

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERIA**

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



**CUIDADO DE ENFERMERIA APLICADO A PACIENTE CON
FRACTURA EXPUESTA DE TIBIA Y PERONE ATENDIDO EN
EMERGENCIA DEL HOSPITAL “CARLOS MONGE
MEDRANO” NIVEL II – 2 JULIACA – 2017**

MONOGRAFIA

PRESENTADO POR:

INES MAMANI CARI

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

PUNO – PERU

2017



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERIA



UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

CUIDADO DE ENFERMERIA APLICADO A PACIENTE CON
FRACTURA EXPUESTA DE TIBIA Y PERONE ATENDIDO EN
EMERGENCIA DEL HOSPITAL "CARLOS MONGE
MEDRANO" NIVEL II - 2 JULIACA - 2017

MONOGRAFIA

PRESENTADO POR:
INES MAMANI CARI

PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:
EMERGENCIAS Y DESASTRES

APROBADO POR:

PRESIDENTE DE JURADO :
M.Sc. NELVA ENRIQUETA CHIRINOS GALLEGOS

PRIMER MIEMBRO :
Lic. BETTY APAZA CABRERA

SEGUNDO MIEMBRO :
Enf. MARIA DE LA PAZ CHOQUE DE CALMET

ASESOR Y DIRECTOR :
Enf. MARIA DE LA PAZ CHOQUE DE CALMET

AREA : EMERGENCIAS Y DESASTRES

TEMA : CUIDADO DE ENFERMERIA APLICADO A PACIENTE
CON FRACTURA EXPUESTA DE TIBIA Y PERONÉ

FECHA DE SUSTENTACION : 27/12/2017

INDICE

| | |
|---|----|
| Resumen..... | 5 |
| I. PRESENTACIÓN DE CASO | 7 |
| 1.1. Planteamiento del problema..... | 7 |
| 1.2. Justificación | 10 |
| 1.3. Objetivos | 12 |
| 1.3.1. Objetivo general | 12 |
| 1.3.2. Objetivos específicos:..... | 12 |
| II. REVISIÓN TEÓRICA..... | 13 |
| 2.1. Definición de fractura expuesta..... | 13 |
| 2.2. Proceso de atención de enfermería (pae) | 20 |
| 2.2.1. Objetivos del proceso de atención de enfermería..... | 21 |
| 2.2.2. Etapas del proceso de atención de enfermería..... | 21 |
| 2.3. Evaluación inicial del paciente | 30 |
| 2.3.1. Historia clínica..... | 30 |
| 2.3.2. Examen físico | 30 |
| 2.3.3. Estudio radiológico..... | 31 |
| 2.4. Procedimientos metodológicos..... | 32 |
| 2.4.1. Búsqueda de documentos | 32 |
| 2.4.2. Selección de documentos. | 33 |
| III. ANALISIS Y DISCUSIÓN | 37 |
| 3.1. Diagnósticos de enfermería: | 37 |

| | |
|---|----|
| 3.1.1. Valoracion | 37 |
| 3.2. Valoracion según patrones funcionales de salud | 44 |
| 3.2.1. Patron percepcion – control de la salud..... | 44 |
| 3.2.2. Patron perceptivo cognitivo..... | 44 |
| 3.2.3. Patrón autopercepción-autoconcepto..... | 44 |
| 3.2.4. Patron actividad – ejercicio | 44 |
| 3.2.5. Patron descanso – sueño | 45 |
| 3.2.6. Patrón de relaciones - rol (aspecto social)..... | 45 |
| 3.2.7. Patron nutricional metabolico..... | 46 |
| 3.2.8. Patrón de eliminacion | 46 |
| 3.2.9. Patrón de valores – creencias | 46 |
| 3.2.10. Patron de reproduccion..... | 46 |
| 3.3. Diagnosticos de enfermeria identificados | 46 |
| IV.S.O.A.P.I.E. | 54 |
| V.CONCLUSIONES. | 56 |
| VI.RECOMENDACIONES | 57 |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 58 |
| Anexos | 59 |

RESUMEN

La presente monografía titulada Cuidado de Enfermería aplicado a paciente con Fractura expuesta de tibia y peroné atendido en Emergencia del Hospital “Carlos Monge Medrano” Nivel II-2 Juliaca 2017; con el objetivo de determinar los cuidados de Enfermería del caso clínico del paciente con fractura expuesta de tibia y peroné de II° que acude al Servicio de Emergencia del Hospital “Carlos Monge Medrano” Nivel II-2 de Juliaca. La metodología aplicada fue cualitativa, que permitió analizar e interpretar el caso clínico desde el punto de vista del cuidado de Enfermería. Los resultados obtenidos durante el análisis de los datos obtenidos de la valoración del paciente con fractura expuesta de tibia y peroné de II, es incompleto, por tiempo insuficiente, escaso personal Enfermera y por la gran demanda de pacientes por ser un Hospital Referencial de la zona norte. La Planificación y Ejecución de Atención de Enfermería se realiza de acuerdo a la priorización de Diagnósticos de Enfermería. No se cuenta con Guías o Protocolos de Atención de pacientes con fractura expuesta. Considerando que el Proceso de Atención de Enfermería constituye una herramienta básica y primordial en la labor de la Enfermera, permitiendo prestar cuidados de Enfermería en forma racional, lógica y sistemática al paciente.

Palabras clave: Proceso de Atención de Enfermería. Fractura expuesta de tibia y peroné. Caso clínico.

MONOGRAFIA

**CUIDADO DE ENFERMERIA APLICADO A PACIENTE CON
FRACTURA EXPUESTA DE TIBIA Y PERONE ATENDIDO EN
EMERGENCIA DEL HOSPITAL “CARLOS MONGE MEDRANO”**

NIVEL II - 2 JULIACA 2017

I. PRESENTACIÓN DE CASO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una fractura es la pérdida de continuidad normal del sistema óseo, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso, ésta puede ser de dos tipos; expuestas o cerradas.

La fractura expuesta, es una herida que comunica el foco de fractura con el exterior, posibilitando a través de ella, el paso de microorganismos patógenos provenientes de la piel o el exterior, en la que los cuidados que realizan las Enfermeras y de las cuales depende en gran medida la evolución ideal y recuperación del paciente, de ahí la necesidad de contar con Enfermeras calificadas y de experiencia suficiente como para brindar el apoyo emocional necesario, llevar a cabo el cumplimiento de las indicaciones médicas y velar por el estricto cumplimiento de las medidas encaminadas a lograr resultados satisfactorios en el tratamiento.

La fractura de tibia y peroné es una de las lesiones más temidas, sobre todo, por la gravedad y el tiempo de recuperación tan amplio que sufre el lesionado. Estas lesiones tan traumáticas están causadas principalmente por golpes fortuitos de gran impacto. Las principales lesiones se dan por mecanismos de compresión, aceleración, desaceleración, con desgarros o arrancamientos. Como en los accidentes con automóviles poseen similares tipos de impactos, el principal aspecto negativo es que no tienen como los anteriores, protección por estructuras externas. Los principales mecanismos generadores de la lesión son colisiones frontales, laterales y por expulsión. Los traumatismos causados por este tipo de accidentes ocasionan la

muerte de aproximadamente 1,2 millones de personas al año y causan lesiones graves a una población comprendida entre 20 millones y 50 millones de personas cada año.

Un aspecto relevante de la problemática es vial, por el elevado aumento de la cantidad de motocicletas en el parque automotor, que se refleja en las cifras de accidentes en la vía pública: el 47% de ellos involucra a estos vehículos de dos ruedas a nivel mundial, en el Perú del 57.3% de muertes el 3.75% son por esta causa, a nivel local asciende al 14%. Esto se debe en gran medida al incumplimiento de las normas de tránsito, entre ellos el manejo en estado de ebriedad, excesiva velocidad y otros, aumentando el riesgo de este tipo de fracturas, que muchas veces no son atendidos oportunamente menos en forma adecuada por lo que aumentan las infecciones en primer lugar y otras complicaciones.

