



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**“ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO DE TRAUMATISMO BILATERAL DE
MIEMBROS INFERIORES CON PÉRDIDA DE SUSTANCIA ENFOCADO
EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA ”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciado en Enfermería

Autor: Peñaherrera Vargas, Jairo Daniel

Tutor: Lic Ms. Espinoza Benítez, Quenia Lorena

Ambato – Ecuador

Octubre 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Análisis de Caso Clínico con el tema: “**ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO DE TRAUMATISMO BILATERAL DE MIEMBROS INFERIORES CON PERDIDA DE SUSTANCIA ENFOCADO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**”, de **JAIRO DANIEL PEÑAHERRERA VARGAS** estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado Examinador, designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2016

LA TUTORA

.....
Lic Ms. Espinoza Benítez, Quenia Lorena

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: **“ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO DE TRAUMATISMO BILATERAL DE MIEMBROS INFERIORES CON PERDIDA DE SUSTANCIA ENFOCADO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2016.

EL AUTOR

Peñaherrera Vargas, Jairo Daniel

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de Investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo su reproducción dentro de las normas de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Agosto del 2016.

El AUTOR

Peñaherrera Vargas, Jairo Daniel

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“ANÁLISIS DE CASO CLINICO DE TRAUMATISMO BILATERAL DE MIEMBROS INFERIORES CON PÉRDIDA DE SUSTANCIA ENFOCADO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”** de, Peñaherrera Vargas Jairo Daniel. Estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Octubre del 2016.

Para Constancia firman:

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por cuidarme, protegerme en todo momento, y darme sabiduría fuerza y entendimiento para continuar, y en especial todo mi esfuerzo, mis logros alcanzados dedico a mis Padres Jorge y Anita pilares fundamentales en mi vida quienes con su esfuerzo, nobleza y entusiasmo depositaron en mi su amor incondicional y paciencia me supieron guiar para ser una persona con valores, responsable y capaz de cumplir cada una de mis metas trazadas, a mi novia Lizbeth quien con su paciencia comprensión y amor supo apoyarme en cada momento y guiarme en esta travesía brindándome siempre su apoyo incondicional, a mi hermana que con palabras de aliento y cariño siempre estuvo pendiente en cada paso que doy, y me demostraron que con la unión familiar y el apoyo incondicional se puede salir adelante y conseguir los objetivos propuestos.

Con todo cariño dedico este esfuerzo a todos ellos.

Jairo Daniel Peñaherrera Vargas

AGRADECIMIENTO

La vida se encuentra llena de retos, una de ellas es la vida universitaria, es por eso que extiendo mis más sinceros agradecimientos a toda mi familia por el apoyo incondicional en cada instante porque ellos fueron mi soporte valioso para que este trabajo se haga realidad, todos en algún momento y de alguna manera me ayudaron a culminar mi carrera exitosamente. Gracias de todo corazón para cada uno de ellos.

A mis maestros, por su especial cualidad y actitud para formarme como profesional, y en especial a la Lcda. Lorena Espinosa, Tutora de este trabajo por su guía, su paciencia y su cariño al momento de brindarme su ayuda y conocimientos.

A mis amigos de aula, y ahora serán para toda la vida a quienes les agradezco por su amistad, muestra de afecto y apoyo, lo cual aprendimos a ser perseverantes ante cualquier adversidad, vivimos juntos este sueño y lo culminamos apoyándonos mutuamente.

A la Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Enfermería, mi más sincero reconocimiento de gratitud.

Jairo Daniel Peñaherrera Vargas

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN.....	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II OBJETIVOS.....	3
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	3
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE	4
3.1.- ESPECIFICAR LA INFORMACIÓN OBTENIDA DE HISTORIAS CLÍNICAS:	4
3.2.- IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE	12
TEORIZANTE DE ENFERMERÍA SEGÚN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	12
VALORACION DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	14
4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO.....	24
4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	27
4.2.1 Factores de riesgo Biológicos	27
4.2.2 Factores de Riesgo Ambientales y Estilo de Vida	28
4.2.3 Factores de riesgo personales.....	28
4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.	29
4.3.1 OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA.	29
4.3.2 ACCESO.....	29
4.3.3 CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN.	30
4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.....	31
REPOSO ABSOLUTO (ENCAMAMIENTO) PROLONGADO.....	31
CANSANCIO DE ROL DE CUIDADOR.....	31
RIESGO DE INFECCIÓN.....	32
DETERIORO DE LA MOVILIDAD.	33

ANSIEDAD.....	33
INSOMNIO.....	34
4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	35
PROBLEMAS.....	35
GUIA PARA EL CUIDADOR/A SU ROL EN LA ATENCION DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO.....	37
PRESENTACION.....	37
INTRODUCCIÓN.....	38
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.....	39
Objetivo general.....	39
Objetivos específicos.....	39
JUSTIFICACIÓN.....	39
DESARROLLO.....	39
CONCLUSIONES DE LA GUÍA.....	41
V.CONCLUSIONES.....	42
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
BIBLIOGRAFIA.....	44
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA.....	44
LINCONGRAFIA.....	46
ANEXOS.....	49
ANEXO 1.....	49
ANEXO 2.....	50
ANEXO 3.....	51
ANEXO 4.....	56
ANEXO 5.....	57
ANEXO 6.....	58
ANEXO 8.....	63
ENCUESTA SEGÚN CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.....	63
DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO.....	70

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

“ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO DE TRAUMATISMO BILATERAL DE MIEMBROS INFERIORES CON PÉRDIDA DE SUSTANCIA ENFOCADO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA ”

AUTOR: Peñaherrera Vargas, Jairo Daniel

TUTORA: Lic Ms. Espinoza Benítez, Quenia Lorena

Fecha: Agosto, 2016

RESUMEN

El propósito de este estudio de caso clínico se enfocó en examinar la evolución del paciente con Traumatismo Bilateral de Miembros Inferiores más pérdida de sustancia, mediante la recolección de datos con instrumentos estructurados para identificar los principales puntos críticos y así establecer las oportunidades de mejora mediante el uso de una guía clínica dirigida al cuidador del paciente con traumatismo.

En este trabajo se presenta el caso de un paciente Masculino de 84 años, estado civil viudo, sin antecedentes patológicos de importancia, el mismo que sufre un atropellamiento por vehículo en movimiento, por la gravedad de las heridas es intervenido quirúrgicamente, y se realiza una interconsulta a UCI para lograr mantener sus constantes vitales dentro de los parámetros normales, se acoplado al paciente a un soporte ventilatorio mecánico y se realizo estudios diagnósticos.

Mediante la encuesta realizada al paciente se obtiene datos acerca de la exposición del paciente a factores de riesgo como: la edad, sexo, traumatismos, caídas, y accidentes automovilísticos, los mismos que al relacionarlos con la bibliografía pudieron ser los factores desencadenantes de la patología.

En el análisis de caso clínico se emplea el método descriptivo que permitió describir cada una de las estancias en que fue evolucionando la patología, el método Documental-Bibliográfico para detectar y profundizar diferentes aspectos relacionados con la misma.

PALABRAS CLAVES: TRAUMATISMO-BILATERAL, TANSFEMORAL.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSERY CAREER

**"ANALYSIS CASE OF BILATERAL LOWER LIMB TRAUMA WITH LOSS
OF SUBSTANCE FOCUSED ON NURSING CARE "**

AUTHOR: Peñaherrera Vargas, Jairo Daniel

TUTOR: Atty. Ms. Espinoza Benítez, Quenia Lorena

Date: August, 2016

SUMMARY

The purpose of this clinical case study sought to examine the evolution of the patient with bilateral trauma Lower Limbs more lost substance, by collecting data structured to identify the main critical points instruments and establish opportunities for improvement through use of a clinical guide for the caregiver trauma patient.

In this paper the case presents a male patient of 84 years, marital status widower with no medical history of importance, patient suffers run over by vehicle in motion, by the severity of the patient is undergoing surgery, and conducted an inter consultation UCI to achieve sos maintain vital signs within normal parameters, it was coupled to a mechanical ventilatory support and perform diagnostic studies.

Through the survey the patient data is obtained about the patient's exposure to risk factors such as age, sex, trauma, falls and car accidents, the same as to relate the literature could be the triggers of the disease .

In the analysis of clinical case the descriptive method that allowed describing each of the rooms that was evolving pathology is used, the documentary- Bibliographic method for detecting and deepen different aspects of it.

KEYWORDS: BILATERAL-TRAUMA, TANSFEMORAL..

I. INTRODUCCIÓN

Las lesiones traumáticas en la actualidad se acompañan de un gran número de complicaciones, debido fundamentalmente a que son producidas por traumas de alta energía, afectando las partes Oseas y las partes blandas que las rodean.

Existen un gran número de complicaciones que se pueden presentar hasta en más de un 50% de los casos de fracturas de extremidades inferiores, podemos encontrar fracturas abiertas, y estas además pueden convertirse en un factor de alto riesgo, que contribuyen al desarrollo de otras complicaciones. Entre estas complicaciones inmediatas podemos encontrar lesiones vasculares, lesiones nerviosas, otras fracturas asociadas, pérdida de sustancia la cual complica el manejo de este tipo de pacientes, en su mayoría la pérdida de sustancia se convierte en un factor de riesgo importante en el desarrollo de infecciones sobreañadidas, estas complicaciones constituyen un verdadero reto para el equipo de salud, los cuales tiene como fin lograr una mejoría pronta de los pacientes.

(OMS, 2016) cada año los accidentes de tránsito causan la muerte de aproximadamente 1.25 millones de personas en todo el mundo, entre 20 millones y 50 millones de personas sufren traumatismos no mortales y a su vez, una proporción de estos padecen alguna forma de discapacidad. A pesar de que los países de ingresos bajos, y medianos tiene aproximadamente la mitad de los vehículos del mundo, se producen en ellos más del 90% de las muertes relacionadas con accidentes de tránsito, la mitad de las personas que mueren por esta causa en todo el mundo son usuarios vulnerables de la vía pública, es decir peatones, ciclistas y motocicletas, se prevee que de aquí al 2030 los accidentes de tránsito se convertirán en la séptima causa de muerte

Ecuador alcanza, según la entidad, 28 muertes por cada 100.000 habitantes, una tasa mayor a la media global, que es de 18. El país ocupa el segundo lugar en mortalidad por accidentes de tránsito en América Latina, según el Reporte del Estado Global sobre la seguridad de las vías de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado en el año 2013.

Este análisis de caso clínico va hacer realizado en el Hospital Provincial Docente Ambato, que se encuentra en la provincia de Tungurahua cantón Ambato ubicado en la Av. Pasteur y Unidad Nacional, a partir del año 1980-2016 se registraron 1054 traumatismos por accidentes de tránsito y se registra unos 158 con pérdida de sustancia.

La finalidad de este trabajo se orienta en identificar los factores de riesgo que inciden en millones de personas en todo el mundo un mal manejo de los pacientes con fractura de miembros inferiores con pérdida de sustancia blanda, y a su vez minimizando los problemas identificados proporcionando una imperiosa calidad de cuidados en donde el personal de enfermería es el comprometido de realizar las actividades adecuadas orientándose a mantener y mejorar el estilo de vida, planteando un objetivo y guías de cuidados determinando si fueron los correctos y si se llegó alcanzar un bienestar al paciente

El personal de enfermería, desempeña un rol fundamental, por tal permite conocer al paciente desde un aspecto más integral, por tal razón se realiza este trabajo con conocimiento, responsabilidad y apoyo de personal apto teniendo en cuenta todas las herramientas y datos necesarios para llevar a cabo esta investigación

II OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Analizar cuáles son los nudos críticos en el paciente con Traumatismo bilateral de miembros inferiores con pérdida de sustancia, mediante una revisión bibliográfica e historial clínico, para proponer acciones de mejora en el paciente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Describir la evolución del paciente a través de fuentes de información disponible mediante la valoración basada en una teorizante para la identificación de problemas del usuario
- ✓ Determinar los factores de riesgo que desencadenaron la enfermedad a través del familiograma y ecomapa para analizar los elementos que influyen en su estado de salud.
- ✓ Diseñar una guía clínica de actividades dirigida al cuidador basado en una teorizante de enfermería para mejorar la calidad de vida y el estado actual del paciente.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE

3.1.- ESPECIFICAR LA INFORMACIÓN OBTENIDA DE HISTORIAS CLÍNICAS:

Paciente de 84 años de edad, sexo masculino, nacido y residente en el cantón Mocha, viudo desde hace siete años su esposa NN falleció por motivos de una neumonía adquirida en la comunidad padre de cuatro hijos NN 59 años NN 56 años NN 53 años y NN fallecido a los 17 por accidente de tránsito, diestro de instrucción primaria incompleta (Tercer grado aprobado) grupo sanguíneo desconoce, mestizo, católico, antecedentes patológicos – familiares no refiere, alergias: no refiere, manifiesta ser el segundo de siete hermanos a continuación se detalla algunos informes que se encontró

07/09/2015

Paciente es encontrado por paramédicos del cuerpo de bomberos en la vía debido a que sufre un atropellamiento por vehículo en movimiento en el sector de Mocha aproximadamente a las 14:30 posterior a lo cual presenta heridas expuestas en miembros inferiores, es trasladado al Hospital Provincial Docente Ambato en donde realizan su valoración

Servicio de Emergencia

15:30

al momento paciente despierto pálido, frío, hipotenso con mucosas orales húmedas, Corazón rítmico hipofonético, pulmones con movimientos rítmicos abdomen suave depreciable no doloroso, extremidades con pérdida de sustancia, más sangrado abundante, heridas que comprometen piel tejido celular subcutáneo muscular con compromiso vascular diagnóstico de ingreso traumatismo bilateral. Fx expuesta bilateral de miembros inferiores, politraumatismo. T/A 80/50 sat, 91% F/C 71 x'

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: se realizó RX AP y lateral de miembros inferiores.

EXAMENES DE LABORATORIO

Tipificación sanguínea Orh (+) TP 11 ser, TTO 24 Segú

Biometría GB: 6260 HB 14.4 Gld Plt 181.000

PH 7.28 1.07 urea 35.9 mg/dl.

INTERPRETACION

Los tiempos de TP y TTp se encuentran disminuidos, el conteo de GB se encuentra aumentados el hematocrito se encuentra con una ligera disminución de los valores referenciales. que es producida por la pérdida sanguínea,

INDICACIONES MEDICAS 1.lactato de ringer en bolo **2.** Agentes gelatinosos 500cc IV stand, **3.** Ketorolaco 60 mg IV c/d 6 horas, **4.** Tramal una ampolla IM STAD **5.** Monitoreo continuo, **6.** Control de ingesta y excreta, **7** oxigeno por mascarilla a dos litros por minuto, **8.** Ceftriaxona 2 gr STAD .

Análisis: el paciente es recibido en el servicio de emergencia pero no se registra el momento de ingreso se encuentra hipotenso pálido por la pérdida de sangre por el accidente, presento dificultad respiratoria y se actuó de manera oportuna colocándole mascarilla con oxígeno a dos litros por minuto, y así el paciente mantiene un intercambio gaseoso adecuado, se canaliza vía periférica, y de esta manera poder reponer las pérdidas que tubo por la hemorragia abundante en la ambulancia, se realizó control de signos vitales, administración de la medicación y cuidados prescritos .

