vecinas, causando molestias más o menos importantes.
- ❖ Lesiones de los vasos sanguíneos, que pueden dar lugar a trombosis arteriales, espasmos vasculares y a la rotura del vaso, con la consiguiente hemorragia. Este tipo de lesiones puede provocar también gangrena seca, debida a la falta de irrigación del miembro afectado.

- ❖ Estiramientos, compresiones y roturas nerviosas, que se pondrán de manifiesto con trastornos de la sensibilidad y alteraciones de la motilidad y la fuerza musculares.
- ❖ Cuando la fractura ha sido articular, puede dejar como secuelas: artritis, artrosis y rigidez posterior de la articulación.
- ❖ Las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento en los niños pueden ocasionar la detención del crecimiento del hueso fracturado.
- ❖ Infección de la zona fracturada, cuando en ella se ha producido herida.

SISTEMAS DE INMOVILIZACIÓN:

Los sistemas más comunes son el cabestrillo y el entablillado, ambos de fácil ejecución.

Entablillado o férula: Se utiliza para inmovilizar cualquier fractura producida en un hueso largo, ya sea de las extremidades superiores o inferiores.

- ✓ Proveerse de tablas o pequeños troncos lisos. Pueden ser útiles otros materiales, como telas gruesas enrolladas, periódicos, etcétera.
- ✓ Si se dispone de tablas, colocarlas a los lados de las zonas fracturadas; si se utilizan periódicos, formar una especie de canal, dentro del cual debe quedar el miembro afectado.
- ✓ Luego, con vendas, pañuelos, corbatas o cualquier pedazo de tela, se va sujetando el entablillado o la férula, de modo que el individuo no pueda mover la zona fracturada.
- ✓ Si la fractura es en la pierna, deben inmovilizarse la rodilla y el tobillo.
- ✓ Si es en el antebrazo, se inmovilizarán la muñeca y el codo.
- ✓ Si es en el brazo, se deben inmovilizar el hombro y el codo. El hombro puede inmovilizarse vendando el brazo contra el cuerpo del sujeto, con cuidado de no causar compresión sobre la fractura.
- ✓ Si no se puede obtener ningún material más o menos rígido, la inmovilización de las piernas se puede efectuar vendándolas juntas. Las ataduras se colocarán en los tobillos, las rodillas, los muslos y por encima y debajo de la zona de fractura, siempre que ésta no se localice en uno de estos puntos.

TRATAMIENTO TERAPÉUTICO:

Se debe lograr que las articulaciones no incluidas en la inmovilización sigan funcionando para evitar una rigidez posterior. Ello se consigue con movilizaciones activas, nunca pasivas ni con masajes.

Una vez retirada la inmovilización, se debe procurar la recuperación funcional de los músculos, que generalmente, debido al tiempo de inactividad, estarán hipotróficos. Se indicarán ejercicios propios en cada caso.

A continuación se indicara algunas pautas:

- ✓ En la zona de la fractura se aplicara compresas frías para disminuir el edema y el dolor.
- ✓ La extremidad lesionada debe estar inmovilizada y colocada en elevación para mejorar la circulación.
- ✓ Realizar movimientos activos en las articulaciones próximas.
- ✓ En el caso de fracturas de los miembros inferiores, es muy importante mantener la flexión dorsal normal del tobillo; no solamente para evitar la rigidez si no para favorecer el retorno venoso.
- ✓ Realizar contracción para los músculos que se encuentran dentro del segmento inmovilizado para preservar la función muscular y prevenir la atrofia.

Objetivos:

- ✓ Disminuir el dolor
- ✓ Disminuir el edema, enrojecimiento y calor
- ✓ Restablecer la movilidad completa en todas las articulaciones previamente inmovilizadas
- ✓ Aumentar la fuerza muscular
- ✓ Restablecer en tono muscular

FRACTURAS DE MIEMBROS INFERIORES

En anatomía humana miembro inferior o pelviano es cada una de las extremidades fijadas al tronco a nivel de la pelvis -articulaciones de la cadera- mediante la cintura pelviana. Coloquialmente, los miembros inferiores son las piernas.

Cada miembro inferior se compone de cuatro segmentos principales:

1. Cintura pelviana, formada por los coxales: fijan los miembros inferiores al tronco.
2. Muslo: su esqueleto es un solo hueso, el fémur.
3. Pierna: tibia y fíbula peroné.
4. Pie, a su vez formado por tres segmentos:
 1. Tarso
 2. Metatarso
 3. Falange

FRACTURAS DEL MIEMBRO INFERIOR

FRACTURAS DE CADERA

Las fracturas de cadera pueden ser difíciles de tratar por su frecuente asociación con fracturas diafisarias de fémur ipsilaterales o por el riesgo de necrosis vascular que implican las fracturas interarticulares.

Las fracturas de cuello femoral se deben tratar mediante reducción cerrada y síntesis con tornillos. En estos casos el factor más importante que determina el riesgo de necrosis de la cabeza femoral parece ser la cuantía del desplazamiento inicial

Las fracturas intertrocantéricas se tratan con tornillos de compresión o con un clavo placa.

Las fracturas subtrocantéricas, pueden dividirse en tres tipos:

1. Fracturas por debajo del trocánter menor.
2. Fracturas que afectan al trocánter menor.
3. Fracturas que se extienden al trocánter mayor.

El tratamiento de elección para las fracturas distales al trocánter menor así como de las que afectan a éste es el enclavado endomedular en cerrojado. Las fracturas que se

extienden a trocánter mayor requieren el uso de clavo-placa. Existen actualmente clavos con dispositivos proximales que permiten fijar todo tipo de fracturas subtrocantéricas, pero son técnicamente difíciles de utilizar.

FRACTURAS DIAFISARIAS DE FÉMUR

Es necesario insistir en la importancia de estabilizar precozmente estas fracturas. El tratamiento de elección es la fijación endomedular con fresado a cielo cerrado. Si debido a otros procedimientos quirúrgicos necesarios, el paciente se hallara en mesa no ortopédica, puede hacerse técnicamente necesaria la fijación endomedular a cielo abierto. La indicación del encerrojado se establece en fracturas que se alejan del tercio medio diafisario así como en fracturas oblicuas largas, espiro ideas y conminutas.

La síntesis con placa se puede realizar en fracturas cerradas oblicuas largas, espiro ideas y conminutas. Es una técnica no exenta de complicaciones y que requiere un cirujano experto.

Las fracturas abiertas grado I, II y III se tratan al igual que las cerradas mediante clavos endomedulares fresados, debido a su buen resultado y al elevado número de complicaciones que presentan los fijadores externos. Asimismo se pueden usar clavos endomedulares no fresados.

FRACTURAS DISTALES DE FÉMUR

Todas las fracturas de fémur en pacientes poli traumatizados, deben ser estabilizadas en las primeras 24 horas si es posible.⁶

Podemos dividir para su estudio las fracturas distales de fémur en fracturas extra-articulares, fracturas intra-articulares, fracturas abiertas, y fracturas asociadas a lesión vascular.

El tratamiento de elección para las fracturas extra-articulares es el clavo encerrojado, con la placa AO 95° como alternativa. Los métodos recomendados en las fracturas intraarticulares son la placa 95°. Las fracturas abiertas requieren un desbridamiento

⁶Elorza. G., Manual De Zamora 2009

⁶ Manual De Merck, Décima Edición 1990

⁶ Lara. J.; Enciclopedia Práctica De Enfermería, 1986

riguroso, tras el cual es habitualmente posible realizar una fijación interna según las directrices ya comentadas. Sólo en heridas muy contaminadas se recomienda el uso de la fijación externa. El tratamiento de las fracturas distales de fémur asociadas a lesión vascular representa un problema difícil de solucionar; la necesaria reparación vascular requiere un abordaje medial amplio, justo el contrario del abordaje lateral adecuado para la fijación interna de este tipo de fracturas con placa AO 95°. Se recomienda entonces el uso de la fijación externa complementada si es preciso con una síntesis a mínimos de la superficie articular aprovechando la vía de abordaje medial.

RODILLA FLOTANTE (FRACTURAS DE FÉMUR Y TIBIA IPSILATERALES)

Se denomina rodilla flotante a la asociación de fracturas de fémur y tibia ipsilaterales. Su incidencia es muy alta alcanzando al 50% de los pacientes poli traumatizados en algunas series. El tratamiento de elección en estos pacientes es el enclavado endomedular de ambas fracturas en las primeras 24 horas. Desgraciadamente la frecuente conminación y afectación articular hacen necesario el uso de combinaciones de placas con el mayor riesgo de infección que implican, particularmente en el caso de fracturas abiertas. En el caso de que estas últimas sean grado IIIB o IIIC se indica el uso de fijadores externos.

FRACTURAS DE RÓTULA

La localización subcutánea de la rótula la hace particularmente vulnerable a los traumatismos directos. Es necesario prestar atención para que estas fracturas no pasen inadvertidas en el seno de un paciente poli traumatizado, particularmente en el caso de existir fractura de fémur. Se recomienda tratamiento ortopédico con yeso cuando los fragmentos están separados por un máximo de 2 a 3 mm en la superficie articular.

FRACTURAS DE MESETA TIBIAL

Las fracturas de meseta tibial en el paciente poli traumatizado son fracturas de alta energía, frecuentemente abiertas y que en gran número presentan afectación de ambos compartimentos, extensión diafisaria y conminación.

En fracturas-hundimiento cerradas está indicada la reducción abierta, elevación de los fragmentos hundidos y síntesis con placa. En el mismo tiempo quirúrgico se recomienda la reparación de las estructuras ligamentosas que se hallen lesionadas.

En el caso de fracturas abiertas, afectación bicompartimental y/o extensión diafisaria, el traumatismo añadido que supone un abordaje quirúrgico implica un elevado riesgo de complicaciones, recomendándose en estos casos una síntesis articular mínima complementada por el uso de un fijador externo.

FRACTURAS DIAFISARIAS DE TIBIA

La tibia se halla por su posición frecuentemente expuesta a traumatismos. La ausencia de cobertura muscular en su tercio de superficie antero interno condiciona el gran número de lesiones abiertas así como de complicaciones evolutivas. Su pronóstico va a depender fundamentalmente de:

1. Desplazamiento inicial.
2. Grado de conminación.
3. La presencia o no de infección.
4. La cuantía de la lesión de partes blandas en ausencia de infección.

Se recomienda la fijación precoz de estas fracturas, en parte por la frecuencia de lesiones abiertas y en cualquier caso para facilitar la posterior movilización del paciente.

Los métodos de tratamiento descritos son fundamentalmente el tratamiento ortopédico con yeso, la osteosíntesis con placa, los clavos intramedulares y la fijación externa.

Actualmente se recomienda el uso de los clavos intramedulares. El clavo AO fresado se utiliza en fracturas cerradas y abiertas. El clavo no fresado se indica en fracturas abiertas, así como en presencia de síndrome compartimental. Como alternativa se plantea el uso de placa en las fracturas cerradas espiro ideas, y la utilización de clavos de Ender o fijación externa en las fracturas abiertas.

Resulta particularmente interesante el hecho de que el clavo intramedular no fresado supone un avance sobre el fijador externo en cuanto porcentaje de pseudoartrosis, consolidación en mala posición, infección, y manejo del paciente y sus heridas.

La indicación del encerrojado de los clavos intramedulares se establece en fracturas que se alejan del tercio medio diafisario así como en fracturas oblicuas largas, espirales y conminutas.

FRACTURAS DE PILÓN TIBIAL

Las fracturas de pión tibial son fracturas producidas por compresión axial. Frecuentemente son fracturas graves, con conminación ósea, afectación articular, y abiertas en diferente grado. El tratamiento quirúrgico de estas lesiones mediante reducción abierta y fijación interna se ajusta la técnica descrita por Ruedi y Allgöwer. En este caso el principio de restaurar la superficie articular mediante reducción abierta y fijación interna puede ser extremadamente difícil y presentar graves complicaciones. Por ello se recomienda sólo en caso de que las partes blandas se hallen en buen estado y el cirujano sea experto. La alternativa es el uso de un fijador externo que mantenga longitud y alineación, complementado por una reducción y síntesis mínima de la superficie articular en caso necesario.

Incluso en mayor medida que en el caso de las fracturas de tobillo es fundamental una cirugía precoz que se adelante a los fenómenos inflamatorios.

FRACTURAS DE TOBILLO

En las fracturas de tobillo se ha de considerar la frecuente afectación de ligamentos y partes blandas.

Los principios de tratamiento son:

1. Conseguir restaurar las relaciones anatómicas de la mortaja tibioperonea.
2. Conseguir una buena alineación axial
3. Conseguir la mejor restauración posible de las superficies articulares.

La consecución de estos tres objetivos implica, salvo en fracturas no desplazadas, que la reducción abierta y la osteosíntesis sea el tratamiento de elección, lo que además permite en la mayoría de los casos una movilización precoz del tobillo.

El periodo en el que se debe realizar el tratamiento quirúrgico debe ser en la medida de lo posible las 12 primeras horas, ya que con posterioridad una excesiva inflamación

puede dificultar el cierre hasta pasadas 2 o 3 semanas. La técnica utilizada es la descrita por Müller y Cols.

En las fracturas abiertas de tobillo la herida es más frecuentemente medial. Se recomienda la fijación interna incluso en las tipos III de Gustilo frente al uso de agujas de Kirschner o a la cirugía diferida. El fijador externo constituye asimismo una alternativa.⁷

FRACTURAS DEL PIE

FRACTURAS DE LAS FALANGES

El signo cardinal de las fracturas de los dedos es la tumefacción, y en el contexto de un paciente poli traumatizado pueden pasar fácilmente desapercibidas. El tratamiento es fundamentalmente ortopédico. Sólo ocasionalmente una fractura intraarticular severamente desplazada del primer dedo puede requerir reducción abierta y estabilización con agujas de Kirschner. En los dedos 2º a 5º se realiza inmovilización mediante sindactilia, previa reducción por tracción si fuera necesario. En las fracturas del primer dedo es conveniente la inmovilización con yeso. En todos los casos debe evaluarse cuidadosamente el estado de la circulación. El tratamiento de las fracturas abiertas se ajusta a los principios generales. La uña deberá conservarse salvo que esté virtualmente desprendida. La síntesis intramedular con agujas de Kirschner está indicada en estos casos en los que las partes blandas no pueden aportar estabilidad a la fractura.

FRACTURAS DE LOS METATARSIANOS

Se manifiestan por tumefacción global del dorso del pie.

El tratamiento ortopédico consiste en inmovilización con yeso.

El tratamiento quirúrgico se indica en principio cuando la reducción manual no se puede conseguir o mantener.

Esto es así particularmente en el caso de las fracturas más distales y las fracturas que afectan a dos o más metatarsianos.

⁷[Www.Es.Wikipedia.Org/Wiki/fracturas](http://www.Es.Wikipedia.Org/Wiki/fracturas)

Comúnmente se realiza una estabilización con agujas de Kirschner intramedulares previa reducción abierta, o cerrada si fuera posible.

Las fracturas metafisarias proximales del 5º metatarsiano tienen peor pronóstico por un mayor índice de pseudoartrosis.

FRACTURAS MEDIOTARSIANAS

Las fracturas aisladas de las cuñas, el escafoides y el cuboides son poco frecuentes y suelen mostrar escaso desplazamiento, lo que las hace difíciles de apreciar radiográficamente. Puede ser necesario el uso de TAC o RNM para su diagnóstico. La cuantía del desplazamiento y la presencia de afectación articular indican la necesidad de tratamiento quirúrgico. Las fracturas desplazadas habitualmente se asocian a luxaciones de las articulaciones tarsometatarsianas o mediotarsianas.