En el Hospital “Carlos Monge Medrano” mediante la observación y entrevistas realizadas a Enfermeras del Servicio de Emergencia, se obtuvo información similar a los encontrados en otros Hospitales como el manejo que se brinda a pacientes, que llegan al servicio de Emergencia, así mismo la falta de conocimientos científicos, habilidades, destrezas, infraestructura y equipamiento inadecuados del servicio, siendo factores que influyen en gran medida para que la Enfermera no brinde un adecuado manejo al paciente, por la poca importancia de las autoridades encargadas en potenciar el servicio para otorgar atención de calidad según los estándares internacionales.

Teniendo en cuenta estos hechos, es de vital importancia que las Enfermeras, cuenten con una preparación de calidad, para que a la hora de atender dicho suceso el paciente disminuya las secuelas y posibles complicaciones como amputación de la

extremidad, choque hipovolémico, infecciones, pérdida de la funcionalidad, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería.

Considerando que el enfoque del Proceso de Atención de Enfermería es un método científico, holístico, que permite a las Enfermeras prestar cuidados en forma racional, lógica y sistemática, la presente monografía, tiene por finalidad aplicar el proceso de atención de enfermería en un paciente que ingresó al Servicio de Emergencia con un diagnóstico médico de Fractura de tibia y peroné izquierda expuesta de II°.

En el caso clínico, motivo de la presente monografía, se aplica las cinco fases del Proceso de Atención de Enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

En la fase de valoración, se aplicaron dos técnicas: El instrumento de recolección de datos (Entrevista, en la que se recolecta datos subjetivos aportados por el mismo paciente o familiar del paciente) y el examen físico (Datos objetivos)

Como resultado de la valoración se realizó el análisis de los datos significativos detectando problemas presentes y posibles problemas llegando a la fase de formulación de los diagnósticos de enfermería, que conlleva a planificar y ejecutar las actividades necesarias para contribuir al mejoramiento del estado del paciente.

Finalmente, en la fase de evaluación se realizó la medición de los resultados obtenidos con la interacción del paciente y familiares, trabajando conjuntamente para lograr los objetivos propuestos.

1.2. JUSTIFICACIÓN

En vista del aumento en el número de los accidentes de tránsito, analizamos las cifras y los porcentajes de los traumas que más se presentan en el Hospital “Carlos Monge Medrano” Nivel II - 2, los resultados nos muestran que una de las lesiones más frecuentes vehículos de dos ruedas son las fractura expuestas de tibia y peroné, no siempre contando con la atención oportuna por falta de personal e insumos.

Considerando la magnitud del problema, la presente monografía tiene el propósito de describir los cuidados de enfermería sistematizada en un caso clínico de fractura expuesta de tibia y peroné de II atendido en el Hospital “Carlos Monge Medrano” en el mes de octubre 2017.

Las fracturas expuestas de la tibia y peroné, ocupan el primer lugar entre las lesiones traumáticas expuestas del esqueleto, con una frecuencia de 6.5%, del total de fracturas (30.5%), según reportes estadísticos del año 2016 del Hospital “Carlos Monge Medrano”. La localización subcutánea de la tibia hace que sea más vulnerable a los traumas directos, resultando con frecuencia en fracturas expuestas y daño extenso de tejidos blandos.

La información que se detalla en la monografía será un aporte de vital importancia para las Enfermeras especialistas de Emergencias y Desastres, ya que les permitirá tener mayor conocimiento sobre los cuidados adecuados que requiere un paciente con fractura expuesta de tibia y peroné a través del Proceso de Atención de Enfermería y aplicación de guías o protocolos, con fines de brindar atención oportuna y de calidad, ya que son ellas las que tienen el primer contacto con el

paciente y en gran medida de ellas depende una buena recuperación y así lograr disminuir posibles secuelas y complicaciones a futuro.

Por esta razón se enfoca en este tipo de lesión, ya que la Enfermera tiene la obligación de tomar decisiones acertadas a través del Proceso de Atención de Enfermería, pensando siempre en el mejor beneficio para el paciente, ya que estos son la razón fundamental de nuestra profesión.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los cuidados de enfermería del paciente con fractura expuesta de tibia y peroné que acude al Servicio de Emergencia del Hospital “Carlos Monge Medrano” 2017.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Valorar al paciente de Emergencia con Fractura expuesta de tibia y peroné.
- Formular los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas y necesidades de salud detectadas.
- Planificar el cuidado de enfermería para solucionar y disminuir los problemas de salud detectados.
- Ejecutar las acciones de enfermería planificadas.
- Evaluar los resultados de la respuesta del paciente frente a las acciones ejecutadas.

II. REVISIÓN TEÓRICA

2.1. DEFINICION DE FRACTURA EXPUESTA

Las fracturas expuestas o abiertas son una patología muy frecuente del sistema musculo esquelético. Entiéndase por fractura abierta la solución de continuidad del sistema óseo, en la cual el foco de la fractura se comunica con el ambiente exterior a través de una herida. Es resultado de traumatismos de alta energía, lo que implica grado variable de lesión de partes blandas y de estructuras óseas, que lleva a desvascularización con riesgo de necrosis de los tejidos.

La fractura de tibia, es aquella que se produce entre dos líneas imaginarias, la superior coincidente con el plano diáfiso -metafisiario proximal. La inferior con el plano diáfiso -metafisiario distal. Siendo la más común la fractura expuesta diafisiaria tibial.

Constituyen una urgencia quirúrgica por su alto riesgo de complicaciones La tibia es el lugar de localización más frecuente de este tipo de fracturas.

El peroné se sitúa de forma paralela a la tibia y es más delgada que esta. A diferencia de la tibia, el peroné no soporta peso y no toma parte en la articulación de la rodilla.

ANATOMÍA DE TIBIA Y PERONÉ

La localización anatómica de la tibia y su poco recubrimiento con tejidos blandos la hacen mucho más susceptible a las lesiones y a su vez el peroné por ser delgado y más pequeño. Los 5 cm proximales y distales de la tibia son la metafisis, la diáfisis de la tibia es triangular en la sección transversal. Una función muy

importante de la tibia consiste en fijar la musculatura que controla el movimiento del tobillo y del pie. Está en relación estrecha con el peroné por medio de la articulación tibioperonea próxima, esta le confieren mayor estabilidad biológica. El cuerpo del peroné es largo y delgado, y tiene superficies anterior, posterior y lateral, separadas por bordes anterior, posterior y medial.

La tibia tiene una arteria nutricia única que penetra por su tercio medio, a nivel del tercio distal no hay inserciones musculares, los vasos periostales son escasos y en el fragmento distal de la tibia queda con un aporte vascular muy precario. Por todo esto es importante conocer la anatomía, ya que ésta nos ayuda a identificar el tipo de lesión, el compromiso y cómo enfocar el manejo.

FISIOLOGIA

La acción de los músculos de la pierna es muy poderosa. En caso de fracturas de rasgo oblicuo o helicoidal (inestables), los músculos ejercen una acción contracturante intensa (difícil reducción y extremadamente inestables). La membrana ínter ósea, fuerte septum fibroso, fija a la tibia y peroné desde sus extremos superior al inferior, le confiere una fuerte fijeza a los fragmentos de fractura, limitándose su desplazamiento axial y lateral.

EPIDEMIOLOGIA

Las fracturas expuestas a nivel mundial se presentan con mayor frecuencia en pacientes varones que se encuentran entre las edades 26 – 30 años. Las estadísticas reportan que aproximadamente un 30% de estas lesiones se presentan en pacientes politraumatizados y que la tibia es el hueso que con mayor frecuencia se compromete (30-50%).

Las fracturas abiertas suponen un 6,5% del total de fracturas que afectan a la tibia y el peroné. De ellas, la más frecuentemente observada es la de diáfisis tibial (21,6% son abiertas) coincidiendo con el nivel local.

