

## BIBLIOGRAFIA

- LUIS R., María Teresa. (1996) Diagnósticos Enfermeros. 2<sup>da</sup>., Madrid, España: Mosby/Doyma.
- KIM M. Ja, Mcfarland Gertrude. Et. al. (1995) Guía clínica de Enfermería, diagnósticos de Enfermería y plan de cuidados. México, Mosby/Doyma.
- CARPENITO, J. Lynda. (1995) Manual de diagnósticos de Enfermería. 5<sup>ta</sup>., Madrid España: Interamericana.
- Material mimeo obtenido en las materias impartidas en el curso-taller de titulación (C.E. 982) Departamento de enfermería de la Universidad de Sonora.
- MARTINES, Esneda, Lerma Julia. Valoración del estado de salud. Atención primaria de salud. Bogotá Colombia. OPS/OMS.

**ANEXO I**

**UNIVERSIDAD DE SONORA  
DIVISION DE CIENCIAS BIOLOGICAS Y DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

**RESUMEN DE LA VISITA DOMICILIARIA**

**ELABORADO POR  
CRUZ BRENDA PRISCILLA  
REYES FLORES MARIA DEL CONSUELO**

**HERMOSILLO, SONORA ABRIL 1999**

---

## **1.- JUSTIFICACION**

La importancia de realizar la visita domiciliaria radica en que se requiere de conocer no solo las condiciones fisiológicas y psicológicas del individuo, sino aquellas que se encuentran en su entorno inmediato y que condicionen o influyen bastante en su estado de salud, entre ellas están las situaciones económicas, sanitarias y de acceso a servicios básicos en su lugar y vecindario.

## **2.- OBJETIVOS**

- Establecer contacto con la familia para obtener datos que nos permitan corroborar los obtenidos a través del usuario.
- Detectar factores contribuyentes de los patrones disfuncionales encontrados en el usuario.
- Identificar sistemas de apoyo para planear programas de educación.

## **1.- JUSTIFICACION**

La importancia de realizar la visita domiciliar radica en que se requiere de conocer no solo las condiciones fisiológicas y psicológicas del individuo, sino aquellas que se encuentran en su entorno inmediato y que condicionen o influyen bastante en su estado de salud, entre ellas están las situaciones económicas, sanitarias y de acceso a servicios básicos en su lugar y vecindario.

## **2.- OBJETIVOS**

- Establecer contacto con la familia para obtener datos que nos permitan corroborar los obtenidos a través del usuario.
- Detectar factores contribuyentes de los patrones disfuncionales encontrados en el usuario.
- Identificar sistemas de apoyo para planear programas de educación.

### **3.- METODOLOGIA**

**1.- Lugar:**

Reforma final No. 80 Colonia Paseo de Palma.

**2.- Limite de tiempo:**

Fecha: 20-Diciembre-1998

Hora: 16 hrs. P.M

Duración: 30 minutos.

**3.- Universo de trabajo:**

➤ Usuaría y familia..

**4.- Recursos:**

**Humanos:** Pasantes de Enfermería, Cruz Brenda Priscilla y Reyes Flores  
María del Consuelo.

**Materiales:** Guía para la visita domiciliaria, libreta y lápiz cuaderno.

#### 4.- DESARROLLO DE LA VISITA

Se divide en tres etapas:

**Inicio:**

Previo la visita se contactará por teléfono con los familiares de la usuaria para establecer fecha y hora en la que se realizará esta, posteriormente nos dirigimos al domicilio de la usuaria donde al llegar saludaremos cortésmente; después nos presentaremos exponiéndoles el motivo de nuestra visita.

Iniciaremos la conversación con un tema neutral con objetivo de crear un ambiente de confianza, enseguida se le explicará la importancia de tomar nota y pedimos su aprobación.

**Ejecución:**

En esta etapa se obtendrán datos a través de la entrevista, y observación que nos permitirán validar aquellas que ya fueron aportados por la usuaria y su familia y recopilar otros que no han sido abordados como: disposición de excretas en su vivienda, distribución para dormir y dieta habitual, distribución de ingresos económicos, entre otros.

**Cierre:**

Nos despediremos amablemente y dejaremos abierta la posibilidad de una nueva entrevista, si es necesario.

## 5.- INFORME DE LA VISITA

Antes que nada se corrobora el domicilio llegando al mismo, se toca la puerta suavemente un par de veces, acudiendo al llamado rápidamente la hija de la interesada, saludamos cortésmente y de inmediato nos dio el pase a su hogar sabiendo de antemano de quien se trataba.

Después de ofrecernos algo de tomar (café colado), expusimos el motivo de nuestra visita, iniciamos la conversación con el tema del clima, seguido de esto preguntamos por su estado de salud, el cual nos dijo que era bueno. Después de haber conversado un momento nos dirigimos a la usuaria exponiéndole el motivo de nuestra visita, proseguimos a plantearle ciertas preguntas, de tal manera que se facilitara su entendimiento.

A través del interrogatorio directo y la observación al entorno ambiental y la vivienda de la señora. P.M.A. nos pudimos dar cuenta de que la mayoría de los datos que se obtuvieron en la anamnesis de enfermería concordaban con lo visto en su domicilio. Observamos buena higiene por parte de la usuaria y de la familia ya que mantenían aliño y usaban ropas limpias.

La vivienda está constituida por ladrillo y con techo de cemento, cuenta con tres habitaciones y con baño, el cual se encuentra fuera de la vivienda, contamos con este último con sanitario de drenaje, cuenta con luz eléctrica, en cuanto a la higiene general de la vivienda consideramos que es buena ya que se mantiene todo en orden y limpio.

Existe hacinamiento, ya que los integrantes de la familia duermen en la misma habitación, así como también promiscuidad puesto que tienen dos gatos, los cuales rondan dentro de la casa. Pasándose en camas y sillones, se observa pocas moscas, mosquitos y según comentó la hija no acostumbran el uso de insecticidas para el control de vectores, no pudimos presenciar la comida, ya que la hora no era la apropiada, pero la usuaria y su familia concordaron con lo que había dicho en el hospital.

Por otro lado observamos el grado de independencia de la usuaria considerando que esta había mejorado ya que se integraba poco a poco a las labores propias del hogar, menciona haber mejorado su patrón de sueño y descanso, después que llegó a su casa.

En cuanto a las relaciones interpersonales establecidas entre los miembros de la familia, observamos que son buenas, al igual que las que llevan con sus vecinos.

Consideramos que cumplimos con el objetivo trazado el cual era verificar los datos obtenidos y darnos cuenta de que las condiciones reales en las que se desenvuelve la usuaria. Concluyendo que los datos obtenidos concuerdan con los mencionados en el interrogatorio.

El tiempo programado para la visita fue de 30 minutos, pero este se extendió debido a que participaron en la misma otros miembros de la familia y además se abordaron otros temas.

**ANEXO 2**

**UNIVERSIDAD DE SONORA  
DIVISION DE CIENCIAS BIOLOGICAS Y DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

**HISTORIA NATURAL DE FRACTURA DE CADERA  
Y SUS NIVELES DE PREVENCION**

**ELABORADO POR  
CRUZ BRENDA PRISCILLA  
REYES FLORES MARIA DEL CONSUELO**

**HERMOSILLO, SONORA ABRIL 1999.**

## INDICE

|                                                 |    |
|-------------------------------------------------|----|
| JUSTIFICACION                                   | 46 |
| OBJETIVOS                                       | 47 |
| I.- CONCEPTO Y GENERALIDADES DE LA FRACTURA     | 48 |
| II.- PERIODO PREPATOGENICO                      | 50 |
| 2.1.- Agente.                                   |    |
| 2.2.- Hospedero.                                |    |
| 2.3.- Medio ambiente.                           |    |
| III.- PERIODO PATOGENICO                        | 55 |
| 3.1.- Localización y multiplicación del agente. |    |
| 3.2.- Alteraciones tisulares.                   |    |
| 3.3.- Manifestaciones clínicas inespecíficas.   |    |
| 3.4.- Manifestaciones clínicas específicas.     |    |
| 3.5.- Complicaciones.                           |    |
| IV.- RESULTANTES.                               | 58 |
| 4.1.- Recuperación.                             |    |
| 4.2.- Defecto o daño.                           |    |
| 4.3.- Estado crónico.                           |    |
| 4.4.- Muerte.                                   |    |
| V.- NIVELES DE PREVENCIÓN                       | 60 |
| 5.1.- Prevención primaria.                      |    |
| 5.2.- Prevención secundaria.                    |    |
| 5.3.- Prevención terciaria.                     |    |
| BIBLIOGRAFIA                                    | 76 |

## **JUSTIFICACION**

Donde la alta incidencia de fracturas de cadera, en nuestro medio sobre todo en adultos mayores, se hace necesario que el personal del área de la salud, específicamente el profesional de Enfermería se capacite cada día más para proporcionar cuidados integrales al usuario afectado por esta patología.