FRACTURAS DE CALCÁNEO

La fractura de calcáneo es la más frecuente entre las fracturas de tarso. El estudio radiográfico es fundamental para un correcto diagnóstico y debe incluir proyecciones axial y lateral de calcáneo, así como antero posterior del pie para valorar la articulación calcaneocuboidea.

Es clave establecer la afectación de la articulación subastragalina, ya que ello va a tener una importancia clave en el tratamiento y el pronóstico. Las fracturas aisladas del cuerpo y tuberosidad anterior se tratan de forma ortopédica mediante yeso. Las fracturas de tuberosidad posterior se tratan quirúrgicamente mediante tornillos de esponjosa cuando existe avulsión ligada al tendón de Aquiles.

Las fracturas que afectan a articulación subastragalina constituyen el 60-75% de los casos e implican un peor pronóstico. No existe acuerdo unánime en el tratamiento de estos casos. Las alternativas son: vendaje compresivo y movilización precoz, inmovilización con yeso, método de Essex Lopresti. Reducción abierta y fijación interna, y artrodesis subastragalina.

FRACTURAS DE ASTRÁGALO

Según su localización podemos clasificarlas en fracturas del cuerpo, fracturas de la tuberosidad lateral, la cara medial y la cola, y por último fracturas del cuello. Las fracturas del cuerpo del astrágalo no desplazadas se tratan ortopédicamente con yeso. El desplazamiento marca la necesidad de la reducción abierta y fijación interna.⁸

Las fracturas conminutas son difíciles de tratar y de mal pronóstico, siendo la artrodesis la única opción en muchos casos.

Las fracturas de la tuberosidad lateral, la cara medial y la cola del astrágalo, así como las fracturas osteocondrales son a veces difíciles de diagnosticar mediante radiología simple y puede hacerse necesario el uso de la TAC. El tamaño del fragmento y su desplazamiento condicionan la necesidad de tratamiento quirúrgico, bien de reposición o bien excéresis.

Las fracturas de cuello de astrágalo tienen el problema específico del riesgo de necrosis a vascular.

La incidencia de necrosis se correlaciona con la cuantía del desplazamiento y sobre todo con la presencia de luxación del cuerpo del astrágalo en fracturas-luxaciones.

Se clasifican según Hawkins en tres grupos:

El grupo I lo constituyen las fracturas verticales no desplazadas del cuello del astrágalo, sin apenas riesgo de necrosis y que se tratan mediante yeso.

El grupo II lo forman las fracturas verticales de cuello con articulación subastragalina luxada o subluxada y articulación del tobillo indemne.

El riesgo de necrosis se cifra en un 42% y el tratamiento requiere en más de la mitad de los casos reducción abierta, que se completa con una síntesis bien con agujas de Kirschner o bien con tornillos de esponjosa.

⁸[Medlineplus] (Abril De 2008). «politraumatismos». Enciclopedia Médica En Español.

⁸Mandell La, WunderinkRg, Anzueto A. *Clin Infect Dis*. 2007.

[Medlineplus] (Abril De 2008). «politraumatismos». Enciclopedia Médica En Español.

⁸Mandell La, WunderinkRg, Anzueto A. *Clin Infect Dis*. 2007.

En el grupo III se añade luxación de tobillo, un porcentaje de necrosis superior al 90% y un 89% de evolución a pseudoartrosis.

El tratamiento es la reducción abierta y fijación interna.

Es importante señalar que la fractura de astrágalo asociada a luxación es una emergencia por la frecuente presencia de compromiso cutáneo y neurovascular

CAPITULO III

CALIDAD DE ATENCION DE ENFERMERIA

DEFINICIÓN

Se entiende como un método sistemático, planificado y continuo para monitorear, evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud con los recursos existentes.⁹

COMPONENTES DE LA CALIDAD EN SALUD

Una atención de calidad es:

- ▶ Segura
- ▶ Efectiva
- ▶ Centrada en el paciente
- ▶ Accessible

SEGURA

Esto implica la reducción de riesgos de infecciones, efectos perjudiciales u otros peligros que puedan afectar la prestación de servicios.

EFFECTIVA

Es decir suministrar atención adecuada valiéndose de los recursos con los que cuenta.

CENTRADA EN EL PACIENTE

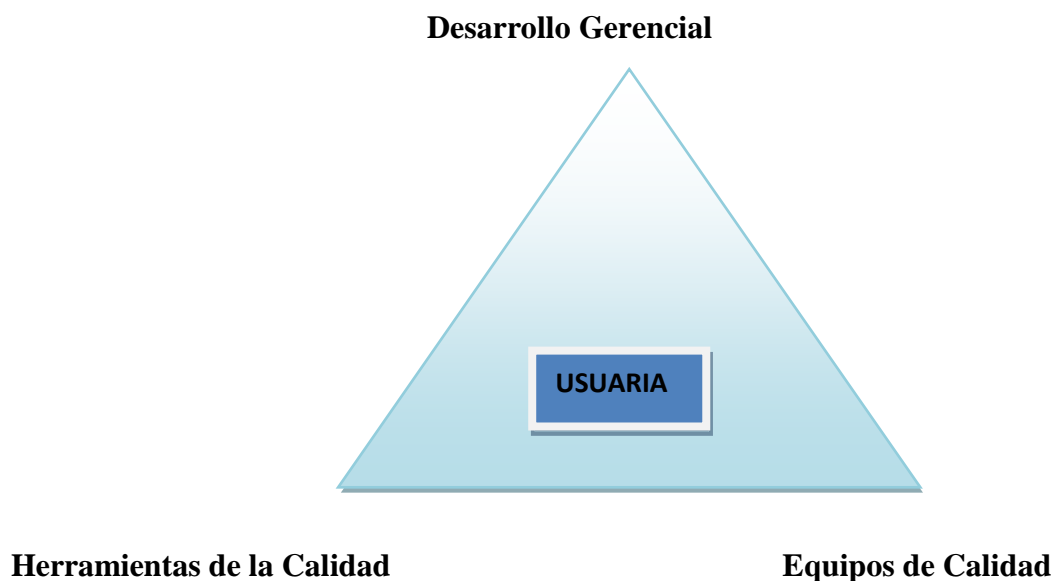
Es importante las buenas relaciones interpersonales entre usuarios y proveedores de salud ya que si son óptimas producirán confianza, credibilidad lo cual elevara el nivel de satisfacción.

ACCESIBLE

⁹Rodriguez.C. (2009). Calidad de atencion en Salud Publica. En F. Rusbed, *Calidad de atencion en Salud*. Colombia: segunda edicion.

Consiste en ir eliminando las barreras que obstaculicen el uso eficaz de ese servicio, estas barreras pueden ser de índole económica, social, organizacional, cultural o lingüística.

MODELO ADOPTADO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD TRIÁNGULO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD



El equipo de trabajo junto con las herramientas se coloca en la base porque están en contacto directo con el usuario.

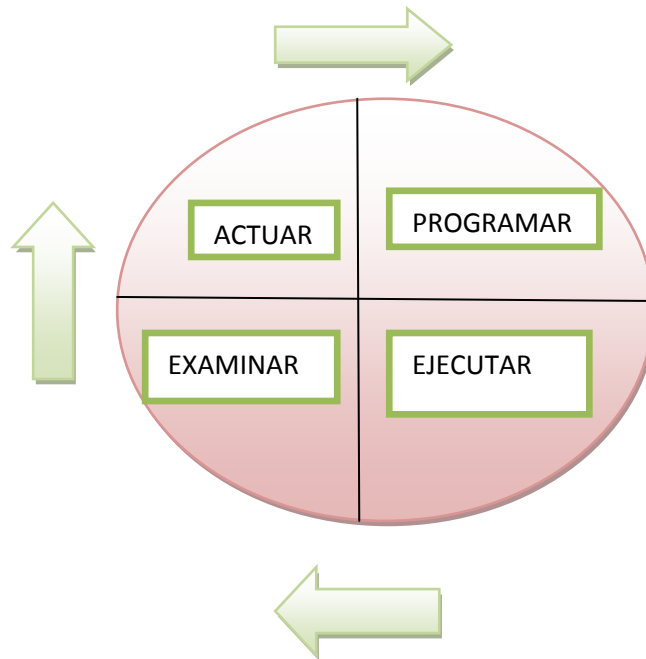
EL EQUIPO DE TRABAJO.- Es un grupo de personas que intercambian sus experiencias, respetan sus roles con alto grado de compromiso con el servicio y la institución.

EL DESARROLLO GERENCIAL.- Esta representado por la enfermera líder que debe tener la capacidad de análisis y buscar en forma democrática dar solución a los problemas.

EL USUARIO.- Es la razón de ser del servicio y la institución.

EL CICLO RÁPIDO (PEEA)

- ▶ Es la operativización de las preguntas fundamentales del modelo de mejoramiento
- ▶ Se usa para probar, implementar y ajustar un cambio



Programar

Es una descripción en detalle de cómo se implementará el cambio en el ciclo, incluyendo:¹⁰

- ✓ Las actividades para lograr el cambio
- ✓ El lugar dónde se realizarán las actividades
- ✓ Cuándo se realizarán las actividades
- ✓ Quién/es será/n responsable/s de hacer las actividades

¹⁰Rodríguez.C. (2009). Calidad de atención en Salud Pública. En F. Rusbed, Calidad de atención en Salud. Colombia: segunda edición.

EJECUTAR

- ✓ Aplicar lo programado
- ✓ Capacitar al personal para la ejecución
- ✓ Documentar problemas y observaciones

EXAMINAR

- ✓ Medir el indicador y comparar con lo esperado
- ✓ Discutir los resultados del nuevo proceso implementado
- ✓ Resumir lo aprendido

ACTUAR

- ✓ Resolver situaciones inmediatas
- ✓ Documentar y estandarizar lo positivo
- ✓ Capacitar en nuevos métodos del proceso
- ✓ Reflexionar sobre lo aprendido
- ✓ Volver al paso inicial (programar)
 - El cambio funciona bien: expandir el cambio
 - El cambio funciona pero necesita ajustes : ajustar el cambio
 - El cambio no funciona: Otra idea de cambio

RECOMENDACIONES PARA EL CICLO RÁPIDO DE PRUEBA

- Llevar a cabo el ciclo a pequeña escala:
 - ❖ Consultorios, profesionales, pacientes, parteras, barrios, etc.
 - ❖ Durante un periodo de tiempo corto
 - ❖ Con un pequeño grupo de voluntarios

- El Equipo puede realizar un ejercicio de simulación de las actividades del cambio
- El Equipo puede presentar sus ideas a otras personas que conozcan sobre el cambio, para recibir sugerencias.
- El mejoramiento requiere cambios, pero no todo cambio es un mejoramiento.
- El cambio debe ser probado y estudiado antes de ser implementado

Ventajas de los ciclos rápidos para desarrollar un cambio

- Brindan oportunidad de realizar pequeñas pruebas, que si llegan a fracasar no tendrán un impacto negativo sobre el desempeño
- Permiten documentar cuánto sería el mejoramiento que se podría esperar implementando el cambio
- Ayudan a adaptar el cambio a las condiciones del ambiente local
- Permiten evaluar costos y efectos secundarios del cambio
- Reducen al mínimo la resistencia para cuando se haga la implementación a gran escala del cambio

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (PAE)

Definición

Es un método por el cual se analiza al individuo, familia y comunidad incluyendo su entorno, de una manera ordenada, sistemática, para poder planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería el mismo que está compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Como todo método, el Proceso de Atención de Enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, en la práctica las etapas se superponen.

OBJETIVOS

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

También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad

Características:

- Cíclico y dinámico
- Metas dirigidas y centradas en el cliente
- Interpersonal y colaborativo
- Universalmente aplicable
- Sistemático

Habilidades

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

Dentro de las habilidades que el profesional debe tener son:

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

Habilidades interpersonales, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, y la obtención ética de información

necesaria y relevante del cliente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.

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

Primera Etapa: Valoración¹¹

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un usuario. Consta de dos componentes recogida de datos y documentación, se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso.

Datos y valoración

En el contexto de la valoración de enfermería, se pueden definir los datos como información específica obtenida acerca del usuario. Organizar de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas sanitarias del usuario e identificar los factores que intervienen.

Posteriormente, esta base de datos será la base para las restantes fases del Proceso de Enfermería:

Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Tipos de Datos

Durante la valoración, el profesional de Enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales.

Subjetivos: La percepción individual de una situación o una serie de acontecimientos.

Objetivos: Información susceptible de ser observada y medida.

¹¹[Http://Webcache.Googleusercontent.Com/:Www.Terra.Es/Personal/Duenas/Pae.+Etapas+Del+Proceso+De+Atencion+De+Enfermeria+Paewww.Google.Com.Ec](http://Webcache.Googleusercontent.Com/:Www.Terra.Es/Personal/Duenas/Pae.+Etapas+Del+Proceso+De+Atencion+De+Enfermeria+Paewww.Google.Com.Ec)

Históricos: Situaciones o acontecimientos que se han producido en el pasado.

Actuales: Situaciones o acontecimientos que se están produciendo en el momento concreto.

Fuentes de Datos

Primaria: Información obtenida directamente del cliente.

Secundaria: Información sobre un usuario obtenida de otras personas, documentos o registros.

Recogida de Datos

La recogida sistemática y continua de datos es la clave para realizar una valoración exacta de sus usuarios. En esta parte se comentará el establecimiento de prioridades en la recogida de datos, los métodos utilizados para ello y los métodos para favorecerla.

Prioridades en la recogida de datos

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del usuario que exigen una intervención de enfermería. La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar. Por tanto, será preciso establecer un sistema para determinar qué datos deben reunirse en primer lugar. Uno de estos mecanismos es la:

Jerarquía de Necesidades Humanas.

Autoestima

Estima

Sociales

Inocuidad / seguridad

Fisiológicas

Métodos de recogida de datos

Se utilizan tres métodos para obtener información durante la valoración de enfermería que incluye: entrevista, observación y exploración física.

Técnicas para la recogida de datos:

Verbales: Comprende la (a) **anamnesis**, para obtener las percepciones de la respuesta humana del usuario, datos subjetivos y objetivos. (b) **Reflexión:** repetir o expresar de otra forma la respuesta del cliente, para que él continúe dando más información al respecto. (c) **Declaraciones complementarias:** usar frases cortas para animar al cliente a continuar hablando del tema.

No verbales: (a) Expresión de la cara (b) Posición corporal (c) Respuesta al contacto (d) El tono y velocidad de la voz.

Características de la recogida de datos

Sistemática: Existen varios enfoques útiles para valorar en forma sistemática tales como: de la cabeza a los pies, por sistemas corporales, por patrones funcionales y por pautas o tipos de respuesta humana.

Continua: Permite confirmar la existencia de problemas previos y conocer el progreso según. Los resultados esperados.

Tipología de Patrones Funcionales de Salud

1. Patrón de Percepción y Manejo de la Salud

Este patrón describe que la persona percibe de su patrón de enfermedad o de bienestar y de cómo se comportan respecto a la salud. Comprende lo que el individuo siente de su propio de salud y de la importancia de esta respecto a sus actividades y sus planes futuros. Comprende también el nivel general de comportamiento de cuidados de salud tales como un permanente cumplimiento de medidas preventivas de salud tanto física como mental, de órdenes prescritas por el médico o la enfermera y de una continuidad del cuidado de la salud.

2. Patrón de Nutrición y Metabolismo

Describe las costumbres que el individuo tiene respecto al consumo de alimentos y líquidos relacionados con sus necesidades metabólicas y a los nutrientes locales existentes.