Las causas más frecuentes de la fractura expuesta de tibia y peroné son:

- Edad del adulto.
- Caídas peligrosas.
- Osteoporosis
- Choques automovilísticos
- Deportes de mucho esfuerzo y agresividad.

Los accidentes de tránsito, en especial los relacionados con motocicletas, son actualmente la primera causa de lesiones complejas en los miembros inferiores representan aproximadamente el 59%, en segundo lugar, lo ocupa los accidentes laborales 24.5% y las caídas se correlacionan con un 16.3%.

La multitud de estructuras anatómicas que pueden verse implicadas hace que este tipo de lesiones, y en particular las que comprometen el tercio distal de la pierna, precisen de una valoración detallada junto a un tratamiento intensivo y multidisciplinario.

CLASIFICACIÓN DE FRACTURAS:

Existen varios tipos de clasificación, entre ellos:

Clasificación de Gustillo (Para fracturas abiertas)

Tipo I : Herida menor de 1 cm, con fractura de baja energía

Tipo II: Herida de 1 a 10 cm, con fractura de mayor energía

- Tipo III: Herida mayor de 10 cm, con fractura de alta energía.
- Tipo IIIA : Buena cobertura cutánea.
- Tipo IIIB : lesión extensa en partes blandas o contaminación masiva.
- Tipo IIIC : Lesión vascular que requiere reparación.

Clasificación de Ruiz:

- I : Herida limpia menor al diámetro del hueso fracturado
- II : Herida limpia mayor al diámetro del hueso fracturado.
- IIIA1 : Potencialmente contaminada
- IIIA2 : Trazo complejo
- IIIA3 : Herida contaminada.
- IIIB : Lesión en partes blandas.
- IIIC : Reparación vascular.
- IIID : Amputación traumática

Para el manejo que da la Enfermera en el Servicio de Emergencia, lo más importante es hacer énfasis en dos clasificaciones que son: De acuerdo a la exposición, y de acuerdo a la ubicación en el hueso.

De acuerdo a la exposición:

Cerrada: Si la punta de la fractura no se asocia a ruptura de la piel, o si hay herida esta no comunica con el exterior.

Abierta o expuesta: Si hay una herida que comunica el fondo de fractura con el exterior, posibilitando a través de ella el paso de microorganismos patógenos provenientes de la piel o del exterior.

De acuerdo a la ubicación en el hueso:

Fractura epifisiaria: Ocurre en el tejido óseo esponjoso del extremo articular de un hueso, la epífisis, usualmente lugar de inserción de la capsula articular y ligamentos estabilizadores de la articulación

Fractura diafisiaria: Ocurre en la diáfisis ósea, muchas veces son lugares con poca irrigación sanguínea.

Fractura metafisiaria: ocurre en la metáfisis ósea, usualmente muy bien irrigada.

Las fracturas expuestas de tibia y peroné que se presenta más comúnmente en accidentes de tránsito son las diafisiarias, dependiendo del tipo de energía, pueden ser; Baja energía se presenta con poco desplazamiento y alta energía presentan gran compromiso de los tejidos blandos y neurovascular.

SINTOMAS

- Sangrado en zona fracturada
- Dolor intenso
- Crepitación
- Deformidad
- Impotencia funcional

TRATAMIENTO DE URGENCIA

- Reducción abierta o cerrada de la fractura.
- Artroplastia o sustitución total de la articulación.
- Analgésicos, opiáceos, sedantes, antibióticos, relajantes musculares.

- Aplicación de escayolas, tracciones, férulas.
- Aplicación de hielo.
- Reposo en cama en posición específica.
- Dieta, actividad, reposo, restricciones de movimiento.
- Observar las articulaciones distales y proximales de la fractura en la misma placa.
- Puede ser necesario estudios especiales para diagnosticar una complicación.

COMPLICACIONES

En este tipo de lesión las complicaciones que se presentan son: shock, síndrome de aplastamiento, trombosis venosa y embolia pulmonar, tétanos, gangrena gaseosa, embolia grasa, infección, retardo en la consolidación o no unión, unión defectuosa, trastorno del crecimiento, necrosis vascular, lesión vascular, lesión nerviosa, miosítisoficante, rigidez articular, síndrome compartimental, entre otras. Entre las más importantes están consideradas:

Infección

La osteomielitis de la tibia y la no unión infectada son las principales complicaciones de las fracturas de la tibia; las infecciones son más frecuentes en las fracturas de alta energía, abiertas, con compromiso de tejidos blandos; su tratamiento se realiza con antibióticos.

Retardo en la consolidación

Los índices de pseudoartrosis son altos (Del 6 al 41%) y estarían relacionados con la gravedad de la lesión y la calidad de la reducción conseguida. Se dice que no hay unión si en un periodo de 9 meses no se ha logrado la consolidación; Si a los 3

meses no hay actividad biológica se considera una no unión en evolución que debe ser intervenida. Clínicamente el retardo en la consolidación se puede caracterizar por dolor y movimiento en el foco de la fractura y radiológicamente se puede notar la usencia de callo óseo y la persistencia de la línea de la fractura Se puede dar por: Aporte insuficiente de sangre, la infección, las férulas inadecuadas y la tracción excesiva.

Trombosis venosa y embolia pulmonar

Es más frecuente especialmente en personas de edad avanzada y en pacientes que necesitan una inmovilización prolongada. Es típico el dolor a la flexión dorsal del pie (Signo de Homans). Se realiza un tratamiento con anticoagulantes si ya se ha producido la embolia pulmonar (Heparina IV 10.000 unidades cada 6 horas y Warfarina oral 30 a 40 mg).

Se recomienda la utilización de medias anti edemas.

Síndrome compartimental

Se da por un incremento en la presión intracompartimental causado por la hemorragia o el edema de los tejidos que van ocluyendo la microvasculatura hasta producir un dolor que no mejora con analgésicos, dolor al realizar movimientos de los dedos, especialmente en el primer dedo, parestesias. La pronta liberación del retináculo extensor es el tratamiento definitivo. Se deben hacer fasciostomías y aplicar medidas anti edema.

Gangrena

Se debe a una infección, por baja tensión de oxígeno, el origen más importante de la infección asiente en una herida sucia con músculos desvitalizados, que se ha cerrado sin desbridarla de modo suficiente.

El paciente es aquejado de dolor y tumefacción intensos alrededor de la herida y puede verse un exudado. - Debe haber una reposición de líquidos y antibióticos por vía intravenosa, se recurre al oxígeno hiperbárico para limitar la diseminación de la gangrena. Lo más importante es descomprimir la herida y extraer todos los tejidos necrosados.

2.2. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (PAE)

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a las Enfermeras prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, dinámica, homogénea, lógica y sistemática.

Se considera el Proceso de Atención de Enfermería como la base del ejercicio de la profesión Enfermeras, ya que es la aplicación del método científico a la práctica, el método por el que se aplican los conocimientos a la práctica profesional.

La práctica de los cuidados ha ido cambiando a lo largo de la historia; ha pasado de ser considerado como un arte, a desarrollar un marco conceptual propio. Los cuidados de enfermería han tenido un importante desarrollo en los últimos años con el establecimiento de Procedimientos, Protocolos y Planes de Cuidado.

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

2.2.1. OBJETIVOS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

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

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

2.2.2. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Los siguientes son los pasos o etapas del Proceso de Atención de Enfermería:

1. Valoración

La valoración consiste en recolectar y organizar los datos obtenidos de diferentes fuentes (Primarias y secundarias) que conciernen a la persona, familia y entorno con el fin de identificar las respuestas humanas y

fisiopatológicas. Son la base para las decisiones e intervenciones posteriores.

Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes.

La Enfermera debe llevar a cabo una valoración de enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, basado en una Teoría de Enfermería: Por patrones funcionales (M. Gordon), por necesidades básicas (V. Henderson).