Lo anterior obliga a este personal a conocer la evolución que sigue esta enfermedad cuando es abandonada a su propio curso (Historia natural de la enfermedad) a fin de contar con un marco de referencia que nos permita identificar factores de riesgo y/o daños a la salud, de tal manera que podamos aplicar medidas preventivas pertinentes a cada periodo de la patología.



## Biblioteca Central Universitaria

### OBJETIVOS

- Integrar los elementos teóricos adquiridos en clase a una investigación documental (Historia natural de fractura) que nos sirva de marco para la identificación de manifestaciones que nos permitan planear estrategias de atención.
- Identificar en cada etapa de la historia natural de la enfermedad de fracturas de cadera a través de sus periodos prepatogénico y patogénico al igual que sus niveles de prevención afin de tener un marco de referencia que nos permita intervenir en forma integral y oportuna en la atención al usuario.
- Identificar factores de riesgo que condicionen la presencia de la patología en individuos de la tercera edad.
- Mejorar la calidad de atención de enfermería a usuarios con fractura intertrocanterica.

## CAPITULO I

### I.- CONCEPTO Y GENERALIDADES DE LAS FRACTURAS.

La fractura es una interrupción de la continuidad de un hueso y se define según su tipo y magnitud.

Estas lesiones tienen lugar cuando el hueso se ha sometido a esfuerzos mayores de lo que puede soportar.

Las fracturas pueden depender de golpes directos, fuerzas aplastantes, movimientos repentinos de torsión y aún contracciones musculares muy intensas.

Entre las más comunes tenemos:

- En tallo verde: Es el astillamiento que sufre un lado del hueso el cual se rompe y el otro se dobla, ocurre con más frecuencia en los niños con huesos blandos.
- Patológicas: La que tienen lugar en un área o parte enferma del hueso por presencia de quistes óseos, enfermedad de paget, metastasis óseas u otros tumores, osteoporosis.
- Epifisiaria: La que ocurre en la línea de unión de la epífisis con la diafisis.  
La fractura de la placa epifisiaria del crecimiento de un niño puede provocar la interrupción del crecimiento óseo.
- Oblicua: La que ocurre en ángulo agudo con relación del eje longitudinal del hueso, es decir, ocurre en dirección inclinada en el hueso.

- Con hundimiento: La que incluye depresión de uno ó mas fragmentos óseos, como ocurre a menudo en las fracturas faciales y craneales.

Los fragmentos óseos son empujados hacia adentro, resultando hundidos.

- Por compresión: Causada por el efecto que indica su nombre, suele describir un hueso aplastado. Casi siempre se emplea para referirse al colapso de una vértebra.
- Conminuta: la que se acompaña de formación de varios fragmentos óseos.
- Espiral: La que implica torsión del eje longitudinal del hueso.
- Transversa: La que tiene lugar en ángulo recto al eje longitudinal del hueso.

Que pueden presentarse de la siguiente manera:

- Fractura completa: Consiste en la interrupción de continuidad total de hueso en sentido transversal y es frecuente que se acompañe de desplazamiento con relación a su posición normal.
- Fractura incompleta: Es aquella donde la rotura abarca solo una parte del corte transversal del hueso, es decir, es el rompimiento parcial del tejido óseo sin la separación de las piezas.
- Fractura cerrada: Es aquella donde no se perfora la piel, el hueso se rompe, la piel permanece intacta.
- Fractura abierta: Es la solución de la continuidad total del hueso que se acompaña de salida del hueso por piel o mucosa.

## **CAPITULO II**

### **PERIODO PREPATOGENICO**

#### **2.1.- Agente:**

Agente Biológico.

Existe una gran diversidad de agentes biológicos que producen infecciones músculo esquelético que condiciona a la presencia de fracturas.

Entre estos están:

#### **Staphylococcus Aureus:**

Son microorganismos patógenos, son uniformes que otros, de forma esférica, miden poco menos de diámetro, su agrupación se asemeja a racimos de uvas, gram positivo, no forman esporas, son inmóviles, no capsulados, son resistentes al calor y a los desinfectantes. Son característicamente sensibles a los antibióticos eficaces para bacterias gram positivo, incluyendo penicilinas, y de amplio espectro como tetraciclinas.

#### **Proteus:**

Microorganismos gram positivos, como las enterobacterias que se encuentran con frecuencia en heces normales, en suelos y aguas que contiene materia orgánica de origen animal. Parecen bacilos rectos o ligeramente curvos,

miden de 1 a 2.5u de largo por 0.4 a 0.6u de ancho, frecuentemente unidos en pares por sus extremos en cadenas cortas, es flagelada, no forma esporas ni cápsulas, su temperatura optima es de 30 a 37°C, son anaerobios facultativos.

#### **Pseudomonas:**

Son bastoncitos, gram negativos aeróbicos, móviles por acción de flagelados polares, se encuentran en el agua, suelo y donde quiera que la materia orgánica esta en descomposición. Es patógena para el hombre, las células varían de tamaño y de proporción, generalmente aparecen como bastoncitos delgados, pequeños, de 1.5 a 3um de largo y 0.5um de ancho, se encuentran frecuentemente unidos en pares y en cadenas cortas, se desarrollan a 30 – 37°C.

#### **Escherichia Colí:**

Es un bacilo coliforme, es susceptible a una variedad de antibióticos de amplio espectro (teraciclina, cloranfenicol, ampicilina, eritromicina, neomicina, estreptomycin).

#### **Agente químico**

La deficiencia de vitamina D, provoca que el calcio no logre fijarse adecuadamente en los huesos, por lo que estos se vuelven cada vez más porosos, quebradizos y frágiles, de modo que se fracturan con esfuerzos que normalmente no causarían su rotura.

La deficiencia en la secreción de estrógenos, es un factor que provoca mala resorcion ósea por lo que puede favorecer a que se presenten fracturas.

Cuando existe deficiencia en el paso de calcio y fosfato del líquido extracelular a los sitios óseos de clasificación provoca un déficit en la mineralización del hueso lo que lo condiciona a una fractura.

Existen trastornos en la remodelación ósea que afecta con mayor frecuencia a cráneo, fémur, tibia, huesos pélvicos y vértebras, donde el hueso formado tiene alto contenido mineral pero su constitución es deficiente y de estructura débil.

#### **Agente mecánico**

Al lado de los riesgos normales de la vida cotidiana y deportiva hay que añadir el incesante desarrollo de la industrialización y el aumento progresivo del número de vehículos de tracción mecánica.

Las causas principales que originan las fracturas son caídas, golpes, accidentes de tránsito, levantamiento de objetos pesados, armas de fuego entre otras.

## 2.2. Hospedero

Las fracturas afectan a todas las edades sin distinción, sin embargo existe mayor susceptibilidad en niños y ancianos, ya que en el caso del primero el esqueleto es más blando y elástico, por tener un menor contenido de sales de calcio, debido a esto las fracturas subperiósticas o de tallo verde, son frecuentes, en el caso del anciano aparecen fracturas que en ocasiones parecieran espontaneas por ser mínimo el traumatismo, ya que el esqueleto senil esta descalsificado y por ello ofrece menor resistencia mecánica, estando esta característica dentro de su filosofía, en esta etapa es común llevar una vida sedentaria, y al disminuir el ejercicio, ocasionando debilidad muscular, deficiencia circulatoria, (sobre todo en Ms Is) disminución en el aporte de oxígeno en los tejidos, apareciendo formaciones calcáreas que endurecen y limitan el movimiento en las articulaciones, lo cual ocasiona caídas que con frecuencia provocan fracturas.

En el adulto las fracturas se relacionan con mayor frecuencia al desempeño de actividades de alto riesgo, además de los accidentes automovilísticos.