Comprende el consumo usual de líquidos y alimentos que hace el sujeto, horarios, tipos y cantidad de alimentos consumidos, preferencias, uso de suplementos nutricionales como vitaminas. Implica también el informe de cualquier tipo de lesión en la piel y de la facilidad para cicatrizar. Se incluyen las condiciones de piel, uñas, pelo, membrana mucosa, dentadura y datos objetivos de temperatura corporal, altura y peso (medidas).

3. Patrón de Eliminación

Describe las formas usuales de la función excretora (intestino, vejiga y piel). Comprende la percepción del individuo de su regularidad de las funciones excretoras, el uso de laxantes para la eliminación intestinal y de cualquier cambio o alteración en la frecuencia, en la forma, calidad y cantidad de la excreción. Implica también el uso de algunos aparatos especiales para controlar la excreción.

4. Patrón de Actividades y Ejercicio

Describe las costumbres o practicas usuales respecto al ejercicio, actividad, ocio y recreación. Comprende actividades de la vida diaria que exigen gasto de energía tales como higiene, cocinar, salir de compras, comer, trabajar y atender el hogar. Incluye además el tipo, cantidad de ejercicio, incluyendo los deportes que dan una idea del patrón típico de ese individuo.

Se incluyen también los factores que interfieren con el patrón deseado o esperado del individuo tales como los déficits neuromusculares y sus formas de compensación (aparatos); disnea, angina, calambres al hacer ejercicio y condiciones cardiopulmonares si es el caso.

Los patrones de ocio se incluyen también y describe las actividades que el individuo cumple para recrearse ya sea con un grupo o con un individuo. Se hace énfasis en las actividades de mucha importancia para el paciente.

5. Patrón de Descanso y Sueño

Describe la manera acostumbrada del sujeto respecto a su sueño, descanso y relajación.

Comprende sus costumbres de dormir y de periodos de descanso y relajación en las 24 horas del día. También tiene en cuenta lo que el individuo siente respecto a la calidad y cantidad del sueño y descanso y del nivel de energía que logra con estos. Implica también todo tipo de ayudas que emplea para dormir ya sea drogas o rutinas especiales que practica para dormir.

6. Patrón Cognoscitivo-Perceptual

Describe el patrón cognoscitivo y Perceptual. Comprende lo adecuado de las formas sensoriales tales como vista, oído, gusto, tacto, olfato y las medidas compensatorias o prótesis que utiliza para estas, alteraciones. Cuando existe, incluye informes sobre percepción de dolor y de la manera que lo maneja. Además comprende las capacidades cognoscitivas funcionales como con el lenguaje, memoria y capacidad de tomar decisiones.

7. Patrón de Auto percepción y Auto concepto

Describe las percepciones y el auto concepto de sí mismo. Incluye las actitudes que el

Individuo tiene hacia sí mismo, lo que percibe de sus propias capacidades (cognoscitivas, afectivas y físicas), de su autoimagen, de su identidad, el sentido de valor general que tiene y el patrón general de emociones. Comprende también su forma de movimiento, postura corporal usual, el contacto visual, voz y el lenguaje hablado.

8. Patrón de Relaciones del Rol

Describe las formas de compromiso de rol y las relaciones. Comprende los principales roles y responsabilidades de las situaciones corrientes de la vida que el individuo identifica como suyas. Incluye la satisfacción o insatisfacción en la familia, trabajo, o en relaciones sociales y responsabilidades relacionadas con estos roles.

9. Patrón Reproductivo Sexual

Describe el patrón de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad; el patrón reproductivo.

Incluye la percepción que el paciente tiene de su satisfacción o insatisfacción respecto de su sexualidad. Comprende también las etapas reproductivas en la mujer, pre o post menopausia y los problemas que el sujeto *percibe*.

10. Patrón de enfrentamiento y Tolerancia del Stress

Describe las formas generales que el sujeto tiene de enfrentar efectivamente los estímulos estresantes y de tolerarlos. Comprende las reservas o capacidades para resistir desafíos a la integridad personal, las formas de manejar el estrés, los sistemas de apoyo familiares o de otra fuente y además las capacidades que reconoce tener para manejar y controlar situaciones.

11. Patrón de Valores y Creencias

Describe el patrón de valores, metas o creencias (incluyendo los espirituales) que orientan las escogencias o las decisiones. Comprende aquello que el individuo percibe como importante en la vida, los conflictos y valores, creencias o expectativas relacionadas con la salud.

Segunda Etapa: Diagnostico

Diagnóstico de Enfermería

Es una declaración de un estado de alteración de la salud real o potencial que se deriva de la valoración de Enfermería y el cual requiere de intervenciones del campo de enfermería”. CarpenitoLynda o “Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis. Sirve de base para precisar una terapia que está bajo la responsabilidad del profesional de Enfermería.

Diagnóstico clínico de Enfermería

También se le denomina por varios autores como Kim Mija y Carpenito Linda, problemas fisiológicos y problemas colaborativos respectivamente.

Declaraciones diferenciales, hechas por el profesional de enfermería que describe alteraciones fisiológicas que impiden el funcionamiento óptimo del individuo y que por lo tanto dirigen la realización de acciones de Enfermería independientes e interdependientes.

Que es un diagnóstico de enfermería y que no es:

NO ES: Necesidades de tratamiento.

- Equipos
- Problemas de las enfermeras al dar el cuidado.
- Diagnósticos médicos
- Signos ni síntomas
- Procedimientos quirúrgicos
- Metas de tratamientos
- Problemas del personal
- Tratamientos
- Exámenes diagnósticos

Son problemas de salud del sujeto

- Respuestas humanas a la enfermedad.
- Respuestas humanas frente a la salud: Prevención, Promoción, mantenimiento

Los profesionales de enfermería son responsables de: Diagnosticar y tratar las respuestas humanas a los problemas de salud.

El diagnóstico de enfermería comprende en primer lugar, el examen de áreas identificadas como áreas de función independiente de la profesión, es decir que pueden ser tratadas por el profesional de enfermería, sin que para ello se requiera de orden o autorización por parte de otros profesionales.

Esas funciones independientes comprenden:

- Formas de prevención y promoción.
- Formas de rehabilitación

Estructura del Diagnóstico de Enfermería

La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes:

P = Problema

E = Etiología

S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

El **problema** se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

La **etiología** son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido ya a producir el problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica.

Los **signos y síntomas**, se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre sí en una situación dada, la conclusión diagnóstica ha de ser la misma.

NANDA, ya tiene para uso de los profesionales de enfermería, 78 problemas, denominados categorías diagnósticas y que como tales representan conjuntos de signos

y síntomas aprobados en la 7ª conferencia de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, NANDA

Características esenciales de un Diagnóstico.

Según Shoemaker 1984. Un diagnóstico de enfermería:

1. Es el resultado de un problema o del estado de salud de un cliente.
2. Puede referirse a problemas potenciales de salud.
3. Es una conclusión que se basa en un patrón o grupo de signos y síntomas que puedan confirmarse.
4. Es el enunciado de un juicio de enfermería.
5. Se refiere a una condición que la enfermera tiene autoridad legal para tratar.
6. Se limita a aquellas condiciones que pueden ser tratadas independientemente por Enfermería.
7. Se refiere a condiciones físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales.
8. Es un enunciado de dos partes.

Beneficios del uso de Diagnóstico de Enfermería

1. Sirve de enfoque para el proceso de enfermería, lo fortalece. Sirve para dirigir las intervenciones de enfermería porque los tratamientos que propone están relacionados con el diagnóstico.
2. Acelera la comunicación entre las enfermeras. Se garantiza un sistema rápido de comunicación al consolidar una cantidad de información en frases cortas.
3. Clarifica las funciones independientes del profesional de enfermería y aumenta la acreditación de enfermería. Los diagnósticos de enfermería describen y categorizan el contenido de la práctica independiente de enfermería.

4. Ofrece principios y estructuras para organizar la educación, la práctica y la investigación de enfermería.

Tercera Etapa: Planeamiento del cuidado.

Esta tercera etapa se inicia con los diagnósticos de Enfermería y concluye cuando se registra las intervenciones del cuidado de Enfermería.

Consta de cuatro partes: selección de prioridades, determinación de los resultados esperados, determinación de las acciones para lograrlos y registro del plan.

A. La selección de prioridades

Como resultado de la valoración enfocada según interés de enfermería se llegan a la identificación de un número variado de diagnósticos ya que enfermería potencialmente puede identificar múltiples facetas de la funcionalidad del individuo que se afectan en un momento dado como respuestas humanas a una condición anormal.

También es cierto que para garantizar la efectividad y hacer buen uso de recursos, enfermería debe decidir las prioridades en materia de diagnóstica por la imposibilidad de planear para los problemas encontrados.

Determinar prioridades es una habilidad cognitiva que requiere desarrollar un pensamiento crítico en el momento de decidir sobre los siguientes aspectos:

1. ¿Qué problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar?
2. ¿Qué problemas son responsabilidad exclusiva del profesional de enfermería?
3. ¿Qué problemas deben tratarse con el concurso de otros profesionales?
4. ¿Qué problemas se pueden tratar aplicando planes de cuidado protocolizados estandarizados?
5. ¿Qué problemas no están incluidos en los planes estandarizados?

B. Determinación de los resultados esperados, objetivos o metas.

Las respuestas reales o potenciales del usuario son considerados problemas y se enuncian utilizando las categorías diagnósticas de Enfermería.

Los resultados esperados son situaciones que implican cambios totales, parciales o si no hay cambios, por lo menos se espera que no haya empeoramiento de la respuesta humana disfuncional.

Los resultados deben dirigirse a la primera parte del diagnóstico. Estos resultados ayudan a definir conductas a fin de demostrar que se ha corregido, disminuido o prevenido el problema.

Existen algunas normas para escribir los resultados esperados o metas.

Los resultados deben:

1. Estar centrados en el usuario.
2. Ser breves y claros.
3. Ser comprobables y medibles.
4. Ajustarse a la realidad.
5. Decididos conjuntamente con el usuario, si es posible.
6. Es necesario tener un término de tiempo.

C. Ordenes de Enfermería.

Las ordenes de enfermería son las acciones intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente a lograr los resultados esperados.

Estas acciones deben reunir ciertas características como son:

1. Ser coherentes con el plan de cuidado general.
2. Basarse en principios científicos.
3. Ser individualizados para cada situación en concreto.

4. Propiciar todas las oportunidades para la enseñanza y el aprendizaje.
5. Tener en cuenta la utilización de recursos apropiados.

D. Determinación de las órdenes de enfermería.

Para este aspecto el profesional de enfermería utiliza el proceso de solución de problemas que consiste en:

1. Definir el problema.
2. Identificar las alternativas posibles de solución
3. Seleccionar las alternativas factibles

E. Los registros del Plan de Cuidado

El plan de cuidado de enfermería es el punto culminante de varios pasos que los proceden y se espera que el profesional de enfermería produzca como su decisión el plan de acción a seguir a fin de lograr resultados frente a ciertas situaciones problemáticas. Es evidente que si no hay planeamiento o si este no se registra, se interrumpe todo el proceso y se carece de un sistema para evaluar los cuidados que se presenten. Un plan de cuidado no es fruto del azar ni de la intuición; para hacerlo se requiere demostrar la capacidad para valorar y diagnosticar. Cuando decimos que planeamos pero no aparece escrito el plan, no hay evidencia y no puede cumplir con las finalidades que se persiguen:

1. Servir de esquema para dirigir las acciones de enfermería que buscan cubrir todas las necesidades de salud del usuario.
2. Proporcionar mecanismos para prestar un cuidado específico y coordinado.
3. Servir como instrumento de comunicación entre las enfermeras y otros miembros del equipo de salud.
4. Servir de guía para la evaluación de la afectividad de los cuidados brindados (los resultados esperados del plan)

Fase de Ejecución

Es la práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es la de conducir el paciente, al menos idealmente hacia la óptima satisfacción de sus necesidades. En tales actuaciones, dependiendo de cada situación, pueden intervenir, según sean las necesidades, posibilidades y disponibilidades, el paciente, el equipo de enfermería y la familia del enfermo.

Dentro de lo posible, se intenta que sea el propio paciente, con la debida ayuda y supervisión, quien lleva a cabo el máximo de los cuidados planificados. De todos modos aun cuando en el primer tiempo los cuidados hayan de quedar exclusivamente en las manos del personal de enfermería, a medida que se produzca una evolución positiva se intentará que se pase progresivamente al paciente.

En esta fase, la relación entre el personal de enfermería y paciente adquiere su máxima significación en este sentido, no se debe tener a la resolución de los problemas de salud concreto del paciente, sino que también resulta fundamental conceder la debida atención como persona. Incluyendo sus preocupaciones, temores y ansiedades. Siempre debe tenerse presente de las técnicas, médico- quirúrgico, son factores tales como la comunicación y el apoyo psicológico y emocional de la persona que sufre.

Deben explicarse con detalle los cuidados requeridos y la forma de ejecución, las rutinas del centro, las exploraciones y los tratamientos a que debe exponerse. Cabe destacar que, a lo largo de fase, el plan de actuaciones previo se utiliza, sencillamente como guía puesto que se continúa obteniendo informaciones sobre el estado del paciente y su respuesta a las atenciones y ello puede imponer una modificación o complementación de las estrategias. Para que así pueda suceder resulta fundamentalmente registrar correctamente todas las prácticas implantadas, los resultados obtenidos y respuestas del paciente ante su aplicación, dato que solo de esta forma podrá evaluarse de manera idónea la eficacia del plan.

Fase de Evaluación

La última fase del proceso de enfermería, la evaluación, corresponden a una actividad continua mediante la cual se determine hasta que han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados de la aplicación del plan de cuidados a la parte se

incorporan nuevos datos surgidos de la evolución del estado del paciente. Cabe destacar que las consecuencias de la instauración de intervenciones suelen ser positivas, pero también pueden resultar negativas o incluso inesperadas y ello obliga a una evaluación constante permite modificar oportunamente la planificación de cuidados en beneficio del enfermo.

Se trata de una etapa compleja dado que debe juzgarse diversos elementos y requiere la recopilación de nuevos datos su análisis y reflexión para poder determinar si han logrado los objetivos propuestos.

En conjunto la fase de evaluación debe tomar en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones y también las reacciones del paciente a los cuidados y su grado satisfacción, así como el análisis crítico de todo el proceso desarrollado. En el momento de la evaluación pueden comprobarse el logro de objetivos propuestos, pero a la par pueden detectarse nuevas necesidades, surgidas en el, proceso que requieran nuevos objetivos y ejecuciones o la modificación del plan pre establecido. Así, se completa un proceso cíclico y continuo, poniendo en marcha un mecanismo de retroalimentación que constituye un factor esencial de toda la actividad de enfermería.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (NANDA-NIC-NOC)

Los Diagnósticos enfermeros se organizan en Sistemas de Clasificación o Taxonomías Diagnosticas.

NANDA fue fundada en 1982 proveniente del grupo de trabajo establecido en el Congreso Nacional sobre Clasificación de Diagnósticos enfermeros celebrado en la ciudad de San Luis (EEUU), con la intención de identificar, desarrollar y clasificar los Diagnósticos de Enfermería.

Desde entonces y hasta la actualidad se han ido desarrollando los diferentes Diagnósticos enfermeros que conforman el actual listado.

La aportación a ese listado es Internacional, de tal forma que las propuestas de incorporación de nuevos Diagnósticos se realizan desde cualquier país, estudiándose posteriormente por la Directiva de NANDA la aceptación o no de las nuevas propuestas.

