



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ENFERMERÍA

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA A UN ADULTO JOVEN
JUGADOR DE FÚTBOL SOCCER PROFESIONAL QUE
PRESENTA UN ESGUINCE DE SEGUNDO GRADO DE
TOBILLO DERECHO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ISRAEL RAMIREZ MORALES



CON EL ASESORAMIENTO DE LA LIC . BEATRIZ RUIZ PADILLA

MÉXICO D.F.

**ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

SECRETARIA



DE ASUNTOS ESCOLARES

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE	i
1.-INTRODUCCION	iii
2.- OBJETIVOS	1
-GENERALES.....	1
-ESPECIFICOS.....	1
3.- FUNDAMENTACION	2
3.1.-Antecedentes	5
4.- MARCO CONCEPTUAL	7
4.1 Proceso de enfermería.....	7
4.2 Paradigmas.....	11
4.3 Teoría de Virginia Henderson.....	15
4.4 Esguince de tobillo de segundo grado.....	25
-Concepto.....	25
-Anatomía y fisiología del tobillo.....	25
-Manifestaciones clínicas.....	26
-Diagnostico.....	27
-Complicaciones.....	28
-Tratamiento.....	29
5.- METODOLOGIA	32
5.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso.....	32
5.2 Consideraciones éticas.....	34
6.- PRESENTACION DEL CASO	36
6.1 Descripción del caso.....	36
6.2 Antecedentes generales de la persona.....	37
7.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA	37
7.1 Valoración física.....	37
7.1.1 Valoración focalizada.....	41
7.1.2 Análisis de estudio de laboratorio y gabinete.....	46
7.1.3 Jerarquización de problemas.....	47

7.2 Diagnósticos de enfermería.....	49
7.3 Planeación de los cuidados.....	50
8.-PLAN DE ALTA.....	58
9.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
10.-BIBLIOGRAFIA.....	60

INTRODUCCION.

La enfermería es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados al individuo, familia y comunidad mediante el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales y potenciales, así como la ejecución de acciones en colaboración para el diagnóstico y tratamiento de las respuestas fisiopatológicas.

Entendiéndose que las respuestas humanas son todos aquellos fenómenos que acompañan al individuo, ante un problema de salud y que surgen de las necesidades propias del ser humano.

Para identificar estas necesidades básicas del individuo es necesario elaborar un proceso de atención de enfermería, el cual permita planear intervenciones individualizadas dando respuesta a las necesidades y problemas de salud que éste presente basándose en 5 etapas:

- 1) La valoración, nos permitirá reunir y examinar la información referente al individuo con el fin de identificar las necesidades que el requiere.

- 2) El diagnóstico, podrá analizar los datos obtenidos, con el propósito de identificar los problemas de salud que presente el individuo.

- 3) La planeación, desarrollará un proyecto donde los objetivos y acciones pretendan prevenir y solucionar problemas.

- 4) La ejecución, permitirá la puesta en práctica del plan de cuidados de enfermería.

- 5) La evaluación, decidirá si el plan ha sido efectivo o en su defecto se requiere hacer algún cambio.

Tradicionalmente dicho proceso ha sido aplicado en ámbitos hospitalarios por lo que ponerlo en práctica en otro ambiente distinto resulta interesante y atractivo pues no solo trabajar en el hospital es el campo de trabajo para el

licenciado en enfermería y obstetricia sino que existen otras áreas en las que se puede aplicar los conocimientos profesionales adquiridos.

Una de estas áreas es el deporte, el trabajar con deportistas gente aparentemente sana es muy importante ya que requieren de una atención inmediata en el campo deportivo así como la prevención a la salud y el seguimiento de su rehabilitación en el caso de alguna lesión.

Dicho proceso se abordara bajo el Modelo de Virginia Henderson debido a que ella incorporó los principios fisiológicos y psicológicos basados en identificar las 14 necesidades básicas del individuo mediante un modelo de atención en donde se considerara al paciente como un ser que requiere de cuidados para una pronta recuperación de su estado de salud, no hay que olvidar que Henderson considera que de acuerdo a la edad del paciente pueden o no ser valoradas las necesidades que ella refiere.

Por lo que el presente trabajo esta integrado por introducción, objetivos, fundamentación, marco conceptual, metodología y finaliza con la presentación del caso, aplicación del proceso de enfermería y plan de alta, además de conclusiones.

Al elaborar dicho proceso se pretende dar a conocer el siguiente caso:

Se trata de un adulto joven de 18 años que durante un entrenamiento después de saltar sufre inversión de su tobillo derecho, quedando tirado en el césped. Al hacer la valoración, el paciente indica que sintió una sensación de ruptura lo cual se corrobora al hiperextender el tobillo, con la exploración se detecta edema, aun hay dolor localizado y dificultad para caminar.

El diagnóstico médico es un esguince de tobillo de segundo grado, y el diagnóstico de enfermería es: Dolor agudo debido a la lesión tisular, la cual produce la liberación de sustancias, como las prostaglandinas, cininas e incluso iones de potasio que estimulan a los nociceptores (terminaciones nerviosas libres presentes en todos los tejidos, receptores del dolor) relacionado con el traumatismo que sufrió manifestado por edema, respuesta localizada protectora a lesiones de los tejidos haciendo una acumulación anormal de líquido intersticial, equimosis cambio de color de un área cutánea o mucosa debida a extravasación de sangre hacia el tejido celular subcutáneo y dificultad para caminar. Por lo anterior se decide darle reposo, aplicación de hielo, elevación y compresión del área afectada. Por todo esto es necesario contar con instrumentos que permitan llevar a cabo una mejor planeación y ejecución de intervenciones específicas y generales hacia la persona en este caso un futbolista profesional para su recuperación total y su pronto regreso a su actividad deportiva.