Las fracturas predominan en el sexo masculino debido al tipo de actividad físicas que desempeña, no obstante también se observa con una gran incidencia en el sexo femenino a partir del comienzo de la menopausia; debido al desajuste hormonal que provoca descalsificación.

Las fracturas que están estrechamente ligadas a los accidentes laborales, se pueden presentar en cualquier tipo de ocupación que el individuo desempeñe; se

presenta con mayor regularidad en deportistas, individuos que laboren con maquinaria pesada y personal que trabaje en el área de la construcción.

En términos generales, se considera que el hospedero es más susceptible a presentar fracturas cuando hay déficit en la ingesta de calcio y fosfatos en su dieta cotidiana.

### **2.3. Medio Ambiente**

En la vida moderna, el aumento explosivo del tránsito ciudadano, la no observancia de las normas de seguridad vial, fruto de la irresponsabilidad de los conductores de vehículos y de los mismos peatones; la falta de zonas y semáforos para el cruce de los peatones en las calles, la falta de parques recreativos con normas adecuadas de protección en los juegos mecánicos infantiles, le falta de orientación en áreas laborales de riesgo así como la falta de equipo de protección necesaria, proporcionan las condiciones necesarias para que se susciten accidentes de todo tipo; los cuales pueden derivar en fracturas.

En el campo se observa con frecuencia la aparición de accidentes ya que en muchas ocasiones el terreno es irregular y no cuentan con las condiciones adecuadas para desplazarse de un lugar a otro, representando un verdadero riesgo de presentar fracturas.

En los estratos socioeconómicos bajos es común que se presenten accidentes que pueden desencadenar una fractura pues las malas condiciones de vida obligan a las personas a vivir en áreas y casas habitación riesgosas, por lo que es frecuente que se presente este problema.

## CAPITULO III

### PERIODO PATOGENICO

#### 3.1.- Localización y multiplicación del agente.

El traumatismo ocasionado al hueso en ocasiones es evidente aunque en otros no, puede ser tan grave que amenaza las funciones corporales (sistémicas) y pone en juego la vida del usuario.

Cuando un hueso vivo normal es sometido a un impacto suficiente para romperlo, inevitablemente se produce un daño considerable en las estructuras del tejido óseo.

#### 3.2.- Alteraciones tisulares

Una fractura comúnmente se acompaña de lesión del tejido blando que lo rodea, el periostio queda despegado del hueso y desgarrado en el lado opuesto a aquel en que se aplicó la fuerza agresora.

Los vasos sanguíneos contenidos en el hueso y el periostio se rompen y se forma un hematoma alrededor del foco de fractura.

La sangre escapa también a través de la abertura del periostio hacia los músculos circundantes, lo cual se asocia con un grado variable de edema; en algunos casos se presenta pérdida de la piel.

### **3.3.- Manifestaciones clínicas inespecíficas.**

Consisten en dolor, náuseas, vómito, temblor y nerviosismo, además de la limitación del movimiento del área afectada.

### **3.4.- Manifestaciones clínicas específicas.**

Consisten en dolor intenso, pérdida funcional, movimiento en falso, deformidad, acortamiento, crepitación, edema local, cambio de color y edema de tejidos adyacentes.

Si ocurre alguna otra lesión a consecuencia de la fractura se puede presentar manifestaciones tales como hipotensión que se relaciona con hemorragia interna que puede evolucionar a un estado de shock.

### **3.5.- Complicaciones.**

Las complicaciones inmediatas de una fractura son:

- Choque hipovolemico: Puede aparecer como resultado de pérdidas internas o externas de sangre y la pérdida de líquido extracelular y de los tejidos lesionados, ya que el hueso está muy vascularizado.
- Embolia grasa: Posterior a la fractura puede aparecer el síndrome de embolia grasa secundaria a la liberación de innumerables células adiposas que penetran al torrente circulatorio y ocluye los pequeños vasos sanguíneos del cerebro, pulmones, riñones y otros órganos.

Dentro de las complicaciones tardías tenemos:

- Retardo de la unión y falta de consolidación: Se presenta cuando el proceso de cicatrización no avanza con la rapidez normal y puede ser cuando por procesos infecciosos en el sitio de la fractura, tejido interpuesto entre los cabos, movimiento que transfiere el calo en el tejido fibroso y una combinación de limitaciones del contacto óseo y del riego sanguíneo.
- Rigidez articular: Constituye una complicación que es secuela común en las fracturas.
- Adherencias periarticulares: Toda lesión va seguida por hemorragia capilar y extravasación de líquido tisular, esto se infiltra al músculo y a los ligamentos en el sitio de la lesión donde provoca edema; cuando el miembro es inmovilizado tiende a acumularse, entonces se deposita fibrina en el interior de los tejidos, y si se deja sin movimiento por tiempo prolongado, se organiza y se convierte en tejido fibroso.
- Adherencias intraarticulares: Las fracturas afectan a las articulaciones cuando se inmoviliza una articulación, se forma un depósito de fibrina sobre la membrana sinovial. En la falta de unión de la fractura, los fragmentos del hueso tienen únicamente tejido fibroso y no ha habido depósito de sales de calcio, apareciendo una articulación falsa (seudoartrosis).
- Necrosis avascular del hueso: Aparece este trastorno cuando el hueso pierde su riego sanguíneo posterior a la fractura.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTANTES**

#### **4.1.- Recuperación.**

En el caso de la fractura que nos ocupa, la recuperación máxima de funcionalidad de la persona depende mucho de su edad, en el caso de usuarios mayores de 80 años, son pocos los que viven y caminan un año después del traumatismo, no así en usuarios menores de 60 años en donde la posibilidad de recuperación es total.

#### **4.2.- Defecto y Daño.**

El defecto o daño que se puede presentar está íntimamente relacionado con las complicaciones, así puede ocurrir:

- Acortamiento de un miembro
- Rigidez
- Asimetría
- Pérdida de la función normal
- Parestesias
- Pérdida del miembro
- Descalcificación

#### **4.3.- Estado crónico.**

El estado crónico se presenta en este padecimiento cuando existe una patología agregada y donde es difícil la consolidación del hueso, o en aquellos casos en los que por alguna complicación o manejo inadecuado de la fractura se origine un defecto, limitando la función del miembro o área afectada.

#### **4.4.- Muerte.**

La muerte puede ocurrir como consecuencia de las complicaciones más graves que se suscitan en una fractura.

Puede originarse en el momento que ocurre la fractura por perforación de un órgano vital.

La tasa de mortalidad por ésta patología, se asocia con la edad del usuario, estado físico y mental.

El tratamiento quirúrgico modifica escasamente la tasa de mortalidad de usuarios con fracturas de cadera, la mayoría muere a consecuencia de los problemas agregados como: embolia de pulmón, infarto al miocardio o neumonía.

Cuando más anciano es el usuario, menos son las probabilidades de que sobreviva o camine después del accidente.

## **CAPITULO V**

### **NIVELES DE PREVENCION**

Son medidas preventivas que se adaptaron al esquema de la historia natural de la enfermedad y son de gran valor en el periodo prepatógeno ya que tiene como objetivo romper el eslabón más débil de la triada ecológica y evitar que se produzca el estímulo de la enfermedad, en el periodo patogénico tratan de interrumpir el curso de la enfermedad en cualquier etapa de su evolución y prevenir su desarrollo. Incluye:

- 5.1.- Prevención primaria.
- 5.2.- Prevención secundaria.
- 5.3.- Prevención terciaria.

### **5.1.- Prevención Primaria.**

#### **Fomento a la salud:**

Estas medidas no se limitan a un grupo de edad específica, van dirigidas a todo individuo y se aplican a lo largo de la vida, contemplan aspectos relacionados con:

- Educación para la salud: Orientar sobre la importancia de la higiene personal diaria como baño diario, lavado de manos, higiene bucal, etc.
- Nutrición adecuada: Orientar al usuario sobre la nutrición adecuada como el factor más significativo del que depende el estado de salud del individuo.
- Educación sobre la importancia del consumo e higiene de los alimentos.
- Recomendar una dieta balanceada que sea completa, equilibrada, suficiente, variada, atractiva y no contaminada.
- Atención al desarrollo de la personalidad, es importante para la salud el desarrollo de la personalidad, pues la inmadurez o falta de desarrollo e irresponsabilidad de la persona son fuentes importantes en las inadaptaciones emocionales y sociales.
- Promoción de condiciones adecuadas de vivienda, recreación y ambiente laboral.