LIMPIEZA QX MAS REPARACION MUSCULAR

19:30

Solución de continuidad en miembros inferiores bilaterales, desde 15cm del pliegue inguinal hacia maléolo derecho, Fx de peroné bilateral, solución de continuidad en miembro inferior izquierdo desde región poplítea hasta el maléolo tibial izquierdo. T/A 100/70 FC: 90x'.

08/092015

Interconsulta UCI

01:30 AM

Paciente con cuadro de shock hipovolémico secundario a lesión con pérdida de sustancia a nivel de extremidades inferiores al momento hemodinamicamente inestable, transfundiendo el 3er paquetes Globulares PFC, T/A al momento no audible pese a soporte inotrópico más vaso activo, saturación de oxígeno 84% paciente acoplado a Ventilación mecánica, al momento no se dispone de espacio físico en la unidad por lo que de ser necesario se recomienda activar RED PUBLICA DE SALUD. T/A 70/40 mmHg SO2 84% FC: 50x'.

09/09/2015

Cirugía Vasculat

Paciente politraumatizado por accidente de tránsito, no consiente de su patología, Glasgow 13/15 en recuperación luego de limpieza quirúrgica, Miembro Inferior Derecho con vendaje manchado con liquido hemático, movilidad abolida pulso femoral no palpable, llenado capilar de 3 segundos pie frio, Miembro Inferior Izquierdo vendaje manchado con liquido hemático llenado capilar de 3 segundos, pulso poplíteo no audible, con vendaje pulso pedio disminuido, coloración azulada a nivel del pulpejo de dedos, la extremidad esta fría.

Martes 12/09/2015

hasta el momento se han transfundido en la sala dos paquetes de concentrado globular y tres paquetes de plasma frio, familiares del paciente acuden a dirección médica del HPDA para solicitar alta del familiar indicando que todos los familiares del paciente viven en Quito y Cuenca razones por las cuales se les dificulta encontrarse en esta casa de salud para sus cuidados directos, se les explica a los familiares que el paciente se encuentra en un estado crítico y su presión es mantenida por Dopamina indicando todas las complicaciones que se pueden dar en su traslado, luego de la explicación familiares deciden no llevárselo, Paciente descansa por la noche afebril hidratado con O2 permeable 0.5 litros x' saturación a 92% con vía central permeable con vendaje en miembros inferiores manchado con liquido hemático, circulación distal ausente. Signos vitales T/A 110/70 FC 102x' T° 36.8 FR 20.

EXÁMENES DE LABORATORIO

INTERPRETACIÓN

Indicaciones médicas 1.NPO 2. Control de signos vitales diuresis horaria 3.monitorización 4. Miembro inferior izquierdo elevado 5. S.S 0.9% 1000cc c/12h 6. Ceftriaxona 2gr iv c/12h 7. Tramadol 100mg iv c/8hs 8. Metoclopramida 10 mg IV c/8hs 9. Omeprazol 40 mg IV QD 10. N-acetil cisteína 300mg IV c/6 hs 11. Gluconato de Ca 10 cc IV QD 12. Sulfato de Mg 10cc IV QD 13. Furosemida 20 mg QD 14. Dopamina 200 mg + 95 cc S.S IV 2 mcg/ Kg/min 15. Novedades

Lunes 21/09/2015

Bajo anestesia raquídea se procede a realizar excarectomía de miembros inferiores bilateral encontrado liquido purulento en aproximada 300 cc de muy mal olor de pronóstico muy malo, por las características del tejido, de ambos miembros por debajo de la rodilla, T/A 130/80 Fca. 80x' saturación 95% con ventilador mecánico se da el alta directamente de quirófano a la sala de cirugía hombres debido a que paciente se encuentra estable, es trasladado porque tiene herida altamente contaminada y tenemos pacientes de cuidado especiales en recuperación, se aclara que el paciente se encuentra estable y en condiciones de alta a piso

Exámenes de laboratorio glucosa 127.6 mg/dl ácido úrico 1.8 mg/dl potasio 2.77 mmol/l

Interpretación: el valor de la glucosa se encuentra sobre los niveles normales podría ser una indicación de diabetes del paciente el ácido úrico es bajo que podría deberse a varios factores uno de ellos es problemas cardiacos, el potasio se encuentra bajo los parámetros normales que se debe a la administración de diuréticos y antibióticos.

Indicaciones médicas 1.NPO 2. Control de signos vitales diuresis horaria 3.monitorización 4. Miembro inferior izquierdo elevado 5. S.S 0.9% 1000cc c/12h 6. Ceftriaxona 2gr iv c/12h 7. Tramadol 100mg iv c/8hs 8. Metoclopramida 10 mg IV c/8hs 9. Omeprazol 40 mg IV QD 10. N-acetilcisteína 300mg IV c/6 hs 11. Gluconato de Ca 10 cc IV QD 12. Sulfato de Mg 10cc IV QD 13. Furosemida 20 mg QD 14. Dopamina 200 mg + 95 cc S.S IV 2 mcg/ Kg/min 15. Novedades

Análisis durante la intervención se encontró gran cantidad de líquido purulento que es consecuencia de la descomposición de los tejidos blandos, y de la infección que se encuentra en los miembros inferiores, por esta razón el paciente es trasladado directamente desde la sala de recuperación a piso.

Miércoles 30/09/2015

Cirugía Vascular

Paciente al momento despierto, consiente. Extremidades pulso pedio 2/2 llenado capilar de 3 segundos caliente, coloración azulada, sin evidencia de mejora del tejido blando y piel. Comentario, angiológicamente compensado con perfusión distal presente sin embargo tejidos blandos son necróticos que limitan la viabilidad de las extremidades, al momento medico vascular se mantengo en la decisión de cirugía plástica en cuanto a la viabilidad de los tejidos blandos. Paciente con hipertermia T° Ax 39.2 °C continua con dopamina tolera oxigeno medio ambiente, miembros inferiores con tejido necrótico presenta hemiplejia en miembro inferior izquierdo

Exámenes de laboratorio no se evidencia exámenes recientes de laboratorio

Interpretación: sin exámenes de laboratorio

Indicaciones médicas. 1. dieta general 2. Control de signos vitales 3.S.S 0.9% 1000cc IV QD 4. Diuresis horaria 5. Tramadol 50 mg IV c/12hs lento y diluido 6.metoclopramida 10 mg IV c/12 hs 7. Cefazolina 1g IV c/8hs 8. Imipimen 50mg IV c/8hs 9. N-acetilcisteina 300mg IV c/8hs 10. Dopamina 2mg/Kg/min 11. Gluconato de calcio 10cc IV c/8hs 12. Furosemida 20 mg IV QD 13. Sulfato de Mg 10cc IV QD

Análisis durante los días de evolución no habido mejora en cuanto al tejido blando y piel, a pesar de que se encuentra con buen llenado capilar, paciente ha podido tolerar a oxígeno a medio ambiente, ha realizado picos febriles que se han controlado con medicación y medios físicos

Viernes 02/09/2015

Nota post-operatoria

Diagnostico politraumatismo más pérdida de sustancia en miembros inferiores más herida infectada y sepsis de partes blandas, cirugía planteada, amputación de miembro inferior izquierdo más limpieza quirúrgica. Hallazgos, Membro inferior izquierdo herida con pérdida de sustancia, infección de partes blandas, miembro inferior derecho herida con pérdida de sustancia, con necrosis muscular de mal olor, sangrado abundante líquido infeccioso y edema por lo que se decide dejar abierto el muñón.

Enfermería

Paciente de post amputación ingresa a la sala de recuperación consiente, facies pálidas, mucosas orales, semihumedas, con autonomía respiratoria apósito en miembro inferior izquierdo amputado manchado con liquido hemático y apósito limpio y seco en miembro inferior derecho, presencia de sonda vesical que elimina diuresis de características y volumen de eliminación normal, paciente con trasfuncion sanguínea por completar, vía periférica permeable

Lunes 12/10/2015

paciente durante los primeros días pos-operatorio con molestias, dolor a nivel de Miembro Inferior izquierdo permanece con vendaje en muñón cuyos primeros días postoperatorio se encuentra manchado con liquido seroso, se realiza la primera valoración de Psiquiatría, paciente decaído va hacer sometido a limpieza quirúrgica se encuentra con deseos de llorar, tristeza, en es pera de nueva limpieza quirúrgica

Exámenes de laboratorio. Exámenes de laboratorio dentro de los parámetros normales

Indicaciones médicas: 1.dieta general 2. Control de signos vitales 3.S.S 0.9% 1000cc IV QD 4. Diuresis horaria 5. Tramadol 50 mg IV c/12hs lento y diluido 6.metoclopramida 10 mg IV c/12 hs 7. Cefazolina 1g IV c/8hs 8. Imipimen 50mg IV c/8hs 9. N-acetilcisteina 300mg IV c/8hs 10. Dopamina 2mg/Kg/min 11. Gluconato de calcio 10cc IV c/8hs 12. Furosemida 20 mg IV QD 13. Sulfato de Mg 10cc IV QD

Análisis el paciente se encuentra con depresión por la pérdida de su miembro inferior, después de la intervención realizada el paciente se encuentra con signos de depresión y tristeza, se realiza la primera valoración de psiquiatría.

Jueves 15/10/2015

operación planteada limpieza quirúrgica, en Miembro Inferior Derecho muslo con escasas necrosis superficial limitando a la dermis y exposición con pérdida de sustancia, musculo de apariencia viable per fundido y limpio, muñón amputado en Miembro Inferior izquierdo con musculo viable reactivo a la electro estimulación en el informe de enfermería se encuentra paciente consiente orientado en tiempo y espacio, no refiere molestia descansa tranquilo vía periférica permeable recibe medicación prescrita.

Viernes 06/11/2015

Geriatría Paciente de 84 años de edad conocido por el servicio en hospitalización prolongada, por condiciones del paciente y necesidad de resolver quirúrgicamente se decide iniciar nuevo esquema de antibioticoterapia. Paciente consiente orientado afebril mucosas orales húmedas abdomen suave depreciable, vía periférica permeable

Exámenes de laboratorio. Entre los exámenes realizados no se evidencia alteración

Indicaciones médicas 1.dieta general 2. Control de signos vitales 3.S.S 0.9% 1000cc IV QD 4. Diuresis horaria 5. Tramadol 50 mg IV c/12hs lento y diluido 6.metoclopramida 10 mg IV c/12 hs 7.Cefazolina 1g IV c/8hs 8. Imipimen 50mg IV c/8hs 9. N-acetilcisteina 300mg IV c/8hs 10. Dopamina 2mg/Kg/min 11. Gluconato de calcio 10cc IV c/8hs 12. Furosemida 20 mg IV QD 13. Sulfato de Mg 10cc IV QD

Análisis. Paciente será sometido nuevamente a una limpieza quirúrgica, es valorado por geriatría quien decide iniciar nuevo esquema de antibioticoterapia por la intervención quirúrgica,

Lunes 16/11/2015

durante el transcurso de este tiempo paciente ha tenido una evolución favorable, el muñón de amputación se encuentra con buen aspecto, sin signos de infección con buena cicatrización, miembro inferiores en mejores condiciones con presencia de tejido de granulación sin signos de infección, según valoración de psiquiatría paciente tranquilo lucido, consiente en ocasiones refiere leve dolor en el miembro amputado, en periodo de aceptación, por la pérdida de su miembro inferior, diagnostico trastorno depresivo, y trastorno adaptativo, se realiza sexta intervención quirúrgica,

Exámenes de laboratorio Sin exámenes de laboratorio

Indicaciones médicas 1.dieta general 2. Control de signos vitales 3.S.S 0.9% 1000cc IV QD 4. Diuresis horaria 5. Tramadol 50 mg IV c/12hs lento y diluido 6.metoclopramida 10 mg IV c/12 hs 7. Cefazolina 1g IV c/8hs 8. Imipimen 50mg IV c/8hs 9. N-acetilcisteina 300mg IV c/8hs 10. Dopamina 2mg/Kg/min 11. Gluconato de calcio 10cc IV c/8hs 12. Furosemida 20 mg IV QD 13. Sulfato de Mg 10cc IV QD

Análisis paciente se encuentra con un buena evolución durante el tiempo transcurrido, el muñón se encuentra sin signos de infección, los colgajos de piel no se evidencia signos de infección ni de rechazo, continua con el apoyo de psiquiatría

Jueves 19/11/2015

Paciente no refiere molestias consiente afebril, miembro inferior izquierdo amputado miembro inferior derecho con múltiples injertos en buen estado general pulso distal presente paciente con buena valoración recibe alta pendiente indicaciones.

Exámenes de laboratorio. Lo exámenes de laboratorio no se evidencia ningún parámetro alterado.

Indicaciones médicas No se evidencia ninguna indicación.

Análisis. Paciente recibe el alta médica sin ninguna indicación o transferencia al centro de salud de Mocha.

3.2.- IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

Para obtener información de la evolución del paciente de la unidad de salud en la que fue atendido no se adquirió considerablemente, datos y exámenes necesarios para elaborar el trabajo. Considerando lo anterior se realiza una entrevista estructurada basada en las Necesidades de Virginia Henderson, información requerida con facilidad, y así priorizar los problemas basadas en la pirámide de Maslow.

TEORIZANTE DE ENFERMERÍA SEGÚN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

- 1. SALUD.-** El paciente se encuentra en un estado de salud física, fisiológico, psicológico y social alterado, ya que la enfermedad que padece fue producto de un traumatismo y esto lo repercute en su calidad de vida actual, presenta incapacidad para realizar cualquier tipo de actividad que solía hacerla antes con normalidad, esto tiene repercusión por su patología actual y por su edad avanzada (84 años) permaneciendo así por largos periodos de tiempo encamado o en una silla, y necesitando un cuidador siempre que esté pendiente de él, que sea su apoyo y que le ayude a suplir cada una de sus necesidades básicas. es así que por su condición actual presenta autoestima baja lo que no le permite tener un estilo de vida adecuada. (SlidShare, 2010) *Definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por sí solo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico (satisfacciones) y a nivel fisiológico (emocional).*
- 2. ENTORNO.-** El entorno en el que vive el paciente no es el adecuado para que contribuya con su tratamiento, puesto que es una casa pequeña en el sector rural del cantón Mocha, no cuenta con todos los servicios básicos

necesarios, el domicilio encuentra lejos del centro de salud de Mocha y no cuenta con un transporte adecuado, es por eso una de las causas que el paciente manifiesta que nunca se ha hecho atender y refiere que siempre ha gozado de una buena salud. (SlidShare, 2010) *Son todo las condiciones externas que influyen en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano*

3. **PERSONA.-** El paciente por la enfermedad que atraviesa actualmente y el tratamiento que realiza le impide que mantenga un equilibrio fisiológico y emocional; además de que no le es posible realizar las actividades que anteriormente las hacía por sí mismo pues no posee autonomía adecuada para moverse, por lo que depende casi totalmente de su cuidador. El paciente por su parte se deprime con facilidad y tiene episodios de ansiedad, temor, tristeza y por esta razón él se encuentra anímicamente alterado. (SlidShare, 2010) *El paciente es el ser bio-psico-social al que se le ayuda para que logre su independencia; la mente y el cuerpo son inseparables; el paciente y la familia forman una unidad.*

4. ENFERMERÍA.- El personal de Enfermería, desempeña un rol de gran importancia en la evolución diaria del paciente, por tal permite conocer al paciente desde una perspectiva más integral, por su relación estrecha con el paciente tiene una importante labor que hacer, proporcionando una indispensable calidad de cuidados adecuados para el paciente con traumatismo de miembros inferiores, pero para que pueda realizar y facilitar esa ayuda, es preciso cuente con la confianza del paciente, que se la va a ganar sólo cuando actúe con relativa independencia, asumiendo responsabilidades y poder, que obtener solo cuando se encuentre seguros de su conocimientos y responsable de su labor. (SlidShare, 2010) *Es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda volver a realizarlas de manera independiente.*

VALORACION DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE.