2.- OBJETIVOS:

GENERAL

Demostrar la aplicación y utilidad del Proceso Atención de Enfermería basados en la teoría de Virginia Henderson en ámbitos extrahospitalarios dirigido a deportistas de nivel profesional.

- ESPECIFICOS:

Proporcionar el cuidado inmediato en el campo deportivo a través del RICE (reposo, hielo, compresión y elevación) para mejorar el estado de salud del atleta.

Desarrollar las fases de prehabilitación, rehabilitación y mantenimiento con el propósito de reintegrar a el atleta a su actividad deportiva lo mas pronto posible y al cien por ciento de sus facultades.

Establecer una relación de la teoría de Henderson con las actividades y aprendizajes adquiridos en el servicio con el propósito de jerarquizar las intervenciones de enfermería para una buena y pronta recuperación de una lesión traumática (esguince de tobillo).

3.- FUNDAMENTACION

Este proceso se lleva a cabo con la finalidad de otorgar intervenciones de enfermería en el atleta lesionado. La intervención de enfermería se define como todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente

Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad. Una intervención de enfermería directa consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente y esta dirigida a acciones fisiológicas y psicosociales.

Una intervención de enfermería indirecta es un tratamiento realizado lejos de la persona pero en beneficio de esta o grupo de personas. Estas intervenciones incluyen la atención inmediata en el campo de juego hasta que la persona se reincorpora en óptimas condiciones nuevamente a sus actividades incluyendo las deportivas.¹

Murria y Atkinson identifican cuatro tipos de intervenciones de enfermería:²

***Manejo del entorno.** Estas intervenciones están relacionadas con el establecimiento de un ambiente terapéutico seguro.

***Intervenciones iniciadas y ordenadas por el médico.** Se refiere a las intervenciones que derivan del tratamiento médico, que este profesional prescribe y que el(la) enfermero(a) debe realizar por el paciente como cuidador(a) que es de este.

***Intervenciones iniciadas por la(el) enfermera(o) y ordenadas por el médico.** Se refiere a las intervenciones de valoración que la enfermera lleva a

¹ MCCLOSKEY C Joanne, Gloria M Bulechek. Clasificación de intervenciones de enfermería. Ed Harcourt. Ed 3ª. Barcelona, España, 2001. pp. 1, 8, 15

² BENAVENT Amparo, Esperanza Ferrer Ferrandis, Cristina Francisco del Rey. Fundamentos de enfermería, Ed DAE, Madrid, España 2001, pp. 288-293

cabo a partir de las cuales puede llegar a identificar problemas de salud que están fuera de su ámbito profesional necesitando de la intervención de otro profesional para resolverlo.

***Intervenciones iniciadas y ordenadas por la(el) enfermera(o).** Se refiere a las intervenciones que corresponden al campo de acción específico de la(el) enfermera(o).

Para Alfaro la(el) enfermera(o) dirige el diseño de sus intervenciones hacia:³

- La realización de valoraciones que le permitan identificar nuevos problemas y ver el estado de los ya existentes.
- La educación sanitaria.
- El asesoramiento del sujeto en los procesos de toma de decisiones.
- La consulta con otros profesionales de la salud y derivación del paciente si consideramos que el paciente lo requiere.
- La realización de acciones específicas de tratamiento para eliminar o reducir los problemas.
- La ayuda al sujeto en la realización de actividades por sí mismo.

Dichas intervenciones están encaminadas a minimizar los efectos de la lesión a través del (RICE) :

- 1.-Reposo, el cual es conveniente para que la parte lesionada no sea sometida a carga y pueda rehabilitarse convenientemente.
- 2.-Hielo, este alivia el espasmo y dolor muscular, además de cohibir la hemorragia.
- 3.-Compresión, esto hace una contrapresión a la hemorragia y ayuda a las funciones hemostáticas del organismo.
- 4.-Elevación, hace que en la parte lesionada se reduzca el flujo sanguíneo y la sangre expelida es transportada más fácilmente reduciendo la tumefacción.

³ ALFARO L. Rosalinda, Aplicación del proceso de enfermería, Ed Doyma; Barcelona, España, 1988, pp. 6-12

Posteriormente dichas intervenciones estarán encaminadas a la rehabilitación del futbolista. La cual se define en el deporte como un proceso en el que se utilizan agentes físicos, ejercicios terapéuticos y técnicas en el adiestramiento de los deportistas que han sufrido alguna lesión, con el propósito de reintegrarlos a su actividad física. El cual se inicia inmediatamente después de la lesión y puede extenderse a través del tiempo, en este proceso se deben realizar acciones para minimizar los efectos de la lesión tales como: la inflamación, aspectos psicológicos negativos, efecto del desentrenamiento, disminución de la fuerza muscular. Esto se logra al promover en el programa las medidas para garantizar las ganancias de las capacidades a rehabilitar.