- Agua potable: Orientar al individuo sobre la importancia de contar con este elemento vital y la importancia de cuidar de él.
- Disposición de excretas: informar sobre el manejo de las excretas, en caso de no contar con drenaje para así evitar la contaminación, esto en beneficio del individuo y su familia.
- Eliminación de la basura: Orientar sobre como mantener la basura en bolsas o recipientes bien tapados, así como la adecuada eliminación de la misma.
- Control de la fauna nociva: Proporcionar información a la comunidad sobre los daños a la salud que ocasiona el convivir con animales y la importancia de la utilización insecticida dentro del hogar.
- Saneamiento de la vivienda: Mantener en la comunidad el hábito de la limpieza diaria de su vivienda para beneficio de su salud así como haciendo énfasis en los riesgos a la salud que ocasionan la presencia de contaminantes ambientales (polvo, humo).
- Educación para la sexualidad: Informar sobre la planificación familiar como una determinación para planificar y/o espaciar el número de hijos que desea tener.
- Orientar sobre las medidas anticonceptivas existentes, enfermedades venéreas y sida, las consecuencias de contar con parejas múltiples, exámenes de papanicolao, auto-exámenes mamario, detección de cáncer de próstata.

- Exámenes periódicos: Fomentar en la comunidad la importancia de acudir a consulta médica dos veces al año al menos, aunque no se este enfermo.
- Informar sobre el riesgo de automedicación y la importancia de realizarse exámenes preventivos para la detección oportuna de enfermedades crónicas degenerativas.
- Consejos genéticos: informar a la pareja sobre lo importante que es realizarse las pruebas prematrimoniales y planificación familiar.

### **Protección específica**

Detectar grupos de riesgo dentro de la población, susceptibles de padecer fractura.

Realizar planes de trabajo de acuerdo a grupos de riesgo orientando sobre la prevención de accidentes por medio de skech, charlas, etc.

Dar orientación en las áreas laborales acerca de la prevención de accidentes así como el uso de cascos y otros aditamentos que le proporcionen seguridad en el área de trabajo.

Educar a las amas de casa y familia en general acerca de los riesgos de accidentes en el hogar y prevención de los mismos.

Reforzar información con relación a aspectos alimenticios para evitar problemas de deficiencia de calcio y vitamina D.

Informar al grupo femenino sobre la etapa menopausica y los cambios que se suscitan en ella y ampliar la información sobre la importancia de los trastornos hormonales que se presentan.

Promover exámenes periódicos a los infantes para observar su crecimiento y desarrollo a cada etapa.

Fomentar el uso de la mecánica corporal en aquellos individuos que levantan objetos pesados para evitar así traumatismos.

## **5.2.- Prevención Secundaria.**

### **Diagnostico Precoz.**

Es importante considerar para el diagnóstico, las características de la fractura, el sitio exacto, la posición activa de los fragmentos y la lesión a tejidos blandos. Igualmente, es necesaria la evaluación clínica del usuario en su integridad anatomofisiológica y no solo de la fractura. Si existe un antecedente traumático y están presentes todos los signos y formas de fracturas, el diagnóstico es fácil y la mayor parte de las veces el usuario ya lo conoce al pedir la intervención médica.

Una vez instalado el cuadro clínico los estudios que servirán de apoyo para establecer el diagnóstico incluyen:

De imagenología: Estudio de rayos x pélvico que mostrará el tipo de fractura, el grado de alteración que presenta el hueso y que sirven para determinar el tipo de tratamiento a seguir:

- A.P. pélvico.
- Placa tele de tórax que asociada a la toma de electrocardiograma ayuda a valorar el estado cardiaco principalmente el pulmonar y en casos complicados como en derrames pleurales, abscesos o neumotórax, hidrotórax y piotórax.

- Electrocardiograma: Para valorar el estado cardíaco, coordinar los estudios para valorar los sistemas hematológicos, cardiopulmonar, pulmonar y renal.

De laboratorio:

- Biometría hemática completa: para valorar el estado dinámico y el grado de anemia o hiperglobulinemia (aumento en la concentración de los glóbulos rojos en la sangre), leucocitos orientaría a considerar, proceso infeccioso o neoplásicos.
- Grupo y Rh: para conocer de antemano tipo y factor en casos donde se deba considerar la hemotransfusión cuando sea necesario.
- Tiempos de protombina y tromboplastina (TP, TPT) para valorar los tiempos de coagulación en la sangre son esenciales al momento de practicarse cualquier tipo de intervención quirúrgica.
- Glicemias: Muestra los niveles de glucosa contenida en sangre, dependiendo de estos niveles se optará por el manejo.
- Química sanguínea: Revela los niveles en sangre de urea, creatinina y algunos electrolitos como son sodio, potasio, calcio y cloro.

### **Tratamiento oportuno:**

El tratamiento oportuno en usuarios con fracturas de cadera tiene como objetivo el alivio del dolor, evitar presión en el sitio y otros factores que pueden originar con estrés innecesario que dificulte y retrase la adecuada reducción de la fractura.

En el tratamiento oportuno es importante la valoración inicial tanto del estado físico y clínico a través de lo siguiente:

- Medición de signos vitales como son. Tensión arterial, Respiración, Pulso y temperatura.
- Administración de analgésicos para el alivio del dolor. Es importante valorar previamente la tensión arterial ya que por el mismo traumatismo, algunos usuarios tienden a hipotensión.

El tratamiento varía según la gravedad del traumatismo, el estado físico y clínico y mental.

### **Tratamiento Conservador**

Puede proporcionarse a través de lo siguiente.

- Inmovilización de la zona afectada. Por medio de ferulización la cual debe aplicarse antes de movilizar al usuario.

### **Tracción**

Es la fuerza aplicada en una dirección específica, para hacer la tracción necesaria para vencer la fuerza natural y tratar los grupos musculares. Se utilizan un

sistemas de cuerdas, poleas que pueden aplicarse en la piel o al sistema esquelético.

Los propósitos de la tracción son:

- Reducir o inmovilizar la fractura.
- Recuperar la longitud y alineación normal de la extremidad lesionada.
- Reducir al mínimo ó eliminar el espasmo muscular.
- Evitar deformidades por la fractura.
- Dar libertad al usuario para sus actividades en cama.
- Reducir el dolor.

Los métodos de tracción son:

#### **Tracción cutánea**

Se lleva acabo por un peso que tira en una tela adhesiva, esponja y ganchos o materiales de plástico que se fijan en la piel o aun dispositivo especial ( botas ).

La tracción en la piel se transmite a las fracturas músculos, esqueléticas. Se utiliza como medida temporal en adultos, se emplea antes de cirugía en el tratamiento de las fracturas intertrocanterica de la cadera derecha.

#### **Tracción esquelética.**

Es la que se aplica a los huesos utilizando alambres o espigas, a través de ellos, es la forma más eficaz de tracción, los coloca el cirujano ortopedista en condiciones de asepsia.

Este tipo de tracción se usa para tratar fracturas de fémur, húmero ( fracturas supracondílea ), tibia y columna cervical.

El manejo se considera conservador sino se utilizan métodos quirúrgicos para el tratamiento de la fractura y además de las medidas anteriores se lleva a cabo lo siguiente.

- Reposo en cama con caderas en abducción de 45 grados con o sin tracción por un lapso de dos semanas.
- Se inicia ejercicios de movilización dentro de cama y posteriormente, a la cuarta y quinta semana la deambulación asistida por seis semanas.

### **Tratamiento quirúrgico**

El tratamiento quirúrgico es el de estabilizar la fractura el tiempo prudente para lograr la consolidación del hueso. Este varía dependiendo del tipo de fractura, características propias del usuario y de los aspectos radiológicos.

La elección del método quirúrgico e implante dependerá de la fractura.

- En las fracturas laterales ( derecha e izquierda ) se utilizan las hemiprotesis de Thompson y la de Austin Moore.
- En caso de fractura total de cadera se utiliza la prótesis total de Charley Muller.

- Otro tipo de implantes son:

Las placas anguladas a 130 grados, el clavo placa Smith Peterson, los tornillos deslizantes y los clavos condilo cefálicos que absorben movimientos de rotación y cizallamiento de cadera.