Consideramos pues, que la taxonomía **NANDA** (North American Nursing Diagnosis Association) define los Diagnósticos de mayor aceptación internacional y que nos ayuda a unificar internacionalmente el lenguaje enfermero¹².

¿QUÉ ES LA NANDA?

Es la asociación de enfermeras americanas (North American Nursing Diagnosis Association) que desde 1973 viene trabajando en la elaboración, actualización y difusión de una clasificación de diagnósticos de enfermería que actualmente es una referencia a nivel mundial.

¿QUÉ ES UN DIAGNÓSTICO NANDA?

Se trata de un diagnóstico de enfermería que ha sido aprobado por la NANDA e incluido en su clasificación diagnóstica.

Cada diagnóstico se presenta con:

- **Un nombre o etiqueta**, que describe de forma concisa el diagnóstico. Está siempre presente en todos los tipos de diagnósticos, y corresponde a la primera parte del enunciado diagnóstico en formato tipo **PES**:
P = "Problema de salud".
- **Una definición**, que explica y delimita el significado del diagnóstico. Está siempre presente en todos los tipos de diagnósticos.
- **Unas características definitorias**, que se corresponden con una serie de signos o síntomas que indican la presencia del diagnóstico. Están presentes en los diagnósticos reales y corresponden a la tercera parte del enunciado diagnóstico en formato tipo **PES**:

S = "Síntomatología".

¹²NANDA Internacional , Diagnósticos Enfermeros : Definiciones y Clasificación ,2009-2011, editado por T.HeatherHerdman, PhD, RN; Barcelona (España)

- **Unos factores relacionados**, que describen antecedentes, situaciones o elementos que contribuyen a la aparición del diagnóstico. Están presentes en los diagnósticos reales y corresponden a la segunda parte del enunciado diagnóstico en formato tipo **PES**:

E = "Etiología".

- **Unos factores de riesgo**, que describen situaciones que aumentan la vulnerabilidad de la persona a padecer un determinado problema. Están presentes sólo en los diagnósticos de riesgo.
- **Un código único** que sirve para identificar y diferenciar el diagnóstico y permitir su tratamiento informático, está siempre presente en todos los tipos de diagnósticos.
- **Una bibliografía** de referencia para profundizar en el conocimiento del resultado.

TAXONOMÍA II DE LA NANDA

Es el sistema clasificatorio en el que aparecen ordenados actualmente los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA.

Se trata de una estructura clasificatoria de dos niveles:

- Para la elaboración del nivel más general de la taxonomía, se utilizaron los Patrones Funcionales de Salud como base del desarrollo, pasando a denominarse Dominios.
- Para la elaboración del nivel más concreto de la taxonomía, se definieron dentro de cada Dominio las Clases correspondientes.
- La taxonomía II de la NANDA consta de 13 Dominios y 46 Clases.

ESTRUCTURA DE LA TAXONOMÍA II DE LA NANDA

Presenta una forma multiaxial con siete ejes.

Un eje se define como la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico.

Los siete ejes que aparecen de forma explícita o implícita, son:

- **El concepto diagnóstico.-** Se trata de la raíz del diagnóstico. Es el elemento principal en la formulación del diagnóstico. Ejemplo: Dolor, nutrición, etc.
- **El tiempo.-** Delimita la duración del diagnóstico. Ejemplo: Agudo, crónico, etc.
- **La unidad de cuidados.-** Define la población a la que va dirigida el diagnóstico. Ejemplo: Individuo, familia, etc.
- **Las etapas del desarrollo.-** Indica el estado del desarrollo en el que se encuentra el individuo al que va dirigido el diagnóstico. Ejemplo: Adolescente, anciano, etc.
- **Potencialidad.-** Indica el estado en la que se encuentra el problema sobre el que actuamos. Ejemplo: Bienestar, riesgo, real.
- **Descriptor.-** Es el determinante que especifica el significado del diagnóstico. Ejemplo: Disfuncional, inefectivo, etc.
- **Topología.-** Indica las zonas del cuerpo a las que hace referencia el diagnóstico. Ejemplo: Auditivo, urinario, etc.

CRITERIOS DE RESULTADOS NOC¹³

Un objetivo es el resultado esperado en un proyecto de salud.

Una vez definido un diagnóstico, deberemos de planificar qué pretendemos que ocurra con ese problema de salud, cual será, por lo tanto, nuestro objetivo respecto a ese problema.

¹³Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) , 2009 ElsevierEspaña ,S.L. Travessera de Gracia ,Editado SueMoorhead,PhD,RN ,Marion Johnson PhD, RN, 4 ta edición ,Barcelona (España)

Este objetivo no es sólo del profesional de Enfermería, sino que debe de estar marcado hacia el paciente en un tiempo determinado.

Los objetivos deben de ser medibles, basados en la valoración y realistas.

En la actualidad se utiliza el término Criterios de Resultados para sustituir al de objetivos.

Los Criterios de Resultado son los objetivos que se plantea conseguir por la Enfermería y por el paciente y/o familia.

Las siglas del término inglés para esta denominación son **NOC** o **N.O.C.** (Nursing Outcomes Classification)

INTERVENCIONES (ACTIVIDADES) NIC-CIE

Intervención de Enfermería¹⁴

Se define como una Intervención Enfermera a "**Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente**".

Las **Intervenciones** (actividades enfermeras), son las acciones encaminadas a conseguir un objetivo predeterminado, de tal manera que en el **Proceso de Atención de Enfermería**, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente.

Las Intervenciones son genéricas y cada una de ellas llevará aparejadas varias acciones.

- Las siglas del término inglés para esta denominación es **NIC**.
N.I.C.(Nursing Interventions Classification)
- La traducción del NIC al idioma español, se ha denominado CIE.
C.I.E.(Clasificación de Intervenciones de Enfermería)

¹⁴Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) ,Joanne MecloskeyDochterman PhD, RN,FAAN ,Gloria M. Balechek , PhD ,RN,FAAN,4ta Edición ,Editorial : EDIDE, S.L. España

- La estructura de taxonomía de la **CIE** (**Clasificación de las Intervenciones Enfermeras**) tiene tres niveles:
 - **Campo**
 - **Clases**
 - **Intervenciones**

Existen 7 Campos (**Fisiológico básico, Fisiológico complejo, Conductual; Seguridad; Familiar; Sistema de Salud y Comunidad**), 30 Clases y un total de 514 Intervenciones de Enfermería.¹⁵

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Una vez resueltos los problemas vitales de vía aérea, ventilación y circulación con control de la hemorragia, los cuidados iniciales de las fracturas incluye:

- ❖ En las fracturas abiertas, tras controlar la hemorragia externa con compresión directa, procederemos al cuidado de la herida, lavándola con solución salina retirando cuerpos extraños, cubriéndola con apósitos estériles.
- ❖ Tras comprobar la perfusión distal palpando pulsos periféricos y temperatura del miembro, si la fractura presenta desviación debemos alinearla mediante discreta tracción para posteriormente proceder a su correcta inmovilización con férulas rígidas o neumáticas, que deben extenderse hasta la articulación por encima y por debajo de la fractura.
- ❖ Los estudios radiológicos se deben posponer hasta que se hayan inmovilizado
- ❖ Todas las luxaciones deben reducirse lo antes posible por el traumatólogo; algunas requieren para su reducción anestesia general.
- ❖ Mantener al paciente a dieta absoluta
- ❖ Profilaxis antitetánica que dependerá del tipo de herida y del estado inmunitario previo.

¹⁵PITZAJH, M. E. (09 de 09 de 2007). *PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA TEORICA Y PRACTICA*. Recuperado el 18 de 06 del 2011, <http://www.es-emoticon.com/enfermeria actual/diagnostico/nanda/etiquetasnanda.htm>

CAPITULO IV

PROTOCOLOS

CONCEPTO PROTOCOLO

Protocolo se define como un documento en el que se deben reflejar los datos necesarios para que el personal de enfermería, a nivel asistencial, tanto ambulatorio como hospitalario, lleve a cabo la definición, planificación y ejecución de sus funciones propias delegadas y pueda finalmente efectuara una valoración de su actividad. Es un instrumento de trabajo que configura el expediente del enfermo.¹⁶

Tipos de Protocolos

Existen tres tipos de protocolos:

- De decisión o algoritmos
- De procedimiento
- De seguimiento y control

a. Protocolos De Intervención

- Planes de valoración en función de las necesidades básica definidas en el modelo de Virginia Henderson.
- Planes de cuidados genéricos.
- Planes de cuidados por grupos diagnósticos (neumonía, tiroidectomía).

b. Protocolos De Procedimientos.- Son guías para la práctica de un procedimiento determinado. Estos protocolos pueden ser puestos en práctica y utilizados por un no profesional. Son para tareas fáciles e instrumentales para las que no se necesita formación adecuada previa, sólo entrenamiento.

¹⁶www.Laenfermerahoy.Com.Ar/Articulo.Php?Id=2011

16TisnéBrousse Luis, Manual De Organización De Enfermería, Definición De Funciones Y Descripción De Cargos

- Según su aplicación podemos encontrar de recogida de muestras, métodos diagnósticos, vigilancia.
 - Algoritmos.- Establecen de forma escalonada (árbol) las actuaciones a realizar frente a un síntoma o síndrome determinado; a partir de los resultados del paso anterior, nos indica la conducta a seguir hasta llegar a la decisión correcta. Ej. la tos en el adulto.
- c. **Protocolos De Seguimiento Y Control.**- Establecen las pautas terapéuticas y de seguimiento de determinadas patologías diagnosticadas.
- Están compuestos por varias partes:

- Plan de actuación con el paciente.
- Comunicación con el paciente.
- Tipo de actuación.
- Tiempo (citas, controles).
- Seguimiento del paciente.
- Comunicación con el paciente.
- Controles periódicos.
- Atención a problemas potenciales.
- Búsqueda e identificación de problemas que aparezcan.
- Resolución o minimización de estos problemas.
- Documentación y registro de todo el proceso.

Finalidad

La documentación que proporciona permite demostrar que la investigación en sí cumple con los requisitos para ser considerada científica. Por ejemplo, muestran que se han cumplido los procesos de **¡Error! Marcador no definido.** necesarios para que la investigación sea válida en su ámbito de estudio.

Los protocolos de investigación permiten a terceros entender las condiciones experimentales en que determinada investigación ha sido ejecutada y, en caso

considerarlo necesario, verificarla mediante una repetición de los procesos. De esta manera, facilitan la revisión por pares de la investigación descrita.

De todo lo dicho se deduce que los objetivos que ha de cubrir el protocolo son:

-Transformar la idea inicial en un verdadero plan de acción que respete las diferentes fases del proyecto de investigación (esclarecer y organizar las ideas).

-Facilitar la discusión previa entre los miembros del equipo hasta consensuar una estrategia aceptada por todos.

-Servir de marco de referencia para todos los investigadores y colaboradores que han de intervenir en la investigación, facilitando la comunicación interna (manual de operaciones con la cronología y la metodología).

-Convencer al organismo subvencionador de la importancia del proyecto y de la necesidad de financiarlo (vender el plan de acción).

El protocolo debe tener también una serie de propiedades o características que garanticen su eficacia, como por ejemplo ser:

a) Completo: Conteniendo todos los detalles que permitan a otro investigador competente reproducir la investigación.

b) Serio y Legible: Describiendo una investigación pertinente, factible y científicamente rigurosa (con buena coherencia interna, conciso, claro y elegante).

c) Reciclable: Permitiendo simplificar considerablemente la realización de la investigación y la redacción de los documentos que servirán para presentar los resultados (artículos, informe de investigación, memoria, tesis, etc.).

d) Responsable: Si va a competir por una ayuda económica, el protocolo tendrá que defenderse a sí mismo ante el comité evaluador.

e) **Flexible:** Dado que la preparación del protocolo no es un ejercicio lineal, en cualquier etapa el investigador está obligado a volver atrás y adaptar lo escrito ante cuestiones nuevas en el progreso de la descripción de la investigación.

¿Dónde se ubica el protocolo?

El investigador, en la búsqueda de su trozo de verdad, seguirá un proceso lógico en el que atravesará al menos cuatro etapas:

- a) **Conceptual:** Momento en que se encuentra con el problema (algo de lo que está sucediendo llama su atención por ser anormal).
- b) **Empírica:** Se realiza la investigación. Se aplican todos los métodos y se obtienen unos resultados.
- c) **Interpretativa:** Se expresa el significado que tienen los hallazgos de la etapa anterior.
- d) **Comunicativa:** Se realiza el informe final del estudio, se presenta en el marco de una reunión científica y se publica en un soporte permanente.

Es precisamente en la primera etapa, conceptual o teórica, donde se sitúa el protocolo de investigación, que deberá recoger de manera precisa la información de las tres tareas a realizar en este momento:

-Definir el problema y situarlo en un marco teórico (alguien dijo que «no hay nada más práctico que una buena teoría»), que ha de contemplar la hipótesis o el objetivo de la investigación.

-Planificar la investigación, realizando el diseño o la estrategia para conseguir el objetivo deseado.

-Fijar las condiciones operativas para realizar la investigación

Esquema básico de un Protocolo

Un protocolo de investigación se compone de las siguientes partes:

- Título y resumen de la investigación (donde se delimita cuáles son las preguntas a ser contestadas y la hipótesis propuesta).

- Planteamiento del problema o justificación.
- Objetivos finales y aplicabilidad de los resultados.
- Fundamento teórico.
- Objetivos de la investigación (generales y específicos).
- Metodología empleada
- Plan de análisis de los resultados (métodos y modelos de análisis de datos según tipo de variables).
- Bibliografía
- Cronograma de actividades
- Presupuesto y fuentes de financiamiento
- Anexos ¹⁷

4.2 Modelos de Protocolos de Atención de Enfermería

Según el modelo del Hospital Dr. Enrique Garcés de la ciudad de Quito el protocolo de atención por patología incluye los siguientes pasos:

- a. Perfil Epidemiológico
- b. Concepto de la Patología
- c. Etiología: Agente Causal
- d. Recursos Materiales Necesarios

¹⁷www.Laenfermerahoy.Com.Ar/Articulo.Php?Id=2011
 TisnéBrousse Luis, Manual De Organización De Enfermería, Definición De Funciones Y Descripción De Cargos

- e. Objetivo Generales
- f. Objetivos Específicos
- g. Diagnósticos de Enfermería
- h. Acciones de Enfermería (Plan-Alta)
- i. Evaluación¹⁸

De acuerdo al Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda el protocolo de atención contiene los siguientes pasos:

- a. Perfil Epidemiológico
- b. Definición
- c. Signos y síntomas
- d. Objetivo Generales
- e. Objetivos Específicos
- f. Nivel de Atención
- g. Valoración de Enfermería
- h. Datos de Laboratorio
- i. Equipos y Materiales
- j. Diagnósticos de Enfermería
- k. Plan de Cuidados:

¹⁸ Matriz De Protocolo De Enfermería Del Hospital Dr. Enrique Garcés

- Actividades,
- Principio Científico
- Evaluación

l. Criterio de Alta

m. Evaluación

n. Bibliografía¹⁹

Según el Hospital Regional Docente Teodoro Maldonado Carbo del IESS de la ciudad de Guayaquil, el protocolo de atención contiene los siguientes pasos:

- a. Nombre de la Patología
- b. Autores
- c. Definición
- d. Propósito
- e. Diagnósticos de Enfermería –NANDA-
 - Definición
 - Características Definitorias
 - Factores Relacionados
- f. Metas o Resultados de Enfermería -NOC-
 - Definición
 - Escala
 - Indicadores
- g. Intervenciones de Enfermería –NIC-
 - Definición
 - Actividades

¹⁹ Matriz De Protocolo De Enfermería Del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

h. Valoración

- Base de Datos –Patrones Funcionales Priorizados-

i. Pruebas Diagnósticas

- Exámenes de Laboratorio

j. Organización del Sistema de Cuidados

- Diagnósticos NANDA
- Resultados NOC
- Intervenciones NIC²⁰

²⁰ Matriz De Protocolo De Enfermería Del Hospital Regional Docente Dr. Teodoro Maldonado Carbo Del IESS

CAPITULO V

DISEÑO METODOLOGICO

Estrategia Metodológica

Tipo De Estudio

Analítico y Descriptivo.-Nuestro tipo de estudio nos permitirá describir y analizar el conocimiento y las formas de actuar frente a los usuarios con politraumatismos (fracturas de miembros inferiores).