La rehabilitación requiere de un diagnóstico inicial, que examine la naturaleza y severidad de la lesión, así como de una constante revaloración que determine la respuesta de la lesión al régimen terapéutico; para obtener ventaja del principio es necesario decidir las metas terapéuticas, las cuales pueden modificarse con la periodicidad que se requiera.

Existen 3 fases en el proceso de la rehabilitación:

1.-Prehabilitación

Esta fase comprende la atención primaria de la lesión, se implementan acciones orientadas al control del edema, limitación del daño, conservación del arco de movilidad y prevención de la hipotrofia muscular así como la planeación y la ejecución de ejercicios preliminares del reacondicionamiento.

2.-Rehabilitación

Representa la rehabilitación formal, en esta fase se incrementan las actividades de fortalecimiento, flexibilidad y fundamentalmente las de desempeño motor del segmento afectado. Las actividades se realizarán en forma progresiva por lo que las evaluaciones de las capacidades a rehabilitar se tendrán que monitorearse. El objetivo fundamental es llevar al deportista al desempeño deportivo total incluyéndose las actividades competitivas.

3.-Fase de mantenimiento

Es el estado final de la rehabilitación, el cual consiste en el seguimiento del deportista mediante evaluaciones periódicas del área anatómica rehabilitada, además de encaminarse a mantener las capacidades alcanzadas mediante un programa de garantías complementarias.⁴

3.1 ANTECEDENTES

Epidemiología

Estudio realizado a futbolistas del club UNAM A.C

Los esguinces de tobillo ocupan uno de los primeros lugares de frecuencia en las lesiones del deporte. El Club Universidad Nacional Autónoma de México (pumas) reporta un 18.8% de entre todas sus lesiones.⁵ El 80% de los esguinces ocurren por inversión, siendo el ligamento talofibular anterior el que más se lesiona, seguido del calcáneo fibular y talofibular posterior. La razón por la que los ligamentos laterales son los más afectados es porque el maleolo lateral, que es más largo, obstruye la eversion, mientras que el maleolo medial, que es más corto, permite mayor inversión. Además existe una tendencia natural a la inversión y el ligamento deltoideo tiene mayor fuerza que el complejo lateral y es más difícil de romper. Los esguinces por eversion son menos frecuentes pero producen mayor tiempo de incapacidad. En el club Universidad Nacional AC, de 18.8% de esguinces de tobillo el 65.60% fueron de primer grado mientras que el 34.40% fueron de segundo grado con un rango de días de recuperación en el grado 1 de 4-19 días, mientras que en el grado 2 de 7-39 días.

Concretamente, los esguinces de tobillo suceden con una enorme frecuencia tanto en deportistas como en el resto de las personas. Esta estimado que se produce un esguince diario por cada 10000 norteamericanos, lo que significa 23000 esguinces diarios.⁶ En los últimos años ha habido una mayor tendencia a tratar los esguinces de tobillo practicando una movilidad precoz, en oposición

⁴ MARTINEZ M, Manuel, Juan M Pastor, Francisco Sendra Portero; **Manual de medicina física**, Ed Harcourt; Madrid, España, 2004, pp. 12-22

⁵ RODRIGUEZ G Maria Cristina, soledad Echegoyen Monroy, **Lesiones en el fútbol**, Ed Dirección general de publicaciones y fomento editorial; Mexico, D.F, pp. 85-96

⁶ LYLE J. Micheli, **La nueva medicina deportiva**. Ed Tutor. Madrid, España, 1998.pág. 98

a la anterior práctica de inmovilidad prolongada. Esta nueva actitud agresiva debe interesar a todos los deportistas dada la frecuencia con que se produce esta lesión. La mayoría de las veces, son uno o dos los ligamentos que se distienden. Si solo es uno, suele ser el ligamento peroneoastragalino anterior, pero si la angulación del tobillo es mayor también puede lesionarse el ligamento peroneocalcaneo.

Los esguinces por inversión son los más comunes 85% debido a que hay mas estabilidad ósea en la parte externa del tobillo que en la parte interna, lo que determina una mayor probabilidad de que se produzca una torsión interna. Cuando ocurre un esguince por eversión 15% suele ser porque el deportista pisa una superficie irregular y el tobillo se angula y rota hacia fuera. En este tipo de esguince el ligamento lesionado es el lateral interno o deltoideo.

4.-MARCO CONCEPTUAL

4.1 Proceso de enfermería

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud reales o potenciales.¹

Por el año de 1973 se introdujo en la enseñanza de las materias de enfermería el *proceso de atención de enfermería*, porque se le consideraba un instrumento eficaz para dar cuidado individual al paciente.

El *proceso de enfermería* puede relacionarse con 3 importantes dimensiones:

1) Propósito

Se busca proporcionar un marco dentro del cual se puedan satisfacer las necesidades individualizadas de la persona, la familia y la comunidad, conservando el estado óptimo de la salud y en caso de que cambie dicho estado, proporcionar la cantidad y calidad de cuidados de enfermería que requiera la persona para recuperar la salud contribuyendo a una calidad de vida favorable.