Según Tomás Vidal (1994), la valoración mediante patrones funcionales y por necesidades básicas es complementarias, ya que los diagnósticos de enfermería ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, confirmando la carencia de las necesidades básicas.

La piedra angular del trabajo enfermero es la valoración de enfermería, ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas, y así poder realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas.

Esta valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada usuario es una persona autónoma que va a interactuar con el ambiente de forma diferente.

Debido a esto, la valoración debe ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases de proceso enfermero, diagnosticando, planificando,

interviniendo y evaluando, dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentre el paciente.

Llevar a cabo el proceso de valoración enfermera implica, desde el inicio de éste, la toma de decisiones importantes: qué información es relevante, qué áreas son de nuestra competencia, cuál debe ser el enfoque de nuestra intervención, etc.; decisiones que, sin duda, están influidas por los conocimientos, las habilidades, valores y creencias de quién lleve a cabo la valoración.

Además, la valoración no sólo debe estar orientada a la determinación de la situación de salud, problemática o no, que estén viviendo las personas, sino al modo de responder, de actuar, de comportarse,... ante ésta.

Independientemente del modelo de valoración que utilicemos, el objetivo perseguido y los resultados que queremos obtener, deben ser los mismos elaborando un sistema que reúna y unifique todas las posibilidades de valoración existente, o al menos, las más conocidas; con la finalidad de conseguir un lenguaje unificado y estandarizado del que todos formemos parte tanto para su uso, como para su construcción.

2.Diagnóstico

Según Marjory Gordon (1990), un diagnóstico de enfermería es un «problema de salud real o potencial que los enfermeros, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar». Los diagnósticos de enfermería son, por lo tanto, problemas que pueden

prevenirse, resolverse o reducirse, mediante actividades independientes de enfermería.

La definición propuesta por la AENTDE (mayo de 2001) es la siguiente: «Juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/problemas de salud reales o potenciales, que el enfermero identifica, valida, y trata de forma independiente».

El diagnóstico enfermero o diagnóstico de Enfermería constituye la segunda etapa del proceso de enfermería, en la que se analizan los datos recogidos del paciente o cliente con la finalidad de identificar los problemas que constituirán la base del plan de cuidados.

Los diagnósticos de enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados.

Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencias.

El propósito de esta fase es identificar los problemas de enfermería del paciente. Los diagnósticos de enfermería están siempre referidos a respuestas humanas que originan déficits de autocuidado en la persona y que son responsabilidad del Enfermero o Enfermera que pueden ser reales o potenciales.

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

El diagnóstico, siempre es la consecuencia del proceso de valoración y es la suma de datos ya confirmados y del conocimiento e identificación de necesidades o problemas.

Los diagnósticos se organizan en sistemas de clasificación o taxonomías diagnósticas. Aunque consideramos que la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) son los de mayor aceptación, existen otras taxonomías:

OMAHA: de bastante utilidad para las enfermeras comunitarias.

CAMPBELL: contiene diagnósticos enfermeros, diagnósticos médicos y diagnósticos duales.

3. Planificación

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del individuo sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del individuo enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Consta de cuatro etapas:

Establecimiento de prioridades, con base en la jerarquía de Kalish o la de Maslow.

- Elaboración de objetivos.
- Desarrollo de intervenciones de enfermería.
- Documentación del plan.

Plan de cuidados de enfermería

“Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”.

Con las guías estandarizadas se ofrece una propuesta destinada al uso clínico, con un enfoque basado en el razonamiento a partir de los elementos del diagnóstico conjugándolo con la NIC-NOC, generados con las propuestas de enfermeros y sometidos a validación de contenido por consenso de expertos dentro de la Institución.

El cuidar es una actividad inherente al ser humano desde que ésta existe, es un factor relevante que con el paso del tiempo ha sido convertida en una actividad exclusiva de un gremio, que al principio llamaron “oficio” pero que se ahora conoce como “profesión de enfermería”.

Algoritmos en la intervención de enfermería

La institucionalización de los algoritmos de Intervención de enfermería permitirá orientar la práctica del personal de enfermería durante su desempeño laboral para mejorar la calidad del cuidado y los servicios de salud prestados.

En la actualidad existe referencia electrónica y bibliográfica extensa de las guías clínicas y algoritmos encaminados a orientar el diagnóstico oportuno y tratamiento médico de las enfermedades más comunes, no así de la gestión de cuidado de enfermería, lo cual constituye un retroceso en su

práctica profesional al no contar con un instrumento en el cual plasmar la evidencia de la calidad de sus decisiones.

El marco conceptual de Henderson, en combinación con la NANDA, aporta elementos racionales y reproducibles a la hora de la toma de decisiones.

4. Ejecución

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico.

La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo los cuidados de enfermería.

Sistema de clasificación de la práctica de enfermería en urgencias

La clasificación determina una toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente con relación a su estado de salud, adecuando esa toma de decisiones a las capacidades del servicio y de respuesta material y humana que presenta cada unidad asistencial. La clasificación se hará en función de los síntomas y manifestaciones subjetivas del paciente, o acompañante, en áreas de una priorización en la atención médica y de cuidados enfermeros.

En la RAC (sistema hospitalario de recepción, acogida y clasificación de pacientes) se iniciará la prestación de cuidados inmediatos ofreciendo un abordaje integral de la persona en cuanto a manifestaciones físicas, emocionales y cognitivas.

En cuanto a la escala empleada para clasificar asignando una prioridad en la atención, la bibliografía recomienda expresamente que se utilice un sistema con solvencia acreditada, citando como ejemplo el canadiense, australiano o Manchester, desaconsejando la utilización de aquellos que sean desarrollados localmente sin haber sido validados correctamente. La mayoría de estas escalas de clasificación hacen mención de 4 o 5 niveles de prioridad en los que prima la atención médica.

Ejemplo de escala de prioridad:

- Nivel 1.- Resucitación.
- Nivel 2.- Emergencia.
- Nivel 3.- Urgente.
- Nivel 4.- Semiurgente.
- Nivel 5.- No urgente.

5. Evaluación

La evaluación es la fase final del proceso de enfermería y se produce siempre que el profesional de enfermería interacciona con el paciente.

En la fase de evaluación se compara los resultados obtenidos con los objetivos planteados para verificar si se ha realizado un buen plan de cuidados para con el paciente.

El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar.

Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, así el proceso se reiniciará otra vez.

2.3. EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

2.3.1. Historia clínica

Los datos significativos de la fractura expuesta de tibia y peroné que se debe considerar en la Historia Clínica son:

Cuando ocurrió el accidente:

Para evitar complicaciones la atención de una fractura expuesta debe ser entre las 6 u 8 horas después del trauma.

Cómo ocurrió el trauma:

Las principales lesiones se dan por mecanismos de compresión, aceleración, desaceleración, con desgarros o arrancamientos. Como en los accidentes con automóviles poseen similares tipos de impactos, el principal aspecto negativo es que no tienen como los anteriores, protección por estructuras externas. Los principales mecanismos generadores de la lesión son colisiones frontales, laterales y por expulsión.

2.3.2. Examen físico

La atención de estos pacientes debe ser lo más oportuna, eficiente y efectiva, considerándose, los puntos básicos del examen físico:

- Valoración de los Signos vitales
- Evaluación neurológica
- Evaluación del sangrado
- Gravedad de la lesión y otros traumas.

Signos vitales: En las fracturas expuestas de tibia y peroné de II°, existe alteración de los signos vitales por la pérdida sanguínea, presentándose hipotermia, taquicardia, hipotensión arterial y polipnea.

Evaluación neurológica

A través de la escala de Glasgow y evaluar el estado de conciencia del paciente.

La evaluación del sangrado y la gravedad de la lesión traumática en este caso clínico, nos induce a realizar la priorización de los problemas y necesidades detectados y aplicar las intervenciones de la Enfermera de acuerdo al Proceso de Atención de Enfermería y Guías y Protocolos existentes.