Paciente refiere fatiga y la falta de aire a cualquier cambio de posición por tal motivo tiene que respirar pausadamente ,además hay presencia de tos que no moviliza ninguna secreción paciente presenta frecuencias respiratorias que oscilan entre 20 a 24 respiraciones por minuto una saturación de 90% vías aéreas permeable manifiesta también que fue fumador por 15 años llegando a fumar una cajetilla diaria, Hay un incremento del esfuerzo espiratorio junto con un incremento en el ritmo respiratorio, taquipnea también presenta agitación y periodos cortos disnea únicamente al realizar alguna actividad que requiera esfuerzo, según la Escala Modificada de Disnea Medical Research Council con una puntuación de 1 (ANEXO 1)

Según el artículo realizado (Revista oneline Scielo , 2014). Señala que *Doscientos sesenta y siete pacientes con fracturas, que corresponde a el 86% fueron hombres con edad media de 28,7 años e Índice de Severidad del Trauma de 12,7. Se observó una prevalencia de Síndrome de Dificultad respiratoria aguda del 8,6% en toda la población y del 20% en politraumatizado. La mortalidad fue del 7,5%. Las variables asociadas al Síndrome de Dificultad respiratoria aguda en el análisis fueron: tiempo entre el trauma y el ingreso, fractura asociada de tibia, requerimiento de cirugía urgente y necesidad de transfusión de glóbulos rojos. En la cohorte hubo un incremento en la prevalencia de Síndrome de Dificultad respiratoria aguda anual, siendo del 4,3% en 2006 comparado con el 26,1% en 2011, al igual que el poli trauma que pasó del 14,5% en 2006 al 23,6% en 2011. El Síndrome de Dificultad respiratoria aguda se manifiesta clínica-mente por disnea, taquipnea e hipoxemia y hasta en el 43% de los casos podría evolucionar a falla ventilatoria, falla orgánica múltiple y muerte, siendo la fractura de la diáfisis femoral la que más se ha relacionado con complicaciones pulmonares.*

El artículo señala la incidencia de los problemas respiratorios en la persona con traumatismo de miembros inferiores ya que debido a su condición presentan una serie de complicaciones respiratorias que con llevan la patología, entre los que se menciona el síndrome Dificultad respiratoria aguda que se manifiesta por disnea, taquipnea e hipoxemia.

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE.

Paciente manifiesta que come tres veces al día, tiene una intolerancia a la lactosa y no cuenta con todas las piezas dentales completas, no está utilizando ninguna prótesis por el momento por lo tanto la deglución de los alimentos se le dificultan, El apetito del paciente ha disminuido, manifiesta que la comida del hospital no le gusta y con los olores le da náuseas y vómitos, además tiene sed excesiva que incrementa por las noches, los familiares del paciente son las personas encargadas en ayudarle en su alimentación porque en ocasiones no puede por sí mismo.

Según el artículo realizado (LUGO, 2010) *La disfagia es una entidad con una prevalencia que puede oscilar entre 30 y 60 % en personas hospitalizadas; 10 a 15 % en pacientes hospitalizados en cuidado crítico, 25 a 50 % en pacientes con trastornos neurológicos, 43 a 80 % en pacientes con enfermedad cerebro vascular, 59 % en pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello y un 30 a 40 % en pacientes ancianos. La disfagia es un factor de riesgo para la aspiración de alimento por la tráquea y los pulmones y se ha relacionado con un mayor número de infecciones respiratorias y altos costos en instituciones de salud, La prevalencia de la disfagia en la población hospitalaria se ha estimado en un 12 %, en conclusión los indicios más frecuentes para detectar el trastorno en la deglución fueron dificultad en el manejo de las propias secreciones, o por alteraciones masticatorias que dificultan la formación del bolo alimenticio voz húmeda.*

El artículo menciona la prevalencia de disfagia o dificultad para deglutir en pacientes encontrados en una unidad de cuidados especiales, lo que se relaciona con el paciente de trauma de miembros inferiores con pérdida de sustancia el cual se encontró en una unidad de cirugía por no haber espacio en la unidad de cuidados especiales, en el que presento disfagia debido a la falta de su dentadura completa presentando alteraciones masticatorias, lo que lo hizo susceptible a sufrir aspiración de alimento.

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES.

Paciente refiere que realiza de 1 a 2 deposiciones por día, y sus micciones varían de 3 a 4 veces y la características es de color amarilla en poca cantidad, manifiesta que al momento de estornudar se escapa una gotas de orina, sin poder controlarlos, En ocasiones tiene sudoraciones abundante, paciente no refiere ningún problema de estreñimiento, y las característica de las heces son normales paciente con una dependencia grave según el índice de Barthel con una puntuación de 30 (ANEXO 2)

Según el artículo realizado (Roig, 2015) menciona que, *La prevalencia de la incontinencia urinaria en ancianos es de 42,7%. El impacto de esta enfermedad en*

la vida diaria fue leve en el 46,5% de los casos, moderada por el 29,3% de los casos y grave en el 24,1% de los casos. La condición se asocia con el deterioro funcional. La incontinencia urinaria (IU) se puede destacar, como un síndrome geriátrico que pueden generar diferentes formas de incapacidad en los ancianos, además de alteraciones emocionales, tales como malestar, vergüenza y pérdida de la autoestima. Además de las consecuencias sufridas por los pacientes con IU, este síndrome también provoca fuertes impactos económicos y sociales, derivados de los costos del tratamiento y la sobrecarga del cuidador.

El artículo menciona la incidencia de incontinencia urinaria en pacientes geriátricos, lo que se relaciona con el paciente que es objeto de estudio ya que el menciona en la entrevista, sufrir de incontinencia urinaria, además de encontrarse en la edad de 84 años, lo que ha dificultado su estilo de vida produciéndole alteraciones tanto emocionales como funcionales dando lugar a una sobrecarga de trabajo para el cuidador e incomodidad para el paciente.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS.

El paciente manifiesta no poder ponerse en pie pero si en ocasiones se sienta., cuando está sentado le da calambres en la pierna derecha refiere dolor del cuerpo al estar en una sola posición, por lo que familiares le hacen cambios de posición cada 3 horas, tiene dificultades para realizar sus actividades por la pérdida de su pierna izquierda y el proceso de recuperación de la pierna derecha, en cuanto a su piel en el cuerpo se encuentra humectada, con ausencia de deshidratación, en el miembro inferior izquierdo se encuentra un muñón en proceso de cicatrización y en el miembro inferior derecho se encuentran injertos de piel sin signos de infección.

Según el artículo realizado (Granados-Carrera, 2014) *La fisioterapia desarrolla la máxima capacidad funcional en pacientes con traumatismos de miembros inferiores interviniendo en las disfunciones de la postura. La evaluación final de nuestro paciente mostró disminución del tono muscular, con una ligera activación de grupos musculares y extremidades inferiores permitiendo así realizar ligeras actividades funcionales que antes no realizaba.*

El artículo mencionado anteriormente señala la importancia de la fisioterapia en la recuperación del paciente, y los logros importantes que se pueden conseguir con la constancia en la fisioterapia realizada en el paciente encamado y así contribuir a la Independencia funcional en actividades básicas de la vida diaria.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR.

Paciente informa que duerme de 6 horas diarias, se despierta por las noches de 2 a 3 veces por motivos de bulla en la sala hospitalaria dice que no puede conciliar el sueño con facilidad y se despierta siempre de mal humor y muy irritado, paciente refiere no tener la energía necesaria durante el día por lo que necesita tomar siestas frecuentemente, el cansancio que siente dice que inicio desde el primer día de hospitalización. Presenta Gravedad de Insomnio con un puntaje de 52 según cuestionario de Oviedo Del Sueño (ANEXO 3)

Según el artículo realizado (Eduardo Tobar A, 2012) señala que; *se evaluó a 76 pacientes en Italia, de los cuales 61% refiere privación del sueño durante la hospitalización. En una experiencia similar, Franck et al. Reportaron que el 47% de sus pacientes presentaron disturbios del sueño durante su estadía en UCI. Un estudio multicéntrico portugués realizado a 464 pacientes de 10 hospitales por Granja et al. Arrojó que el 51% de ellos recuerda haber tenido pesadillas, de los cuales el 14% aún las presentaba 6 meses después de la hospitalización, lo que impactaba en su calidad de vida.*

Lo que se relaciona con el caso expuesto, del paciente con traumatismo de miembros inferiores, el cual menciona en la necesidad de dormir y descansar que tiene problemas para conciliar un descanso adecuado, asimismo el artículo antes citado menciona la alta incidencia de dificultad para tener un sueño de calidad en un ambiente hospitalario lo que corrobora las respuestas dadas por el paciente.

6. NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA, VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

Paciente refiere que por su condición de discapacidad no puede vestirse y desvestirse solo, su cuidador es el que elige su ropa siempre utiliza ropa ligera y cómoda como pijama su aspecto siempre es íntegro ya que su familia siempre está pendiente de su aseo, Según el índice de Barthel paciente tiene una puntuación de 30 con una dependencia grave (ANEXO 2)

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES ADECUADO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE.

Paciente presenta picos febriles de hasta 37.5 grados centígrados que no se lograron controlar con medios físicos, La temperatura ambiente en donde se encuentra el paciente no es la adecuada paciente manifiesta que el cuarto es muy frío, además manifiesta que no es fácil adaptarse a los cambios de temperatura, que es muy friolento y tiene escalofríos.

8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.

El paciente refiere no poder realizar su aseo por sí solo debido a su condición actual, su cuidador que es su hijo es la persona que le realiza tanto sus aseos, como sus baños, la piel es hidratada con cremas, cabello limpio con brillo de buen aspecto, frágil a la manipulación con piel pálida, hidratada en el cuerpo, presencia de muñón en miembro inferior izquierdo, y presencia de injertos de piel en miembro inferior derecho sin signos de infección En el índice de Barthel paciente tiene una puntuación de 30 con una dependencia grave (ANEXO 2)

Según el artículo realizado en el (Julio Ernesto Pérez Parra, 2013) menciona que: La edad avanzada produce cambios intensos en el cuerpo humano, lo que hace más vulnerables a las enfermedades y lesiones, así como secuelas que producen y hospitalizaciones a largo plazo. El perfil de la población de edad avanzada está constituido por las características personales que pueden llevar a un individuo a desarrollar una úlcera por presión (UPP), como los cambios en la estructura de la

piel, problemas de movilidad y el patrón cognitivo cambiaron. Los ancianos se destacan entre los individuos con úlceras de presión, ya que son más afectados por enfermedades degenerativas; tienen problemas de incontinencia urinaria; y su uso de medicamentos que pueden alterar su metabolismo, En cuanto a la razón de la hospitalización, el 55% de las personas de edad avanzada fueron hospitalizados con un diagnóstico de traumatismo por vehículo en movimiento. En cuanto al cuidador, los ancianos hijo / hija fueron los principales sujetos que tomaron esta responsabilidad

Lo que se relaciona con el caso expuesto, del paciente con traumatismo de miembros inferiores, la edad del paciente y los mismos cambios de la estructura del paciente y la patología misma, también el largo tiempo de hospitalización pueden conllevar a producirse úlceras.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONES A OTRAS PERSONAS.

Paciente refiere sentirse triste, desanimado angustiado, por su nueva condición de vida, e impotente por su estado de salud se deprime con facilidad, refiere agotamiento físico, tiene alterado su sueño y se acompleja por su condición actual manifiesta no tener alergias conocidas, en cuanto a la predisposición de enfermedades el paciente se encuentra en gran riesgo de sufrir infecciones debido a que se encuentra en un centro hospitalario rodeado de pacientes con diferentes patologías paciente manifiesta que muy a menudo se olvida las cosas. Presenta normal el nivel cognitivo con una puntuación de 2 según el test de pfeiffer versión española (ANEXO 4)

Según el artículo realizado en el (Julio Ernesto Pérez Parra, 2013)señala *que un 40% de los pacientes con traumatismo informaron haber estado deprimidos en el último año y el 49% reportó haber sufrido estrés psicológico, en una muestra diversa de pacientes con diversos traumatismos encontraron una prevalencia de depresión moderada del 23% diagnosticada a través de la escala de depresión*

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), tres veces superior a la prevalencia de desórdenes de depresión mayor en población general; de los pacientes que al momento de la evaluación no estaban deprimidos, 24% de ellos reportaron una historia de diagnóstico de depresión . Esta ha sido asociada con largos periodos de rehabilitación y menor independencia funcional y movilidad al momento del alta hospitalaria. Según Boekamp et, la depresión puede interferir en gran medida con el proceso de rehabilitación de pacientes con traumatismo debido a que ocasiona reducción de energía, expectativas negativas y aislamiento social.

Lo que se relaciona con el caso expuesto que el paciente con traumatismo presenta en la necesidad de evitar riesgos ambientales y evitar lesionar a otras personas, presenta depresión, ansiedad y tristeza, dando a evidenciar que su estado de ánimo es fundamental para su mejora y su menor dependencia con respecto a su cuidador.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES.

El Paciente manifiesta que no escucha muy bien y tiende a acercarse un poco a las personas para poder escuchar con facilidad. La capacidad verbal disminuida, no es capaz de establecer una conversación fluida, contesta mejor a preguntas cerradas, su lenguaje es lento y escaso mostrando durante toda la entrevista un tono tranquilo, no posee la facilidad para expresar sus emociones. Refiere tener una imagen negativa de sí mismo debido a la depresión por su estado actual antes del accidente vivía con la familia de su tercer hijo, Tiene una buena comunicación con su familia, y en el Cuestionario Apgar Familiar con puntuación de 8 (ANEXO 5)

Según el artículo realizado en el (Heno, 2013) señala que: *La depresión es de alta prevalencia en la población en general, en especial entre los adultos mayores. Se asocia con un aumento de la morbilidad y la mortalidad. En 1996, un estudio de depresión en adultos mayores en el Hospital Militar de Santiago, mostró una prevalencia de 28,4%. Se entrevistaron 131 pacientes, 64 mujeres y 67 hombres, edad media de 74,35 años. La prevalencia de la depresión fue de 22,13% (29), 28,12% (18) en mujeres y 16,41% en hombres. La depresión en pacientes adultos mayores es común y a menudo no detectada o no tratada, aquel estado de ánimo*

triste que persiste, pese a haberse disipado la causa externa, o una expresión desproporcionada de ésta. El paciente con depresión pierde el interés, incluso de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen una serie de otros síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, del contenido del pensamiento y síntomas corporales, que interfieren gravemente con la calidad de vida.

El presente artículo hace mención a la alta incidencia de depresión en especial en pacientes geriátricos, lo que se relaciona con el paciente que es objeto de estudio ya que el menciona en la entrevista, sentirse deprimido por su estado actual de salud, lo que le ha producido alteraciones emocionales y en su estilo de vida. El paciente menciona sentirse, incapaz de realizar sus actividades regulares, presentando síntomas corporales como no es capaz de mantener una comunicación fluida, no expresa sus emociones.

11. NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS.

Paciente refiere que es católico refiere rezar a diario, piensa que los valores son importantes para vivir día a día con las personas que lo rodean, menciona no tener miedo a la muerte ya que no desea ser un estorbo para sus familiares no le gusta hablar sobre su enfermedad porque le cambio mucho su estilo de vida se deprime y se pone triste.

Según el artículo realizado en el (Samira Rocha Magalhães, 2015) *señala que el WHOQOL-SRPB es un instrumento desarrollado por la OMS para evaluar cómo la espiritualidad, la religión y las creencias personales están relacionados con la calidad de vida en la salud y la asistencia sanitaria. El principio que subyace al desarrollo del WHOQOL-SRPB establece que, a partir de la perspectiva de la evaluación de la calidad de vida, que tiene una profunda creencia religiosa o no podría dar un sentido trascendente a la vida y las actividades de la vida diaria y el trabajo como una estrategia para lidiar con el sufrimiento humano y dilemas. La evaluación del dominio psicológico mostró que los encuestados se basan en*

creencias personales, la espiritualidad y la religión, para aceptar su apariencia física y mantener su autoestima y la capacidad de pensar, aprender. En la primera etapa, 55 pacientes participaron en el estudio con predominio del sexo masculino (87,3%). En cuanto a la edad, el 25,5% tenía una edad de hasta 25 años, el 16,4% entre 26 y 35 años, 21,8% entre 46 y 55 años y el 9,1% entre 56 y 65; la edad media fue de 38,1 años ($SD = \pm 13,9$ años), la edad mínima de 15 años y un máximo de 65 años. En cuanto a la distribución del color de la piel de auto-reporte, el color mulato se impuso con el 49,1%; el color negro del 25,5%; de color blanco 14,6% y 10,6% de color amarillo. La religión católica es predominante (54,6%), los protestantes 23,6% y el 21,8% no participó en ninguna religión.

El testimonio del paciente según la encuesta realizada sobre la necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias, menciona que el paciente practica su religión y se refugia en ella rezando a diario lo que contribuye con su estado anímico y la aceptación de su condición, lo que concuerda con el estudio realizado en el artículo antes mencionado en el que señala la importancia que tiene la creencia religiosa para la aceptación de su nueva apariencia física y lo motiva a aprender y mantener su autoestima siguiendo sus propias creencias .

12. NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL.

Paciente refiere que trabajaba como agricultor antes del accidente, pero hoy en su estado dice sentirse inútil por no poder realizar las actividades que cotidianamente realizaba, y depender siempre de alguien, se deprime y se pone ansioso paciente muestra interés sobre aprender acerca de su patología presenta depresión y ansiedad según la Escala de Ansiedad-Depresión de Hamilton con un puntaje de Ansiedad 8- depresión 7 (ANEXO 7)

Según el artículo (Díaz, 2015) señala que; *Ante el súbito acontecer de un suceso traumático, recuperar la esperanza y el deseo de vivir se alzan como el principal desafío. La enfermería y su concepción holística del cuidado pueden servir de cauce para el logro de la aceptación y la adaptación a esta nueva situación. Se obtuvieron un total de 7 intervenciones con una influencia significativa en el*

desarrollo de estrategias de afrontamiento positivas de la lesión medular; terapia del arte, musicoterapia, terapia de la risa, asesoramiento, terapia con animales, así como su variante: terapia de aceptación y compromiso.

Lo que nos señala que los pacientes que han sufrido un suceso traumático en la mayoría de casos se encuentran con graves problemas de ansiedad y desesperanza mediante el adecuado proceso de enfermería y uso de estrategias de afrontamiento positivo podemos lograr la aceptación de su condición actual.

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Paciente presenta una pérdida de interés por las actividades recreativas debido a la incapacidad de poder realizarlas y un notable empobrecimiento en sus habilidades y funciones, se estresa y se aburre con facilidad y en momento tiene deseos de llorar sin motivos, en todo el tiempo que tiene libre mira el televisor o escucha las lecturas que le realiza su hijo o el cuidador a cargo

14. NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES

Paciente informa que estudio hasta la primaria incompleta (tercer grado) sabe leer y escribir Muestra un gran interés y colabora ante todo tipo de información que incluya su problema de salud paciente tiene como motivación principal su familia y su deseo por recuperarse.

IV. DESARROLLO

4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

Paciente de 84 años de edad, sexo masculino, nacido y residente en el cantón Mocha, de profesión agricultor, viudo desde hace siete años su esposa NN. Falleció por motivos de una neumonía adquirida en la comunidad padre de cuatro hijos NN de 59 años NN 56 años NN 53 años y NN fallecido a los 17 por accidente de tránsito,

diestro de instrucción primaria incompleta (Tercer grado aprobado) grupo sanguíneo desconoce, mestizo, católico, antecedentes patológicos – familiares no refiere, alergias: no refiere ser el segundo de siete hermanos, recibe el bono de desarrollo .

El desarrollo de la patología fue en el momento que el descendía de la camioneta que le traslado hasta el cantón de Mocha porque regresaba de cobrar el bono de desarrolló, intenta cruzar la calzada sin darse cuenta que se acercaba un vehículo a alta velocidad, impactándole fuerte mente arrojándole unos metros más atrás del sitio del accidente, quedándose en ese lugar hasta que llegue la ambulancia del cuerpo de bomberos, posterior a lo cual presenta heridas con fracturas expuestas en miembros inferiores, con abundante perdida sanguínea, paciente en ningún momento perdió la conciencia, es trasladado al Hospital Regional Docente Ambato. En el servicio de emergencia, paciente despierto pálido, frio, hipotenso, con mucosas orales húmedas, abdomen suave repleto no doloroso extremidades con pérdida de sustancia, más sangrado abundante, heridas que comprometen piel tejido celular subcutáneo, muscular y compromiso vascular, ingresa con un diagnostico provisional de fractura expuesta bilateral de miembros inferiores, más politraumatismo, es valorado por el médico residente de cirugía hombres el mismo que decide realizarle una limpieza quirúrgica, luego de la intervención se realiza interconsulta a UCI para valoración, al momento paciente se encuentra bajo los efectos de anestesia residual, con cuadro de shock hipovolémico, secundario a la lección a nivel de extremidades inferiores al momento de la valoración hemodinamicamente inestable transfundiendo el tercer concentrado globular y el segundo plasma fio congelado, Tensión arterial al momento no es audible pese a soporte inotrópico más vaso activo, paciente acoplado a ventilación mecánica con saturación de 84% al momento de la valoración el servicio de UCI no contaba con espacio físico por lo que el medico recomienda de ser necesario activar la red pública de salud, después de la limpieza quirúrgica paciente permanece en la sala de recuperación con pronóstico reservado, miembros inferiores con vendajes manchados de líquido hemático, movilidad abolida puso femoral no palpable, con llenado capilar de 3 segundos pies fríos, con coloración azulada a nivel del pulpejo de los dedos, paciente es trasladado a la sala de cirugía hombres, después de unos

días los familiares del paciente acuden a la dirección médica del hospital para solicitar el alta del familiar argumentando que todos los familiares del paciente viven en Quito y en Cuenca razones por las cuales se les dificulta quedarse al cuidado del familiar en esta casa de salud, después de explicar la complejidad de la patología del paciente que se encuentra en estado crítico y su presión es mantenida por medicación, se les indica todas las complicaciones que puede tener durante su traslado, familiares deciden permanecer en el servicio.

Luego de varios días paciente es intervenido quirúrgicamente de nuevo, la cirugía realizada es una excarectomía (resección o extirpación de la escara) donde se encuentra líquido purulento de aproximadamente 300cc de muy mal olor de pronóstico muy malo por la característica del tejido de cobertura de ambos miembros por debajo de la rodilla, después de esa cirugía paciente es dado de alta desde quirófano a piso indicando que se encuentra estable, y que tiene herida altamente contaminada, después de varios días de hospitalización y de recibir antibioticoterapia no se evidencia mejora en los tejidos blandos, musculo y piel necróticos que limitan la movilidad de las extremidades inferiores, se decide amputar el miembro inferior izquierdo la intervención se realiza después de dos días, durante estos días transcurridos el paciente no tuvo ninguna información o valoración por psicología para tratamiento emocional por la pérdida de su miembro inferior, la amputación que se realizó fue a nivel transfemoral, el miembro inferior izquierdo se encontraba con una abundante pérdida de sustancia más grave infección de partes blandas, el miembro inferior derecho con herida con pérdida de sustancia más necrosis muscular de mal olor, con abundante líquido infeccioso y edema por lo que el médico resolvió dejar abierto el muñón de amputación para que pueda seguir drenando el líquido.

Después de varios días de evolución y de recibir antibioticoterapia el muñón de amputación en miembro inferior izquierdo se cerró en segunda intención no se evidencia ningún signo de infección localizada, en cuanto al miembro inferior derecho se realizaron limpiezas quirúrgicas y colocación injertos de piel con buen proceso de cicatrización, existen pocos días que paciente ha tenido picos febriles hasta 37.1 por lo que en la valoración de geriatría se indicó iniciar antibioticoterapia, se realiza una última cobertura de piel en miembro inferior

derecho de espesor parcial de 0.030mm con ninguna complejidad, después de dos días deciden dar el alta al paciente pero geriatría la suspende por 24 horas para completar el esquema de antibioticoterapia, se realiza el alta al paciente sin ninguna indicación previa.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Al realizar el presente análisis sobre la evolución de la patología se puede identificar diferentes factores de riesgo que posiblemente pudieron ser desencadenantes en el accidente que conllevó al inicio de la patología del paciente.

4.2.1 Factores de riesgo Biológicos

SEXO

De acuerdo con la información de la entrevista realizada al paciente uno de los factores de riesgo es sexo ya que el género masculino según estadísticas es el más propenso a sufrir traumatismos por vehículos en movimiento, por su estilo de vida activo,

Según un artículo publicado en (Lúcia Maria Miana, , 2015) que: Los accidentes de tráfico son un serio problema de salud pública mundial, asociado a factores de comportamiento, la seguridad del vehículo, y el entorno urbano precario. Ellos son las principales causas de lesiones y muertes debido al creciente número de vehículos, cambios de estilo de vida y conductas de riesgo en la población general. A nivel mundial, se estima que 50 millones de personas por año sufren lesiones y discapacidades por accidentes de tráfico, con 1,3 millones de muertes, el 62% de los cuales se concentran en diez países. Brasil ocupa el quinto lugar, después de China, India, Rusia y los Estados Unidos. Los estudios epidemiológicos han demostrado que los accidentes de tráfico muestran diferentes patrones de acuerdo al sexo, edad, grupo social, y la zona de riesgo, revelando una mayor vulnerabilidad de las personas de sexo masculino con un (86,6 %).

EDAD

De acuerdo con la información de la entrevista realizada al paciente uno de los factores de riesgo es su edad 84 años ya que se ha encontrado que el traumatismo por accidente de tránsito tiene una gran incidencia en los adultos mayores por su misma condición senil, y se expone al querer realizar una vida cotidiana.

Según un artículo publicado en (Lúcia Maria Miana, , 2015) que, la seguridad del vehículo, y el entorno urbano precario. Ellos son las principales causas de lesiones y muertes debido al creciente número de vehículos, cambios de estilo de vida y conductas de riesgo en la población general. A nivel mundial, se estima que 50 millones de personas por año sufren lesiones y discapacidades por accidentes de tráfico, con 1,3 millones de muertes, el 62% de los cuales se concentran en diez países. Brasil ocupa el quinto lugar, después de China, India, Rusia y los Estados Unidos .Los estudios epidemiológicos han demostrado que los accidentes de tráfico muestran diferentes patrones de acuerdo al sexo, edad, grupo social, y la zona de riesgo, revelando una mayor vulnerabilidad de las personas de sexo masculino con un (86,6 %) y con una incidencia en personas mayores de 28%.

4.2.2 Factores de Riesgo Ambientales y Estilo de Vida

El no tener precaución al momento de encontrarse en una avenida principal, y no ocupar los servicios de transporte adecuado para movilizarse hacia su destino, también los accidentes de tránsito por imprudencia del conductor (impericia) pueden convertirse en el inicio de problemas relacionados con traumatismos de miembros inferiores

4.2.3 Factores de riesgo personales

Respecto a la causa de los traumatismos de miembros inferiores son muy variados, la mayoría de la literatura científica fija en primera instancia como causa el trauma que se encuentra asociado a accidentes de tránsito, accidentes deportivos heridas profundas y accidentes laborales lo que tiene una relación directamente con el paciente antes mencionado que es objeto de estudio debido a que sufre una lesión traumática

4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.

4.3.1 OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA.

Paciente tuvo una atención inmediata debido a que por el accidente de tránsito que sufrió, fue trasladado por la ambulancia del cuerpo de bomberos al Hospital Provincial Ambato e ingreso directamente a la sala de emergencia

4.3.2 ACCESO.

No tuvo inconvenientes en el acceso de atención por emergencia una vez que llegó fue inmediatamente valorado por el médico y atendido por el personal de enfermería pero paciente menciona que a pesar de las buenas condiciones de la vía, la ambulancia en la que era trasladado no se tomaron las medidas de seguridad pertinentes para su estado de salud, y la complejidad de sus lesiones

Según un artículo publicado en (Lúcia Maria Miana, , 2015) que: Los accidentes de tráfico son un serio problema de salud pública mundial, asociado a factores de comportamiento, la seguridad del vehículo, y el entorno urbano precario. Ellos son las principales causas de lesiones y muertes debido al creciente número de vehículos, cambios de estilo de vida y conductas de riesgo en la población general. A nivel mundial, se estima que 50 millones de personas por año sufren lesiones y discapacidades por accidentes de tráfico, con 1,3 millones de muertes, el 62% de los cuales se concentran en diez países. Brasil ocupa el quinto lugar, después de China, India, Rusia y los Estados Unidos. Los estudios epidemiológicos han demostrado que los accidentes de tráfico muestran diferentes patrones de acuerdo al sexo, edad, grupo social, y la zona de riesgo, revelando una mayor vulnerabilidad de las personas de sexo masculino con un (86,6 %) con una edad de más riesgos con los accidentes de tránsito que oscila entre 60 a 80 años

4.3.3 CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN.

Atención pre hospitalaria lunes 07 de septiembre del 2015, hijo refiere un mal manejo por parte de los paramédicos de la ambulancia del cuerpo de bomberos ya que su familiar a pesar de que se encontraba consiente no podía moverse, presentaba un gran dolor, y los paramédicos no siguieron un protocolo de atención adecuado, a la emergencia médica en que se encontraba el paciente, además manifiesta que no fue inmovilizado o cubiertas las heridas que tenía su familiar, o colocado un suero para reponer la sangre que ha perdido, y que sin aquellas medidas de seguridad fue trasladado al Hospital Provincial Docente Ambato.

Servicio de emergencia en el Hospital Regional Docente Ambato: día Lunes 07 de septiembre del 2015 a las 15:30 paciente y familiar (Hijo) refieren haber recibido una atención inmediata, con tomas de signos vitales, canalización de vía periférica cubrimiento de las heridas con material estéril y estudios de RX (radiografía de miembros inferiores) durante su estancia en emergencia paso en la sala de pacientes críticos, donde recibió analgesia, y valoración inmediata por parte del médico residente de la sala de cirugía hombres, se decide trasladarlo a sala de operaciones para realiza una limpieza quirúrgica, con una oportuna información dada hacia los familiares que se encontraban en la sala de espera.

Servicio de Recuperación: la atención brindada por parte del personal médico y de enfermería fue la adecuada de acuerdo a su patología, recibió hemoderivados e inter consulta con servicio de Cuidados Intensivos.