- Otro tratamiento quirúrgico consiste en la reducción cerrada de cadera con valguización en mesa ortopédica y la aplicación de clavo Kuncher.
- Otro método es la fijación de cadera con clavo intramedular tipo Cocher.

### **Limitación del daño**

La limitación del daño consiste en poner en práctica los métodos que permiten prevenir secuelas y limitar la invalidez. El objetivo es lograr la recuperación quirúrgica, en los tres aspectos, biológico, psicológico y social.

Las acciones corresponden al equipo multidisciplinario de salud, ya que la limitación del daño puede lograrse desde la etapa inicial de la presentación de la patología.

En los usuarios con disfunción del sistema músculoesquelético el daño se limita y la recuperación se logra más fácilmente cuando el o su familia, aceptan participar en el programa de cuidados. La información previa de lo que sucederá y no sucederá durante y después del tratamiento, es muy importante ya que hay graves temores nacidos de la falta de conocimientos que limitan al individuo después de la operación, y pueden convertirlo en un inválido. Al conocer lo que va a suceder y los tiempos de recuperación, sin optimismo exagerados ni pesimismo derrotistas, el usuario operado evolucionará mejor.

Las acciones de enfermería para limitar el daño deben establecerse en base a las condiciones físicas, psicológicas y sociales del usuario y familia, siguiendo de manera secuencial los siguientes pasos:

- Información previa.
- Estímulo a la actividad positiva y optimista.
- Vigilancia cuidadosa de los pasos de recuperación, cicatrización y rehabilitación física.

- Incorporación paulatina y oportuna a la vida activa.
- Vigilancia sobre la evolución del usuario.

### **5.3.- Prevención Terciaria**

#### **Rehabilitación**

La rehabilitación es un proceso creativo y dinámico que requiere un equipo de profesionales que trabajen juntos con el usuario y con sus familiares.

Este proceso debe abarcar la esfera biop-sico-social y definir el entorno que rodea al usuario. Generalmente la ayuda inicial esta basada en tratamiento intrahospitalario el cual debe continuar hacia el entorno social con cuidados domésticos al egreso de este y también para ello se requiere consejos sobre asistencia sanitaria es decir, las instrucciones, orientaciones y enseñanza sobre el autocuidado.

#### **Objetivos**

- Conservar la fuerza y el tono de los músculos que no se utilizan y cuyo movimiento no esta contraindicado por la naturaleza del problema de salud que puedan tener.
- Prevenir el deterioro de otras capacidades funcionales del enfermo, por la limitación de la movilidad.
- Conservar o recuperar la independencia de las actividades de la vida diaria en cuanto sea posible.

Los usuarios que permanecen en cama por periodos prolongados tienden a desarrollar complicaciones por su inactividad. El ejercicio ayuda a conservar y

crear un buen tono muscular y evitar atrofas. Es por ello que al programar sus actividades, la enfermera debe utilizar su criterio para asegurar que los usuarios con necesidad de fisioterapia reciban la ayuda necesaria en el momento que la requieran.

El programa de fisioterapia debe proporcionarse de manera grupal o individual. En muchas instituciones las clases de fisioterapia son organizados por este departamento, pero no hay razón, por la que una enfermera no pueda instituirlo en su unidad. La atención prestada al usuario puede ser dentro del área hospitalaria y si se cuenta con personal capacitado o en caso contrario, canalizar al usuario a un centro de rehabilitación.

El personal encargado de proporcionar el programa de rehabilitación debe contar con los conocimientos necesarios sobre los diferentes tipos de ejercicios que se incluirán en dicho programa y seleccionar el mas adecuado de acuerdo a las condiciones y necesidades del usuario.

#### Rehabilitación física:

Tiene por objetivo devolver al individuo su condición de ser independiente y útil a través de la fisioterapia. Para lograr dicha meta es necesario un programa de ejercicios según la tolerancia del usuario a los mismos, tan pronto el usuario pueda hacerlo, se insistirá en que camine, se le darán instrucciones para el uso apropiado de aditamentos. Se le enseñará porque es tan importante conservar la postura corporal adecuada y como lograrlo.

Los ejercicios terapéuticos mas comúnmente utilizados son los siguientes.

#### a) Pasivo

Ejercicios que ejecuta el terapeuta o la enfermera sin el auxilio del usuario.

Sus objetivos son conservar el arco de movimiento articular en el mayor grado para mantener una óptima circulación sanguínea.

Las acciones que lleva a cabo la enfermera en los ejercicios pasivos son:

- Estabilizar la articulación proximal y apoyar la porción distal.
- Mover la articulación en forma suave, lenta y uniforme en todo su rango de movimiento y tratar de no provocar dolor.

b) Activo

Estos pueden ser Isométricos:

En el que el usuario aumenta conscientemente la tensión de sus músculos con contracciones y relajaciones alternadas. El ejercicio lo ejecuta el individuo.

Isotónicos:

El usuario suministra energía para ejecutar activamente sus músculos y mover el miembro a otra parte de su cuerpo para aumentar el tono muscular.

Los objetivos son:

- Mejorar la fuerza muscular.
- Ofrecer resistencia para mejorar la fuerza muscular.
- Conservar la fuerza muscular a través de la resistencia.

Las acciones de enfermería son:

- No dar mas asistencia de la necesaria.
- Proporcionar lapsos breves de actividad alternando con otros de reposo.
- Cuando sea posible, el ejercicio activo se efectuará contra la fuerza de la gravedad.

- Se desplaza la articulación en todo su rango de movimiento sin ayuda.
- El usuario desplaza la articulación por todo su rango de movimiento contra la resistencia, moderada primero y después progresivamente mayor.

Enseñanza de dispositivos de ayuda para los usuarios.

Dentro de la rehabilitación debe tomarse en cuenta que el usuario continuará con este tiempo después de su egreso hospitalario. La enfermera debe enseñar a él y su familia el uso de aditamentos para su recuperación y orientarlo sobre los cuidados domésticos a través de consejos sobre asistencia sanitaria para que aprenda los nuevos métodos de deambulación, medidas necesarias de seguridad y cualquier tratamiento en curso.

Los aditamentos ortopédicos que generalmente son utilizados por estos usuarios son los siguientes.

Una silla de ruedas debe estar provista de frenos y escogerse de acuerdo con las características del usuario según su grado de capacitación de manera que se pueda mantener la sedestación estable sin contracturas.

Las muletas se miden y ajustan con el usuario de pie, apoyando a la pared, sosteniéndose con una silla. Durante su utilización. El extremo superior debe quedar unos cinco centímetros por debajo del pliegue axilar anterior y los extremos inferiores entre quince y veinte centímetros por delante y a cada lado de las puntas de los pies, de forma que muletas y piernas formen un trípode de apoyo.

Un bastón debe permitir una flexión del codo de veinticinco grados para andar correctamente con un bastón. El usuario se coloca en la posición normal de marcha con el bastón en el lado opuesto a la pierna débil.

Las reformas arquitectónicas en los espacios que ocupara el usuario para la deambulaci3n son los siguientes.

Los escalones deben tener una huella de 25 centímetros, una contrahuella máxima de 17.5 centímetros y un borde de preferente redondeado y la escalera tiene que disponer de al menos un pasamanos, que deba estar colocado a 80 centímetros de altura y sobrepasarla, tanto por arriba como por debajo unos 45 centímetros.

#### Rehabilitaci3n Psicol3gica:

Es usual que un padecimiento f3sico altere el estado psicol3gico y emocional en mayor o en menor grado y este 3ltimo puede dificultar una satisfactoria evoluci3n del estado f3sico, por lo tanto, se debe tratar en conjunto ambos aspectos. El estado psicol3gico puede afectarse en mayor grado si el usuario requiere someterse a intervenciones quir3rgicas, periodos prolongados de reposo o inmovilizaci3n y programas de rehabilitaci3n, los cuales someten a 3ste a situaciones de estr3s y tensi3n emocional, la cual repercute en su estado anímico y en ocasiones genera actitudes más negativas, como son, la angustia, agresión y no aceptaci3n a su enfermedad y tratamiento.

En situaciones como 3stas es necesario que los profesionales de la enfermería proporcionen apoyo emocional durante la realizaci3n de procedimientos o bien durante la enseńanza para su autocuidado.

