



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado(a) en Enfermería**

**TEMA**

Proceso de Atención de Enfermería en paciente escolar de 10 años con fractura de antebrazo (radio y cubito).

**AUTOR**

LINDAO UCHUBANDA LISTER ERDULFO

**TUTOR**

LIC. ALVAREZ MACIAS BLANCA CECILIA

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

**2020**

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA .....	I
AGRADECIMIENTO .....	II
TÍTULO DEL CASO CLINICO .....	III
RESUMEN .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
ABSTRACT .....	V
INTRODUCCIÓN .....	VI
I. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1 Justificación .....	7
1.2 Objetivos .....	8
1.2.1 Objetivo general.....	9
1.2.2 Objetivos específicos.....	9
1.3 Datos generales.....	10
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	11
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	11
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis). ...	11
2.3 Examen físico (exploración clínica) .....	11
2.4 Información de exámenes complementarios realizados .....	13
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo .....	14
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	14
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales .....	16
2.8 Seguimiento .....	2
2.9 Observaciones .....	3
CONCLUSIONES .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	
ANEXOS .....	

## **DEDICATORIA**

Dedico a mis padres por haberme inculcado a seguir estudiando y a la vez por darme su gran apoyo en todo momento, muchos de mis logros se los debo a ellos a mi familia que estuvo dándome apoyo moral día a día de igual manera a mis amistades que supieron brindarme su tiempo y apoyo es por eso que me atrevo a dedicar este gran triunfo a todas las personas que estuvieron en las buenas y en las malas.

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente, agradezco a Dios por permitirme llegar a mi meta, a la gloriosa universidad técnica de Babahoyo por abrirme las puertas, a cada docente por compartir sus conocimientos y experiencias, a mis padres por su inmenso apoyo a mis hermanos, tíos, abuelos y a cada persona que me brindó su apoyo estoy muy agradecido, a la vez alegre y victorioso por alcanzar y cumplir mi objetivo ser profesional.

## **TÍTULO DEL CASO CLINICO**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ESCOLAR DE 10 AÑOS CON FRACTURA DE ANTEBRAZO (RADIO Y CUBITO).**

## RESUMEN

En los infantes el rompimiento de las estructuras óseas del antebrazo son muy constantes, representando el 44% del total que en ocasiones ocurren en la diáfisis del cúbito o del radio, y también pueden ir acompañadas de luxaciones proximales (Monteggia) o distal (Galeazzi). Desde el origen del tratamiento siempre se debe contar con una reducción cerrada e inmovilización, cuando son abiertas o irreductibles el plan es el tratamiento quirúrgico, para alineación las fracturas producidas en el antebrazo se debe tener razones anatómicas básicas, como la anatomía del cúbito proximal y distal. Además, se debe considerar donde se inserta el musculo del antebrazo, para tratar fracturas, porque los músculos perjudican la localización de los fragmentos, en los infantes las fracturas de radio y cúbito tienden a clasificarse de acuerdo a la localización de la lesión por lo general las fracturas del eje pueden localizarse en el tercio distal, medio y proximal, el daño del crecimiento del cartílago puede estar ubicados en la articulación proximal o distal. El propósito de aplicar las intervenciones de enfermería de manera priorizada en este estudio clínico de un paciente escolar de 10 años con fractura de antebrazo fue poder brindar una atención integral mediante intervenciones durante el período de internación hasta su finalización. Mejora sanitaria y clínica para la reinserción social.

**Palabras claves:** Antebrazo, intervenciones, paciente, luxación, Galeazzi, Monteggia

## ABSTRACT

In pediatric age, forearm fractures are very frequent, with 45% of all fractures. They can settle on the ulna or radius diaphysis and can be accompanied by proximal dislocation of the radius (Monteggia) or distal dislocation (Galeazzi).

In the beginning, your treatment should always be carried out by means of a closed reduction and immobilization in a plaster. When they are exposed or irreducible, they opt for surgical treatment. To ensure the alignment of fractures produced in the forearm, you must have basic anatomical knowledge, including the anatomy of the proximal and distal ulna.