Servicio de Cirugía Hombres

En este servicio al inicio familiares refieren que no tenían ninguna información de mejora y deciden acudir a la dirección médica de la unidad hospitalaria para pedir el alta, argumentando que son de ciudades lejanas y que por ello se les dificulta el estar pendiente de su familiar, pero después de exponer las complicaciones que puede tener el paciente deciden dejarlo, luego manifiestan que después este percance la atención que recibieron tanto paciente como el cuidador fue adecuada, paciente colaboro en los tratamientos y terapias realizadas

4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.

REPOSO ABSOLUTO (ENCAMAMIENTO) PROLONGADO.

Con relación a la entrevista y la valoración realizada al paciente permanece por casi todo el día en la cama, son sus respectivos cambios de posición y en ocasiones es colocado en una silla, a pesar de pasar tanto tiempo encamado no tiene ningún signo de ulcera de presión, manifiesta que el hijo y los nietos son los que se turnan para su cuidado y constantes cambios de posición e hidratación de la piel

Según un artículo publicado en (Santos, 2016) menciona que: *el paciente encamado tiene un alto Riesgo de daño en la piel y el tejido subyacente, como resultado de la compresión de los tejidos blandos en general, sobre una prominencia ósea, durante un periodo de tiempo capaz de causar isquemia local y, en consecuencia, necrosis. El factor de riesgo de inmovilización física se validó con una media de 0,97. Se sabe que la movilidad reducida aumenta la probabilidad de mayor tiempo de presión sobre la piel, favoreciendo la isquemia tisular y la aparición de fuerzas de fricción de la superficie y de cizallamiento, con la consiguiente posibilidad de romper la piel y el inicio de la ulceración.* . Lo que indica que en pacientes con traumatismos están muy propensos a desarrollar este tipo de complicaciones a nivel de piel

CANSANCIO DE ROL DE CUIDADOR.

De acuerdo con la entrevista aplicada al paciente éste refiere que siempre requiere de la ayuda de un cuidador debido a su estado de inmovilidad ya que no puede realizar ninguna actividad física por sí solo, paciente refiere que su hijo y sus nietos se turnan para poder cuidarlo, por lo que tiene un riesgo de cansancio del cuidador debido principalmente a que son personas que desconocen cómo realizar todos los procedimientos sin tener problemas en su salud el gasto físico que sugiere suplir las necesidades del paciente.

Según un artículo publicado (Stephen K. Trapp, 2015) que: *la ansiedad, sobrecarga, depresión, satisfacción con la vida y autoestima y las discapacidades físicas y psicosociales de personas con traumatismo de médula espinal fue evaluado en Cuarenta cuidadores de personas con traumatismo de médula espinal, quienes presentaron, Mayores niveles de estrés ,depresión y ansiedad en el cuidador del cuidador debido a esas discapacidades, Debido a la naturaleza colectivista y la importancia de la familia en la mayoría de las culturas latinas, las intervenciones centradas en la salud mental de los familiares que cuidan de personas con traumatismo de la medula espinal pueden ser particularmente importantes.* Los familiares que se encuentran al cuidado de este tipo de pacientes están con un alto porcentaje de riesgo de ser propensos a desarrollar problemas a largo y corto plazo.

RIESGO DE INFECCIÓN.

De acuerdo con la valoración al paciente durante la entrevista se detectó que tiene un alto riesgo de infección en los miembros inferiores, por los procedimientos quirúrgicos a los que ha sido sometido durante el tiempo de hospitalización siendo uno de ellos la colocación de los injertos de piel, también tiene una incidencia en el entorno hospitalario en que se encuentra, la edad avanzada del paciente es otro de los factores determinantes en la aparición de una infección

Según un artículo publicado (Augello, 2015) menciona *que el 14,16 % de los pacientes presentaron infecciones. La herida quirúrgica fue el principal sitio de infección en el 48,43 % de los pacientes. La aparición de infección fue en un tiempo quirúrgico mayor de cuatro horas. El empleo de drenaje quirúrgico aumentando el riesgo de sepsis en 2,83 y 9,77 veces. El riesgo para adquirir una infección aumenta según la gravedad del paciente y la complejidad del cuidado; en los pacientes quirúrgicos, este riesgo se*

intensifica debido a la potencial contaminación inherente a todo procedimiento invasor. Lo que indica que en pacientes que son sometidos a varias intervenciones quirúrgicas con más propensos de desarrollar infecciones en el sitio de la herida quirúrgica

DETERIORO DE LA MOVILIDAD.

Durante la entrevista aplicada al paciente se pudo detectar la falta de movilidad debido a la incapacidad adquirida por la amputación del miembro inferior izquierdo por lo que dice sentirse un estorbo para sus familiares ya que no puede caminar ni moverse con la misma facilidad que lo hacía antes.

Según un artículo publicado (Santamarta, 2013) ; ale En el paciente, con amputación de miembro inferior tiene implicaciones psicológicas, sociales y económicas. Hay una repercusión en su imagen corporal y en la movilidad que lleva a una disminución de la habilidad para realizar las actividades de la vida diaria. También existe una incidencia muy alta de dolor y discomfort. El resultado es una pérdida de función, un nuevo esquema corporal y una actitud mental diferente que provoca una serie de reacciones y emociones comunes al proceso del duelo. La causa de la amputación, el grado de deficiencia y discapacidad, la edad, la imagen corporal y las habilidades de afrontamiento influyen en como poder moverse como solían hacerlo antes

ANÁLISIS: En el artículo antes citado menciona que el problema que afrontan los pacientes sometidos a una amputación, en cuanto a su movilización es muy complejo porque primero hay que afrontar el tiempo de duelo por la pérdida de su miembro, para que posteriormente pueda aceptar su condición y poder tener una vida más llevadera.

ANSIEDAD.

Durante la entrevista aplicada al paciente refiere que se siente un estorbo con sus familiares al no poder realizar las actividades que solía hacerlas cuando se encontraba sano, al no poder realizarlas manifiesta que se deprime y se pone

ansioso. Presenta depresión y ansiedad según la Escala De Ansiedad-Depresión De Hamilton con un puntaje de Ansiedad 8 –Depresión 7. (Anexo 6)

Según un artículo publicado (Muñoz, 2015) que: *Los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo son causa de deterioro psicológico. En el caso específico de los hombres, pueden presentar sintomatología clínica somática de depresión y ansiedad, pero, debido a la socialización masculina, pueden sentirse inclinados a ocultar o minimizar su sufrimiento psicológico o imponerse barreras que les impidan identificar y comunicar emociones internas y mucho menos a valorar estas manifestaciones como indicadores de un problema de salud mental,* lo que nos da referencia la ansiedad del paciente teniendo como una de sus causas el deterioro psicológico dado por la patología y por la edad avanzada del paciente.

INSOMNIO.

Durante la entrevista realizada el paciente informa que duerme de 6 horas diarias, y se despierta por las noches de 2 a 3 veces por motivos de bulla en la sala hospitalaria dice que no puede conciliar el sueño con facilidad y se despierta siempre de mal humor y muy irritable, paciente refiere no tener la energía necesaria durante el día por lo que necesita tomar siestas frecuentemente, Presenta Gravedad de Insomnio con un puntaje de 52 según cuestionario de Oviedo Del Sueño (ANEXO 3)

Según un artículo publicado en (TÉLLEZ, 2015) menciona La prevalencia de síntomas de trastornos, calidad de sueño y depresión se evaluó en 313 adultos mayores en la ciudad de Monterrey, México Los resultados indicaron que los adultos mayores presentaron 50% ronquido, 24% piernas inquietas e insomnio, 44.1% mala calidad de sueño, 62% síntomas de depresión y un 24% de no poder acoplarse al lugar en donde descansan . Los trastornos de sueño son los que más afectan la calidad de sueño en esta población, por lo que es importante la detección y tratamiento de estos trastornos en los adultos mayores

4.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.

PROBLEMAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<p>➤ CANSANCIO DE ROL DE CUIDADOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad • Apoyo psicológico • Asumir sus la responsabilidad que tiene con el paciente • Participar en grupos de apoyo • Evitar el desgaste físico y emocional. Turnarse para realizar el cuidado • Comparten experiencias, lidian con el sentimiento de aislamiento y la falta de apoyo • Utilización de técnicas de movilización correcta para evitar accidentes (Ibarrulio, 2013)
<p>➤ REPOSO ABSOLUTO (ENCAMAMIENTO) PROLONGADO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Área de la piel que se destruye debido al contacto prolongado de una persona en una sola posición sin desplazar el peso • Revisar diariamente la piel: mantenerla limpia y seca • Lavarla con agua tibia y jabón neutro y usar crema hidratante tras el aseo • Cambios posturales cada 2-3 horas • Ropa de cama limpia • Realizar actividad física siempre que se pueda, ya sean ejercicios activos o pasivos <p>(Ibarrulio, 2013)</p>

<p>➤ RIESGO DE INFECCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos del cuidador y de todas las personas que estén en contacto con el paciente • Minimizar la presencia de visitantes, y de otros pacientes en la misma habitación • Mejorar el sistema inmunológico del paciente Buena alimentación, saludable y balanceada • Mantener limpio y con buena ventilación el lugar en donde se encuentra al paciente (Cuidados, 2013)
<p>➤ DETERIORO DE LA MOVILIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instintiva al paciente a la deambulación con el apoyo de la muleta • Fomentar el ejercicio • Disminuir el riesgo de caídas, (Criislpz, 2013)
<p>➤ ANSIEDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar al paciente para que manifieste sus sentimiento, preocupaciones y temores • Instruir al paciente sobre las diversas técnicas de relajación: respiración profunda, lenta e intencionada • Hablar y expresar los sentimientos; no estalles, cuenta tu malestar • Escuchar musica; oír música relajante • Distracción; o desviar su atención de algo negativo a positivo • Reír; reír, compartir y relacionarte te ayudará a sentirte mejor

	(Criislpz, 2013)
➤ INSOMNIO	<ul style="list-style-type: none"> • La estancia debe estar acondicionada para facilitar el reposo • evitar la radio, la televisión u otros dispositivos. • La hora al acostarse deber ser la misma o tratar de que sean a horas adecuadas • Ingerir alimentos que faciliten el sueño; como los huevos, leche o plátanos, “son alimentos <i>ricos en triptófano</i> que van a ayudar a conciliar el sueño”. <p>(driver, 2013)</p>

4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Al haber identificado la falta de conocimiento adecuado por parte de la familia sobre la patología y las consecuencias potenciales que esto desencadena, se cree conveniente la elaboración de una guía clínica de cuidados dirigido al familiar a cargo o cuidador, basados en una teorizante de enfermería para poder mejorar la calidad de los cuidados y por ende la calidad de vida y el estado actual del paciente.

GUIA PARA EL CUIDADOR/A SU ROL EN LA ATENCION DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO.

PRESENTACION

Para mejorar la calidad de vida de los pacientes con traumatismo de miembros inferiores y sus familiares se ha planteado realizar una guía de cuidados práctica y didáctica para una mejor comprensión.

Por eso estimados cuidadores, con esta guía pretendemos facilitar información de forma clara y sencilla a los familiares que se enfrentan a una enfermedad incapacitante, con uno de sus integrantes, siendo consciente de que cuando se recibe información y el diagnostico de esta enfermedad aparecen sentimientos de impotencia, frustración.

Espero que ustedes sepan que no están solos. Existen muchas personas que se encuentran o se encontraron en una situación similar, y han experimentado los problemas y emociones que ustedes, siguen siendo capaces de sobrellevarlas con un buena calidad de vida tanto de su paciente como propia, La meta es hacer partícipe al cuidador y la familia en el tratamiento de rehabilitación teniendo siempre en cuenta su posible sobrecarga.

INTRODUCCIÓN

La condición a la que se enfrenta una persona que ha sufrido la amputación va enmarcada en múltiples variables que van desde el rechazo social, psicológico y familiar, que en ocasiones llega hasta la depresión y suicidio. Las consecuencias posteriores a este evento traumático ocasionan aislamiento y una etapa de constante lucha por retomar una vida en el punto en que se dejó, impactando su comportamiento con los demás y la realización laboral del cuidador por lo cual el objetivo de esta guía es contribuir con el conocimiento necesario que requiere el cuidador, adquiriendo nuevas técnicas para suplir las necesidades y prevenir complicaciones a las que se enfrentan las personas con traumatismo de miembros inferiores, facilitando las herramientas necesarias para asegurar que el paciente reciba el mejor cuidado posible .

Una vez identificados los puntos críticos que con lleva la enfermedad, se propone una alternativa preventiva para evitar las consecuencias más comunes del encamamiento y la dificultad para poder movilizarse, siendo así un impacto físico y psíquico, que esta condición genera, tanto en el paciente como en las personas que le rodean,

Esta guía servirá al cuidador como referente para dar a su paciente la mejor atención posible y facilitar su trabajo diario. Siendo consciente de que existen muchos aspectos de la lesión medular que rebasan la práctica clínica: por lo que se intentará dar pautas sencillas de actuación no profesional para que contribuyan al bienestar del mismo.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

Objetivo general

- Diseñar una guía clínica de actividades dirigida al cuidador basado en una teorizante de enfermería para mejorar la calidad de vida y el estado actual del paciente.

Objetivos específicos

- Mejorar sus técnicas personales para potenciar su autocuidado y las habilidades de afrontamiento adecuadas en el proceso de cuidar
- Capacitar al cuidador en la identificación precoz de dificultades en el proceso de cuidados
- Orientar su habilidades en la presentación de los cuidados a las personas dependientes, para que estas tengan la mejor calidad de vida

JUSTIFICACION

Está presente guía es de suma importancia en su realización ya que contribuirá a brindar un cuidado de calidad al paciente. Logrará un contexto de cuidados exitoso no es responsabilidad única del cuidador si no de todas las personas que están en contacto con él, sin el apoyo de familiares o amigos, la carga de los cuidados es demasiado pesada de soportar para la mayoría de las cuidadoras y cuidadores. Por ello, toda ayuda que puedan recibir sólo puede ayudar en la mejora de las condiciones de vida cotidianas de ella o él y del paciente.

Los cuidadores son el pilar fundamental para las personas que presentan traumatismo de miembros inferiores, y que se encuentran en su domicilio por ello esta guía pretende apoyar, asesorar y facilitar, con recomendaciones, sugerencias sencillas y básicas para cuidar su estado de salud y hacerse cargo de su autocuidado, con una buena planificación, cuidando y cuidándose a sí mismo, conociendo las tareas a realizar con su familiar, su labor será más fácil.