2) Organización

Esta diseñado para agilizar la identificación y tratamiento de los problemas, tomar decisiones y maximizar las oportunidades y recursos con los que cuenta. Consta de 5 fases:

a) Valoración.-Es la recolección de datos en forma continua, intencionada y diseñada para proporcionar la información requerida, con la finalidad de predecir, detectar, prevenir, controlar o eliminar problemas de salud, identificando las formas de ayudar a las personas a conseguir su máximo bienestar e independencia.

¹ ALFARO L. Rosalinda, Op cit. pág. 12

b) Diagnóstico.-Es el proceso de analizar los datos, agrupar la información relacionada, extraer conclusiones o identificar los problemas de salud reales y potenciales, las causas subyacentes en los problemas de salud que son satisfactorios pero podrían ser mejorados.

c) Planeación.-Es la determinación de objetivos específicos o resultados e intervenciones con el fin de lograr oportunamente los resultados esperados, detectar y prevenir nuevos problemas de salud y promover al máximo el bienestar y la independencia: Esta etapa está constituida por:

- * Establece prioridades para el diagnóstico de problemas
- * Fija con la persona los resultados para corregir, reducir o impedir los problemas
- * Propone intervenciones o actividades de enfermería que conduzcan al logro de los resultados propuestos
- * Registra en el plan de atención, los diagnósticos, resultados y actividades de enfermería en forma organizada.

d) Ejecución.-Es la puesta en marcha del plan, tiene como finalidad valorar la disponibilidad para actuar y volver a valorar con la finalidad de determinar las respuestas iniciales y poder hacer cambios inmediatos según sea necesario, y llevar un registro continuo para un control de los progresos y evolución de la persona.

e) Evaluación.-Se determina el logro de los resultados esperados comparando los datos de la valoración actual de la persona con los objetivos prescritos durante la planificación, esto con la finalidad modificar el plan o darlo por finalizado según sea apropiado, realizando una nueva planificación para una valoración y mejora continua.

3) Propiedades

El proceso de enfermería tiene 6 propiedades:²

- a) Es resuelto , porque va dirigido a un objetivo específico –persona-

² IYER, Patricia; Proceso y diagnóstico de enfermería; Ed. Interamericana, ed 2. pp. 13-20

- b) Es sistemático, ya que implica la utilización de un enfoque organizado para lograr su propósito, fomentando la calidad de enfermería.
- c) Es dinámico, ya que implica un cambio continuo, centrado en las respuestas cambiantes de la persona.
- d) Es interactivo, porque se basa en las relaciones recíprocas que ocurren entre la(el) enfermera(o) y la persona, la familia y profesionales de salud, garantiza la individualización de las actividades de enfermería.
- e) Es flexible, ya que puede adaptarse a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización. Se pueden utilizar fases en forma sucesiva.
- f) Con base teórica, porque se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería existentes.

Relaciones entre las etapas del proceso de enfermería

Las etapas del proceso de enfermería están estrechamente relacionadas entre sí, cada una depende de la precisión de la etapa que la ha presidido.³

- Las fases de valoración y diagnóstico se relacionan con el fin de formular posibles diagnósticos a medida que van recopilando información.
- La fase del diagnóstico se relaciona con la planeación, porque los objetivos y las actividades planteadas derivan de los problemas que se hayan diagnosticando, así como el continuo análisis de dichos problemas
- Las etapas de planeación y ejecución, se relacionan entre sí, ya que es cuando se pone en práctica las actividades de enfermería ya planeadas anteriormente
- Las etapas de ejecución y evaluación, se relacionan con la determinación del cumplimiento de los objetivos basándose en las respuestas del cliente ante las actividades de enfermería realizadas

³ ALFARO L. Rosalinda, Op. Cit. pp. 8-14

Beneficios del proceso de enfermería

Este proceso permite mejorar la continuidad de los planes de cuidado. Cada enfermera(o) tiene la ventaja de que puede leer un plan de cuidados organizado antes de ver a la persona. Esto le ayudará a tomar la delantera para identificar los problemas de salud y reducirá la frustración del paciente, pues es menos probable que este tenga que repetir la misma información a cada miembro del equipo.

El proceso de enfermería proporciona la base para una valoración y evaluación continua, por lo que no constituye un método estático de cuidados de enfermería. Se trata de un proceso dinámico y cambiante, en la medida en que se modifican las necesidades de la persona o se van resolviendo los problemas. El uso del proceso de enfermería favorece la flexibilidad necesaria para dispensar un cuidado integral al enfermo apoyándonos en los paradigmas.

4.2 PARADIGMAS

Un paradigma es la forma particular de ver el mundo que nos rodea.⁴Existen tres corrientes de pensamiento: de la categorización, de la integración y la de la transformación. En la primera el centro de atención es la salud pública. En el paradigma de la integración el interés es la enfermedad; en el paradigma de la transformación el elemento clave es la persona como un todo para finalizar con la propuesta de la apertura hacia el mundo.

Paradigma de la categorización

Según este paradigma los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. Aplicado en el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad”.

El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión de enfermería; una orientación centrada en la

⁴ KEROVAC Suzanne. Et. al. "Grandes corrientes del pensamiento", Teorías y modelos de enfermería. Ed Masson, Barcelona, España, 1996, pp, 147-149

salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, otra orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

La necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación. Como resultado del progreso de los conocimientos en salud pública, se ha puesto de manifiesto la necesidad de programas educativos en salud, de prevención de las enfermedades infecciosas y de higiene industrial. La orientación hacia la enfermedad se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas.