2.3.3. Estudio radiológico

Placa grande (30 x 40 cm), incluyendo por lo menos una articulación (rodilla o tobillo) e idealmente las dos, antero-posterior y lateral.

- La semiología radiográfica permite investigar:
- Estado biológico del esqueleto.
- Nivel de la fractura.
- Anatomía del rasgo: único, múltiple, conminación, dirección, forma, etc.
- Compromiso de la tibia y peroné.
- Desviación de los fragmentos.

- Rasgo en ala de mariposa, que configura un tercer fragmento
- El riesgo de exposición es inminente.
- Fractura segmentaria: Doble foco de fractura, proximal y distal.

Es esperable que uno de los focos (frecuentemente el distal), haga un retardo de consolidación.

2.4. PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS

La metodología a seguir para la elaboración de la presente monografía es la revisión ordenada de forma descriptiva sobre bases teóricas del manejo de pacientes con Fractura Expuesta de Tibia y Peroné, datos estadísticos de la realidad mundial de algunos países, en nuestro país y en nuestra localidad.

2.4.1. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS

Para la presente monografía se realizó la búsqueda de material bibliográfico en base de datos:

Ugalde M, Rigoli A. Diagnósticos de enfermería Taxonomía NANDA, traducción, revisión y comentarios; Editorial Masson S.A. Sexta edición: 2014 – 2016 SciELO.isciii.es/scielo.php

Datos estadísticos de la oficina de Estadística e informática del Hospital “Carlos Monge Medrano” Nivel II-2, 2016.

2.4.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS.

De acuerdo a estudios realizados en el Hospital Universitario de Madrid, Servicio de Emergencias, se concluye que la enfermera de Emergencia, detecta necesidades desde el primer contacto con el paciente, y esto incluye las derivadas de la valoración de la situación familiar.

Actualmente se realizan multitud de intervenciones al respecto (apoyo a la familia y al cuidador principal, asesoramiento, apoyo emocional...) que no quedan reflejadas adecuadamente por diferentes factores (falta de personal, elevada presión asistencial, desconocimiento de la taxonomía, déficit en registros informáticos, etc.).

Es muy importante mantener informados con respecto a su proceso tanto a los pacientes como a los familiares, ya que el desconocimiento es uno de los principales causantes de la ansiedad. Uno de los problemas principales desde la subjetividad del paciente es el dolor. En muchos casos, la falta de control del mismo supone una barrera en la correcta asistencia sanitaria.

En el Perú, el Hospital Santa Rosa en el marco de los Lineamientos de Políticas Sectoriales y en cumplimiento de su función de prevención, rehabilitación y recuperación de la salud de los pacientes, facilita los instrumentos Técnicos Normativos de cumplimiento en la institución.

Las Guías Atención del Departamento de Enfermería, entre ellas las guía de atención de Enfermeras a pacientes con fractura expuesta de tibia y peroné son de suma importancia, debido a que aquí están implícitas las atenciones básicas que la enfermera del Departamento debe realizar a la hora de la práctica,

y es por esta misma razón por la que se han elaborado, para que el personal tenga una guía de consulta en el desarrollo de sus funciones así como para todo personal nuevo que se incorpore al Departamento.

Igualmente la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el Hospital de Chancay desde el año 2013, en pacientes con Fracturas expuestas de tibia y peroné de acuerdo a un plan de cuidados de enfermería, permite brindar atención eficaz, eficiente y oportuna, desde un aspecto físico, psicológico y espiritual, llevando al paciente de un estado de malestar general, a un estado de bienestar, que si bien no es total, si con la mejor calidad de vida posible.

En el estudio sobre manejo de fracturas expuestas de extremidades en pacientes atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Regional de Loreto. Julio 2014 – Junio 2015; se encontró que el promedio general de edad de los pacientes con fracturas expuestas atendidos es de 38.9 años, con rango de edad de 15 a 86 años, siendo el grupo de edad más frecuente de 15-35 años con un 50.9% (55 pacientes) población que es económicamente activa, predominio del sexo masculino con 76.9% (83 pacientes) sobre el género femenino 23.1% (25 pacientes), en una relación de 3 a 1, la incidencia del estudio está en relación con estadísticas nacionales e internacionales que afectan a la población menor de 40 años de edad.

Así como el aumento notable en la causa de la fractura por accidentes de tránsito con 40.7%, sobre todo con motocicletas lineales, las fracturas expuestas de extremidades se localizaron con mayor frecuencia en la tibia y peroné con 18.5% (20 pacientes), como se observa a nivel local que suponen un 6.5% de fracturas expuestas de tibia y peroné, cuya región anatómica esta en relación con

actividades de los pacientes. Igualmente la estabilización de la fractura con 100%, en concordancia con estudios actuales que indican que el tratamiento inicial debe realizarse dentro de las primeras seis horas con la estabilización inmediata, la larga estancia hospitalaria se relaciona con el mayor porcentaje de fracturas expuestas en huesos grandes como tibia, peroné y húmero, que en muchos casos el tratamiento consistió en la limpieza exhaustiva e inmovilización con férula.

En el manejo de las fracturas expuestas de extremidades intervienen múltiples factores en los cuales se incluyen condiciones extra hospitalarias (demora en el traslado del paciente), e intrahospitalarias (condición socioeconómica, sobresaturación del servicio de emergencia, factores administrativos), que pueden influenciar en el tratamiento adecuado del paciente, el mayor porcentaje de fracturas expuestas de extremidades son del grado III con el 68.9% (71 pacientes), que se localizaron en los huesos largos, seguidas del grado II con el 32.4% (35 pacientes) y el grado I con el 1.9% (2 pacientes); el 100% de los pacientes con fracturas expuestas recibieron tratamiento médico con antibioticoterapia, analgésicos, antisépticos tópicos e inmovilización, y el manejo quirúrgico más frecuente fue limpieza quirúrgica con el 64.8% (70 pacientes) seguidas por la colocación de clavos endomedulares con el 31.5% (34 pacientes); en el 100% de las fracturas expuestas no se tomó muestra para cultivo, que es básico para completar el tratamiento adecuado de estas fracturas, ya que a pesar de que se instaure antibiótico profilaxis, existen muchos microorganismos que provocan resistencia a determinados antibióticos.

En el Hospital “Carlos Monge Medrano” en el momento de la atención del paciente realizada en el Servicio de Emergencia, se observó atención similar a

los de otros Hospitales como: el manejo que se brinda a pacientes que llegan al servicio de Emergencia, Personal Enfermeras insuficiente, no se dispone de Guías o Protocolos de Atención a pacientes con fractura expuesta, desconocimiento científico y de actualización en atención de paciente con fracturas expuestas así como habilidades y destrezas no desarrolladas en personal nuevo, estudiantes de ciencias de la salud, internos de medicina, enfermería, infraestructura y equipamiento del servicio inadecuados, siendo factores que influyen en gran medida para que la Enfermera no brinde un adecuado manejo al paciente, por la poca importancia de las autoridades encargadas en potenciar el servicio para otorgar atención de calidad según los estándares internacionales.

III. ANALISIS Y DISCUSIÓN

PROCESO DE ENFERMERIA APLICADO AL CASO CLINICO DEL PRIMER
DIA DE ATENCION (A LA LLEGADA A EMERGENCIA)

3.1. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

3.1.1. VALORACION

DATOS GENERALES

Nombre : E.T.A.
Sexo : Masculino
Edad : 35 años
Fecha de nacimiento : 24/07/1982
Procedencia : Juliaca
Dirección : Jr. Progreso s/n
Fuente de información : Directo y familiares
Ocupación : Albañil
Estado Civil : Conviviente
Religión : Católica

DATOS CLINICOS

Servicio : Emergencia
Historia Clínica : 485535

Fecha de ingreso : 08/10/17 Hora: 08:30am

Fecha de valoración : 08/10/17 Hora: 08:35am.

Diagnóstico Médico : Fractura expuesta de tibia y peroné izquierda II

MOTIVO DE CONSULTA.