Transversal.- Porque el estudio se hace un corte en el tiempo cuyo periodo es de Octubre del 2010 a Septiembre del 2011.

De Campo.-Por qué extrae los datos de la realidad mediante técnicas de recolección de datos (entrevistas) a fin de alcanzar los objetivos planteados en su investigación.

Es Bibliográfica.-Por cuanto requiere de la información necesaria para la comprensión del problema de investigación y para su correspondiente solución

Técnicas de recolección de Datos

- ✓ Hoja de Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales del Hospital Luis Vernaza que se lo aplico a los pacientes con Politraumatismos (Fracturas de Miembros Inferiores) en el área de Emergencia
- ✓ Revisión Bibliográfica

Universo de Trabajo

- ✓ 8 Enfermeras que apoyaron en la elaboración de los protocolos
- ✓ Se aplicó a 20 pacientes las valoraciones e identificamos los Diagnósticos de Enfermería

MARCO ADMINISTRATIVO

Recursos

Los recursos a utilizarse en este estudio de Intervención los detallamos a continuación.

Talentos Humanos

2 Internas Rotativas De Enfermería

1 Turora de tesis

8 Docentes del Hospital Luis Vernaza

Materiales

- ✓ Resma de Papel
- ✓ Esferos
- ✓ Lápiz
- ✓ Marcadores
- ✓ CD
- ✓ Flash Memory
- ✓ Anillados
- ✓ Papel periódico
- ✓ Borrador
- ✓ Carpetas
- ✓ Internet
- ✓ Transporte

PRESUPUESTO ECONOMICO

RUBRO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Resma de papel	20	5,00	100
Marcadores	13	1.25	16,25
Marcadores de tiza liquida	5	1,20	6,00
Cartulina	10	0,50	5.00
Masking	2	1.00	2.00
Transporte Interprovincial	20	10.00	200
Transporte Provincial Guayaquil	25	0.25	6.25
Alimentación	40	2.00	80.00
Consultas en internet	200 horas	0, 80	160.00
Transcripciones	200 hojas	0,25	50.00
CD	5	0, 50	2.50
Flash memory	2	25.00	50.00
TOTAL			678.00

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

En nuestro trabajo de acción-participativa en el Hospital Luis Vernaza de ciudad de Guayaquil podemos establecer las siguientes conclusiones:

- ✓ Los diagnósticos que se identificó con mayor frecuencia en pacientes Politraumatizados (Fracturas de Miembros Inferiores) en el Área de Emergencia, mediante la hoja de valoración del son los siguientes: Perfusión Tisular Periférica Ineficaz, Dolor Agudo ,Dolor Crónico, Intolerancia a la actividad, Respuesta cardiovascular–pulmonar, Deterioro de la movilidad física, Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea, Hipertermia, Riesgo de Infección, Deterioro de la Deglución,Déficit del auto cuidado; baño, Aislamiento Social.
- ✓ Para la atención al pacientes que ingresan al servicio de emergencia, las enfermeras no aplican cuidados específicos a pacientes con politraumatismo, ya que no existe cuidados estandarizados debido a que no tienen un modelo definido de atención la mayor parte de profesionales actúan de acuerdo a su conocimiento y experiencia laboral.
- ✓ Referente a la elaboración de los protocolos se puede establecer que la NANDA NIC NOC, son indispensables para poder elaborar los diagnósticos, resultados e intervenciones, según los patrones funcionales y así de esta manera brindar los cuidados óptimos al pacientes, familia y comunidad.

RECOMENDACIONES

- ✓ Que la Escuela de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar trabaje con el sistema de cuidados prioritarios de Enfermería en las Taxonomías NANDA-NIC-NOC, ya que nos ayuda a priorizar diagnósticos, resultados y cuidados según patrones funcionales de esta manera fortalece la formación y el rol profesional.
- ✓ El personal de Enfermería y en general todo el personal de salud haga conciencia de protocolizar las actuaciones de Enfermería, ya que el Hospital cumple un rol importante en la recepción y atención de personas con Fracturas de Miembros Inferiores.
- ✓ Que se realice la socialización de protocolos elaborados por las Estudiantes Internas de Enfermería, Politraumatismos (Fracturas de Miembros Inferiores), para que a un corto tiempo sean aplicables el área de Emergencia al personal que labora y a la vez se aplique y se haga una evaluación de los mismos y así brindar una atención óptima con calidad y calidez para el usuario.

CAPITULO VII

PROTOCOLOS

INTRODUCCION

A lo largo del siglo XX, el juicio clínico enfermero ha evolucionado hacia un componente visible de la práctica y un concepto esencial en la educación. Las enfermeras siempre han recogido información a través del proceso de valoración y han utilizado esta información para realizar juicios acerca de las necesidades de cuidados del cliente. Hace aproximadamente tres décadas que comenzó a denominarse a este proceso diagnóstico enfermero. La identificación del lenguaje diagnóstico permitió el etiquetado de los juicios clínicos y el reconocimiento de los problemas de salud que eran tratados por las enfermeras. La implementación del diagnóstico enfermero en la práctica requería que las enfermeras afinaran sus técnicas en el juicio diagnósticos y asumieran la responsabilidad de sus diagnósticos enfermeros.

Se necesitan resultados que sean fiables, válidos y que respondan a intervenciones enfermeras por varias razones. Los médicos deben confiar en la integridad de las medidas de los resultados para monitorizar el progreso, o ausencia, de sus pacientes. Los resultados que dependen de enfermería proporcionan uno de los elementos de los datos para el desarrollo y uso de dicho conjunto de datos proporcionará a las enfermeras la información necesaria para la determinación de la efectividad de la práctica enfermera.

La clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de los cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia. La retribución y el diseño de programas. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como colaboración y cuidados tanto directos como indirectos, Una intervención es cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente.

JUSTIFICACIÓN

Los politraumatismos son la principal causa de pérdida potencial de años de vida en los países subdesarrollados como el nuestro, el tiempo es un factor crítico en la atención inicial al paciente poli traumático, la asistencia coordinada y multidisciplinario resulta clave para reducir el tiempo en el que los paciente son atendidos, la causa más frecuente de trauma grave son los accidentes de tráfico, agresiones.

Estamos hablando por tanto de personas en época activa de la vida tanto social como laboralmente, por lo que las pérdidas son inmensas. El tratamiento de estos pacientes comienza incluso antes del propio accidente, ya que con una buena prevención podríamos ahorrar muchas de estas víctimas.

La prevención debe basarse en la concienciación de los conductores, mejoras en la red de carreteras y en la investigación dirigida a la mejora de las condiciones de seguridad de los vehículos , durante los últimos años las instituciones como la Policía Nacional, Gobiernos Cantonales, Gobierno Nacional, han puesto atención a la preparación del personal de salud e instituciones Hospitalarias con el objeto de que sean capaces de responder y actuar eficiente y eficazmente ante situaciones de emergencia extra e intra hospitalarios.

El Hospital Luis Vernaza es uno de los Hospitales más grandes de la Ciudad de Guayaquil y de referencia Nacional; en el estudio realizado se estableció que al Área de Emergencia llegan cantidad de pacientes con Politraumatismos (Fracturas de Miembros Inferiores), el personal debería estar capacitado para actuar frente a estas emergencias.

Existe un proyecto para protocolizar el Sistema de Cuidados prioritarios en el Método de Enfermería que lo realiza el Departamento de Enfermería en vinculación directa con el Departamento de Docencia con el Hospital pero que en la actualidad se encuentra suspendido por falta de recurso humano para su ejecución.

Razón por la cual las Internas Rotativas de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, como parte del proceso de formación académica y como requisito previo a la

obtención del título de Licenciadas en Ciencias de la Enfermería, buscamos, de esta manera establecer alternativas o propuestas orientadas hacia el mejoramiento de la atención en pacientes con Politraumatismo (Facturas de Miembros Inferiores)

OBJETIVOS

GENERAL

Fortalecer el rol y desempeño del personal de Enfermería en la atención de pacientes con Politraumatismos (Fracturas de Miembros Inferiores), a través de la protocolización del Sistema de Cuidados Prioritarios en el Método de Enfermería

ESPECIFICOS

- Orientar al personal de Enfermería sobre el manejo de los protocolos
- Dar a conocer los Protocolos de Enfermería

PROTOCOLOS

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

HOSPITAL LUIS VERNAZA

PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN FRACTURAS DE MIEMBROS INFERIORES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

Autores: Estefanía Yáñez - Rita Saltos

Fecha de elaboración: 25 de Octubre del 2010 a 28 de Septiembre del 2011.

Titulo sistema de cuidados prioritarios de enfermería en pacientes con politraumatismo
(Fracturas de miembros inferiores)

1. **Título del protocolo:** Sistema de Cuidados para el Manejo del paciente con Fracturas de Miembros Inferiores
2. **Definición:** La fractura puede definirse como la interrupción de la continuidad ósea o cartilaginosa, de uno de los miembro inferiores .Los mecanismos que pueden causarla pueden ser directos (aplastamiento, herida de bala, percusión directa sobre el hueso) o indirectos (flexión. Avulsión, torsión)
3. **Objetivo**
 - Brindar cuidados de enfermería estandarizados en las fracturas de miembros inferiores para mantener la estabilidad hemodinámica y su funcionamiento del musculo esquelético, conservado así el equilibrio hidroelectrolítico para minimizar las diversas complicaciones.
4. **Nivel de atención:** Tercer Nivel
5. **Proceso De Atención De Enfermería**

<p align="center">DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</p>	<p align="center">METAS DE ENFERMERÍA NOC</p>	<p align="center">INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA/ACTIVIDADES NIC</p>
<p>Diagnóstico : Perfusión Tisular Periférica Ineficaz</p> <p>Dominio 4: Actividad –reposo</p> <p>Clase 4: Respuesta cardiovascular –pulmonar</p> <p>Definición.- Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud</p> <p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conocimientos deficientes sobre los factores agravantes (traumatismo, inmovilidad) <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alteración de las características de la piel (color, elasticidad, sensibilidad, temperatura) ✓ Las extremidades inferiores no recuperan su color al bajarlas ✓ Edema 	<p>Metas : Perfusión tisular periférica Eficaz</p> <p>Definición.-Adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las extremidades para mantener la función tisular</p> <p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Cardiopulmonar (E)</p> <p>Escala.-Desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal (b) y grave hasta ninguno (n)</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Llenado capilar de los dedos de los pies ✓ Temperatura de extremidades calientes ✓ Fuerza del pulso femoral derecho ✓ Edema periférico ✓ Necrosis 	<p>INTERVENCIONES: Cuidado Circulatorio: Insuficiencia venosa</p> <p>Definición.- Fomento de la circulación venosa</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar los edemas y los pulsos periféricos ✓ Examinar los miembros inferiores en busca de solución de continuidad del tejido ✓ Realizar los cuidados de la herida (desbridamiento, terapia antimicrobianos) si es necesario ✓ Elevar la pierna afectada 20⁰C o más por encima del nivel del corazón, según sea conveniente ✓ Cambiar al paciente de posición como mínimo cada 2 hora, según necesidad ✓ Administrar medicación anti plaquetaria o anticoagulante según

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminución de los pulsos ✓ Dolor en las extremidades 		<p style="text-align: right;">sea necesario</p> <p>INTERVENCIONES: Manejo de la sensibilidad periférica alterada</p> <p>Definición.- Prevenir o minimizar lesiones o molestias en el paciente con la sensibilidad alterada</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar si hay parestesia: entumecimiento, hormigueo, hiperestesia e hipoestesia. ✓ Vigilar el ajuste de los dispositivos de sujeción, prótesis, zapatos y vestimenta ✓ Administrar analgésicos si es necesario ✓ Animar al paciente a que utilice la parte corporal no afectada para identificar la localización textura de los objetos ✓ Proteger las partes corporales de cambios de temperatura extremas ✓ Comentar o identificar las causas de sensaciones anormales o cambios de sensibilidad ✓ Colocar el arco de cama sobre la parte
--	--	--

		<p>afectada para evitar el contacto de ropa con la zona afectada</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilizar dispositivos de alivio de la presión , si lo procede
<p>Diagnóstico: Dolor Crónico</p> <p>Dominio 12: Confort</p> <p>Clase 1: Confort físico</p> <p>Definición.- Experiencia sensitiva y emoción desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o perecible y una duración superior a 6 meses</p> <p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incapacidad física crónica <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alteración de la capacidad para seguir con las actividades previstas ✓ Atrofia de los grupos musculares implicados 	<p>Metas : Control del Dolor</p> <p>Definición.- Acciones personales para controlar el dolor</p> <p>Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p>Clase: Conducta de salud (Q)</p> <p>Escala.- Nunca demostrada hasta siempre demostrado</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utiliza los analgésicos de forma apropiada ✓ Utiliza medidas de alivio no analgésicas ✓ Refiere dolor controlado 	<p>INTERVENCIONES : Administración de Analgésicos</p> <p>Definición.-Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, a la primera dosis o si se observan signos inusuales ✓ Comprobar las ordenes médicas en cuando al medicamento dosis , y frecuencia del medicamento prescripto ✓ Comprobar el historial de alergias a medicamentos ✓ Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescribe más de uno ✓ Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos de la analgesia especialmente con el dolor

		<p>severo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adversa ✓ Determinar la ubicación características y calidad del dolor antes de administrar la medicación ✓ Determinar el analgésico preferido , vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico optimo ✓ Establecer expectativas positivas respecto a la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente <p>INTERVENCIONES:Administración de calor o frio</p> <p>Definición.-Estimulación de la piel y tejidos subcutáneos con calor o frio con el fin de disminuir el dolor, espasmos musculares o inflamación</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Envolver el dispositivo de calor-frio con un paño de protección si corresponde ✓ Enseñar a evitar el daño de tejido asociado con el calor – frio
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">✓ Evaluar el estado general la seguridad y la comodidad durante el tratamiento✓ Explicar la utilización del calor o frio , la razón del tratamiento , y la manera en que afectara a los síntomas del paciente✓ Utilizar un paño humedecido junto a la piel para aumentar la sensación de calor /frio cuando corresponda✓ Comprobar la temperatura de la aplicación , especialmente cuando se utiliza calor✓ Aplicar calor /o frio directamente cerca del sitio afectado ,si fuera posible✓ Inspeccionar el sitio cuidadosamente por si hubiera signos de irritación dérmica o daño tisular durante los primeros 5 minutos y luego frecuente durante el tratamiento✓ Cambiar el sitio de aplicación de frio/calor o cambiar la forma de estimulación , sino él consigue alivio✓ Enseñar a evitar lesiones en la piel luego de la estimulación
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar y documentar la respuesta a la aplicación de calor /frio <p>INTERVENCIONES : Manejo del Dolor</p> <p>Definición.- Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar una valoración exhaustiva dolor que incluya la localización , característica, frecuencia , calidad ,intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes ✓ Asegurarse del que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes ✓ Explorar con el paciente los factores que alivian -empeoran el dolor ✓ Considerar las influencias culturales sobre la respuesta del dolor ✓ Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño ,apetito , actividad ,humor ,relaciones ,trabajo y responsabilidad de roles) ✓ Proporcionar información acerca del
--	--	---