DESARROLLO

- **Cansancio de rol de cuidador:**
 - Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad

- Apoyo psicológico
 - Asumir la responsabilidad que tiene con el paciente
- Participar en grupos de apoyo
- Evitar el desgaste físico y emocional. Turnarse para realizar el cuidado
- Comparten experiencias, lidian con el sentimiento de aislamiento y la falta de apoyo
- Utilización de técnicas de movilización correcta para evitar accidentes
(Ibarrulio, 2013)

➤ **Reposo absoluto (encamamiento) prolongado;**

- Área de la piel que se destruye debido al contacto prolongado de una persona en una sola posición sin desplazar el peso
- Revisar diariamente la piel: mantenerla limpia y seca
- Lavarla con agua tibia y jabón neutro y usar crema hidratante tras el aseo
- Cambios posturales cada 2-3 horas
- Ropa de cama limpia
- Realizar actividad física siempre que se pueda, ya sean ejercicios activos o pasivos.(Ibarrulio, 2013)

➤ **Riesgo de infección;**

- Lavado de manos del cuidador y de todas las personas que estén en contacto con el paciente
- Minimizar la presencia de visitantes, y de otros pacientes en la misma habitación
- Mejorar el sistema inmunológico del paciente Buena alimentación, saludable y balanceada
- Mantener limpio y con buena ventilación el lugar en donde se encuentra al paciente,(Cuidados, 2013)

➤ **Deterioro de la movilidad;**

- Instintiva al paciente a la deambulacion con el apoyo de la muleta
- Fomentar el ejercicio

- Disminuir el riesgo de caídas,(Criislpz, 2013)

➤ **Ansiedad;**

- Incentivar al paciente para que manifieste sus sentimiento, preocupaciones y temores
- Instruir al paciente sobre las diversas técnicas de relajación: respiración profunda, lenta e intencionada
- Hablar y expresar los sentimientos; no estalles, cuenta tu malestar
- Escuchar musica; oír música relajante
- Distracción; o desviar su atención de algo negativo a positivo
- **Reír;** reír, compartir y relacionarte te ayudará a sentirte mejor (Criislpz, 2013)

➤ **INSOMNIO**

- La estancia debe estar acondicionada para facilitar el reposo
- evitar la radio, la televisión u otros dispositivos.
- La hora al acostarse deber ser la misma o tratar de que sean a horas adecuadas
- Ingerir alimentos que faciliten el sueño; como los huevos, leche o plátanos, “son alimentos *ricos en triptófano* que van a ayudar a conciliar el sueño”.
 - (driver, 2013)

CONCLUSIONES DE LA GUÍA

El autocuidado del cuidador es básico para el bienestar personal y para poder ofrecer una mejor atención a la persona dependiente. La detección y prevención del agotamiento ha de ser un objetivo prioritario a nivel individual, para evitar el sufrimiento del cuidador y, en casos extremos, que repercuta en la persona cuidada Esta guía trata de mejorar la calidad de atención que brindara el cuidador a pacientes con traumatismo de miembro inferiores, siendo este causante de la amputación de uno de sus miembros.

Finalmente la tarea del cuidador es primordial en el paciente para que pueda sobrellevar su condición, por ello se necesita salud física y mental de su persona para poder cumplir con sus deberes diarios hacia el paciente.

V.CONCLUSIONES

Al realizar el presente trabajo se identificaron los nudos críticos que presento el paciente de traumatismo bilateral de miembros inferiores con pérdida de sustancia mediante la revisión bibliográfica e historial clínico identificando los nudos críticos de la enfermedad como el *encamamiento prolongado* ;debido a su permante estado de inmovilidad, *cansancio de rol de cuidador*; ya que el paciente requiere cuidados la mayoría del tiempo, *riesgo de infección*; por hospitalización prolongada, amputación, colocación de injertos de piel ,*deterioro de la movilidad*; por la amputación de un miembro, ansiedad; al no poder realizar nada por sí mismo por lo que se deprime y se pone ansioso, *insomnio*; no descansa adecuadamente debido al ruido en la sala hospitalaria.

En el análisis de caso clínico se emplea el método descriptivo que permitió describir cada una de las estancias en que fue evolucionando la patología, el método Documental-Bibliográfico para detectar y profundizar diferentes aspectos relacionados con la misma. Se describió y analizo la evolución del paciente en el ámbito hospitalario, atraves de fuentes de información como la historia clínica del paciente y la entrevista identificando los principales problemas de salud del usuario.

Tras la realización del presente trabajo y de haber identificado los factores de riesgo, que fueron desencadenantes en la patología del paciente, mediante el análisis del ecomapa y el familiograma, con el que se logró evidenciar un nivel socio económico medio bajo, por esta razón el paciente es beneficiario del bono de desarrollo, motivo por el cual tuvo que dirigirse a otra ciudad a cobrarlo sin tener precaución al momento de elegir su medio de transporte.

Al haber identificado la falta de conocimiento adecuados por parte de la familia sobre la patología y las consecuencias potenciales que esto desencadenaría, por lo que se cree conveniente la elaboración de una guía clínica de cuidados dirigido al familiar a cargo o cuidador, basados en una teorizante de enfermería para poder mejorar la calidad de los cuidados y por ende la calidad de vida del paciente.

Con la ayuda del vínculo familiar y la participación activa del cuidador y el personal de enfermería se logró mejorar ciertas condiciones de vida modificables, pero lastimosamente no todas las alteraciones que presenta el paciente pueden ser modificadas pero si se logró cumplir con los objetivos planteados, y lograra una mejor educación sobre dicha patología

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA.

- ✓ Cheng-Min H, Jeffrey C, Miranda J, Hyder A, Traumatismos causados por el tránsito en países en desarrollo: agenda de investigación y de acción. Scielo. 2010; 27(2): 243-246
- ✓ Demling R, Gates J. Aspectos médicos del tratamiento de los traumatismos y las quemaduras. En: Goldman L, Schafer A (eds.) Tratado de Medicina Interna. 24a ed. Barcelona: Elsevier España; 2013. p 692.
- ✓ Ling G. Lesiones traumáticas encefálicas y de la médula espinal. En: Goldman L, Schafer A (eds.) Tratado de Medicina Interna. Volumen II. 24a ed. Barcelona: Elsevier España; 2013. p 2258

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA.

SCOPUS: Choi, S. (06 de Agosto de 2016). *Complex regional pain syndrome caused by lumbar herniated intervertebral disc disease*. Obtenido de Scopus: [https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84978975601&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=trauma+bilateral+legs&st2=&sid=037C94F2F9DF524C60C6039B0B19485F.wsnAw8kcdt7IPYLO0V48gA%3a10&sot=b&sdt=b&sl=36&s=TITLE-ABS-KEY%28trauma+bilateral+legs%](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84978975601&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=trauma+bilateral+legs&st2=&sid=037C94F2F9DF524C60C6039B0B19485F.wsnAw8kcdt7IPYLO0V48gA%3a10&sot=b&sdt=b&sl=36&s=TITLE-ABS-KEY%28trauma+bilateral+legs%28)

LINKONGRAFÍA

- Lúcia Maria Miana, . (05 de Noviembre de 2015). Obtenido de Urbanas muertes por el tránsito: la vinculación de datos y la identificación de subgrupos de población de alto riesgo:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001300092&lang=pt
- Augello, S. L. (Julio de 2015). *Infecciones nosocomiales en el postoperatorio neuroquirúrgico*. Obtenido de Revista one line Scielo:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000300007&lang=pt
- Criislpz. (26 de Abril de 2013). *Diagnosticos enfermeros* . Obtenido de NANDA NOC Y NIC:
<http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=ec0b8ca6d78a69952113bacdfe625b886c7c8261>
- Cuidados, U. d. (mayo de 2013). *DIAGNOSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA GENERALES*. Obtenido de Planes de cuidados :
http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/planes_estandarizados.pdf
- Díaz, C. F. (23 de julio de 2015). *Intervenciones enfermeras en el proceso de aceptación y compromiso con la vida ante una lesión medular adquirida: revisión de la literatura*. Obtenido de Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanolaenfermeria-319-articulo-intervenciones-enfermeras-el-proceso-aceptacion-S2013524615000318>
- driver. (14 de Julio de 2013). *resumen de plan de cuidados* . Obtenido de NANDA NOC Y NIC:
<http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=b0cf2248dc1a7c3d0e5ff9fb0e59bd6231385687>
- Eduardo Tobar A, R. P. (2012). *Trastornos del sueño en los pacientes*. Obtenido de revista online scielo:

https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/trastorno_sueno_paciente_critico.pdf

Friedrich von Mühlenbrock S.1, R. G. (diciembre de 2011). *revista online Scielo* .

Obtenido de

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000400004

Granados-Carrera, J. C. (diciembre de 2014). *Efecto de la fisioterapia en un*

paciente con cuadruplejia . Obtenido de Revista one line Scielo :

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n3/a07v25n3.pdf>

Henao, C. P. (Agosto de 2013). *Relación entre complicaciones clínicas y*

discapacidad en población colombiana con lesión medula. Obtenido de

Revista one line Scielo :

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000200004&lang=pt

Ibarrulio. (03 de Abril de 2013). *resumen de plan de cuidados* . Obtenido de nanda

noc y nic:

<http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=fc0f05d4b4301fd684141dc9d5a69f3c51e38f31>

Julio Ernesto Pérez Parra, C. P. (Mayo/Agosto de 2013). *Relación entre*

complicaciones clínicas y discapacidad en población colombiana con

lesión medular: . Obtenido de Revista Online Scielo:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000200004&lang=pt

LILIANA HINCAPIE-HENAO, LUZ ELENA LUGO, SERGIO DANIEL ORTIZ,

MARÍA EUGENIA LÓPEZ. (Diciembre de 2010). *Revista one line Scielo*

. Obtenido de Prevalencia de disfagia en unidad de cuidados especiales:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052010000200003&lang=pt

LUGO, L. (05 de Diciembre de 2010). *Prevalencia de disfagia en unidad de*

cuidados especiales. Obtenido de Revista one line Scielo :

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052010000200003&lang=pt

- Muñoz, C. E. (Junio de 2015). *Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel*. Obtenido de Revista one line Scielo: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000300201&lang=pt
- OMS. (mayo de 2016). *Lesiones causadas por el tránsito*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/>
- Paixão, L. M. (15 de Noviembre de 2015). *Urbanas muertes por el tránsito: la vinculación de datos y la identificación de subgrupos de población de alto riesgo*. Obtenido de Revista one line Scielo : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001300092&lang=pt
- Revista oneline Scielo . (05 de Mayo de 2014). *Caracterización clínica y epidemiológica del síndrome de dificultad respiratoria aguda en pacientes adultos con fractura diafisaria de fémur*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472014000300006&lang=pt
- Roig, J. J. (septiembre de 2015). *Incontinência urinária em idosos institucionalizados: prevalência e impacto na qualidade de vida*. Obtenido de Revista one line Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502015000300583&lang=es
- Samira Rocha Magalhães, Z. M. (Julio/Septiembre de 2015). *Influencia de la espiritualidad, religión y creencias en la calidad de vida de las personas con lesión medular*. Obtenido de Revista Online Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300792&lang=pt
- Santamarta, L. (Noviembre de 2013). *Amputaciones no traumáticas de los miembros inferiores*. Obtenido de Revista one line Scielo: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-74342013000300008&lang=pt

- Santos, C. T. (junio de 2016). *El diagnóstico de enfermería riesgo de úlceras por presión: la validación del contenido*. Obtenido de Revista one line Scielo : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100335&lang=pt
- SlidShare. (Enero de 2010). *Teorías de las necesidades de Henderson* . Obtenido de <http://es.slideshare.net/sandramireyaperaltapardo/teoras-de-las-necesidades-de-henderson>
- Stephen K. Trapp, P. (Septiembre de 2015). *Lesión de la médula espinal y el deterioro funcional proveedor de salud mental en una muestra de Colombia: un estudio exploratorio*. Obtenido de Revista one line Scielo : http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2015000300004
- TÉLLEZ, A. (Junio de 2015). *Prevalencia de Trastornos de Sueño en Relación con Factores Sociodemográficos y Depresión en Adultos Mayores de Monterrey, México*. Obtenido de Revista one line Scielo: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692016000100007&lang=pt

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA MODIFICADA DE DISNEA MEDICAL RESEARCH COUNCIL

GRADO	ACTIVIDADES
0	Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso
1	Disnea al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada
2	La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.

3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o después de pocos minutos de andar en llano.
4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse.

Tabla 11

Fuente: Medical Research Council: instruction for use on the questionnaire on respiratory symptoms

ANEXO 2

Segundo test DE BARTHEL

Comer	0 = incapaz 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)
Trasladarse entre la silla y la cama	0 = incapaz, no se mantiene sentado 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)
Aseo personal	0 = necesita ayuda con el aseo personal. 5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.
Uso del retrete	0 = dependiente 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo. 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
Bañarse/Ducharse	0 = dependiente. 5 = independiente para bañarse o ducharse.
Desplazarse	0 = inmóvil 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m. 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).

	15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.
Subir y bajar escaleras	0 = incapaz 5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta. 10 = independiente para subir y bajar.
Vestirse y desvestirse	0 = dependiente 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda. 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.
Control de heces:	0 = incontinente (o necesita que le suministren enema) 5 = accidente excepcional (uno/semana) 10 = continente
Control de orina	0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa. 5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas). 10 = continente, durante al menos 7 días.
INTERPRETACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • < 20: dependencia total • 20 – 40: dependencia grave • 45 – 55: dependencia moderada • 60 0 más dependencia leve 	

Tabla 13

Fuente: Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal.

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO

Durante el último mes

1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1)	Muy satisfecho
2)	Bastante satisfecho
3)	Insatisfecho
4)	Término medio
5)	Satisfecho
6)	Bastante satisfecho
7)	Muy satisfecho

Tabla 1

Fuente: Fernández Domínguez JM. Propiedades Psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para dormir

		ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2,3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

Tabla 2

Fuente: Fernández Domínguez JM. Propiedades Psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1)	0-15 minutos
----	--------------

2)	16-30 minutos
3)	31-45 minutos
4)	46-60 minutos
5)	más de 60 minutos

Tabla 3

Fuente: Fernández Domínguez JM. Propiedades Psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño

4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1)	Ninguna vez
2)	1 vez
3)	2 veces
4)	3 veces
5)	más de 3 veces

Tabla 4

Fuente: Fernández Domínguez JM. Propiedades Psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño

Si normalmente se despertó Ud. piensa que se debe a (Información clínica)

a) Dolor

b) Necesidad de orinar

c) Ruido

d) Otros. Especificar.

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

1)	Se ha despertado como siempre
2)	Media hora antes
3)	1 hora antes
4)	Entre 1 y 2 horas antes
5)	Más de 2 horas antes

Tabla 5

Fuente: Fernández Domínguez JM. Propiedades Psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama) Por término medio, ¿Cuántas horas ha dormido cada noche? ____6__ ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? ____20__

1)	91-100%
2)	81-90%
3)	71-80%
4)	61-70%
5)	60% o menos

Tabla 6

Fuente: Fernández Domínguez JM. Propiedades Psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño

7. Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento socio laboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1)	Ningún día
2)	1-2 días/semana
3)	3 días/semana
4)	4-5 días/semana
5)	6-7 día/semana

Tabla 7

Fuente: Fernández Domínguez JM. Propiedades Psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1)	Ningún día
2)	1-2 días/semana
3)	3 días/semana
4)	4-5 días/semana
5)	6-7 día/semana

Tabla 8

Fuente: Fernández Domínguez JM. Propiedades Psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño

9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio-laboral por ese motivo?