Paciente es traído por personal de serenazgo, luego de sufrir accidente de tránsito en moto lineal, refiere que bebió bebidas alcohólicas, condujo su moto y se descarrila, no pierde la conciencia pero siente dolor y sangrado en pierna izquierda y no poder caminar. Ingresa al servicio de Emergencia en camilla acompañado por personal de serenazgo, en aparente regular estado general, LOTEPE, aparentemente regular estado de nutrición y aparente regular estado de hidratación, conjuntivas rosadas, pupilas isocóricas, fotoreactivas, herida y hematoma en labios y encías, piel pálida, cara izquierda y en fosas nasales con excoriaciones, miembro inferior izquierdo con herida de aproximadamente 6 cm, heridas de aproximadamente 2 cm en rodilla izquierda y excoriaciones en rodilla derecha.

Funciones biológicas

Apetito : Conservado

Sed : Aumentada

Sueño : Conservado

Deposición : Conservado

Micción : 100cc por hora

ANTECEDENTES PERSONALES.**HABITOS NOCIVOS.**

Café : No refiere

Alcohol : No refiere

Tabaco : No refiere

Estupefacientes : No refiere

FISIOLOGICOS.

Inmunizaciones : se desconoce

Desarrollo psicomotor : De acuerdo a la edad

PATOLOGICOS Y QUIRURGICOS.

Hospitalizaciones : No

Tuberculosis : No

HTA : No

Intervenciones quirúrgicas : No

SOCIOECONOMICOS.

Vivienda : Material adobe

Agua, desagüe, luz : Si

Eliminación de basura : A la intemperie

EXAMEN FÍSICO**ASPECTO GENERAL**

| | |
|--------------------|--------------|
| Estado general | : AREG |
| Estado nutricional | : AREN |
| Estado hidratación | : AREH |
| Llenado capilar | : 2 segundos |

SIGNOS VITALES

| | |
|-------------------|--------------|
| T° | : 36.0°C |
| FC | : 100 x´ |
| FR | : 26x´ |
| P/A | : 90/60 mmHg |
| SatO ₂ | : 85% |

ANTROPOMETRIA.

| | |
|-------|-----------|
| Peso | : 75 kg |
| Talla | : 1.67 cm |
| IMC | : 26.89 |

IMC = peso (Kg)/estatura (m²). Se considera que una persona es obesa si su IMC es superior a 30.

EXPLORACION FISICA.

Aspecto general

Piel : Ligera palidez, con escoriaciones en cara izquierda, excoriaciones en miembros superiores e inferiores.

Cabello : Bien implantado, con presencia de hematoma parietal izquierdo.

Ojos : Pupilas isocóricas, fotoreactivas, conjuntivas rosadas.

Oídos : Permeables, pabellón orbicular de buena implantación.

Nariz : Fosas nasales con excoriaciones

Boca : Labios y encías con heridas y hematoma interna

Cuello : Cilíndrico móvil, no se palpa adenopatías.

Tórax : Simétrico, con pequeñas escoriaciones.

Corazón : Ruidos cardiacos aumentados, no soplos.

Pulmones : Murmullo vesicular presentes en ambos campos pulmonares.

Abdomen : Blando depresible con ruidos hidroaéreos presentes.

Extremidades : Superiores contusiones y escoriaciones en codo izquierdo y manos derecha e izquierda. Inferior izquierda con sangrado profuso, doloroso a la palpación en los 2/3 superiores, con presencia de herida de

aproximadamente 6 cm., herida de 2 cm de forma redonda en rodilla izquierda y excoriaciones en rodilla derecha.

Neurológico : LOTEP, escala de Glasgow = 15/15 (AO=4, RV=5, RM=6).

EXÁMENES AUXILIARES

Estudios de laboratorio

Hemograma

| Descripción del examen | Valores encontrados | Valores normales | Interpretación |
|------------------------|---------------------|-------------------------------|----------------|
| Glóbulos blancos | 18.96 x 10 x 3/ul | 5.000 – 10.000 x 10 x 3/ul | Aumentado |
| Neutrófilos | 92.3 % | 50 – 70% | Aumentado |
| Linfocitos | 3.0 % | 20 – 40% | Disminuido |
| Monocitos | 2.6 % | 3 – 12% | Disminuido |
| Eosinófilos | 2.0 % | 0.5% - 5.0 | Normal |
| Glóbulos rojos | 5.42 x 10 x 6/ul. | 3.5 – 5.5 x 10 x 6/ul | Normal |
| Hemoglobina | 14.6 g/dl | 11 – 16 g/dl | Normal |
| Hematocrito | 44% | 37 – 54 % | Normal |

Fuente: Servicio de Laboratorio Hospital “Carlos Monge Medrano”

En los resultados obtenidos de laboratorio se observa que hay aumento de leucocitos, neutrófilos, que entre otras causas puede deberse a daño en los tejidos, inflamación o infección; así como al estrés emocional debido por ejemplo al dolor, por la función de defensa del organismo.

Examen bioquímico

| Descripción del examen | Valores encontrados | Valores normales | Interpretación |
|------------------------|---------------------|------------------|----------------|
| Urea | 19 mg/dl | 7 – 20 mg/dl | Normal |
| Creatinina | 1.0 mg/dl | 0.6 – 1.5 mg/dl | Normal |
| Glucosa | 123 mg/dl | 70 – 110 mg/dl | Elevada |

Fuente: Servicio de Laboratorio Hospital “Carlos Monge Medrano”

En el examen bioquímico se observa glucosa elevada, que es un factor importante para desarrollar diabetes, si no es controlada.

La hiperglicemia es el exceso de azúcar (glucosa) en la sangre...La insulina es una hormona que produce el páncreas y es responsable de mantener los niveles “normales” de azúcar en la sangre. Se recomienda un nivel de glucosa de menos de 180 mg/dl después de una comida y de 90-130 mg/dl antes de la comida.

Indicaciones terapéuticas:

Dieta blanda

CINa 9%o 1000 cc a XXX gotas x´.

Omeprazol 40 mg EV c/24 h

Ceftriaxona 1 gr. E.V.c / 12 Hrs.

Amikacina 500 mg. E.V. c / 12 Hrs.

Ketorolaco 60 mg. E.V. c / 8 Hrs.

Vacuna antitetánica (Tetanogamma) I.M.

3.2. VALORACION SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

3.2.1. PATRON PERCEPCION – CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas:

Hipertensión arterial : No

Intervención quirúrgica : No.

Estado de higiene : AMEG.

Diagnóstico médico : Fractura expuesta de tibia y peroné izquierdo de II grado.

3.2.2. PATRON PERCEPTIVO COGNITIVO

Lucido, orientado en tiempo espacio y persona.

Dolor de acuerdo a la escala numérica : 8, en miembro inferior izquierdo.

3.2.3. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y ESTRÉS

Estado emocional : Ansioso, irritable, preocupado por situación de salud.

3.2.4. PATRON ACTIVIDAD – EJERCICIO

Actividad respiratoria:

Ruidos respiratorios : Normales

Frecuencia respiratoria : Aumentada: 26 x'

| | |
|-------------------------------------|---|
| SatO ₂ | :85% |
| Actividad circulatoria: | |
| Pulso | : 100 x´ |
| Hematoma | : En rodillas y pierna izquierda |
| Extremidades Superiores | : Derecha e izquierda, con excoriaciones a nivel de codo y manos. |
| Catéter venoso periférico | : Se instala en miembro superior derecho el 08-09-2017. |
| Extremidad inferior izquierda | : Herida sangrante de aproximadamente 6 cm a nivel de tibia y peroné. |
| Extremidad inferior derecha | : Herida de aproximadamente 2 cm. en rodilla izquierda |
| Ejercicio capacidad de auto cuidado | : Dependiente parcial |

3.2.5. PATRON DESCANSO – SUEÑO

Problemas para dormir por el dolor.