		<p>dolor ,tal como causas del dolor , el tiempo que durara y las incomodidades que se esperaran a los procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumente la experiencia del dolor (miedo ,fatiga ,monotonía y la falta de conocimiento) ✓ Enseñar los principios del control del dolor ✓ Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo ✓ Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia
<p>Diagnóstico: Intolerancia a la actividad</p> <p>Dominio 4: Actividad –reposo</p> <p>Clase 4: Respuesta cardiovascular –pulmonar</p> <p>Definición.- Insuficiente energía, fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas</p> <p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Debilidad generalizada ✓ Desequilibrio entre aportes y 	<p>Metas : Tolerancia de la actividad</p> <p>Definición.-Respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía en las actividades diarias</p> <p>Dominio: Salud funcional (I)</p> <p>Clase: Mantenimiento de la energía (A)</p> <p>Escala.-Gravemente comprometido hasta no comprometido</p> <p>INDICADORES</p>	<p>INTERVENCIONES : Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión</p> <p>Definición.- Facilitar el entrenamiento regular de músculos resistentes para mantener o aumentar la fuerza del musculo</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Examinar el estado general antes del ejercicio para identificar los posibles riesgos del ejercicio utilizando el historial completo de un examen físico

<p>demandas de oxígeno</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Malestar debido al esfuerzo ✓ Disnea de esfuerzos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resistencia de la parte inferior del cuerpo ✓ Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad ✓ Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria ✓ Habilidad para hablar durante el ejercicio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Obtener el permiso médico para iniciar el programa de ejercicio de esfuerzo , según sea necesario ✓ Enseñar a descansar brevemente después de cada serie , según sea necesario ✓ Utilizar movimientos recíprocos para evitar lesiones en ejercicios concretos ✓ Enseñar a ejecutar secciones de ejercicio para grupos musculares concretos en días alternos para facilitar la adaptación muscular al entrenamiento ✓ Enseñar a evitar el ejercicio de entrenamiento de extensión en caso de temperaturas extremas <p>INTERVENCIONES: Terapia de actividad</p> <p>Definición.- Prescripción de y asistencia en actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar a elegir actividades
--	---	---

		<p>coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enseñar al paciente y a la familia a realizar la actividad deseada o prescrita ✓ Disponer una actividad motora que alivie la tensión muscular ✓ Observar la respuesta emocional , física , social ,y espiritual a la actividad <p>INTERVENCIONES : Manejo de Energía</p> <p>Definición.-Regulación del uso de la energía para tratar o regular la fatiga y mejorar las funciones</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar las limitaciones físicas del paciente ✓ Determinar las causas de la fatiga (tratamientos , dolor y medicamentos) ✓ Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados ✓ Consultar con el dietista la forma de aumentar la ingesta de
--	--	---

		<p>alimentos energéticos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar al paciente por si aparece indicios de exceso de fatiga física y emocional ✓ Ayudar al paciente a programar periodos de descanso ✓ Controlar la administración y efectos de los estímulos y sedantes <p>INTERVENCIONES : Fomentar los mecanismos corporales</p> <p>Definición.- Facilitar el uso de posiciones y movimientos en las actividades diarias para evitar la fatiga y atención o las lesiones músculo esqueléticas</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas ✓ Instruir al paciente sobre la necesidad de corregir posturas para evitar fatigas , tensiones o lesiones ✓ Enseñar a no dormir en la posición decúbito prono ✓ Ayudar a evitar a sentarse en la misma posición durante períodos tiempos prolongados
--	--	---

<p>Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física</p> <p>Dominio 4: Actividad reposo</p> <p>Clase 2: Actividad ejercicio</p> <p>Definición.- Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades</p> <p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminución de la fuerza muscular ✓ Pérdida de la integridad de las estructuras óseas ✓ Dolor <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Limitación de la amplitud de movimientos ✓ Movimientos descoordinados ✓ Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas 	<p>Metas : Movilidad</p> <p>Definición.- Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.</p> <p>Dominio.- Salud funcional (I)</p> <p>Clase: Movilidad (C)</p> <p>Escala.- Gravemente comprometido hasta no comprometido</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Movimiento ✓ Muscular ✓ Movimiento Articular ✓ Ambulación <p>Meta: Equilibrio</p> <p>Definición.- Capacidad para mantener el equilibrio del cuerpo</p> <p>Dominio: Salud funcional (I)</p> <p>Clase: Movilidad (C)</p> <p>Escala.- Gravemente comprometido hasta no comprometido (a) grave hasta ninguno (e)</p>	<p>INTERVENCIONES : Cambios de posición</p> <p>Definición.- Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico o psicológico</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocar sobre un colchón o una cama terapéutica ✓ Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición ✓ Colocar en posición de alineación corporal correcta ✓ Elevar la parte corporal afectada si está indicada ✓ Poner apoyo en las zonas edematosas (almohadas debajo de las piernas y apoyo de escroto), si procede ✓ Elevar el miembro afectado a 20⁰ o más encima del nivel del corazón para mejorar el retorno venoso, si procede. ✓ Mantener la posición y la integridad de la tracción ✓ Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según el programa específico, si procede ✓ Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, si procede
--	--	---

	<p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Equilibrio al caminar ✓ Equilibrio mientras cambia el equilibrio de un pie otro 	<p>INTERVENCIONES: Terapia de ejercicios: movilidad articular</p> <p>Definición.- Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar al paciente –familia el objeto y el plan de las articulaciones ✓ Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios ✓ Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular – pasivo – activo ✓ Realizar ejercicios pasivos o asistidos, si está indicado ✓ Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones ✓ Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función ✓ Vestir al paciente con prendas cómodas
--	--	---

<p>Diagnóstico: Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea</p> <p>Dominio 11: Seguridad protección</p> <p>Clase 2: Lesión física</p> <p>Definición.-Riesgo de alteración cutánea adversa</p> <p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inmovilización física 	<p>Metas: Consecuencias de la inmovilidad: Fisiológicas</p> <p>Definición.-Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física</p> <p>Dominio: Salud funcional (I)</p> <p>Clase: Movilidad (C)</p> <p>Escala.-Grave hasta ninguno y gravemente comprometido hasta no comprometido</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Úlceras por presión ✓ Fractura ósea ✓ Articulaciones contraídas ✓ Fuerza muscular 	<p>INTERVENCIONES: Prevención de úlceras por presión</p> <p>Definición.-Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Documentar cualquier incidencia anterior deformación de úlceras por presión ✓ Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario ✓ Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida ✓ Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas, y la incontinencia fecal o urinaria ✓ Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas adsorbente , para eliminar el exceso de humedad , si procede ✓ Darse la vuelta continuamente cada 1 o 2 horas ✓ Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del
--	---	---

		<p>colchón</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener la rora de cama limpia y seca, y sin arrugas ✓ Humedecer la piel seca, intacta ✓ Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave ✓ Vigilar las fuentes de presión y fricción ✓ Aplicar protectores para los codos y talones, si procede ✓ Contralar la movilidad y la actividad del individuo <p>INTERVENCIONES : Cuidados del paciente escayolado: yeso húmedo</p> <p>Definición.-Cuidados de una escayola reciente durante el periodo de secado</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Secar el yeso al aire ✓ Vigilar la circulación y el color de los dedos de la extremidad afectada ✓ Apoyar el yeso sobre almohadas durante el periodo de secado ✓ Informar al paciente que sentirá calor
--	--	---

		<p>en el yeso mientras se seca</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Comprobar el llenado capilar aplicando presión a la uña de un dedo✓ Explicar la necesidad de limitar la actividad mientras el yeso se seca✓ Identificar cualquier cambio de sensibilidad o aumento del dolor en el sitio de la fractura✓ Aplicar plásticos al yeso si está cerca de la ingle
--	--	--

<p>Diagnóstico: Hipertermia</p> <p>Dominio 11: Seguridad –protección</p> <p>Clase 6: Termorregulación</p> <p>Definición.-Elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal</p> <p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Traumatismo <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Piel enrojecida ✓ Calor al tacto 	<p>Meta: Termorregulación</p> <p>Definición.-Equilibrio entre la producción, la ganancia, y la pérdida de calor</p> <p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Regulación metabólica (I)</p> <p>Escala.- Gravemente comprometido hasta no comprometida y grave hasta ninguna</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipertermia ✓ Temperatura cutánea aumentada ✓ Deshidratación ✓ Irritabilidad ✓ Somnolencia 	<p>INTERVENCION: Monitorización de los Signos Vitales</p> <p>Definición.- Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y temperatura corporal para prevenir y reducir complicaciones</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, estado respiratorio y temperatura ✓ Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo la temperatura ✓ Observar periódicamente el calor, la y temperatura, la humedad de la piel ✓ Monitorizar la presión sanguínea después de que el paciente tome las medicaciones , si es posible ✓ Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardiaca <p>INTERVENCION :Regulación de la temperatura</p> <p>Definición.- Consecución y mantenimiento de la temperatura corporal</p>
--	--	---

		<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprobar la temperatura cada 2 horas, si procede ✓ Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada ✓ Administrar medicamentos antipiréticos si indicado ✓ Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente ✓ Observar el color y la temperatura de la piel ✓ Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia ✓ Discutir la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos del exceso de frío , si procede ✓ Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos ✓ Explicar los indicios de hipotermia y el tratamiento de urgencia adecuado , si procede <p>INTERVENCION : Manejo de líquidos</p> <p>Definición.- Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales no deseados.</p>
--	--	---

		<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación✓ Pesar a diario y controlar la evolución✓ Realizar sondaje vesical si es preciso✓ Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas) según sea el caso✓ Monitorizar estado hemodinámica incluyendo nivel de la PVC✓ Observar si hay sobrecarga /retención de líquidos (crepitaciones, PVC o presión de una capilar pulmonar elevada, edema, distensión de venas del cuello y ascitis) si procede✓ Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera✓ Administrar líquidos si procede✓ Administrar diuréticos prescritos, si procede✓ Instruir al paciente el estado de nada por boca (NPO)✓ Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas✓ Consultar con el médico si los signos y síntoma de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran.
--	--	--

<p>Diagnóstico: Riesgo de Infección</p> <p>Dominio.- Seguridad, protección</p> <p>Clase 1: Infección</p> <p>Definición.- Aumento del riesgo del ser invadida por organismos patógenos</p> <p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Defensas primarias inadecuadas (rotura de la piel) ✓ Procedimientos invasivos ✓ Destrucción tisular 	<p>Metas: Conducta Terapéutica: Enfermedad o lesión.</p> <p>Definición.- Acciones personales para paliar o eliminar patologías</p> <p>Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p>Clase: Conducta de salud (Q)</p> <p>Escala.- Nunca demostrada hasta siempre demostrada</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cumple el régimen de medicación ✓ Siga la dieta prescrita ✓ Realiza cuidados personales compactibles con su habilidad 	<p>INTERVENCION : Cuidados de la Herida</p> <p>Definición.- Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor ✓ Sacar el material incrustado (astilla , cristal , metal) ✓ Limpiar con solución salina normal ✓ Aplicar un ungüento adecuado a la piel ✓ Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje ✓ Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje ✓ Vendar de forma adecuada ✓ Mantener la técnica de vendaje estéril al realizar los cuidaos de la herida ✓ Afeitar el bello que rodea la zona afectada, si es necesario ✓ Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida ✓ Cambiar de posición al paciente como minino cada 2 horas ✓ Enseñar al paciente y a la familia los procedimientos de cuidado de la herida
---	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enseñar al paciente o a miembros de la familia los signos y síntomas de infección ✓ Documentar la localización , el tamaño y la apariencia de la herida <p>INTERVENCION : Vigilancia de la piel</p> <p>Definición.-Recogida y analices de datos de pacientes con el propósito de mantener la integridad de la piel y las membranas mucosas</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valorar el estado del sitio de incisión, si procede ✓ Observar su color, calor , pulsos ,texturas y si hay inflamación , edema y ulceraciones en las extremidades ✓ Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y membranas mucosas ✓ Observar si hay enrojecimiento y perdida de la integridad de la piel ✓ Observar si hay infección, especialmente en las zonas edematosas ✓ Observar excesiva sequedad o humedad en la piel ✓ Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruir al miembro de la familia o cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, si procede. <p>INTERVENCION : Manejo ambiental</p> <p>Definición.-Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Crear un ambiente seguro para el paciente ✓ Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas flojas y muebles pequeños) ✓ Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos ✓ Eliminar los materiales utilizados durante el cambio de apósitos y la eliminación , así como cualquier olor residual antes de las visitas de las comidas ✓ Proporcionar una habitación individual , si está indicado ✓ Proporcionar una cama y un entorno limpio y cómodo ✓ Proporcionar ropa de cama y vestidos en buen estado , libres de tinte residuales ✓ Colocar los objetos de uso frecuente al
--	--	--

		<p>alcance del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Arreglar con esmero la ropa de cama y todo el material que este a la vista del paciente.
<p>Diagnóstico: Riesgo de Estreñimiento</p> <p>Dominio 3: Eliminación e intercambio</p> <p>Clase 2: Función gastrointestinal</p> <p>Definición.-Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañada de eliminación difícil o incompleta de las heces secas y eliminación de las heces excesivamente duras y secas.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cambios en los alimentos habituales 	<p>Metas : Conducta de Cumplimiento: Dieta prescrita</p> <p>Definición.-Acciones personales para seguir la ingesta de líquidos y alimentos recomendados por un profesional sanitario para un trastorno de salud específico</p> <p>Dominio: Conducta y conocimiento de salud (IV)</p> <p>Clase: Conducta de salud (Q)</p> <p>Escala.- Nunca demostrada hasta siempre demostrada</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Selecciones alimentos y líquidos con la dieta prescrita ✓ Selecciona raciones compactibles con la dieta prescrita ✓ Sigue las recomendaciones para organizar la dieta 	<p>INTERVENCION : Etapas en la dieta</p> <p>Definición.- Instituir las necesarias restricciones de la dieta con la consiguiente progresión de la misma según su tolerancia.</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar la presencia de sonidos intestinales ✓ Establecer NPO si es necesario ✓ Comprobar la tolerancia a la ingestión de trocitos de hielo y agua ✓ Comprobar si el paciente da salitas de flato ✓ Hacer avanzar la dieta desde la ingestión de poco líquido, dieta líquida, dieta blanda, a dieta regular o especial, según la tolerancia para adultos ✓ Pautar 6 comidas pequeñas en lugar de tres si procede ✓ Pegar la orden de restricción en la cama, en un gráfico y en un plan de cuidados

<p>Diagnóstico: Estreñimiento</p> <p>Dominio 3: Eliminación e intercambio</p> <p>Clase 2: Función gastrointestinal</p> <p>Definición.-Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y completa de heces duras y secas.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La debilidad de los músculos abdominales <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Cambios en patrón intestinal 	<p>Metas :Función Gastrointestinal</p> <p>Definición.-Grado en que los alimentos (ingeridos o por sonda), pasan de la ingestión a la excreción.</p> <p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Nutrición (K)</p> <p>Escala.-Gravemente comprometida hasta no comprometida.</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ruidos abdominales ✓ Nivel de la actividad ✓ Frecuencia de deposiciones ✓ Volumen de deposiciones ✓ Tolerancia a la alimentación 	<p>INTERVENCIÓN :Entrenamiento Intestinal</p> <p>Definición.-Ayuda al paciente en la educación del intestina para que evacue a intervalos determinados.</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares ✓ Consultar al médico y al paciente respecto del uso de supositorios ✓ Disponer intimidad ✓ Asegurar una ingesta adecuada de líquidos ✓ Asegurarse de que se realice ejercicios adecuados ✓ Instruir al paciente acerca de alimentos en alto contenido de fibra ✓ Enseñar al paciente y familia los principios de la educación intestinal ✓ Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones ✓ Proporcionar alimentos ricos en fibra y que hayan sido identificados por el paciente como medio de ayuda <p>INTERVENCIÓN : Manejo de la Nutrición</p>
---	--	--