In addition, it is important to consider the muscular insertion of the forearm, for the treatment of fractures, because the muscles affect the location of the fragments. Radius and ulna fractures in children can be classified according to where the fracture is located. Axis fractures can be located in the distal, middle and proximal third, the damage of cartilage growth can be located in the proximal or distal joint.

**Keywords:** Forearm, dislocation, Galeazzi, Monteggia.

## **INTRODUCCIÓN**

El trauma que se produce sobre estructuras óseas durante la etapa de crecimiento es común por los casos que se han presentado, su diferente anatomía, su ubicación, el grado de tendencia a la consolidación y la posible remodelación del callo de ciertas fracturas.

Debido a la gravedad de ciertas lesiones que puede afectar el crecimiento continuo del cartílago o el movimiento del área cubital del niño, no se puede ignorar la naturaleza benigna general de la lesión, tienen pocos problemas de consolidación y crecen en lugares de alto crecimiento. Esto se atribuye a la reparación de varios defectos, las fracturas del antebrazo y el cúbito son lesiones comunes en los niños. Sus estadísticas oscilan entre el 45% del total de fracturas en niños y el 61% de fracturas en las extremidades superiores, las fracturas del tercio posterior del antebrazo son muy comunes, generalmente un tercio ocurre en la parte distal del antebrazo y el otro tercio ocurre del 14% al 18% en la región del tercio proximal del antebrazo. Históricamente, la reducción cerrada y la fijación con yeso han sido el estándar para el abordaje en mayoría de los pacientes pediátricos con fracturas, en el 85% de los pediátricos con desplazamiento de fracturas se evidencian con resultados favorables a la disminución cerrada en antebrazo, para cumplir el objetivo principal, se deben seguir muchos orígenes importantes, como la fractura curada debe presentarse libre de deformidades o cualquier estado disfuncional.



## **I. MARCO TEÓRICO**

### **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Las importantes enfermeras se diferenciaron por la ejecución del proceso que “agregan diferentes elementos del talento de las diferentes enfermeras como piezas fundamentales de la teoría de las doctrinas, a través del uso de un sistema científico”. Dicho proceso otorga un plan de acercamiento que interactúa con las fases de los dictámenes de conflictos y toma de resoluciones. La sucesión en la atención de enfermería consta de los siguientes pasos: valoración, planeación y evaluación, que se justifican con la táctica científica de visualización, la medición y el análisis e interpretación de los datos obtenidos; (Doenges, 2016).

#### **Valoración:**

Acumula de manera sistemática todo dato objetivo y subjetivo relacionados con el individuo.

#### **Diagnóstico:**

Estudia los documentos que se han recopilado para evidenciar exigencias o incógnitas del individuo a estudio.

#### **Planeación:**

Esta fase se encuentra dividida en dos tramos que tiene tienden a reconocer objetivos y rendimientos para lograr reconocer las necesidades mencionadas de salud y bienestar, por lo tanto, se debe elegir los cuidados de enfermería indicados a dar apoyo al enfermo para alcanzar los resultados.

#### **Implementación:**

En esta fase se inicia empleado estratégico de atención en forma integral.

#### **Evaluación:**

Se precisa el progreso del objeto en estudio para alcanzar resultados y atender su dictamen con participaciones de enfermería escogidas de manera selectiva, con el fundamento de cambiar los planes según los requerimientos acorde a sus necesidades; (Valdespina, 2018).

## **Antebrazo**

Las estructuras óseas del antebrazo conforman dos huesos de forma paralela y longitudinalmente, el más interno se define cúbito y el externo como radio; (Latarjet, 2020).

### **Cubito:**

Se encuentra localizado en la región interna del antebrazo, es largo, uniforme y sin forma específica se encuentra previamente inclinado desde la parte inferior hacia la parte superior y desde la parte externa hacia la parte interna. Como todos huesos largos, presenta un cuerpo con ambas extremidades; (Latarjet, 2020).

### **Cuerpo:**

En la región del cuerpo cubital se reduce de manera progresiva el aumento de capacidad conforme que se acerca al carpo tiene forma triangular y consta de 3 caras y 3 bordes; (Latarjet, 2020).