3.2.6. PATRÓN DE RELACIONES - ROL (ASPECTO SOCIAL)

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| Ocupación | : Albañil. |
| Estado civil | : Conviviente. |
| Fuente de información | : Directo y familiares. |
| Procedencia | : Juliaca. |
| Servicio | : Emergencia. |

3.2.7. PATRON NUTRICIONAL METABOLICO

| | |
|-------------------|--|
| Piel | : Pálida |
| Hidratación | : AREH |
| Integridad | : Herida abierta en pierna izquierda. |
| Mucosa oral | : Con lesiones en encía y labios internos. |
| Estado de higiene | : AMEH |
| Sed y apetito | : Si |

3.2.8. PATRÓN DE ELIMINACION

Micción : Si (100 cc x hora)

3.2.9. PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS

Religión: católica.

3.2.10. PATRON DE REPRODUCCION.

Genitales : Normales

3.3. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA IDENTIFICADOS

- DOLOR AGUDO
- ANSIEDAD
- RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS
- RIESGO DE INFECCIÓN
- RIESGO DEL DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA
- RIESGO DE DESNIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE

DOLOR AGUDO

Etiqueta : dolor agudo

Código : 00132

Dominio : percepción/ cognición

Clase : Confort físico

Definición:

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

Características : Cambio de parámetros fisiológicos, diaforesis, expresión facial de dolor,

Factor Relacionado : Enfermedad

Confrontación Bibliográfica

En el paciente se observa cambios de conducta y alteración de las funciones vitales como son irritabilidad, facies álgica, polipnea, taquicardia, hipotenso.

ANSIEDAD

| | |
|----------|--|
| Etiqueta | : ansiedad |
| Código | : 00146 |
| Dominio | : afrontamiento / tolerancia al estrés |
| Clase 02 | : respuestas de afrontamiento |

Definición:

Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma, Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Características: Angustia, aprensión, irritabilidad, incremento de la preocupación.

Factor Relacionado: Amenaza para el estado actual.

RIESGO DE INFECCIÓN

| | |
|----------|------------------------|
| Etiqueta | : riesgo de infección |
| Código | : 00004 |
| Dominio | : seguridad/protección |
| Clase 01 | : infección. |

Definición:

Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.

Características: Alteración de la integridad cutánea, conocimientos insuficientes para evitar la exposición a los agentes patógenos, disminución de la hemoglobina,

Factor Relacionado: Defensas primarias y secundarias inadecuadas.

Confrontación Bibliográfica: Muchos de los gérmenes que se encuentra generalmente en el ambiente y el cuerpo son oportunistas y presentándose en este caso deterioro de la integridad cutánea, este hecho es una puerta de entrada a los agentes patógenos invasores.

RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS

| | |
|-------------------|--|
| Etiqueta | : riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos |
| Código | : 00025 |
| Dominio 02 | : nutrición |
| Clase 05 | : hidratación. |

Definición:

Vulnerable a sufrir una reducción, aumento o trasvase rápido de uno a otro de los líquidos intravascular, intersticial y/o intracelular que puede poner en peligro la salud. Esto se refiere a pérdida de líquido corporal, incremento o ambos.

Características : Traumatismo.

Factor Relacionado : Traumatismo.

Confrontación Bibliográfica

La hemorragia producida por traumatismos, puede ser una de las causas por la que un individuo puede caer en hipovolemia y luego en choque, ya que disminuye la presión arterial media de llenado del corazón por una disminución del retorno venoso, lo que puede ocasionar desequilibrio de volumen de líquidos.

PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

- Dolor agudo r/a herida traumática e/p facies álgica.
- Ansiedad r/a estado de salud e/p manifestación verbal
- Riesgo de infección r/a alteración de la integridad cutánea e/p herida abierta.



| | | |
|---|---|---|
| Diagnóstico de enfermería: (NAN: 00132) Dolor agudo r/a herida traumática e/p facies algica. | | |
| NOC: Control del dolor (Código: 1605) | NIC: Manejo del dolor (Código: 1400). | |
| Indicadores | Actividades de intervención | FUNDAMENTO CIENTIFICO |
| (140001) Paciente manifestará disminución de dolor. | <p>Se realiza valoración según escala numérica (EVA) del dolor, la intensidad al inicio y al finalizar la atención del paciente.</p> <p>Se administra Ketorolaco 60 mg. E.V.c/8 Hrs.</p> <p>Se realiza inmovilización de miembro inferior izquierdo con férula de yeso.</p> | <p>Una adecuada valoración ayuda en el tratamiento oportuno.</p> <p>Ketorolaco pertenece al grupo de antiinflamatorios no esteroides (AINEs) y ejerce su efecto a través de la inhibición de la ciclooxigenasa, lo que disminuye los niveles de prostaglandinas produciendo acción analgésica y antiinflamatoria.</p> <p>El inmovilizar un hueso fracturado disminuye el dolor.</p> |
| Evaluación | Actividades de colaboración | |
| (140010) Paciente manifiesta verbalmente dolor disminuido. | <p>(2300) Se administra el tratamiento endovenoso siguiendo los pasos de los 5 correctos y asepsia.</p> <p>Aplicar preparado de esencia de flores (Pino, lavanda) de aromaterapia en las sienas</p> | <p>La administración correcta de acuerdo a protocolos establecidos y conocimiento científico de los medicamentos contribuye en la recuperación de la salud del paciente.</p> <p>La aromaterapia es una técnica alternativa para aliviar el dolor.</p> <p>El conocimiento ayuda al cambio de actitud y comportamiento en beneficio de la persona.</p> |

Fuente: Ugalde M. y Rigoli A.; Diagnósticos de enfermería Taxonomía NANDA (2016)



| | | |
|---|--|--|
| Diagnóstico de enfermería: (NAN: 00146) Ansiedad r/a estado de salud e /p manifestación verbal. | | |
| NOC: Autocontrol de la ansiedad (1402) | NIC: Disminución de la ansiedad (Código: 5820). | |
| Indicadores | Actividades de intervención | FUNDAMENTO CIENTIFICO |
| (121108)Paciente manifestará disminución de la ansiedad. | <p>. Se proporciona información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico al paciente y familiares.</p> <p>. Se explica todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p> <p>. Se permanece con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.(Apoyo emocional)</p> | <p>Una información adecuada contribuye en el cambio de actitud de la persona.</p> <p>Las enfermedades físicas influyen en el estado de ánimo de la persona y provocan temor, miedo o preocupación, así como muchos problemas psicológicos provocan síntomas físicos.</p> <p>Dar apoyo emocional ayuda a la facilitación de tranquilidad, resignación de ánimo durante los momentos de inseguridad.</p> |
| Evaluación | Actividades de colaboración | |
| (140010) Paciente manifiesta verbalmente ansiedad disminuida. | (582024) Ninguna | |

Fuente: Ugalde M. y Rigoli A.; Diagnósticos de enfermería Taxonomía NANDA (2016)



| | | |
|--|---|---|
| Diagnóstico de enfermería: (NAN: 00132) Riesgo de infección r/a alteración en la integridad cutánea. | | |
| NOC: Disminuir el riesgo de infección. | NIC: Cuidados en la Emergencia (6200). | |
| Indicadores | Actividades de intervención | FUNDAMENTO CIENTIFICO |
| (191307) Fracturas de extremidades. | <p>.Se observa signos y síntomas de compromiso hemodinámico grave.</p> <p>. Se realiza vendaje compresivo y se moviliza al paciente solo cuando es necesario utilizando la técnica y mecánica adecuadas</p> <p>.Se realiza inmovilización, curación y sutura con puntos de aprehensión de herida de la fractura de la tibia y peroné expuesta.</p> <p>. Se valora y monitoriza los signos vitales.</p> <p>.Se administra ceftriaxona 1 gr c/12 horas E.V.</p> | <p>Una adecuada valoración ayuda en el tratamiento oportuno.</p> <p>Un vendaje compresivo y limitada movilización ayuda a reducir o detener el sangrado procedente de una herida para evitar que entre en shock hipovolémico</p> <p>La inmovilización y curación de una fractura con herida abierta con medidas asépticas disminuye el riesgo de infección.</p> <p>La monitorización de los signos vitales detecta los cambios o alteraciones que se presentan en el paciente.</p> <p>La ceftriaxona es un antibiótico gram positivo y gram negativo, está indicada en infecciones causadas por los gérmenes sensibles a este antibacteriano, También es utilizada como profiláctico.</p> |
| Evaluación | Actividades de colaboración | |
| (140010) Se disminuye el riesgo de infección con la antibioticoterapia y medidas de bioseguridad. | (2300)En la administración de medicación se mantiene la política y procedimientos, para una administración precisa y segura de medicamentos. | |

Fuente: Ugalde M. y Rigoli A.; Diagnósticos de enfermería Taxonomía NANDA (2016)

IV.S.O.A.P.I.E.