Posteriormente se debe iniciar la enseńanza de los cuidados a trav3s de un programa que incluya los cuidados médicos y de enfermería. Este deberá ser claro y preciso, explicando de manera sencilla su contenido.

Inducir al usuario y familia a realizar las acciones de autocuidado valorando el grado de avance en conocimientos y prácticas y su grado de seguridad.

La enfermera debe estar atenta las reacciones que presenta. En caso de observar alguna actitud negativa que repercuta en su estado psicológico y emocional debe apoyar al usuario y en caso necesario solicitar ayuda de un profesional.

En todo momento mantener una actitud profesional con el individuo y familia, respetar las ideologías políticas, religiosas y en todo momento apoyarlo.

## BIBLIOGRAFIA

- ALVARES A. Alva Rafael (1991) Salud Pública y Medicina Preventiva. México D.F. Manual moderno.
- DE PALMA, John Connolly. (1986). Tratamiento de fracturas y luxaciones. Atlas. 3ra México D.F.: Panamericana.
- SMELTZER S. G. Bare B.(1992). Enfermería Médico quirúrgica de Bruner y Sudarth. 7ª México D.F. Interamericana.
- DUGAS Bervely Witter (1986) Tratado de Enfermería práctica. 4ta. México Interamericana.
- SUSDDARTH D.S. Bruner. (1986). Tratado de enfermería Brunner. 3ra México D.F. Interamericana.
- V. SANCHIS Olmos y colaboradores(1963). Fracturas y otras lesiones traumáticas. Barcelona, España: Científico-Médica.
- DE BURROWS. (1985).Tratado de microbiología 2da México D.F. Interamericana.
- PHILIPS WILES (1995). Fracturas y Esguinces del niño y el adolescente México. D.F. Manual Moderno.
- MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ Roberto (1986).La salud del niño y el adolescente México D.F. Salvat Mexicana.
- SEAN HUNGHES. (1990).Ortopedia y traumatología 4ta Barcelona, España: Salvat.

**ANEXO 3**

**UNIVERSIDAD DE SONORA  
DIVISION DE CIENCIAS BIOLOGICAS Y DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA.**

**GUIA PARA LA VALORACION DE ENFERMERIA  
DE ACUERDO A PATRONES FUNCIONALES DE SALUD  
SEGUN MARJORY GORDON**

**ADAPTACION DE:  
LIC. MARTHA LETICIA RENDON OLGUIN  
M.T.C.**

**DISEÑADO POR:  
CARPENITO, MARJORY GORDON (1998)  
ALFARO M. Y LIC. RODRIGUEZ V. Y GALINDO CRUZ (1994)  
U.A.N.L. MONTERREY.**

**HERMOSILLO, SONORA; A ABRIL DE 1997.**

---

**GUIA PARA LA VALORACION DE ACUERDO A PATRONES  
FUNCIONALES DE SALUD DE GORDON MARJORY.**

**I. SECCION**

**DATOS BASICOS DE INGRESO**

Nombre: (Siglas) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Personas para contactar (nombre) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Llego de: Hogar solo \_\_\_\_\_ Hogar con familia \_\_\_\_\_ Sin Hogar \_\_\_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_  
Llegada: Por su propio pie \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_  
Motivo de hospitalización y/o solicitud de atención: \_\_\_\_\_  
Ultimo ingreso en el hospital: Fecha: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_  
Personales patológicos y tratamientos recibidos (desde su infancia tanto médicos y/o quirúrgicos indicados: \_\_\_\_\_  
Personales no patológicas como: (Inmunizaciones, Acontecimientos de su importancia del nacimiento y/o su crecimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Heredo familiares: de los padres, hermanos, tíos sobre todo enfermedades padecidas y/o causas de defunción o relacionados con el movimiento de su hospitalización o solicitud de atención de enfermería: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Instrucciones:** llenar espacios con una X los datos que se encuentren presentes en la valoración (objetivos y subjetivos) y ampliar o describir en aquellos que requiere especificar.

**1. Patrón de Mantenimiento y Percepción de la Salud.**

- a) Historia de su salud \_\_\_\_\_
- b) Como la percibe en este momento: Bien \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mal \_\_\_\_\_
- c) Hábitos de cuidados bucodental. 3 veces al día \_\_\_\_\_ 2 ó menos \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_
- d) Hábitos de higiene general. Baño diario \_\_\_\_\_ Cada tercer día \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_  
- Cambios de ropa al bañarse \_\_\_\_\_ Cambio de ropa sin baño \_\_\_\_\_  
- Lavado de manos. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_  
Antes y después de comer \_\_\_\_\_ Antes y después del uso del sanitario \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- e) Consumo de Tabaco. Nunca \_\_\_\_\_ Lo dejó (Fecha) \_\_\_\_\_  
 Tiempo que fumó: \_\_\_\_\_ < de 1 cajetilla al día \_\_\_\_\_ > de una cajetilla al día \_\_\_\_\_  
 Otros (Especifique) \_\_\_\_\_
- Bebidas con contenido alcohólico. Nunca \_\_\_\_\_ Tipo y cantidad: al día \_\_\_\_\_ a la  
 Semana \_\_\_\_\_ al mes \_\_\_\_\_ lo dejó (fecha) \_\_\_\_\_ tiempo que consumió \_\_\_\_\_
- Otras sustancias: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_
- Presencia de alergias (a/ medicamentos, alimentos, ropa, etc.) No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_  
 (Especifique) tipo de reacción \_\_\_\_\_
- Asiste a revisión médica (aunque no se sienta enfermo) Si \_\_\_\_\_ Periodicidad \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_
- Revisión dental. Si \_\_\_\_\_ Periodicidad \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Realización de ejercicio Si \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Tratamientos, remedios caseros o de otro tipo que lleva a cabo No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_  
 (Especifique) \_\_\_\_\_
- Conoce la causa de su hospitalización y el objetivo. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 (Especifique) \_\_\_\_\_
- Sigue el tratamiento y/o recomendaciones médicas o de enfermería. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Porque \_\_\_\_\_
- f) Condiciones de la Vivienda
- Material de construcción \_\_\_\_\_ Número de Habitaciones \_\_\_\_\_  
 Usos \_\_\_\_\_ Ventilación natural \_\_\_\_\_ Artificial \_\_\_\_\_  
 (Especifique) \_\_\_\_\_
- Iluminación. Natural \_\_\_\_\_ Artificial \_\_\_\_\_
- Mobiliario. Acorde a las necesidades básicas. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 (Especifique) \_\_\_\_\_
- Disposición de excretas en vivienda. Sanitario a drenaje \_\_\_\_\_ Fosa Séptica \_\_\_\_\_  
 Letrina \_\_\_\_\_ Pozo negro \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_
- Ubicación del sanitario. Afuera de la vivienda Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Aseo diario de la vivienda. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_
- Limpieza de vectores (moscas, cucarachas, roedores, etc.) No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_  
 (Especifique) \_\_\_\_\_
- Control de vectores. Si \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Convivencia con animales domésticos. No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_

## 2. Patrón Nutricional Metabólico.

- Dieta y/o complementos específicos. Número de comidas al día \_\_\_\_\_ menú día típico:
- |                |              |            |
|----------------|--------------|------------|
| Desayuno _____ | Comida _____ | Cena _____ |
| _____          | _____        | _____      |
| _____          | _____        | _____      |

- Alimentos que desagradan: \_\_\_\_\_
- Ingesta de líquidos al día \_\_\_\_\_ (Especifique tipo y cantidad) **Apetito:**  
Normal \_\_\_\_\_ Aumentado \_\_\_\_\_ Disminuido \_\_\_\_\_ (Especificar) \_\_\_\_\_
- Presencia de náuseas \_\_\_\_\_ Vómitos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_
- Valoraciones de Peso (últimos 6 meses): Ninguno \_\_\_\_\_ aumento \_\_\_\_\_ Kg.  
disminuyó \_\_\_\_\_ Kg.
- Dificultades para la deglución. Ninguna \_\_\_\_\_ a sólidos \_\_\_\_\_ a líquidos \_\_\_\_\_  
(Especifique) \_\_\_\_\_
- Problemas piel y/o cicatrización. Ninguno \_\_\_\_\_ Anormal \_\_\_\_\_ (exantemas, sequedad, exceso de  
Transpiración, etc.) (Especifique) \_\_\_\_\_
- Cuero cabelludo-cabello, cambios \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_
- Estado de uñas \_\_\_\_\_
- Presencia de. Dolor abdominal \_\_\_\_\_ agruras \_\_\_\_\_ distensión \_\_\_\_\_  
sonda nasogástrica \_\_\_\_\_ succión gástrica \_\_\_\_\_ nutrición parenteral-enteral \_\_\_\_\_  
gastrostomía \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_