### **Caras:**

En su región anterior se evidencia la presencia un solo estrecho en sus 3/4 superiores, donde se inserta el músculo flexor profundo de los dedos. En región inferior, es convexo o aplanado, donde se origina la inserción interna del músculo pronador cuadrado. En su región cefálica encontramos ubicado el agujero nutricio del hueso; (Latarjet, 2020).

**Cara posterior:** la región con más altura, se localiza en la extensión triangular previamente rugosa, inferiormente hay una línea de forma recta que se inclina hacia la región menor, atrás hacia la región externa inferior en la línea, el lado posterior se encuentra dividido en dos partes por la cresta longitudinal, la parte interna se observa envuelta de músculo cúbito posterior, su superficie tiende a insertarse en algunos de los haces del supinador breve y 4 músculos profundos por debajo del antebrazo; (Latarjet, 2020).

**Cara interna:** la región superior se localiza la envoltura del flexor común del dedo y la región inferior se encuentra envuelta con aponeurosis y epidermis; (Latarjet, 2020).

**Límite frontal:** El flexor del dedo superior se inserta arriba y el flexor anterior se inserta por debajo; (Latarjet, 2020).

**Borde posterior:** se localiza en dos ramas que pasan hacia abajo del olecranon, en su región superior, el borde ayuda a inserción de los flexores profundos y el cúbito, músculo cubital posterior logra insertarse en el tercio medio; (Latarjet, 2020).

**El borde exterior:** a la mitad de la región superior, el borde se divide y se irradia en ambos caminos hacia los 2 extremos inferiores de la cavidad sigmoidea del colon. Su haz inferior, supinador corto tiene inserción en la parte piramidal resultante; (Latarjet, 2020).

### **Extremo superior**

La región anterior, se observa cavidad articular profunda, con forma de semi luna, conocida como cavidad sigmoidea mayor del cúbito, esta se articula con la tróclea humeral; (Latarjet, 2020).

### **Extremo inferior:**

Existe un engrosamiento ligero de la región superior del cúbito, definido como región cefalica del cúbito, este se articula en el exterior que corresponde, cavidades sigmoideas del hueso del radio, inferiormente concuerda al hueso en el espacio piramidal.

### **Radio:**

Se define como una estructura ósea sin forma de aspecto largo ubicado en el exterior del cúbito, como en todo hueso largo, consta de 1 cuerpo y 2 extremos;(Latarjet, 2020).

### **Cuerpo:**

Se observa desviaciones en la parte externa que la mayoría de las veces no son obvias, por otro lado, las desviaciones internas con dirección al cúbito son más prominentes y se conforma de forma triangular; (Latarjet, 2020).

## **Caras**

**Cara anterior:** Semi plana, con depresión en región medial se inserta el flexor longitudinal pulgar, en el flexor anterior tiene lugar la inserción en el tercio inferior; (Latarjet, 2020).

**Cara posterior:** esta región redondea al tercio superior y se encuentra cubierta por músculo supinador raquíptico en su gran extensión, es plano y los músculos extensores y abductores tienden a insertarse en él; (Latarjet, 2020).

**Cara externa:** tiene ubicación de inserción una corona corta es convexo de la parte superior su centro es de superficie rugosa donde se inserta el pronador redondo, su región menor es tersa y está relacionada con el tendón del músculo radial externo; (Latarjet, 2020).

**Borde anterior:** da pauta en la tuberosidad bicipital, con origen en una cresta saliente ablandada hasta alcanzar la altura en el agujero nutricio la cual no se diferencia con la región exterior del hueso; (Latarjet, 2020).

**Borde posterior:** es visiblemente difuminado, la mayoría de los extremos.

**Borde interior:** se visualiza forma delgada, cortante, es deprimido en el cuerpo, y se inserta el ligamento intra óseo, en su región inferior se fracciona, en una clase de cara triangular pequeña en el ápice superior la cual pertenece a la articulación radio cubital inferior.