Según esta orientación, el cuidado está enfocado hacia los problemas, los déficits o las incapacidades de la persona. La(él) enfermera(o) delimita las zonas problemáticas que son de su competencia. Su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir los déficits y ayudar a los incapacitados. Intervenir significa “hacer para” las personas. La “persona” está bajo sus cuidados y la de los otros profesionales de la salud. Así como los cuidados enfermeros están estrechamente unidos a la práctica médica, se orientan igualmente al control de la enfermedad.⁵

Paradigma de la integración

Prolonga el paradigma anterior reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. Según esta orientación, el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones: salud física, mental y social. La(él) enfermera(o) evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones su globalidad. La(él) enfermera(o) planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas. Se vuelve una consejera experta que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.

⁵ KEROVAC Suzanne. et.al, Op. Cit. pág. 151

Según esta orientación hacia la persona, la salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. Por último el entorno está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive. La orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica. Las investigaciones enfermeras se elaboran alrededor del objeto del cuidado, es decir, la persona y su entorno. La experiencia clínica y la reflexión son el origen de las primeras concepciones explícitas de la disciplina o modelos conceptuales.

Paradigma de la transformación

Según este paradigma un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un paten único; es una unidad global de interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, un mundo que le rodea. Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. Los cuidados primarios de salud se proponen ser un medio de respuesta a sus necesidades de salud más corrientes y más habituales, teniendo en cuenta su manera y sus condiciones de vida, e interesándose directamente en la elaboración y la puesta en marcha de una política de salud apropiada y adaptada a la forma, a la frecuencia y a la manifestación de sus problemas en este campo.

Dentro de esta óptica, la persona es considerada como un sector único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser entero y único, es indisoluble de su universo. La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. La salud no es un bien que se posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad. Formando parte de la dinámica de la experiencia humana, la salud “se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular”. Esta orientación de apertura sobre el mundo influye necesariamente en la naturaleza de los cuidados enfermeros. El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La(él) enfermera(o) habiendo

acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver a esta persona, utiliza todo su ser, incluida una sensibilidad que comprende elementos más allá de lo visible y palpable, intervenir significa "estar con" la persona. La/el enfermera(o) también se beneficia de los lazos auténticos que ha tejido con esta persona para el desarrollo de su propio potencial.

La persona es así un todo indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente de esta. Tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo, maneras de ser que forman un modelo dinámico de relación mutua y simultánea con el entorno. La persona reconoce la influencia del entorno sobre ella y evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define según su potencial y sus prioridades.

La salud por su parte, es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. También hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de creación de la persona. La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de la salud, y la salud va más allá de la enfermedad siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona. Finalmente, el entorno está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte, siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella. Efectivamente la persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultáneo. Igual que la persona, el entorno tiene su propio ritmo y se orienta hacia una propia dirección imprevisible. Las preocupaciones actuales concernientes a las relaciones entre el ser humano y el planeta indican una toma de conciencia de esta constante interacción. El entorno evoluciona a un ritmo cuya orientación, amplitud y velocidad están estrechamente unidas a las interacciones pasadas, presentes y futuras entre dicho entorno y el ser humano. Así la teórica Virginia Henderson propone su modelo donde podemos apreciar la conceptualización de estos paradigmas.

4.3 TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON.

Fue una enfermera norteamericana, nació en 1897 y murió en 1996. Se graduó en la Army School of Nursing en 1921; su interés por la enfermería surgió de la consistencia del personal enfermo y herido durante la 1ª Guerra mundial. Inició su trabajo profesional como enfermera visitadora y como docente de enfermería. Cinco años después regresó a la universidad, donde obtuvo el grado de Maestra en Artes con especialización en docencia de enfermería. Después de trabajar un año como supervisora de clínica, volvió a la universidad para trabajar como profesora, impartiendo cursos sobre el proceso analítico y práctica clínica por el periodo de 1930-1948.

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos que ocurren en nuestro medio.⁶

Henderson inicialmente no pretendía elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación, lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron preguntarse que es lo que debería hacer la enfermera que no pudiera hacer otro profesional de salud.

A partir de la revisión de la bibliografía existente en aquellos años sobre Enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la información de las enfermeras no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente manera: "La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud

⁶ MARRINER Ann. Modelos y teorías de enfermería. Ed Doyma; Madrid, España, 1994. pp. 102-106

o a su recuperación (o una muerte tranquila) actividades que dicho individuo realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios; esta asistencia debe ofrecerse de tal modo que le ayude a recuperar la independencia lo más pronto posible”.

Henderson define a su vez 4 conceptos básicos de enfermería:⁷

- 1) **Persona.**-Es un individuo que requiere asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o una muerte tranquila, influyendo en el cuerpo y la mente y cubriendo los aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales para poder llevar una vida sana.
- 2) **Entorno.**-Es todo aquello que rodea al individuo sano o enfermo y que puede afectar a su salud por medio de los factores personales (edad, capacidad física) y los factores físicos (aire, temperatura) desempeñando un papel en el bienestar de la persona.
- 3) **Salud.**-Es la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación a las 14 necesidades básicas.
- 4) **Enfermería.**-Es la asistencia fundamental al individuo sano o enfermo para que lleve a cabo actividades que contribuyan a su salud o a una muerte tranquila, proporcionando un cuidado holístico para satisfacer las 14 necesidades básicas mediante la relación enfermera-paciente.