1)	Ningún día
2)	1-2 días/semana
3)	3 días/semana
4)	4-5 días/semana
5)	6-7 día/semana

Tabla 9

Fuente: Fernández Domínguez JM. Propiedades Psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido).....?
(Información clínica)

ninguno 1-2 3 d/s 4-5 d/s 6-7 d/s
d/s

		1	2	3	4	5
2.1	Conciliar el sueño				4	
2.2	Permanecer dormido				4	
2,3	Lograr un sueño reparador				4	
2.4	Despertar a la hora habitual				4	
2.5	Excesiva somnolencia				4	

Tabla 10

Fuente: Fernández Domínguez JM. Propiedades Psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir?
(Información clínica)

a)	Ningún día
b)	1-2 días/semana
c)	3 días/semana
d)	4-5 días/semana

e) 6-7 día/semana

Tabla 11

Fuente: Fernández Domínguez JM. Propiedades Psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc.), describir

CATEGORIAS	ITEMS	PUNTOS
Satisfaccion subjetiva del sueño	Item 1	0
Insomnio	Items 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7	38
Hiperinsomnio	Items 2-5, 8, 9	14
Puntuacion total		52

Tabla 12

Fuente: Fernández Domínguez JM. Propiedades Psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño

ANEXO 4

TEST DE PFEIFFER

<u>Ítems</u>	<u>errores</u>
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	Correcto
¿Qué día de la semana es hoy?	Correcto
¿Dónde estamos ahora?	Correcto
¿Cuál es su número de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? (preguntar solo si el paciente no tiene teléfono)	Correcto
¿Cuántos años tiene?	Correcto
¿Cuál es su fecha de nacimiento? día, mes, año	Correcto
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	Correcto
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	Incorrecto

¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	Correcto
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0	Incorrecto
PUNTUACIÓN	2
INTERPRETACIÓN	
El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 o más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.	

Tabla 4

Fuente: Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patient

ANEXO 5

TEST DE APGAR FAMILIAR

	<u>Casi siempre</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Casi nunca</u>
Estoy contento de pensar que puedo reunir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa		X	
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de como compartimos los problemas		X	
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva direccion		X	
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y como responde a mis emociones, como colera tristeza y amor	X		

Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos	X		
INTERPRETACIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Casi siempre: (2 puntos); • Algunas veces. (1 punto); • Casi nunca: (0 puntos). • Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente. • Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, • una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. • Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción. 			

Tabla 5

Fuente: Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians.

ANEXO 6

ESCALA DE ANSIEDAD- DEPRESIÓN DE HAMILTON

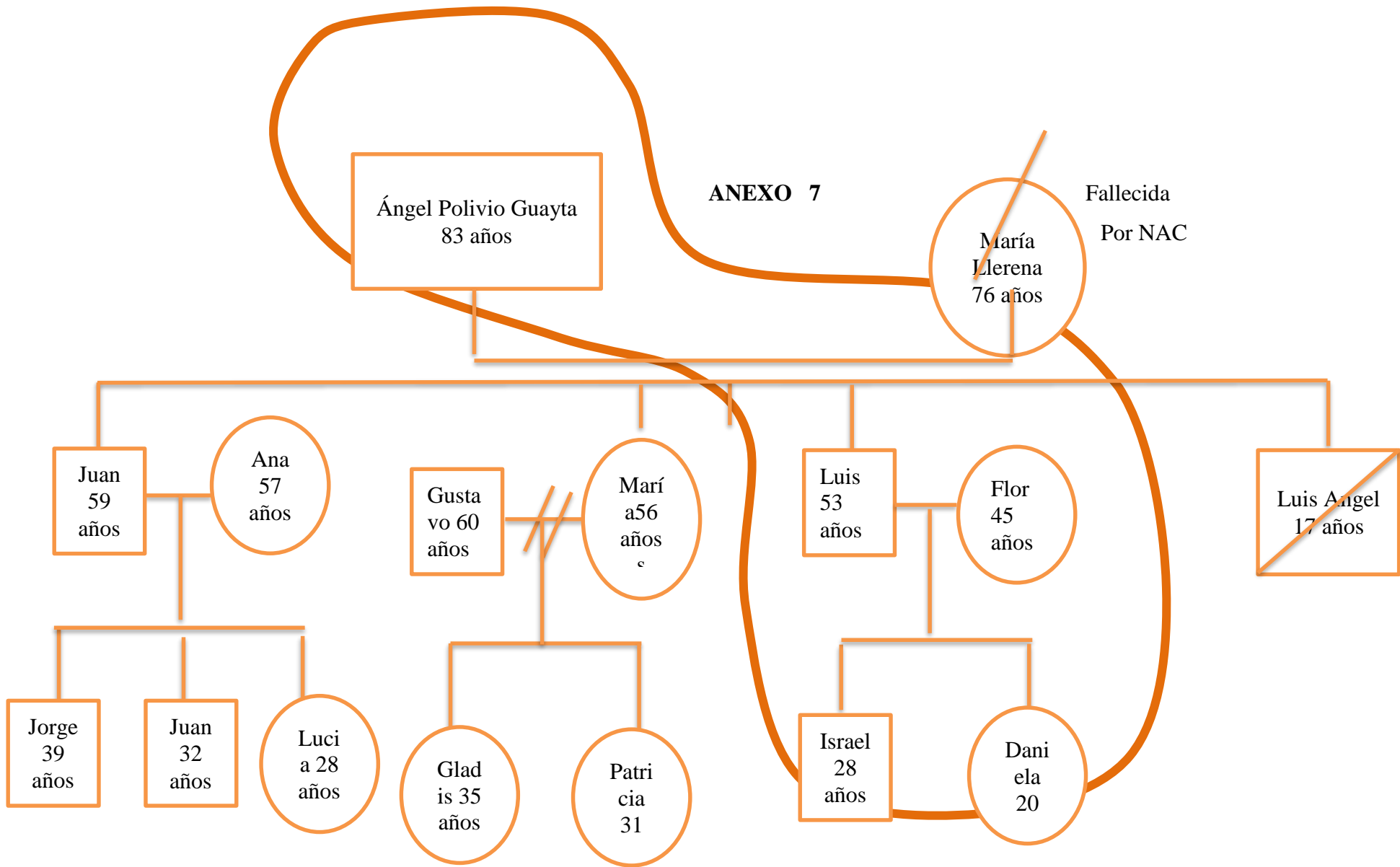
Escala de EADG- (Escala de Ansiedad- Depresión)	SI/NO
Subescalas de ansiedad	
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	Si
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	Si
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?	Si
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	Si
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando	4
5.- ¿HA dormido mal. Ha tenido dificultades para dormir?	Si
6.- ¿Ha tenido dolor de cabeza o nuca?	Si
7.- ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	No
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?	Si
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	Si

Total de ansiedad	8
➤ 4 Ansiedad Probable	

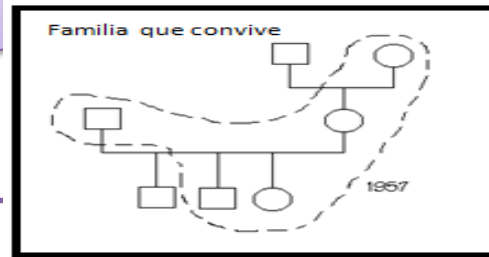
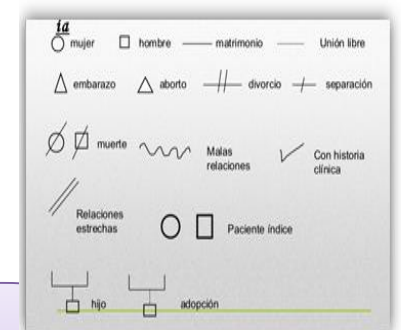
Tabla 6

Fuente: Hamilton, M., A rating scales for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry.

Escala de EADG- (Escala de Ansiedad- Depresión)	SI/NO
Subescala de Depresión	
1.- ¿Se ha sentido con poca energía?	Si
2.- ¿Ha perdido el interés por las cosas?	Si
3.- ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	Si
4.- ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	Si
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando	4
5.- ¿HA tenido dificultad para concentrarse?	Si
6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	No
7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	Si
8.- ¿SE ha sentido usted enlentecido?	Si
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	No
Total de Depresión	7
➤ 2 Depresión Probable	



SIMBOLOGIA



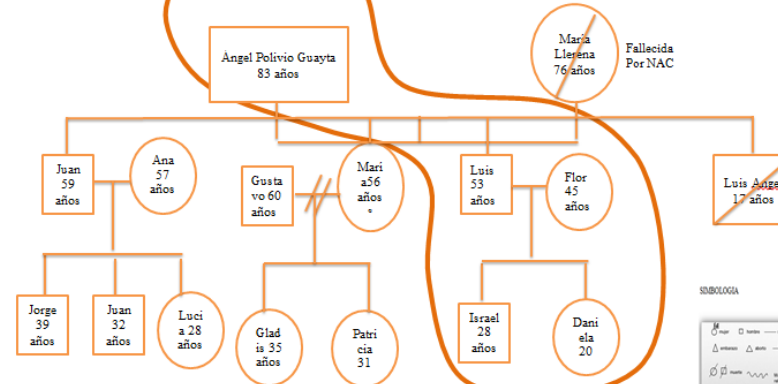
DIOS

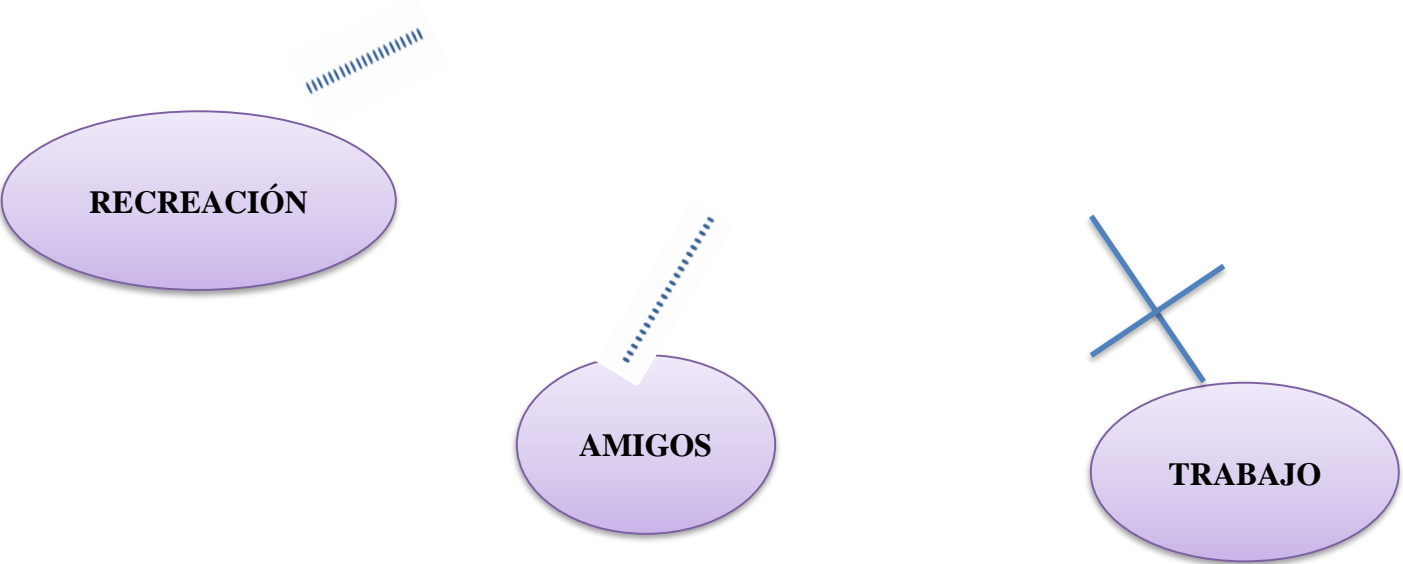
SALUD

TRANSPORTE

FAMILIA

EDUCACIÓN





Relaciones:

Fuerte —————

Débil
.....

Sin relación —+—

ANEXO 8

ENCUESTA SEGÚN CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

NECESIDAD DE RESPIRAR

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Siente fatiga al hacer algún tipo de actividad?	SI(X) NO ()
¿Al acostarse a tenido dificultad para respirar?	Si ha tenido problemas
¿Ud. respiración con labios apretados?	Si, para tomar aire cuando que fatigo.
¿Ud. Al momento de respirar lo hace pausadamente?	SI
¿Ha estado con tos frecuentemente?	No
¿Es usted fumador?	Si, lo fue deje de fumar hace más de 3 años
¿Cuántos paquetes fumaba?	Fumaba un paquete diario
¿Tiene alguna alergia respiratoria?	No nunca las he tenido

Tabla1

Fuente enfermería y neurología encuesta según catorce necesidades de Virginia Henderson

NECESIDAD DE COMER Y BEBER

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuántas veces al día come?	Como tres veces al día.
¿Ha perdido el apetito?	Si, no me gusta la comida del hospital
¿Al momento de ingerir alimentos tiene deseos de nauseas o vomito?	Si, en espacial con los olores me da nausea y vomito.

¿Usted tolera todo tipo de alimentos?	No tolero los lácteos.
¿Tiene sed excesiva?	Si, y sobre todo en las noches
¿Le es fácil deglutir los alimentos?	No, por la pérdida de piezas dentales
¿Usa usted prótesis?	No, en los últimos meses no las a utilizado
¿Necesita ayuda para alimentarse?	Si con frecuencia porque no puede sostener los alimentos

Tabla2

Fuente enfermería y neurología encuesta según catorce necesidades de Virginia Henderson

NECESIDAD DE ELIMINACION

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuántas veces realiza sus deposiciones en el día?	Realiza de 1 a 2 veces al día.
¿Cuántas veces realiza sus micciones en el día?	Realiza de 3 a 4 veces al día
Qué Características tiene la orina?	Amarrilla
¿A veces siente que la orina se le sale sin darse cuenta?	Al momento de estornudar se me escapa unas gotitas de orina.
¿A sufre de estreñimiento esto últimos tres meses?	No
Ha utilizado algún laxante?	No
¿Cuáles son las características de las heces?	Heces duras.
Usted Suda Frecuénteme?	A veces

Tabla3

Fuente enfermería y neurología encuesta según catorce necesidades de Virginia Henderson

NECESIDAD DE MOVERSE

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Realiza alguna actividad física durante el día?	No ninguna
Tiene alguna dificultad o limitación al realizar las actividades?	Sí, por la pérdida de mi pierna izquierda, y esperar la recuperación de mi otra pierna
Se le hace difícil mantenerse de pie o sentado todo el día?	Sí, me empieza a doler el cuerpo si estoy en una sola posición.
Al estar en alguna posición tiene molestias?	Sí, cuando estoy sentado me dan calambres en la pierna derecha.
¿Tiene la energía necesaria para todo el día?	No.

Tabla4

Fuente enfermería y neurología encuesta según catorce necesidades de Virginia Henderson

NECESIDAD DE SUEÑO Y DESCANSO

PREGUNTAS	RESPUESTAS
Descansa Completamente durante la Noche?	Frecuentemente, me despierto dos a tres veces por las noches.
¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?	Sí, porque me molesta mucho el estar en la cama, y porque hacen mucha bulla en la sala.
Cuántas horas duerme usted?	6 horas aproximadamente
¿Desde cuándo existe cansancio o somnolencia tras el sueño o el descanso?	Desde el primer día de hospitalización
¿Toma medicamentos para dormir?	No
Le Influencia en algo la falta de descanso en su actividad habitual?	Sí, me despierto de mal humor y muy irritado.