		<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Preguntar al paciente si tiene alergia algún alimento ✓ Determinar las preferencias de comida del paciente ✓ Fomentar la ingesta de proteínas , hierro y vitamina C ✓ Dar comidas ligeras , en puré y blandas ✓ Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento ✓ Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente , según cada caso ✓ Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas si es necesario ✓ Pesar al paciente a intervalos adecuados
<p>Diagnóstico: Deterioro de la Deglución</p> <p>Dominio 2: Nutrición</p> <p>Clase 1: Ingestión</p> <p>Definición.-Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociada con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica</p>	<p>Metas :Estado de Deglución</p> <p>Definición.-Transito seguro de líquidos y sólidos desde la boca hasta el estómago.</p> <p>Dominio:Salud fisiológica</p> <p>Clase: Nutrición (K)</p> <p>Escala.-Gravemente comprometido hasta no comprometido</p>	<p>INTERVENCIÓN : Terapia de Deglución</p> <p>Definición.-Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de una deglución defectuosa</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta para la alimentación ✓ Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de

<p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Deterioro neuromuscular, disminución o ausencia de reflejo nauseoso <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rechazo de los alimentos 	<p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acepte la comida ✓ Controlar las secreciones orales ✓ Duración de la comida con respecto a la cantidad consumida 	<p>comer</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar si hay signos de fatiga al comer ,beber y tragar ✓ Disponer intimidad para el paciente ✓ Evitar el uso de sorbetes para beber ✓ Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia adelante en preparación para la deglución ✓ Observar si hay signos y síntomas de aspiración ✓ Vigilar los movimientos de la lengua del paciente mientras come
<p>Diagnóstico: Déficit del auto cuidado; baño</p> <p>Dominio 4: Actividad \reposo</p> <p>Clase 5: Auto cuidado</p> <p>Definición.-Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño \ higiene.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Deterioro musculo esquelético <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incapacidad para lavarse el cuerpo 	<p>Metas :Auto cuidado</p> <p>Definición.-Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismo de ayuda.</p> <p>Dominio:salud funcional (I)</p> <p>Clase:Auto cuidado (D)</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se viste ✓ Se baña 	<p>INTERVENCIONES :Potenciación de la imagen corporal</p> <p>Definición.-Mejora de las precepciones y actitudes consientes y inconscientes del paciente hacia su cuerpo</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto ✓ Ayudar al paciente hospitalizada aplicarse cosméticos antes de recibir visitas (mujeres) ✓ Determinar las expectativas corporales del paciente , en función del estadio

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ De ambulación : camina ✓ Cambia de posición solo 	<p>desarrollo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal del paciente ✓ Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio <p>INTERVENCIÓN : Cuidado de los pies</p> <p>Definición.- Limpieza e inspección de los pies con el objeto de conseguir relación, limpieza y salud en la piel</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades, o edemas en los pies ✓ Secar cuidadosamente los espacios interdigitales ✓ Aplicar loción ✓ Comentar con el paciente la rutina habitual del cuidado de los pies ✓ Comprobar el nivel de hidratación de los pies <p>INTERVENCIÓN : Ayuda al Auto cuidado</p>
--	---	--

		<p>Definición.- Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprobar la capacidad del paciente para ejercer auto cuidados independientes ✓ Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante , cepillo de dientes y jabón de baño) ✓ Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir los auto cuidados ✓ Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad
<p>Diagnóstico : Aislamiento Social</p> <p>Dominio 12: Confort</p> <p>Clase3: Confort social</p> <p>Definición.- Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora o impuesta por otros</p> <p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alteración del bienestar 	<p>Metas : Habilidades de Interacción Social</p> <p>Definición.- Conductas personales que fomentan relaciones eficaces</p> <p>Dominio: Salud psicosocial (III)</p> <p>Clase: Interacción social (P)</p> <p>Escala.-(S) Nunca demostrado hasta siempre demostrado</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cooperación con los demás 	<p>INTERVENCIÓN : Apoyo emocional</p> <p>Definición.- Proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comentar la experiencia emocional con el paciente ✓ Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo ✓ Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo ✓ Ayudar al paciente a reconocer

<p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de personas de apoyo significativo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relaciones con los demás ✓ Parecer relajado 	<p>sentimientos tales como ansiedad , ira o tristeza</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Animar al paciente que exprese los sentimientos de ansiedad , ira o tristeza ✓ Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias ✓ Proporcionar ayuda en la toma de decisiones
---	--	--

VALORACION DE ENFERMERIA

Base de Datos

a. Diagnósticos clínicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inmovilidad ▪ Contusión ▪ Dolor
b. Tipo de evolución	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agudo ▪ Complicado

FARMACOS UTILIZADOS EN PACIENTES CON POLITRAUMATISMOS

c. Medicamentos	Antibióticos	Analgésicos	Anti ulcerosos	Antipiréticos
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceftriaxona ▪ Cefazolina ▪ Ciprofloxacina ▪ Clindamicina ▪ Vancomicina ▪ Inmipenem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acrogésico ▪ Diclofenáco ▪ Keterolaco 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ranitidina ▪ Omeprazol 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paracetamol ▪ Metamizol sódico

VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES

PATRÓN NUTRICIONAL METABOLICO

Indicadores	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
Hipertermia	39 ⁰ C				37 ⁰ C
Deshidratación	X				X
Irritabilidad	X			X	

PATRÓN ACTIVIDAD EJERCICIO

Indicadores	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
Resistencia de la parte inferior del cuerpo	X			X	
Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad	X				X
Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria	X			X	
Habilidad para hablar durante el ejercicio	X				X

PATRÓN SEGURIDAD PROTECCIÓN

Indicadores	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
	1	2	3	4	5
Temperatura de la piel	X			X	
Sensibilidad	X		X		
Textura	X				X
Grosor	X				X

PATRÓN COGNITIVO – PERSEPTUAL

Indicadores	Nunca demostrado	Raramente demostrada	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
	1	2	3	4	5
Utiliza los analgésicos de forma apropiada					X
Utiliza medidas de alivio no analgésicas			X		
Refiere dolor controlado					X

PATRÓN NUTRICIÓN

Indicadores	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
	1	2	3	4	5
Acepta la comida	X				x
Control de secreciones orales	X				X
Duración de la comida con respecto a la cantidad consumida	X				X
Indicadores	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
	1	2	3	4	5
Acepta la comida	X		X		
Controla las secreciones orales	X			X	
Duración de la comida con respecto a la cantidad consumida	X		X		

PATRON ELIMINACION

Indicadores	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
Ruidos abdominales	8 diarias		3 diarias		
Frecuencia de deposiciones				4 deposiciones	
Volumen de deposiciones	X		X		
Indicadores	Nunca demostrada 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
Selecciona alimentos y líquidos con la dieta prescrita	X		X		
Selecciona raciones compactibles con la dieta prescrita	X		X		
Sigue las recomendaciones para organizar la dieta	X		X		

PATRÓN ACTIVIDAD \REPOSO

Indicadores	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
	1	2	3	4	5
Se viste	X		X		
Se baña	X		X		
De ambulación: camina	X			X	
Cambia de posición solo	X		X		

PATRÓN ACTIVIDAD \REPOSO

Indicadores	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
	1	2	3	4	5
Llenado capilar de los dedos de los pies	X			X	
Temperatura de extremidades calientes	X				X
Fuerza del pulso femoral derecho	X				X
Edema periférico	X				X
Necrosis	X		X		

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Laboratorio	RADIO ELECTRICOS
<ul style="list-style-type: none">✓ Hemograma completo✓ Gasometría✓ Cultivos y antibiogramas✓ Electrolitos✓ Perfil de coagulación✓ Perfil de glicemias✓ Grupo sanguíneo	<ul style="list-style-type: none">✓ Ex de los miembros inferiores✓ TAC

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE CUIDADOS

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
Perfusión Tisular Periférica Ineficaz	Perfusión Tisular Periférica Eficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado circulatorio: Insuficiencia venosa • Manejo de la sensibilidad periférica alterada
Dolor crónico	Control del dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de analgésicos • Administración de calor o frío • Manejo del dolor
Intolerancia a la actividad	Tolerancia de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión • Terapia de actividad • Manejo de energía • Fomentar los mecanismos corporales
Deterioro de la movilidad física	Movilidad Equilibrio	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de posición • Terapia de ejercicios: movilidad articular
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Consecuencias de la inmovilidad: Fisiológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de úlceras por presión • Cuidados del paciente escayolado : yeso húmedo
Hipertermia	Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de los signos vitales • Regulación de la

		<p>temperatura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de líquidos
Riesgo de Infección	<p>Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de la herida • Vigilancia de la piel • Manejo ambiental
Deterioro de la deglución	<p>Estado de Deglución</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de deglución
Riesgo de Estreñimiento	<p>Conducta de cumplimiento: Dieta prescrita</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etapas en la dieta
Estreñimiento	<p>Función Gastrointestinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento Intestinal • Manejo de la Nutrición
Déficit del auto cuidado; Baño	<p>Auto cuidado ; Actividades de la vida diaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciación de la imagen corporal • Cuidados de los pies • Ayuda al auto cuidado
Aislamiento Social	<p>Habilidades de Interacción Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional

BIBLIOGRAFIA

- ✓ ANONIMO. (12 de marzo de 2004). <http://www.saludalia.com>. Recuperado el 17 de junio de 2011, de enfermedades>traumatologia>fractura de extremidad inferior
- ✓ Echeverria, I. C. (2011). Historia del hospital Luis Vernaza. Hospital general Luis Vernaza , 2,3,4.
- ✓ ESTRELLA, P. T. (03 de 02 de 2007). DIAGNOSTICOS. Recuperado el 04 de 07 de 2011, de http://www.ome.es/02_02_01desa.cfmd=124
- ✓ (2010). Diccionario de Medicina Oceano Mosby. En J. Garriz, Diccionario de Medicina (págs. 713,714). Barcelona España: Maria Villalba.
- ✓ Iyer, P. (2006). Procesos Diagnosticos de Enfermeria. Diagnosticos .
- ✓ J.GIL CEBRIAN, R. (18 de 01 de 2007). PRICIPIOS DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS. Recuperado el 08 de 06 de 2011, de <http://tratado.uninet.educ/c110705.html>
- ✓ MONTESTH, M. D. (16 de 05 de 2008). POLITRAUMATISMOS. Recuperado el 03 de 04 de 2011, de <http://html.rincondelestudio.com/politraumatismos.html>
- ✓ MURTHY, S. H. (19 de 04 de 2007). FRACTURAS. Recuperado el 10 de 05 de 2011, de <http://fracturesrehabilitation.com//>
- ✓ HYPERLINK "<http://medlineplus.gov/spanish/%7Cpor>" Medlineplus] (Abril De 2008). «politraumatismos». Enciclopedia Médica En Español.
- ✓ Mandell La, WunderinkRg, Anzueto A. Clin Infect Dis. 2007.
- ✓ [HYPERLINK "<http://medlineplus.gov/spanish/%7Cpor>" Medlineplus] (Abril De 2008). « HYPERLINK "<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000145.htm>" politraumatismos ». Enciclopedia Médica En Español.
- ✓ Mandell La, WunderinkRg, Anzueto A. Clin Infect Dis. 2007.
- ✓ elly, G. (12 de 01 de 2011). La Enfermera Hoy. Recuperado el 27 de 05 de 2011, de La Enfermera Hoy: <http://www.laenfermerahoy.com>

- ✓ PITZAJH, M. E. (09 de 09 de 2007). PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA TEORICA Y PRACTICA. Recuperado el 18 de 06 de 2011, de <http://www.es-emoicon.com/enfermeria/actual/diagnostico/nanda/etiquetasnanda.htm>
- ✓ Rodriguez.C. (2009). Calidad de atencion en Salud Publica. En F. Rusbed, Calidad de atencion en Salud. Colombia: segunda edicion.
- ✓ V, C. S. (29 de 07 de 2000). CUIDADOS DE ENFERMERIA EN POLITRAUMATISMOS. Recuperado el 03 de 06 de 2011, de <http://html.cuidadosenferme.politraumatismos.html>
- ✓ (2009). Nuevo Manual de la Enfermeria. En M. Villalba, Nuevo Manual de la Enfermeria (págs. 421,426). Barcelona España: Jose Garriz.
- ✓ NANDA Internacional , Diagnósticos Enfermeros : Definiciones y Clasificación ,2009-2011, editado por T.HeatherHerdman, PhD, RN; Barcelona (España)
- ✓ Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) , 2009 ElsevierEspaña ,S.L. Travessera de Gracia ,Editado SueMoorhead,PhD,RN ,Marion Johnson PhD, RN, 4ta edición ,Barcelona (España)
- ✓ Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) ,Joanne MecloskeyDochterman PhD, RN,FAAN ,Gloria M. Balechek , PhD ,RN,FAAN,4ta Edición ,Editorial : EDIDE, S.L. España
- ✓ Hoja de valoración de Enfermería por patrones funcionales HLV

ANEXOS

ANEXO N° 1

CERTIFICACION DE PROTOCOLOS



H. JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GENERAL "LUIS VERNAZA"
Teléfono: 2560300 Ext.2113
Guayaquil - Ecuador

Guayaquil, 27 Junio del 2011

Señora Licenciada.
Vilma Villacís
Universidad Estatal de Bolívar
Directora de Tesis.
Ciudad.

De nuestras consideraciones:

Certifico que las Internas de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, Señoritas: Rita Saltos Tonato y Estefanía Yáñez Pilco, cumplieron con su trabajo de investigación que correspondió a **"Protocolización de los Sistemas de Cuidado en Politraumatismo (Fractura de Miembros Inferiores)"** aplicando **Taxonomías NANDA NIC y NOC en el Hospital Luis Vernaza**, los mismos que han sido debidamente revisados y cumplen con los estándares y utilidad para los cuidados de Enfermería en nuestro nosocomio.