De la misma forma identificó 3 niveles de relación enfermera-paciente:

- Ser un sustituto para el paciente(compensa lo que le falta al paciente)
- Ser ayudante del paciente(establece las intervenciones clínicas)
- Ser compañero del paciente (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud)

⁷ GARCIA González Ma de Jesús. **Proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson**. Ed Universidad de Guanajuato.Mexico, DF.1997. pp. 24-25

Henderson dice, que la(el) enfermera(o) trabaja en relación de interdependencia con otros profesionales de salud.⁸ Precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad(física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

- 1.-Necesidad de oxigenación
- 2.-Necesidad de nutrición e hidratación
- 3.-Necesidad de eliminación
- 4.-Necesidad de moverse y mantener una buena postura
- 5.-Necesidad de descanso y sueño
- 6.-Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
- 7.-Necesidad de termorregulación
- 8.-Necesidad de higiene y protección de la piel
- 9.-Necesidad de seguridad ambiental
- 10.-Necesidad de comunicarse
- 11.-Necesidad de vivir según sus creencias y valores
- 12.-Necesidad de trabajar y realizarse
- 13.-Necesidad de jugar, participar en actividades recreativas
- 14.-Necesidad de aprendizaje

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias en la satisfacción de las 14 necesidades vienen determinadas por los aspectos biológicas, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación que existe entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes. Desde el punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo

⁸ MARRINER Ann. Op. Cit. pág. 106

necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo, no obstante debe constar que el análisis de las necesidades una a una es adecuado cuando los fines son didácticos o bien en la fase de datos de la etapa de valoración del proceso de enfermería.

¿Por qué el modelo de Virginia Henderson?

1.- Es uno de los modelos conceptuales más conocidos debido en gran parte a causa de que la definición de la función propia de la enfermera fue adoptada por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) esta definición se ha mantenido hasta la fecha.

2.-Resulta coherente con nuestros valores culturales y emplea una terminología de fácil comprensión para describir los conceptos.

3.-Su construcción teórica es muy abierta, da lugar a diversas interpretaciones que permiten adaptarlo a las variantes culturales y sociales específicas de cada entorno y situación de cuidados ya sea en hospital o comunidad.

4.-Incluye también como parte de la actuación de la enfermera el papel de colaboración con otros profesionales de la salud.

5.-Da una imagen de unicidad de la persona al conceptualizar al ser humano como un todo compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre si.

6.-Reconoce que la persona posee el potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás y con su entorno y de competencia para ocuparse de sus propios cuidados.

7.-Propicia la toma de conciencia de las ventajas de desarrollar un estilo de vida sano y de mejorar y mantener un entorno saludable al afirmar que la persona/familia actúa como agente de sus propios cuidados para alcanzar la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas.

8.-Propone el método de solución de problemas, es decir, el proceso enfermero, como metodología adecuada para llevarlo a la práctica, ventaja que no comparten otros modelos conceptuales desarrollados desde otros enfoques filosóficos.

9.-Permite usar las taxonomías de diagnósticos (NANDA I), de resultados (NOC) y de intervenciones (NIC). El hecho de que exista una determinada etiqueta en las taxonomías no significa que automáticamente sea apropiada y pueda usarse.⁹

Taxonomías enfermeras.

NANDA Internacional

En 1973 Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, profesoras de la Saint Louis University School Of. Nursing, convocaron a enfermeras asistenciales, gestoras, investigadoras y docentes procedentes de todas las regiones de Estados Unidos a la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería , esto siguió cada 2 años hasta su desaparición en 1982 cuando en su lugar se creó la North American Nursing Diagnosis Association(NANDA).

Durante la Tercera, Cuarta y Quinta conferencias un grupo de expertas en enfermería presidido por Sor Callista Roy trabajó en la confección de una base conceptual. En esa misma conferencia se formó un nuevo grupo de trabajo presidido por Phyllis Kritek con el encargo de generar una taxonomía inicial. En la séptima Conferencia, celebrada en 1986, se presentó la Taxonomía I de la NANDA en la que se había sustituido el nombre poco familiar de Patrones del Hombre Unitario por el de Patrones de Respuesta Humana. En la Novena Conferencia se aprobó la definición de Diagnóstico de Enfermería que se ha mantenido hasta la actualidad:

Diagnóstico enfermero es el juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.¹⁰

⁹ LUIS Rodrigo María Teresa, Carmen Fernández Ferrin, María Victoria Navarro Gómez. **De la teoría a la práctica**. Ed Masson, ed 3ª. Barcelona, España, 2005, pp. 46-47.

¹⁰ LUIS Rodrigo María Teresa, Carmen Fernández Ferrin, María Victoria Navarro Gómez. Op. Cit. Pp18

Componentes de los diagnósticos enfermeros aprobados por la NANDA y por la NANDA I

En todos los diagnósticos

- Nombre o etiqueta

Proporciona una denominación para el diagnóstico; Da una explicación clara y precisa del diagnóstico nombrado. Expresa su naturaleza esencial y delimita su significado. Permite diferenciar esta etiqueta de las restantes.