### **Extremo superior:**

Redonda en su extensión, en su límite superior, denominada cabeza del radio, es cilíndrica, en la parte superior se forma una depresión en forma de cúpula denominada cavidad glenoidea, que forma parte del cóndilo del húmero la región cefálica del hueso está sostenida por la parte angosta del hueso, denominada cuello del radio inferior al cuello, en la parte anterior e interna del hueso se evidencia una protuberancia ovalada, se inserta el tendón inferior del bíceps.

### **Extremo inferior:**

Lo que más resalta es su extremo carpiano voluminosos, tiene la forma pirámide y se encuentra seis caras

## **Fractura**

Las fracturas se dan a nivel óseo, si el hueso llega a romper la piel, se lo conoce como fractura abierta o fractura compuesta. Las fracturas generalmente ocurren debido a accidentes de tránsito, caídas o lesiones deportivas. Otras causas son la pérdida ósea y la osteoporosis, que pueden conducir a huesos débiles. El uso excesivo puede causar fracturas por estrés, que son grietas muy pequeñas en los huesos.

(Latarjet, 2020)

### **Las sintomatologías de las fracturas son:**

- Problemas al mover la extremidad
- Hematomas o dolor alrededor de la herida
- Deformidad: La extremidad se va a encontrar fuera de lugar
- Dolor intenso

Entre los diversos tipos de fracturas óseas encontramos las siguientes:

- Compuesta o abierta - fractura que daña y abre la piel
- Conminuta - cuando el hueso se fragmenta en porciones pequeñas
- Espiral - fractura que se encuentra alrededor del eje del hueso

## **FRACTURA DE ANTEBRAZO**

### **PRINCIPIOS GENERALES**

El principio básico del tratamiento de fracturas radio cubital en infantes el aseguramiento de la alineación axial y rotacional de los fragmentos distales y proximales se debe inmovilizar la fractura hasta que sane. El mecanismo de lesión de estas fracturas es casi siempre indirecto cuando el codo cae en la mano. Las fracturas de radio cubitales en los infantes deben tratarse de manera distinta a la de los adultos, por el motivo del crecimiento continuo del hueso y el cúbito posterior a la fractura, el abordaje dependerá de la edad del infante, el grado de angulación residual en el sitio de la fractura, distancia y la relación entre la distorsión y el plano de movimiento de la articulación; (Mininder, 2017).

## **CLASIFICACION**

En los infantes las lesiones del antebrazo se las puede clasificar en localización de la lesión, el eje puede ubicarse en el tercio distal, medio y proximal, el daño del crecimiento del cartílago pueden estar ubicados en la articulación proximal o distal también se fusionan otras fracturas, según el tipo, se clasifica: deformación plástica, torsión, abombamiento de la metáfisis, rama verde, completas y a menudo desplazadas, la fractura dislocación de Monteggia se da en el tercio próximo del cúbito y dislocamiento de la región cefálica radial, la fractura luxación de Galeazzi es una fractura de la diáfisis del radio y posteriormente una luxación del radio y cubito en forma distal; (Mininder, 2017).

## **DIAGNOSTICO**

La clínica se debe a la presencia de edema, la deformidad y la aparición del dolor. Se debe revisar cuidadosamente la integridad de la piel en busca de exposición, se hace valoración de exámenes vasculares y neurológicos para descartar el síndrome compartimental, se debe evaluar las articulaciones más cercanas y lejanas, los estudios complementarios como exámenes radiológicos se realizan mediante radiografías laterales de antero posterior; (García, 2017).

## **TRATAMIENTO**

El abordaje con mayor elección de las lesiones del antebrazo de infantes es reducción cerrada con paralización en un yeso braquio palmar durante un tiempo considerable esto depende del año de vida, la extensión, y el nivel de deformidad de la fractura también se debe inducir la sedación con anestesia localizada. El desplazamiento ocurre antes del fortalecimiento, especialmente en niños mayores de 10 años con edema obvio o reducción inicial incompleta. El abordaje por luxación de Monteggia, Galeazzi en la mayor parte es la reducción cerrada e inmovilizar la parte afectada con yeso braquipalmar por seis semanas; (Cota, 2016).