### 3. Patrón Eliminación.

- Hábitos de evacuación intestinal. Frecuencia al día \_\_\_\_\_ Fecha de última defecación \_\_\_\_\_  
dentro de los límites normales \_\_\_\_\_ Uso de laxantes y supositorios \_\_\_\_\_
- Presencia de estreñimiento \_\_\_\_\_ diarrea \_\_\_\_\_ Hemorroides \_\_\_\_\_  
sangrado \_\_\_\_\_ ostomías (Especifique) \_\_\_\_\_ incontinencia \_\_\_\_\_  
Flatulencia \_\_\_\_\_ aparatos auxiliares \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_
- Hábitos de evacuación urinaria dentro de límites normales: \_\_\_\_\_  
presencia de: distensión vesical \_\_\_\_\_ dolor \_\_\_\_\_ ardor \_\_\_\_\_  
retención \_\_\_\_\_ incontinencia \_\_\_\_\_ incontinencia al esfuerzo \_\_\_\_\_  
urgencia diurna \_\_\_\_\_ urgencia nocturna \_\_\_\_\_ alteraciones. (sangre, turbiedad) \_\_\_\_\_  
(Especifique) \_\_\_\_\_

#### 4. Patrón de Actividad y Ejercicio.

|                              |            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Frecuencia/ Sem |
|------------------------------|------------|---|---|---|---|---|-----------------|
| Baño/Higiene                 |            |   |   |   |   |   |                 |
| Comer/beber                  |            |   |   |   |   |   |                 |
| Vestirse/arreglarse          |            |   |   |   |   |   |                 |
| Evacuación                   | Intestinal |   |   |   |   |   |                 |
|                              | Vesical    |   |   |   |   |   |                 |
| Caminar                      |            |   |   |   |   |   |                 |
| Limpieza/arreglo del hogar   |            |   |   |   |   |   |                 |
| Ir de compras                |            |   |   |   |   |   |                 |
| Cocinar                      |            |   |   |   |   |   |                 |
| Subir escalera               |            |   |   |   |   |   |                 |
| Movilizarse en cama          |            |   |   |   |   |   |                 |
| Trabajar                     |            |   |   |   |   |   |                 |
| Ejercicio (Especificar tipo) |            |   |   |   |   |   |                 |

Nota: Valorar capacidad de realización con los siguientes valores que al ser detectados marcará con una x en la casilla que corresponda.

|                            |                              |                    |
|----------------------------|------------------------------|--------------------|
| 0 = Independiente          | 1 = Con aparato auxiliar     | 2 = Ayuda de otros |
| 3 = Ayuda de otros equipos | 4 = Dependiente/incapacitado |                    |

- Observar presencia de: Estado de función cardiaca: palpitaciones o disminución de la T/A, marcapasos, etc.
- De función pulmonar: Cambios en patrón respiratorio, movimientos, expansión torácica, fatiga, disnea (preguntar en relación a que)
- De estado vascular periférico, red venosa, distensión yugular, fragilidad capilar (antecedentes de equimosis, hematomas, cateter vascular (sitio y motivos)
- Estado neuromuscular. Dolor, fracturas, calambres, disminución de la sensibilidad, ausencia de algún miembro o parte de él, limitación del movimiento.

#### 5. Patrón de Sueño y Descanso.

- Hábito. Horas de sueño nocturno \_\_\_\_\_ Horario de sueño \_\_\_\_\_
- Siesta: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (Especifique tiempo)
- Apoyo para dormir (medicamentos, música, luz, etc.) Especifique \_\_\_\_\_

- Presencia de: cambios de humor \_\_\_\_\_ Bostezo \_\_\_\_\_ ojeras \_\_\_\_\_  
(Especifique) \_\_\_\_\_

#### 6. Cognitivo - Preceptivo.

- Audición: Dentro de límites normal \_\_\_\_\_ afectación \_\_\_\_\_  
Sordera \_\_\_\_\_ Zumbidos \_\_\_\_\_ Auxiliares auditivos \_\_\_\_\_  
(en todos especifique derecho-izquierdo)  
Vértigo. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ molestias y/o dolor: Ninguna \_\_\_\_\_  
Agudo \_\_\_\_\_ Crónico \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Control del dolor y/o molestias \_\_\_\_\_  
(Especifique) \_\_\_\_\_
- Visión: Dentro de límites normal \_\_\_\_\_ Afectación \_\_\_\_\_ Ceguera \_\_\_\_\_  
Prótesis \_\_\_\_\_ Auxiliares externos \_\_\_\_\_ (Especifique qué tipo y derecho-izquierdo)
- Olfato: Problemas para distinguir olores \_\_\_\_\_  
(Especifique)
- Memoria intacta \_\_\_\_\_ Alteración \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_  
\* (Estimar con: repetición de mesa = 0, León = 1, guantes = 2 total de 3 puntos)
- Orientación. Intacta \_\_\_\_\_ alteración \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_  
\* (Estimar con: contesta: su nombre = 0, el día = 1, lugar = 2 total de 3 puntos)
- Lenguaje: Tono de voz \_\_\_\_\_ fluidez en discurso \_\_\_\_\_ alteraciones \_\_\_\_\_  
(Especifique)
- Cambios en sensibilidad \_\_\_\_\_ (Especifique)

Nota: Si tiene menos de 6 puntos: Reporte y considere "Riesgos de lesiones o accidentes".

- Manera de aprender (Leyendo, escuchando, con dibujos, etc.) \_\_\_\_\_ Especifique
- Dificultad para tomar decisiones: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (Especifique)

#### 7. Patrón Autopercepción y Concepto de Sí mismo.

- Preocupaciones fundamentales en relación a: Hospitalización y/o enfermedad: (económicas, de autocuidado, de empleo, amputaciones cicatrices) \_\_\_\_\_  
(Especifique) \_\_\_\_\_
- Temor a pérdidas o renuncia a algo que le guste \_\_\_\_\_  
(Especifique) \_\_\_\_\_
- Descripción como persona; alegre \_\_\_\_\_ seria \_\_\_\_\_ temerosa \_\_\_\_\_ optimista \_\_\_\_\_  
Irritable \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_

- Conformidad con lo que es: \_\_\_\_\_
- Pérdida de interés por las cosas No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_
- Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_
- Pérdidas y/o cambios importantes en el último año No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_
- Que le ayudaría a sentirse mejor es éste momento \_\_\_\_\_ (Especifique).

#### 8. Patrón Rol-relaciones.

- Profesión y/o ocupación \_\_\_\_\_ situación actual; empleado \_\_\_\_\_  
Desempleado \_\_\_\_\_ Incapacidad temporal \_\_\_\_\_ Pensionado \_\_\_\_\_
- Sistema de apoyo: (con quién vive) cónyuge \_\_\_\_\_ vive solo \_\_\_\_\_ vecinos \_\_\_\_\_  
amigos \_\_\_\_\_ vive con familia \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_
- Papel que desempeña en la familia: dependiente \_\_\_\_\_ proveedor \_\_\_\_\_ cuidador \_\_\_\_\_  
Algún problema por ello \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_
- Dificultad para comunicarse No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_
- Correspondencia de la comunicación verbal con la no verbal al comunicarse: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Especifique) \_\_\_\_\_
- Se observan expresiones faciales acordes con lo que comunican Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Especifique) \_\_\_\_\_

#### 9. Patrón Sexualidad-Reproducción.

- Expresa algún cambio en las respuestas sexuales por la enfermedad Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Especifique) \_\_\_\_\_
- Satisfacción con el número de hijos procreados. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_
- Prácticas de auto examen mamario mensual. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_
- Examen cervico vaginal/prostático mensual. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Fecha del último \_\_\_\_\_
- Algún problema detectado. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_
- Presencia de; flujos Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Especifique) Embarazada. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Especifique tiempo) \_\_\_\_\_
- Prácticas de sexo seguro. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (uso de condón, una sola pareja, abstinencia total).