- En los diagnósticos reales

Factores relacionados

Factores que parecen mostrar algún tipo de relación con el diagnóstico. Pueden describirse como antecedentes, asociados, relacionados, contribuyentes o coadyudantes al mismo.

- En los diagnósticos de riesgo

Factores de riesgo

Factores ambientales, fisiológicos, psicológicos y genéticos, o bien elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad a la aparición de una respuesta poco saludable.

Uso de la TAXONOMIA de la NANDA para la formulación de los diagnósticos enfermeros¹¹.

Diagnósticos reales

Son los problemas o situaciones que existen en el momento de hacer la valoración enfermera y se formulan con tres componentes:

Etiqueta/factor relacionado/características definitorias

Diagnósticos de riesgo

¹¹ Ibid. Pág. 25

Aunque no existen aún en el momento de hacer la valoración, la enfermera detecta factores de riesgo que hacen pensar en su probable aparición en caso de no intervenir. Se formulan con dos componentes:

(Riesgo de) Etiqueta/factor de riesgo

Diagnósticos de salud

Reflejan aquellas situaciones en que la persona tiene un grado estable de salud o bienestar y desea y puede aumentarlo; se formulan con un solo componente:

Etiqueta

Todos estos diagnósticos se correlacionan con los conceptos que a continuación se describen.

CONCEPTOS

Cuidados básicos

Derivan del concepto de necesidades básicas y se refieren al conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional razonado y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona.

Independencia

Se define como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas. Es obvio que este nivel óptimo de desarrollo del potencial viene determinado por las características de la persona, como ser único y holístico, y que el modo de satisfacer sus necesidades básicas se ve influido positiva o negativamente por los procesos y experiencias que vive, a los que debe adecuarse.

Dependencia

Se refieren al desarrollo insuficiente del potencial de la persona, debido a una falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que dificulta o impide la realización de las actividades adecuadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

Autonomía

Se trata de la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

Agente de autonomía asistida

Con este nombre se designa a la persona que, cuando el usuario carece de autonomía, hace por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer aquellas necesidades susceptibles de cierto grado de suplencia: comer y beber, eliminar, moverse y mantener una buena postura, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, conservar la piel y mucosas limpias y mantener un entorno seguro.

Manifestaciones de independencia

Conductas o indicadores de conductas de la persona (datos objetivos y subjetivos) adecuadas y suficientes para satisfacer las necesidades básicas.

Manifestaciones de dependencia

Conductas o indicadores de conductas de la persona (datos objetivos y subjetivos) que resultan incorrectos, inadecuados o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, ahora o en futuro que están causadas por una falta de fuerza, conocimiento o voluntad.¹²

Todos estos conceptos van de la mano con los valores propios de enfermería (asunciones filosóficas).

Asunciones filosóficas o valores

Las asunciones filosóficas son fundamentalmente tres:

- 1.-La(el) enfermera(o) tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales.
- 2.-Cuando la(el) enfermera(o) asume el papel del médico, abandona su función propia.

¹² Ibid. Pp. 52-54

3.-La sociedad espera un servicio de la(el) enfermera(o) (su función propia) que ningún otro profesional puede darle.

A su vez estas asunciones filosóficas están fortalecidas por los siguientes elementos fundamentales.

Elementos fundamentales

El objetivo de los cuidados consiste en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas. El papel de la(el) enfermera(o) consiste en suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr su independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, voluntad y conocimientos para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos. La fuente de dificultad, que en este modelo recibe el nombre de área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

1.-Entendemos por conocimientos saber que acciones son las indicadas para manejar una situación de salud es decir saber que hacer y como hacerlo.

2.-La fuerza, por su parte, puede ser física o psíquica. En el primer caso se refiere a los aspectos relacionados con el “poder hacer”, que incluyen la fuerza y tono muscular y la capacidad psicomotriz. La fuerza psíquica alude al cambio de valores y actitudes, esto es a saber “porque” y “para que” actuar; Y se requiere que la persona tenga la capacidad de interrelacionar los conocimientos con su situación de salud, de extraer conclusiones y de tomar decisiones.

3.- Finalmente la voluntad implica mantener la conducta adecuada para satisfacer las necesidades básicas durante el tiempo necesario y con la frecuencia e intensidad requeridas es decir “querer hacer”.

La falta de voluntad no se refiere a aquellas situaciones en que la persona, en el ejercicio de su derecho a elegir sus propios cuidados de salud, toma la decisión informada de no seguir las prescripciones terapéuticas. En tal caso no podemos considerar que le falte voluntad (es decir que no persevere en la

decisión que ha tomado), sino que su opción de salud no coincide con la que los profesionales consideran que es la más adecuada para ella. En realidad se trata de una falta de fuerza psíquica (no tomar la decisión más conveniente), pero el respeto que como profesionales debemos a la libertad y responsabilidad de la persona nos obliga a aceptar su decisión.¹³

Para el cuidado de una persona en este caso un futbolista con esguince de tobillo se aplicó el modelo de Virginia Henderson, por ello es necesario tener un marco de referencia sobre dicha patología.