## **1.1 Justificación**

Los cuidados de enfermería son importantes en este en estos antecedentes ya que un correcto proceso enfermero contribuye a evitar complicaciones físicas en el control de la fractura de antebrazo, la cual consta con una elevada incidencia

en población menores de 18 años, para este tipo de lesiones existen tratamientos quirúrgicos efectivos.

Este caso clínico ayuda a consolidar el conocimiento adquirido al prepararse para la vida profesional, es necesario cumplir con los requisitos académicos y garantizar su calidad, eficacia en los cuidados que requieran la atención integral para este tipo de pacientes.

Esta investigación beneficiará a todos los que estén interesados en aprender las debidas actividades del cuidado de pacientes con polihidramnios, para planificar las debidas intervenciones basados en clasificaciones NANDA, NOC y NIC para mejorar la estancia el individuo afectado en la institución hospitalaria.

El propósito de este trabajo es aplicar el proceso de atención de enfermería en base a criterios científicos y prácticos en un paciente de 10 años con diagnóstico de fractura de antebrazo además de educar a los padres de los cuidados que deben tomar posterior a su recuperación intrahospitalaria.

## **1.2 Objetivos**



### **1.2.1 Objetivo general**

- Desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería en paciente escolar de 10 años con fractura de antebrazo (radio y cubito).

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Realizar diagnósticos de enfermería al individuo afectado
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería en relación a las necesidades del paciente
- Evaluar los resultados obtenidos durante el proceso.

### **1.3 Datos generales**

#### **Datos de identidad**

**Nombres completos:** N/N

**Edad:** 10 años

**Sexo:** Femenino

**Estado civil:** Soltera

**Hijos:** Ninguno

**Ocupación:** Estudiante de 6to año de educación básica

**Nivel de estudios:** Primaria

**Nivel sociocultural/económico:** Medio

**Dirección:** Mejía y Malecón

**Raza:** Mestiza

**Procedencia Geográfica:** Guayaquil

**Con quien vive en su hogar:** Su madre y su hermana mayor

**Parentesco:** Madre

## **II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO**

### **2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.**

Paciente de sexo femenino de 10 años que ingresa al área de emergencia presentado dolor agudo, como consecuencia de una caída en su escuela se encuentra en estado de confusión, con rango de 9 en escala del dolor.

#### **Antecedentes patológicos personales**

No refiere

#### **Antecedentes patológicos familiares**

No refiere

### **2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).**

Madre refiere que la paciente se encontraba jugando en el tobogán del patio de su escuela cuando resbalo y cayó sobre su brazo, presenta mucho dolor, miedo y llora mucho al ver su brazo.

### **2.3 Examen físico (exploración clínica)**

#### **Signos vitales**

**PA:** 90/60 mmHg

**FC:** 94 Lpm

**FR:** 18 Rpm

**Temperatura:** 36.5 °C

**Saturación:** 98%

**Peso:** 35 Kg

**Talla:** 1.30 cm

## Valoración céfalo caudal

- **Piel - Mucosas:** hidratadas, afebril.
- **Cabeza:** normo cefálica, implantación capilar normal, son nada que llame la atención.
- **Cara:** facies pálidas generalizada
- **Ojos:** simétricos.
- **Nariz:** simétrica, vías aéreas permeables sin presencia de lesiones, ni de ganglios inflamados
- **Boca:** sin cicatrices, no se evidencia cianosis.
- **Cuello:** simétrico, sin presencia de lesiones ni adenopatías.
- **Tórax:** simétrico, a la auscultación en murmullo vesicular y campos pulmonares ventilados.
- **Abdomen:** blando, depresivo y no doloroso a la palpación, presencia de ruidos hidroaéreos.
- **Extremidades superiores:** presenta fractura en el antebrazo, deformidad, edema se evidencia la presencia de hematoma post trauma, restricción de movimiento.
- **Extremidades inferiores:** simétricas, no se evidencia edema, ni cianosis en miembros distales.
- **Genitales:** sin laceración, conservado.
- **Marcha y movimiento:** letárgica, fatiga
- **Estado de conciencia:** Glasgow de 13

## **Valoración por patrones funcionales**

### **1. Percepción / Control De Salud**

Acude a emergencia acompañada de su madre, es hospitalizada.