Cordialmente


Lic. Miriam Cañadas R.
Jefa del Departamento De Enfermería


Lic. Ana Salgado S.
Coordinadora de Docencia


Lic. María García M
Coordinadora de Tesis

Cc: Docencia

ANEXO N° 2

HOJA DE VALORACION



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES HLV

DATOS GENERALES

Apellidos: _____

fecha: _____

Diagnostico: _____

Nombres: _____

Edad: _____

Numero de Cama: _____

Historia Clínica: _____

<p>1.- PATRÓN PERCEPCIÓN MANEJO DE SALUD VALORACIÓN SUBJETIVA: CAMINANDO () CAMILLA () SILLA DE RUEDAS () OBSERVACIONES _____ VALORACIÓN OBJETIVA: SIGNOS VITALES P.A _____ TEMP _____ F.R _____ SAT.OXIG _____ PULSO _____ PESO _____</p>	<p>2.- PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICA ESTADO DE LA HIGIENE: BUENO () MALO () PIEL INTEGRAL () OBSERVACIONES _____ COLORACIÓN DE LA PIEL: PALIDEZ () CIANOSIS () ICTERICIA () DIAFORÉSIS () HEMATOMA () OBSERVACIONES _____ ESTADO DE LA ULCERA POR DECÚBITOS LOCALIZACIÓN _____ GRADO () LIMPIA () INFECTADA () HERIDA () LOCALIZACIÓN _____ OBSERVACIÓN _____</p>
<p>3.- PATRÓN ELIMINACIÓN VÓMITO () CARACTERÍSTICAS _____ NAUSEAS () ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE () TABLA () DISTENSIÓN ABDOMINAL () RUIDOS HIDROAEREO: AUMENTADOS () DISMINUIDOS () DOLOR _____ LOCALIZACIÓN () TIPO () DURACIÓN () INTENSIDAD () OBSERVACIÓN _____ ESTREÑIMIENTO DIARREA () CARACTERÍSTICAS _____ RECTORRAGIA () HEMATORRAGIA () MELENA () MEDIOS INVASIVOS _____ CENITALES EXTERNOS: NORMALES () HEMATOMA () EDEMA () SECRECIONES () CARACTERÍSTICAS _____ DIURESIS _____ ÁMBAR () COLURIA () HEMATURIA () CARACTERÍSTICAS _____ DIURESIS FRECUENCIAS: POLIURIA () INCONTINENCIA () ANURIA () GLOSO VESICAL () MEDIOS INVASIVOS _____ OBSERVACIÓN _____</p>	<p>4.- PATRÓN ACTIVIDAD EJERCICIOS CAPACIDAD RESPIRATORIA NORMAL () BRADIPNEA () POLIPNEA () DISNEA () APNEA () TAQUIPNEA () AUSCULTACIÓN CREPITOS () SIBILANTES () RONCOS () SECRECIONES BRONQUIALES TOS () CARACTERÍSTICAS _____ HEMOPTISIS () MEDIOS INVASIVOS _____ APOYO VENTILATORIO CAPACIDAD CARDIOVASCULAR DOLOR TORÁCICO TIPO () IRRADIACIÓN () LOCALIZACIÓN () FRECUENCIA () INTENSIDAD () DURACIÓN () INGURGITACIÓN YUGULAR PULSO: PALPABLE () NO PALPABLE () DÉBIL/INTERMITENTE () EDEMA: NINGUNO () LIGERO () MODERADO/GRAVE () ELLENADO CAPILAR: >2" () <2" () INCAPACIDAD FÍSICA APARATOS DE AYUDA: CARACTERÍSTICAS _____ MULETAS () BASTÓN () LIMITACIÓN MOVIMIENTOS: FLACIDEZ () HEMIPLEJIA () HEMIPARESIA () PARÁLISIS () PARAPLEJIA () LIMITACIÓN TOTAL HIGIENE () VESTIDOS () MOVILIZACIÓN () ALIMENTACIÓN ()</p>
<p>5.- PATRÓN SUEÑO Y DESCANSO DESPIERTO () INSOMNIO SEDANTES/TRANQUILIZANTES () TIPO _____ OBSERVACIÓN _____</p>	<p>6.- PATRÓN COGNITIVOS PERCEPTUAL GLASGOW 1/15 CONCIENTE DESORIENTADO/SOMNOLIENTO () ORIENTADO () ESTUPOROS/COMA () OBSERVACIÓN _____ VISIÓN: PUPILAS ISOCÓRICAS OD () OIZQ () PUPILAS ANISOCÓRICAS O/OIZQ () MIDRIÁTICAS MIÓTICAS () OBSERVACIÓN _____ LENUAJE: VERBAL () AFÁSICO () GESTO () ESCRITURA () OBSERVACIÓN _____</p>
<p>7.- PATRÓN AUTO PERCEPCIÓN AUTO CUIDADO IMAGEN CORPORAL: NORMAL () DISMINUI () CAMBIOS POSTURALES () CADA HORA () ESPOSO () ESTADO EMOCIONAL: ANSIEDAD () DEPRESIVO () DESESPERADO ()</p>	<p>9.- PATRÓN SEXUALIDAD REPRODUCTIVA UTILIZA ANTICONCEPTIVOS: TIPO _____ ABORTOS# () HIJOS# () IMPOTENCIA () HETEROSEXUAL () EXAMEN PORTÁTICO () EXAMEN DE MAMA () LESBIANISMO () OBSERVACIÓN _____</p>
<p>8.- PATRÓN ROL RELACIONES HOSTIL () SOCIALIZACIÓN CORDIAL () VISITAS: _____ FAMILIA () HIJOS () AMIGOS () PADRES () OTROS _____</p>	<p>11.- PATRÓN VALORES Y CREENCIAS RELIGIÓN () TIPO _____ CONFLICTOS DE CREENCIA: TIPO _____ OBSERVACIONES _____</p>
<p>10.- PATRÓN ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS ANSIOSO () IRRITABLE () TEMEROSO () INDIFFERENTE () ESTRÉS () OBSERVACIONES _____</p>	<p>11.- PATRÓN VALORES Y CREENCIAS RELIGIÓN () TIPO _____ CONFLICTOS DE CREENCIA: TIPO _____ OBSERVACIONES _____</p>

ANEXO N ° 3

MATRIZ DE ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO

PROTOCOLIZACIÓN

Autores:

Fecha de elaboración:

Título del protocolo:

1. Definición:
2. Objetivos:
3. Nivel de atención
4. Proceso de Atención de Enfermería

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	METAS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA / ACTIVIDADES
DOMINIO:..... CLASE:..... DEFINICIÓN:..... CARACTERISTICAS DEFINITORIAS..... FACTORES RELACIONADOS.....	META:..... DEFINICION..... DOMINIO:..... CLASE:..... ESCALA:..... INDICADORES:.....	INTERVENCIÓN:..... DEFINICION..... ACTIVIDADES:.....

5. Valoración de enfermería por patrones funcionales
6. Pruebas diagnósticas
7. Organizaciones sistema de cuidado
8. Bibliografía

ANEXO N° 4

CRONOGRAMA PARA EL DESARROLLO DE TESIS

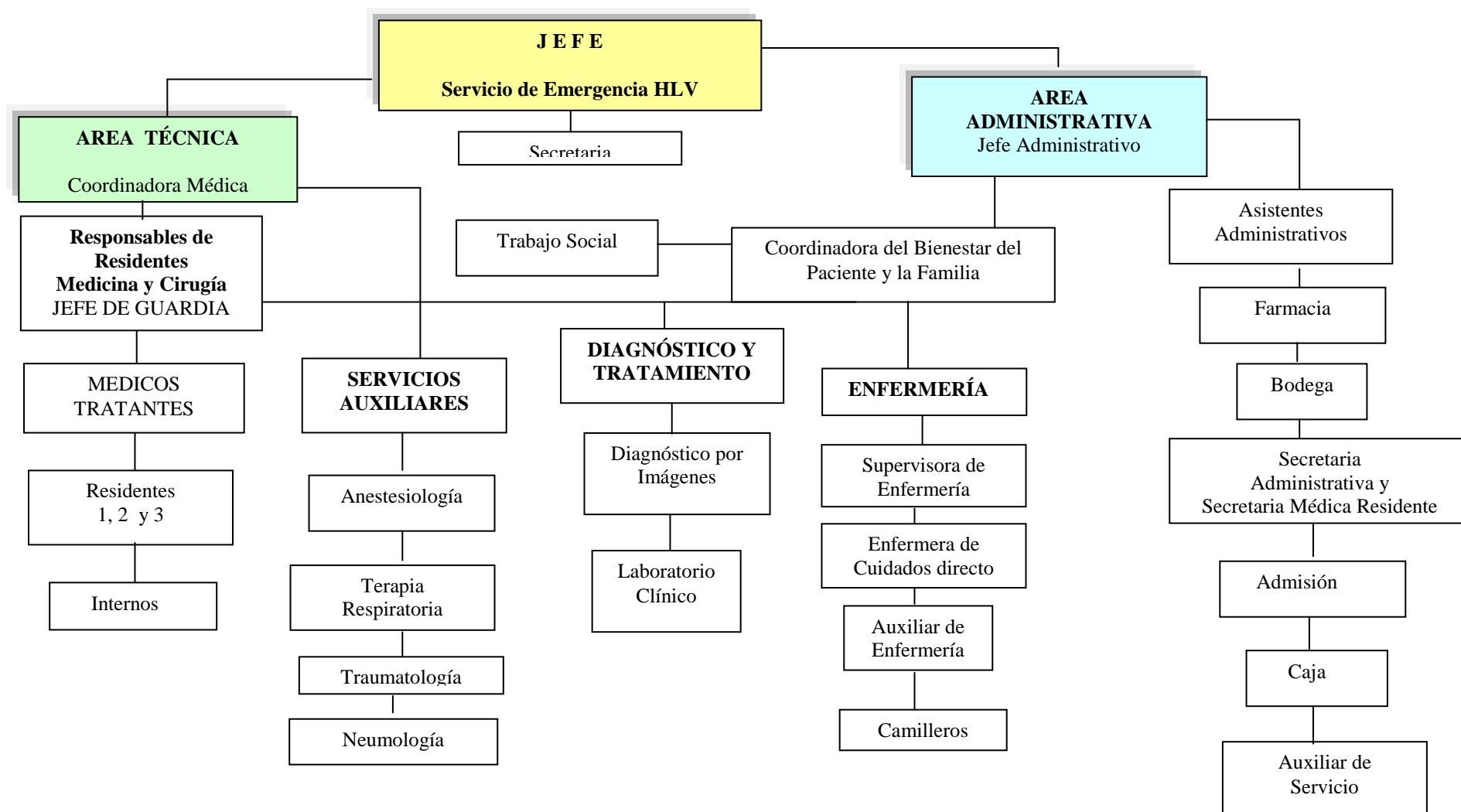
INFORME DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LAS FECHAS DE ACCESORIA DE LA TESIS

TEMA	ALUMNAS	DIRECTOR DE TESIS	ACTIVIDADES	FECHAS DE ASESORÍA
Sistemas de Cuidados Prioritarios en el Método de Enfermería de las Taxonomías NANDA-NIC-NOC en pacientes con Politraumatismos (Fracturas de Miembros Inferiores) en el área de Emergencia del Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de la	Rita Saltos Tonato Estefanía Yáñez Pilco	Lic. Vilma Villacis	-Revisión del tema, planteamiento del problema, objetivos -Revisión del marco teórico por capítulos - Corrección del marco teórico de politraumatismos	18 de Marzo 18-25 de Abril del 2011 23-30 de Mayo 2011

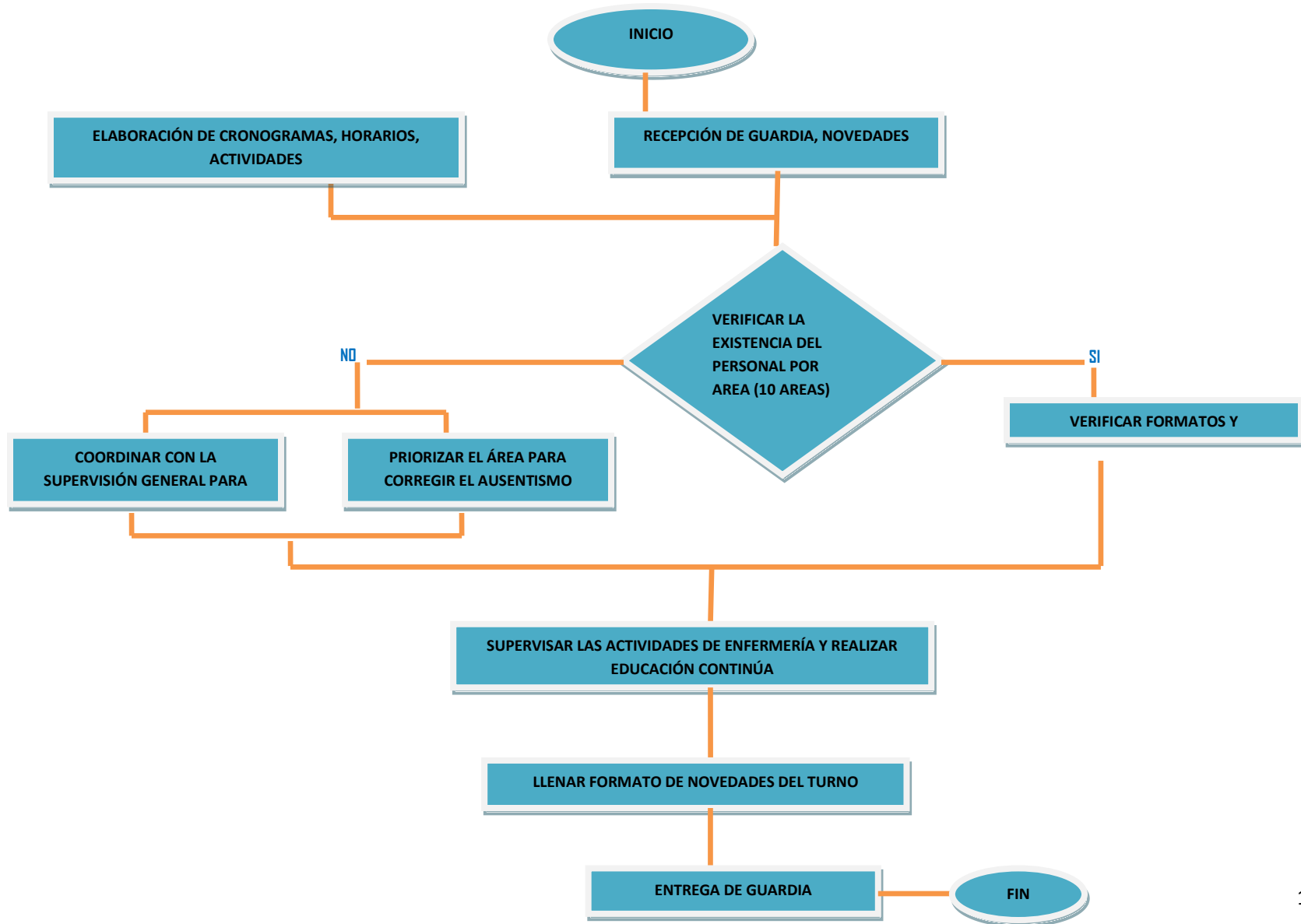
<p>Ciudad de Guayaquil, Provincia del guayas, Ecuador, en el periodo de Octubre del 2010 a septiembre del 2011.</p>			<p>- Revisión de conclusiones, recomendaciones y bibliografía</p> <p>-Entrega de protocolos a las licenciadas encargadas de docencia del Hospital Luis Vernaza de la Ciudad De Guayaquil para su respectiva revisión</p>	<p>20 De Junio 2011</p>
			<p>Entrega de certificado de aprobación de protocolos</p> <p>Revisión general del trabajo de intervención</p> <p>Corrección del segundo borrados</p>	<p>27 de Junio 2011</p> <p>11-18 de Julio 2011</p> <p>8 - 15 de agosto del 2011</p>

			Corrección del marco teórico y los diversos capítulos	22 de Agosto del 2011
			Reelaboración de conclusiones y recomendaciones	29 de Agosto del 2011
			Revisión final del borrador para entregar al CIE	5 de Septiembre del 2011
			Entrega de los borradores al CIE	15 de Septiembre 2011
			Entrega de oficios a los diferentes pares	4-5 de Octubre de 2011

ANEXO 1: ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA



ANEXO N° 6
FLUJOGRAMA DE SUPERVISIÓN DEL ÁREA DE EMERGENCIA



ANEXO N° 7

SUPERVISORAS DE EMERGENCIA



ADMINISTRACION DE MEDICACION



CURACION DE HERIDAS