“S” Personal de Serenazgo refiere que, “Lo hemos traído porque sufrió accidente de tránsito en moto lineal”

“O” Paciente ingresa al servicio de Emergencia en camilla, traído por personal de serenazgo, en aparente mal estado general, aparente regular estado de nutrición y aparente regular estado de hidratación, quejumbroso de dolor, orientado en espacio, tiempo y persona, pupilas isocóricas, foto reactivas, conjuntivas y piel pálidas, fosas nasales con excoriaciones, excoriaciones en cara y parietal izquierda, excoriaciones en ambas manos y codo izquierdo, herida sangrante de aproximadamente 2 cm a nivel de rodilla izquierda y de 6 cm en pierna izquierda; funciones vitales: FC 100 x minuto, T° 36°C, P/A 90/60 mm Hg, FR 26/min, SatO₂ 85%.

“A1” Ansiedad r/a estado de salud

“A2” Dolor agudo r/a herida traumática e/p facies algica.

“A3” Riesgo de infección r/a alteración de la integridad cutánea.

“P1” Paciente disminuirá ansiedad.

“P2” Paciente disminuirá dolor.

“P1” Paciente disminuirá riesgo de infección

“T” 8:55 horas: Paciente es evaluado por médico de turno.

9:00 horas: Se monitoriza funciones vitales

9:05 horas: Se instala catéter venoso periférico con llave de triple vía en miembro superior derecho per fundiendo Cloruro de sodio al 0.9% a XXX gotas x minuto

9:15 horas: Se administra Omeprazol 40 mg vía EV. Vacuna antitetánica (Tetanogamma) I.M.

9: 18 horas: Se administra Ketorolaco 60 mg vía EV.

9:20 horas: Se realiza curación y sutura de aprehensión de heridas

9:30 horas: Se realiza inmovilización de pierna izquierda con férula de yeso.

9:55 horas: Se administra ceftriaxona 2gr EV en volutrol.

10:45 horas: se deja muestra de sangre a laboratorio.

10:50 horas: Personal Técnico lleva a paciente para toma de placas radiográficas

11:00 horas: es re evaluado por médico de turno con placa radiográfica y resultados de exámenes de sangre, deja indicaciones en Historia Clínica.

11:15 horas: se hospitaliza en cirugía B, de adjunta placa radiográfica y medicamentos.

“E” Paciente continua con riesgo de infección, ansiedad y dolor disminuidos.

V. CONCLUSIONES.

1. En el Servicio de Emergencia del Hospital “Carlos Monge Medrano” se observó, que la valoración del paciente, con fractura de tibia y peroné, es incompleto, por tiempo insuficiente, insuficiente personal Enfermera por la gran demanda de pacientes, por ser un Hospital Referencial de la zona norte.
2. No se dispone de Guías o Protocolos de Atención a pacientes con fractura expuesta.
3. Existe desconocimiento científico y de actualización en atención de paciente con fracturas expuestas así como habilidades y destrezas no desarrolladas en personal nuevo, estudiantes de ciencias de la salud, internos de medicina, enfermería, siendo factores que influyen en gran medida para que la Enfermera no brinde un adecuado manejo y atención de calidad a este tipo de pacientes, según los estándares internacionales.
4. Durante el análisis de los datos obtenidos en la valoración del paciente con fractura expuesta de tibia y peroné de IIº, se confirma el riesgo de infección como diagnóstico de enfermería, al no ser tratadas durante las primeras 6 u 8 horas, considerándose heridas infectadas, así mismo por la infraestructura y equipamiento del servicio inadecuados.
5. La planificación y ejecución de Atención de enfermería se realiza de acuerdo a la priorización de diagnósticos de enfermería.
6. En la Evaluación de Atención de Enfermería, se cumple con los objetivos en forma parcial, por tratarse de una patología que requiere tratamiento prolongado.

VI. RECOMENDACIONES

1. Al Director del Hospital “Carlos Monge Medrano”, fomentar Capacitación permanente en Atención de paciente con fracturas expuestas en forma eficaz y eficiente.
2. A la Unidad Técnica de Docencia e Investigación en coordinación con el Departamento de Enfermería propiciar y programar capacitaciones y pasantías para las Enfermeras del Servicio de Emergencia.
3. A la Enfermera Jefe del Departamento de Enfermería, promover, incentivar al Personal de Emergencia en investigación.
4. A la Jefe del Departamento de Enfermería, gestionar la dotación de Potencial humano de Enfermería según el cuadro de necesidades para el Servicio de Emergencia por ser la primera instancia de Imagen Institucional.
5. A la Enfermera Jefe del Servicio de Emergencia, elaboración de Guía o Protocolo de Atención de Enfermería de Atención de Pacientes con Fractura Expuesta de Tibia y Peroné, para contar con un plan de cuidados estandarizado, por tratarse de una valiosa guía, fundamentada en la EBE (Enfermería Basada en la Evidencia) y en la experiencia profesional.
6. A las Enfermeras del Servicio de Emergencia la aplicación de la Guía o Protocolo de Atención de cuidados de Enfermería en pacientes con fractura expuesta, unificando criterios de Atención y mejorar la calidad de los registros de Enfermeras.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. NANDA (2014), Diagnósticos de Enfermeros, definiciones y clasificaciones. Ed. Elsevier.
2. Bulechek, G.M., Butcher, H.K. & Dochterman, J.M. (2009) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 5ª Ed. Elsevier Mosby.
3. Moorhead S., Johnson, M., & Swanson (2009), Ed. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 4ª ed. Ed. Elsevier Mosby,
4. Graham A, Solomon L. (1992), Manual de ortopedia y fracturas. España: Ediciones Científicas y Técnicas; p. 241-242.
5. Plosone (2016), Ene 13. doi: 10.1371/journal.pone.0145469
PMCID: PMC4720113
6. Ugalde M, Rigoli A.(2016), Diagnósticos de enfermería Taxonomía NANDA, traducción, revisión y comentarios; Editorial Masson S.A. Sexta edición.
7. Marx J., Hockberger S., Walls R. (2002) Emergencias Médicas: Conceptos y Prácticas Clínicas. 5ta edición. Mosby; . tomo I pg. 36-37
8. Cortez G. (2004), Guía para elaborar proceso, registros, protocolo y cuidado de enfermería. RODHAS, Perú Pg. 175-331
9. Artículo (Physeal fractures of the distal tibia and fibula (Salter-Harris type I, II, III, and IV fractures- Volume 32, 2012).
10. Núñez H.(2013), Evaluación de diafisiaria según sus características socio – demográficas y clínicas en pacientes atendidos en el Hospital de Iquitos.
11. Guías de Atención Enfermería (2008), en el Departamento de Enfermería, Hospital Santa Rosa – Ministerio de Salud. . Pág. 25-30

ANEXOS

CANALIZANDO CATETER VENOSO PERIFERICO



PACIENTE ES INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO



PACIENTE ES CURADO Y SUTURADO