### **2. Nutricional Y Metabólico:**

Palidez generalizada.

### **3. Eliminación**

Madre refiere que si ha realizado deposiciones y uresis.

### **4. Actividad / Ejercicio**

Presenta deterioro en la movilización debido a la fractura

### **5. Sueño / Descanso**

No Refiere.

### **6. Cognitivo / Perceptual:**

Orientada en tiempo y espacio, con un nivel de 9 en la escala del dolor, siente miedo al observar su antebrazo

### **7. Autocontrol / Auto concepto**

No refiere.

### **8. Rol Relaciones**

Vive con su madre y hermanas

### **9. Sexualidad / Reproducción**

No activa, ausencia de menarquia.

### **10. Afrontamiento / Tolerancia Al Estrés**

Se encuentra Irritable y llorosa.

### **11. Valores Y Creencias**

No valorables.

## **2.4 Información de exámenes complementarios realizados**

- Radiografía de antebrazo se solicita dos proyecciones: antero-posterior y lateral.
- Tomografía computarizada
- Angiografía

## **2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo**

A través de la evaluación para obtener datos objetivos y subjetivos, detallamos los siguientes diagnósticos relacionados con la enfermedad.

**Diagnostico Presuntivo:** Fractura de Galeazzi.

**Diagnóstico Diferencial:** Fractura de Monteggia.

**Diagnóstico Definitivo:** Fractura de Galeazzi.

## **2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar**

En la valoración clínica por patrones funcionales se reflejan los siguientes patrones alterados:

- Patrón Actividad/ Ejercicio
- Cognitivo perceptivo
- Afrontamiento y tolerancia al estrés

NANDA:XII Confort  
 NOC:V Salud Percibida  
 NIC: Fisiológico Basico

**(00085) Dolor agudo**

**R/C:** Fractura de cubito y radio

**E/P:** inquietud, gemidos, inmovilidad del brazo

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio II:** (V) Salud percibida

**Clase:** Sintomatología.

**Etiqueta:** 2102 Nivel del dolor

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

**Campo:** (I) FISIOLÓGICO BASICO

**Clase:** E fomento de la comodidad física

**Etiqueta:** (1400) Manejo del dolor

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Dolor referido	x				
Gemidos Gritos		x			
Inquietud			x		
Muecas de dolor			X		

- ACTIVIDADES**
- Valorar las funciones vitales
  - Valorar y anotar la descripción del dolor
  - Administrar analgésicos intravenoso en lado contrario al afectado
  - Colocar al paciente en una posición cómoda
  - Utilizar estrategias de comunicación terapéutica para conocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación del paciente al dolor
  - Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida
  - Explorar con el paciente factores que alivian/empeoran el dolor
  - Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de experiencia dolorosa

NANDA: 4 Actividad/Reposo

NOC: V Salud percibida

NIC: Fisiologico Basico

## 00085 Deterioro de la movilidad física

**R/C:** Traumatismo en miembro superior

**E/P:** alteración al movimiento, dolor

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio V:** SALUD PERCIBIDA

**Clase:** V SINTOMATOLOGIA

**Etiqueta:** 02102 NIVEL DEL DOLOR

**Campo:** I. FISIOLÓGICO BÁSICO

**Clase:** : F- FACILITACIÓN DEL AUTOCUIDADO

**Etiqueta:** 1800 AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

### ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Dolor referido		x			
Posiciones corporales protectoras		x			
Frecuencia del dolor		x			

### ACTIVIDADES

- Establecer una rutina de actividades de autocuidados.
- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.
- Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio de establecerlas.
- Inmovilizar la extremidad afectada



NANDA: 2 Seguridad protección  
NOC: II Salud fisiológica  
NIC: Fisiológico complejo