#### 10. Patrón de Afrontamiento-tolerancia al Estrés.

- Expresiones habituales de la tensión o preocupación (llanto, ira, congoja, molestias físicas)  
(Especifique) \_\_\_\_\_
- Acciones que realiza para controlar la tensión o la ira. (Beber alcohol, leer, comer, fumar, tomar medicamentos, café, etc.) (Especifique) \_\_\_\_\_

**11. Patrón de Valores y Creencias.**

- Práctica alguna religión. No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_
- Restricciones por su religión. No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (Cuáles) \_\_\_\_\_
- Solicitud de ayuda para cumplir con su religión dentro del hospital/domicilio  
No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (Especifique cual) \_\_\_\_\_
- Valores morales más importantes \_\_\_\_\_ (Describa)

**II. SECCION**

**EXAMEN FISICO.** (Valoración Objetiva)

**1. Aspectos General:**

- Edad Real \_\_\_\_\_ Edad Aparente \_\_\_\_\_
- Aliñada. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Facie: (Dolor, angustia, aprensión) \_\_\_\_\_ (Especifique).
- Estado de animo: \_\_\_\_\_ (Especifique).
- Estado de conciencia \_\_\_\_\_ Inconsciencia \_\_\_\_\_
- Responde a preguntas (Colaborador) Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- Postura adoptada: \_\_\_\_\_ (erguida, semierguida, movimientos repetitivos, gestos, etc.)

**2. Signos vitales:**

- Temperatura \_\_\_\_\_ °C.
- Pulso: \_\_\_\_\_ (Especificar características).
- Respiración: \_\_\_\_\_ (Especificar características).
- TE-A \_\_\_\_\_

**3. Respiratorio/Circulatorio:**

- Movimientos respiratorios: Expansión torácica. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Especifique \_\_\_\_\_
- Auscultación de campos pulmonares: Sonidos normales presentes \_\_\_\_\_  
Anormales \_\_\_\_\_ Ausentes \_\_\_\_\_ (Especificar en ambos, lado derecho-izquierdo)  
Tos: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Especificar: con expectoración de secreciones \_\_\_\_\_ seca \_\_\_\_\_  
Mucho esfuerzo \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_
- Inspección y palpación de estado vascular periférico:
  - Red venenosa \_\_\_\_\_
  - Varicosidades. \_\_\_\_\_  
(Especificar región y extensión)
  - Llenado capilar \_\_\_\_\_ (alterado/sin alteración)
  - Catéter vascular \_\_\_\_\_ (sitio y característica)

#### 4. Patrón Nutricional Metabólico.

- Peso real: \_\_\_\_\_ Kg. Peso ideal \_\_\_\_\_ kgs. Talla real \_\_\_\_\_ mts.
- Piel. Color \_\_\_\_\_ Lesiones \_\_\_\_\_ Cicatrices \_\_\_\_\_ Edema \_\_\_\_\_  
Estado de uñas \_\_\_\_\_
- Cabeza. Cuero cabelludo hidratado \_\_\_\_\_ Prurito \_\_\_\_\_ Zonas dolorosas \_\_\_\_\_  
(Especificar si hay alteraciones) \_\_\_\_\_
- Mucosas. Bucofaríngeas. Integra \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_ Lesiones \_\_\_\_\_  
Hidratada \_\_\_\_\_ Obstrucción \_\_\_\_\_ Presencia de cánulas, mascarillas, catéter \_\_\_\_\_  
(Especificar) \_\_\_\_\_
- Piezas dentarias. Integras Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Especificar) \_\_\_\_\_
- Higiene adecuada Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Especificar) \_\_\_\_\_
- Abdomen. Forma \_\_\_\_\_ Simetría \_\_\_\_\_ Masas \_\_\_\_\_ Dolor \_\_\_\_\_  
Distensión \_\_\_\_\_ Ruidos peristálticos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
(Especificar todos los hallazgos) \_\_\_\_\_

Nota: Algunos datos podrán ser recolectados en valoración subsecuente y/o partir de patrones que impliquen procesos vitales mientras se estabiliza la condición del usuario, así como la valoración de perímetros cuando sea necesario.

#### 5. Patrón de Eliminación.

- Intestinal y urinario.
- Defecaciones. Frecuencia \_\_\_\_\_ Características normales Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Especificar: duras, semilíquidas, líquidas, con sangre, parásitos, etc.) \_\_\_\_\_
- Región perianal. Integra \_\_\_\_\_ Con lesiones (Describir) \_\_\_\_\_
- Orina. Frecuencia \_\_\_\_\_ Características normal Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Especificar: cantidad, sangre, color, turbiedad, etc.) \_\_\_\_\_
- Dolor a la micción. No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Ardor \_\_\_\_\_
- Región perineal. Integra \_\_\_\_\_ con lesiones (describir) \_\_\_\_\_
- Presencia de sondas u otros dispositivos (Especificar) \_\_\_\_\_

Nota: inspección y auscultación de la región genital en caso de detección de alguna señal en la alteración de este patrón.

#### 6. Patrón Cognitivo-Perceptivo

- Visión – audición y olfato. Visión normal 20/20 (6 mts.) \_\_\_\_\_ disminuida  
(Especificar) \_\_\_\_\_ ojo derecho \_\_\_\_\_ ojo izquierdo \_\_\_\_\_ reflejos  
pupilares presentes y simétricos en ambos ojos \_\_\_\_\_ asimétricos (Especificar) O.D. \_\_\_\_\_  
O.I. \_\_\_\_\_
- Ojos limpios \_\_\_\_\_ secreciones \_\_\_\_\_ (describir) \_\_\_\_\_
- Oído externo íntegro \_\_\_\_\_ (Especificar derecho-izquierdo) \_\_\_\_\_

Alteraciones \_\_\_\_\_ (Especificar) \_\_\_\_\_  
Limpios. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Especificar) \_\_\_\_\_  
Audición intacta al susurro/ prueba del diapason. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Olfato intacto a la prueba del olor y reflejo del estornudo (alcohol y pluma de algodón)  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Alteración \_\_\_\_\_ (Especificar) \_\_\_\_\_

**7. Patrón Actividad – Ejercicio: Muscular/Esquelético:**

Capacidad de movilización:

Completa \_\_\_\_\_ incompleta \_\_\_\_\_ (Describir) Marcha: Estable \_\_\_\_\_ Inestable \_\_\_\_\_

Con aditamentos \_\_\_\_\_ (Especificar) \_\_\_\_\_

Fuerza en manos: Igual \_\_\_\_\_ fuerte \_\_\_\_\_ débil \_\_\_\_\_ piernas, igual \_\_\_\_\_

Fuerte \_\_\_\_\_ débil \_\_\_\_\_ (Especificar) \_\_\_\_\_

Ausencia de miembro \_\_\_\_\_ total \_\_\_\_\_ parcial (describir donde y tipo) \_\_\_\_\_

Parálisis \_\_\_\_\_ Especificar (lugar y magnitud) \_\_\_\_\_

Lesiones en sitios de lesión: \_\_\_\_\_

(Describir, tipo y magnitud valorando desde occipucio hasta talón de aquiles).

**III. SECCION**

**DATOS OBJETIVOS DE FUENTES SECUNDARIAS (En relación con los patrones funcionales de salud).**

**1. Patrón Nutricional – Metabólico.**

Resultado de exámenes de laboratorio; biometría hemática, química sanguínea, glucemia;

Otros \_\_\_\_\_ (listar)

**2. Patrón de Eliminación – Intestinal. Exámenes: Coproparasitoscópico, coprocultivo, guayaco,**

Otros \_\_\_\_\_

Urinario; exámenes; general de orina, urocultivo, creatinina urea, nitrogeno V.U. electrolitos,

Otros \_\_\_\_\_

**3. Patrón de Actividad – Ejercicio.**

Exámenes. Enzimas cardíacas, gases arteriales, p. de coagulación, otros \_\_\_\_\_

(Pruebas de esfuerzo, glasgow E.C.G., pruebas de función pulmonar).

**4. Resultados de estudios citológicos, patológicos, y/o de imagenología (papanicolau, biopsias, exudados, Rx, Tac y ultrasonidos, etc.).**

Se anotarán las interpretaciones que haya descrito el profesionista que lo realizó y/o quien firme el documento consultado.