Tabla5 Fuente enfermería y neurología encuesta según catorce necesidades de Virginia Henderson

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVERTIRSE

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Escoge su ropa para vestirse?	No
¿Usted tiene necesidad que le ayuden para vestirse?	SI (X) NO ()
Usted utiliza ropa cómoda para el día?	SI (X) NO ()
¿Qué tipo de ropa utiliza para su jornada diaria?	Aquí en el hospital utilizo la pijama, y algunos días unas batas

Tabla6

Fuente enfermería y neurología encuesta según catorce necesidades de Virginia Henderson

NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Ha presentado algún tipo de sensación de quemazón en el cuerpo?	Si(X) No()
¿Qué medidas utiliza para los diferentes cambios de temperatura?	Retirarme o ponerme chompa o una cobija .
¿En el cuarto de hospital qué temperatura tiene?	Es muy frio en las noches.
¿Le es fácil adaptarse a cambios de temperatura?	No soy muy friolent y tengo escalofríos a pesar de estar en lugares calientes.

Tabla7

Fuente enfermería y neurología encuesta según catorce necesidades de Virginia Henderson

NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO Y ASEADO Y PROTEGER LOS TEGUMENTOS

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cada cuánto se ducha usted?	Me bañan pasando dos días.

¿Alguien le ayuda para realizar su higiene personal?	Si mi hijo, y las señoritas de aquí el hospital
¿Utiliza cremas hidratantes para la piel?	A veces
¿Tiene algún problema en su cabellera?	Si se me cae con mucha frecuencia .
¿Tiene todas sus piezas dentales?	NO, ya son varios años que no, solo tengo 5
¿Aparte de sus lesiones en sus piernas tiene alguna otra en el resto de su cuerpo?	SI() NO (X)

Tabla8

Fuente enfermería y neurología encuesta según catorce necesidades de Virginia Henderson

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cómo se siente?	Triste, desanimado angustiado.
Tiene apoyo emocional por parte de sus familiares?	Si Ocasionalmente, están aki ellos apoyándome
¿Se siente útil en la familia?	No asi con esto que me paso ya no
¿Usted se deprime?	Sí.
¿Conoce usted sobre el proceso de su enfermedad?	Sí, todos los días me informan.
¿Conoce sobre su tratamiento que realiza?	Sí, el médico me informo.
Tiene algún tipo de dolor?	Si en ocasiones tengo dolor en mis piernas, también del cuello y de espalda.
¿Qué expectativas tiene sobre su vida?	Poder salir adentre junto a mi familia
Tiene alguna medida de seguridad personal?	Por lo pronto ninguna.
Tiene problemas para concentrarse o pensar?	Si, muy a menudo me olvido las cosas

Tabla9

Fuente enfermería y neurología encuesta según catorce necesidades de Virginia Henderson

NECESIDAD DE COMUNICARSE

PREGUNTAS	RESPUESTAS
Tiene alguna dificultad para comunicarse con los demás?	No
Usted escucha con facilidad cuando las demás personas le hablan?	Tengo que acercarme un poco a las persona para poner escuchar con facilidad
¿Tiene buena comunicación con su familia?	Si
¿Cuándo usted habla le entiende con facilidad?	Si,
¿Cómo es la relación con sus familiares?	Buena, tiene buenas relaciones con toda la familia.

Tabla10

Fuente enfermería y neurología encuesta según catorce necesidades de Virginia Henderson

NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN LOS VALORES

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Usted A qué religión pertenece?	Católica
¿Piensa que los valores son importantes para vivir?	Si
Se siente feliz con las personas que le rodean?	Si
Tiene fe de que se mejore?	Todo lo dejo en manos de dios.
¿Tiene miedo a la muerte?	No,
Que actitud tiene ante la enfermedad y/o la muerte?	No me gusta hablarme mucho acerca de ese tema .

Tabla11

Fuente enfermería y neurología encuesta según catorce necesidades de Virginia Henderson

NECESIDAD DE OCUPARSE PARA REALIZARSE

PREGUNTAS	RESPUESTAS
Trabaja en alguna compañía?	SI() NO(X)
Usted a que se dedica?	Antes del accidente me dedicaba a las tierras (agricultura)
¿Qué tiempo dedicaba a su trabajo?	Todo el día, pasaba en las sembríos
Se siente útil en su casa?	Con lo que me paso ya no
¿Su enfermedad le permite realizar todas las actividades?	No
¿Cómo se siente usted al no poder realizar algunas actividades?	Inútil,

Tabla12

Fuente enfermería y neurología encuesta según catorce necesidades de Virginia Henderson

NECESIDAD DE RECREARSE

PREGUNTAS	RESPUESTAS
Realiza Actividades recreativas habitualmente?	No
Sale a los lugares de recreación?	NO
¿Cuál es su diversión preferida?	Ninguna
Usted pasa sola en casa?	Paso con mi hijo y su familia
¿Se estresa con facilidad?	Si me estresa con facilidad y deseos de llorar.
Se aburre con facilidad?	Frecuentemente
¿Utiliza alguna terapia para relajarse?	No

NECESIDAD DE APRENDER

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Qué nivel de estudio tiene?	Primaria incompleta.
¿Sabe leer y escribir?	Si
¿Toma sus propias decisiones acerca de su enfermedad?	Si, si en ocasiones
Sabe cómo va la evolución de su enfermedad?	Sí, todos los días me informan
¿conoce usted el motivo de sus hospitalizacion?	Si, fue porque tuve un atropellamiento

Tabla13

Fuente enfermería y neurología encuesta según catorce necesidades de Virginia Henderson

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO ÁNGEL POLIBIO GUAITA. De 84 años de edad, con domicilio en el cantón Mocha,

DECLARO

EN AMBATO 15 DE JUNIO DEL 2016, que , el estudiante de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, me ha informado de forma comprensible acerca del estudio de investigación que va a realizar , con el tema de **ANÁLISIS DE TRAUMATISMO BILATERAL DE MIEMBROS INFERIORES CON PÉRDIDA DE SUSTANCIA ENFOCADO CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**, ha contestado mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para reflexionar sobre la información recibida; **por ello otorgo el presente consentimiento, del cual se me facilita una copia sabiendo que lo puedo retirar en cualquier momento**

Firma

ÁNGEL POLIBIO GUAITA.

**GUIA PARA EL
CUIDADOR/A**



**SU ROL EN LA ATENCION EN
PACIENTE CON
TRAUMATISMO**

DESARROLLO

- **CANSANCIO DE ROL DE CUIDADOR:** El cuidador puede sufrir cansancio por que se encuentra expuestos a gasto físico, psicológico que sugiere el suplir las necesidades del paciente.

- ✓ Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad,



- ✓ Apoyo psicológico

- Asumir la responsabilidad que tiene con el paciente



responsabilidad que tiene con el paciente



- Participar en grupos de apoyo.

Evitar el desgaste físico y
Turnarse para realizar el



emocional.
cuidado

✓ Comparten
lidian con el
aislamiento y la falta



experiencias,
sentimiento de
de apoyo.

✓ Utilización de técnicas de movilización correcta
para evitar accidentes

✓ Con la espalda recta las piernas con las rodillas
felxionadas y separando las piernas para ampliar la
base de apoyo



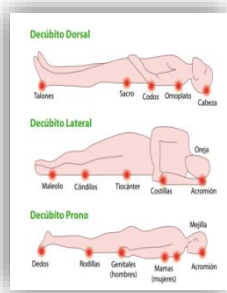
✓ Para mover a otra persona tenemos que
utilizar el contrapeso del propio cuerpo

- ✓ Sujetarle de los hombros, Sujetarle pasando los brazos por debajo de las axilas



➤ **ENCAMAMIENTO PROLONGADO:**

Por permanecer varias horas en una sola posición corre el riesgo de deterioro de la piel y que se produzcan úlceras o llagas.



- *Área de la piel que se destruye debido al contacto prolongado de una persona en una sola posición sin desplazar el peso.*

- *Revisar diariamente la piel: limpia y seca,*

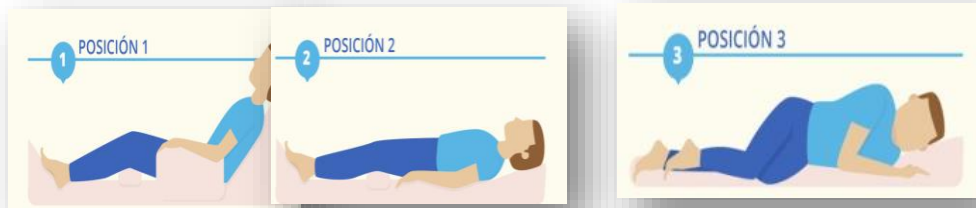


mantenerla

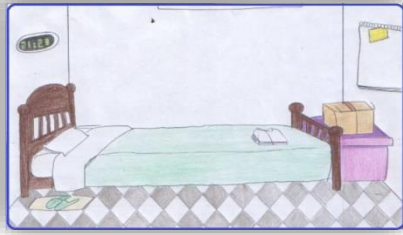


- *Lavarla con agua tibia y jabón neutro y usar crema hidratante tras el aseo*

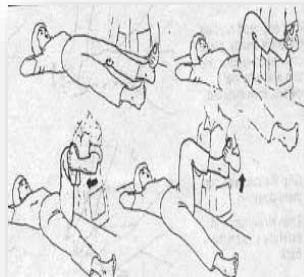
Cambios posturales cada 2-3 horas.



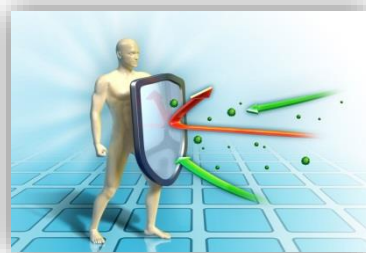
➤ *Ropa de cama limpia*



➤ *Realizar actividad física siempre que se pueda, ya sean ejercicios activos o pasivos.*

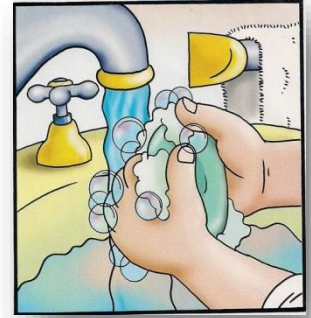


➤ **RIESGO DE INFECCIÓN**



El paciente por su condición de su patología, por el largo tiempo de hospitalización y por los injertos realizados tiene un alto riesgo de infección

- *Lavado de manos del cuidador y de todas las personas que estén en contacto con el paciente*



-
- *Minimizar la presencia de visitantes, y de otros pacientes en la misma habitación*

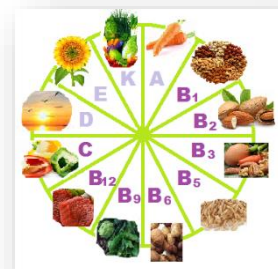
- *Mejorar paciente y*



el sistema inmunológico del Buena alimentación, saludable balanceada



Vitaminas



- *Mantener limpio y con buena ventilación el lugar en donde se encuentra al paciente*



- **DETERIORO DE LA MOVILIDAD**



Incentivar al paciente a la deambulaci3n con el apoyo de la muleta

- ✓ Fomentar el ejercicio



- Disminuir el riesgo de caídas,



➤ **ANSIEDAD**



Es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción.

✓ *Incentivar al paciente para que manifieste sus sentimiento, preocupaciones y temores*



*paciente sobre las
relajación:
lenta e*



✓ *Instruir al
diversas técnicas de
respiración profunda,
intencionada.*



✓ *Hablar y expresar los sentimientos;
no estalles, cuenta tu malestar*

Escuchar



musica; oír música relajante



• ***Distracción;** o desviar su atención de algo negativo a positivo.*

▪ **Reír;** *reír,*
te ayudará a



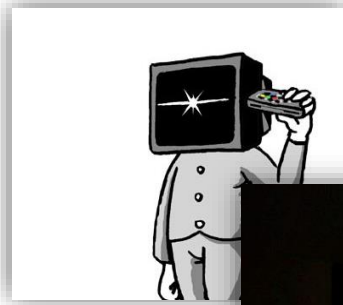
*compartir y relacionarte
sentirte mejor.*

➤ **INSOMNIO**



La falta de sueño puede afectar de modo negativo a la vida de la persona que lo sufre, provocando

- *La estancia debe estar acondicionada para facilitar el reposo*



- ✓ evitar la radio, la televisión u otros dispositivos.

- ✓ regular la



intensidad de la luz



- ✓ *La hora al acostarse deber ser la misma o tratar de que sean a horas adecuadas*

- ✓ *Ingerir alimentos que faciliten el sueño: como los huevos, leche o plátanos, “son alimentos ricos en triptófano que van a ayudar a conciliar el sueño”.*



CONCLUSIONES

El autocuidado del cuidador es básico para el bienestar personal y para poder ofrecer una mejor atención a la persona dependiente. La detección y prevención del

agotamiento ha de ser un objetivo prioritario a nivel individual, para evitar el sufrimiento del cuidador y, en casos extremos, que repercuta en la persona cuidada. Esta guía trata de mejorar la calidad de atención que brindara el cuidador a pacientes con traumatismo de miembro inferiores, siendo este causante de la amputación de uno de sus miembros.

Finalmente, la tarea del cuidador es primordial en el paciente para que pueda sobrellevar su condición, por ello se necesita salud física y mental de su persona para poder cumplir con sus deberes diarios hacia el paciente.

RECOMENDACIONES

- ✓ Tome el mando de su vida y no deje que la enfermedad o discapacidad de su ser querido siempre esté en primer plano.
- ✓ Recuerde ser bueno con usted mismo. Quiérase, hónrese y valórese. Usted está haciendo una labor muy difícil y se merece algunos momentos exclusivos para usted. La prestación de cuidados es un trabajo y el respiro es su derecho adquirido. Recompénsese con períodos de respiro frecuentes.
- ✓ Cuando la gente le ofrezca ayuda, acepte la oferta y sugiera cosas específicas que podría hacer.
- ✓ Hay una diferencia entre cuidar y hacer. Acoja las tecnologías e ideas que promueven la independencia de su ser querido.

BIBLIOGRAFIA

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

- Hernández, A., (2010) Tratado de Nutrición: Nutrición Humana en el estado de Salud, (Tomo III), España: Panamericana.
- Hypertension, E. S.-E. (2013). arterial hypertension. European Society of Cardiology.
- EBSCOHOST: Oberbaum M, Yaniv I, Ben-Gal Y, et al. A randomized, controlled clinical trial of the homeopathic medication TRAUMEEL S in the treatment of chemotherapy-induced stomatitis in children undergoing stem cell transplantation. *Cáncer.* 2001;92:684 - 690.

<http://ebscobhost.epnet.com/nat/GetContent.asp?siteid=EBSCO&chunkiid=126621>.

- . Córdova Opilio, Vinueza Galo y COOL (2008), Urgencias Médicas primera edición
- Paolinelli, C., González, P., Doniez, M., Donoso, T. & Salinas V. (2001). Instrumento de evaluación funcional, Revista de medicina de Chile, 129(1)

REFERENCIAS DE FOTOS

- https://www.google.com.ec/search?q=guia+del+paciente+encamado&biw=1024&bih=623&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiVxvGJj7_OAhUDax4KHWaQqBhoQ_AUIBigB#tbn=isch&q=alimentacion+balanceada&imgsrc=XczhyG5SX0-MGM%3A
- <http://comocomosano.jimdo.com/qu%C3%A9-comer/vitaminas/>
- <https://www.google.com.ec/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj35diugMDOAhWLGh4KHQaMAuwQjRwIBw&url=http%3A%2F%2Fwww.laprensa.com.ni%2F2013%2F04%2F02%2Fespectaculo%2F140497-no-puedo-dormir-3&bvm=bv.129422649,d.dmo&psig=AFQjCNG48FJS16eKDOgreUmVf4x7nYLW-g&ust=1471233217935526>