## Deterioro de la integridad cutánea

**R/C:** Alteración en la integridad de la piel

**E/P:** Hematoma post trauma, edema focal

**Dominio II:** SALUD FISIOLÓGICA

**Clase:** -L INTEGRIDAD TISULAR

**Etiqueta:** 0111 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS

**Campo:** II. FISIOLÓGICO COMPLEJO

**Clase:** L-CONTROL DE LA PIEL/ HERIDAS

**Etiqueta:** CUIDADOS DE LA HERIDA

### ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Hidratación edema		x			
Pigmentación hematoma		x			
Coloración	x				
Textura	x				

### ACTIVIDADES

- Anotar las características de la herida
- Reunir el material para el procedimiento
- Irrigar la zona con solución salina salina, si procede.
- Aplicar Hielo en la zona afectada
- Anotar las características de la herida como textura, color, etc.
- Registrar el procedimiento aplicado, con fecha, hora y

M  
E  
T  
A  
S

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

## **2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales**

El actual proceso de atención de enfermería está basado con el modelo de marjorie gordon

Biológico: el paciente no come adecuadamente según su enfermedad.

Medio ambiente: los pacientes viven en zonas difíciles de pasar, por lo que se realiza exámenes complejos en el centro de salud.

Físico: el paciente casi no tiene ejercicio físico.

Social: no es amigable, pero mantiene un buen comportamiento.

## **2.8 Seguimiento**

El plan de cuidados en base a la atención establecida se utilizó para mejorar la condición clínica del paciente.

A la llegada del paciente se procedió a tratar el dolor agudo de alta intensidad, procediendo al control de sus constantes vitales, se canalizo un acceso endovenoso en la región contraria a la fractura sin el uso de torniquete por contradicción, se realizó una limpieza con solución fisiológica se administró tramadol 2 mg/kg/ IV, Clna 0.9% 1000 cc, metoclopramida y omeprazol, cefazolina 50 mg/kg/dosis, la ingesta y eliminación de líquidos se controló estrictamente con seguimiento en gasto urinario hasta el traslado a piso.

Se realizó curación y limpieza de la herida quirúrgica unas ves egresadas del quirófano y quedas en observación con restricción de su miembro superior

## **2.9 Observaciones**

El caso clínico que se presentó es el de un pediátrico, el cual fue diagnosticado con fractura radio, cubito. Al momento de presentar el accidente ocurrido en la escuela fue llevado por su madre a la institución de salud.

Se entrevistó con una encuesta a la madre para recolectar datos que ayuden al oportuno diagnóstico.

La paciente pediátrica fue hospitalizada y preparada para ser intervenida quirúrgicamente, en donde se brindó unos adecuados cuidados desde el ingreso, pre, trans y postoperatorio y recibió tratamiento acorde a la manifestación clínica presentada, consiguiendo una evolución favorable y de este modo su recuperación.

## **Conclusiones**

Los procedimientos de enfermería deben aplicarse a pacientes con esta afección antes ,durante y después de la cirugía, por lo tanto, una de las principales razones para brindar una buena atención a la paciente de estudio, fue aplicando un criterio diagnóstico enfermero asertivo, evaluando el estado actual a través de la escala de Likert la cual permitió categorizar las actitudes y de esta manera realizar intervenciones acorde a las necesidades que el paciente presento todas estas actividades fueron en base a las Taxonomías NANDA, NOC Y NIC, los cuales permitieron ser una guía básica con acciones basadas en conocimientos científicos que acompañado del entusiasmo y dedicación del personal de enfermería se logró obtener buenos resultados y lograr la recuperación del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cota, J. (2016). *Medicina de urgencia*. España: Panamericana.

Doenges, M. (2016). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. Barcelona: El Manual Moderno, S.A.

Garcia, J. (2017). *Urgencias en pediatría*. Mexico: sexta edic.

Latarjet, M. P. (2020). *Anatomía humana*. Madrid: Panamerica.

Mininder, S. B. (2017). *Cirugía ortopédica pediátrica*. Mexico: Elsevier.

Valdespina, C. (2018). *Clasificaciones Nanda, Noc, Nic*. Barcelona: Salusplay S.A.

## **ANEXOS**