4.4 ESGUINCE DE TOBILLO DE SEGUNDO GRADO

Lesión traumática (ruptura total o parcial) de los tendones, músculos o ligamentos que rodean al tobillo.¹⁴

Anatomía y fisiología

El tarso (tobillo) es la región proximal del pie y consta de siete huesos. Entre estos se incluyen el astrágalo y el calcáneo en la parte posterior del pie. El calcáneo es el hueso tarsal más grande y resistente. Los otros huesos del tarso, de posición anterior, son el cuboide, escafoide (navicular) y tres huesos llamados primero (interno), segundo (intermedio) y tercero (externo) cuneiformes.

Se denominan articulaciones intertarsianas a las que se ubican entre los huesos del tarso. El astrágalo, que se encuentra en posición superior, es el único hueso del pie unido a la tibia y peroné. Se ensambla en un lado con el maleolo interno de la tibia y en el otro con el maleolo externo del peroné, en la articulación tibioperoneotarsiana (tobillo). Al caminar, el astrágalo transmite casi la mitad del peso corporal al calcáneo, y el resto a los otros huesos del tarso.

¹³ Ibid. pp. 49-51

¹⁴ MOSBY. **Diccionario de medicina**. Ed. Océano, Madrid, España, 2001, pág. 488

La articulación del tobillo entra en la clasificación de articulaciones en bisagra en esta la superficie convexa de un hueso embona en la superficie cóncava de otro. Como lo sugiere su nombre, producen un movimiento angular de apertura y cierre, como el de las bisagras de una puerta. Estas articulaciones son monoaxiales, ya que normalmente el movimiento ocurre alrededor de un solo eje.

Manifestaciones clínicas

Los esguinces se clasifican de acuerdo con su intensidad, basándose en el daño ligamentario, signos clínicos, pérdida de la función e inestabilidad en tres grados:

GRADO I: La lesión es leve hay estiramiento del ligamento, microrupturas, ligera inflamación e hipersensibilidad, la articulación se encuentra estable y no se pierde la habilidad funcional.

GRADO II: Produce una sensación de rotura, ruido seco o chasquido cuando se hiperextiende el tobillo, aparece inflamación y dolor y hay compromiso de la función.

GRADO III: La lesión es severa con ruptura completa de uno o varios ligamentos, edema muy severo, equimosis, dolor, inestabilidad y compromiso de la función.

Es necesario hacer una historia detallada del incidente, que incluya la actividad al lesionarse, el mecanismo de lesión y el historial de esguinces anteriores. Se requiere también un examen físico completo que incluya una revisión de rodilla y pie ya que se pueden lograr lesiones asociadas.

Una evaluación completa tiene como objetivos excluir la presencia de fracturas, realizar un diagnóstico anatómico de las estructuras involucradas, definir la

severidad de la lesión y diferenciar un tobillo inestable. Esto último es lo más importante porque afecta la función y el pronóstico.¹⁵

Diagnostico

Este se realiza clínicamente y siempre habrá que descartar una fractura con un estudio de gabinete. En el examen físico siempre se debe hacer una comparación con el otro tobillo. Es necesario identificar la parte con mayor dolor, y evaluar cuidadosamente si existe lesión de la sindesmosis tibiofibular, porque generalmente se olvida; esta evaluación se lleva a cabo comprimiendo la fíbula contra la tibia, con lo que se produce dolor anterolateral, asimismo, al realizar una rotación lateral forzada se causa dolor anterolateral..

Diagnóstico diferencial

Al diagnosticarse un esguince se debe descartar una fractura de tobillo. El examen radiológico ha de incluir una radiografía anteroposterior, una lateral, las oblicuas y la que visualiza la mortaja; esta última no se considera de rutina, pero es necesaria en casos de inestabilidad o cuando no ha habido remisión de los síntomas con el tratamiento tradicional. Las radiografías en estrés AP y lateral comparativas tienen la finalidad de definir el grado de inestabilidad. Sin embargo, la valoración clínica es suficiente para realizar un diagnóstico. Es recomendable que el examen de estabilidad se lleve a cabo unos 5 días después de la lesión, una vez que disminuya la inflamación, con objeto de que sea más exacto. Igualmente se recomienda que las radiografías en estrés se realicen cuando de haya terminado la rehabilitación y el deportista refiera inestabilidad. Es raro que en la valoración se incluyan gammagrafías o resonancia magnética, a menos que se sospeche que hay una fractura intraarticular.

Complicaciones

Inestabilidad crónica del tobillo.

¹⁵ LYLE J Micheli.. Op. Cit. pp. 102-107

Se pensaba que esta estaba causada simplemente por esguinces repetidos, debido a la enorme frecuencia con que se torcía el tobillo y la continua distensión de la mayoría de sus ligamentos.

Incluso habiendo tratado los esguinces de tobillo de modo adecuado, muchos deportistas lo experimentan. El más común de los síntomas es la sensación de que el tobillo se “se suelta” durante las actividades deportivas y eventualmente en las diarias.

Nuevas evidencias sugieren que es el resultado de déficit inducidos por lesión en tres áreas importantes: la propiocepción (coordinación, reflejos y tiempo de reacción), la musculatura (fuerza, resistencia y potencia) y la función mecánica (laxitud ligamentosa. La importancia de la propiocepción es finalmente reconocida.

La propiocepción queda comprometida en una lesión a causa del daño producido en la delicada interacción entre el sistema nervioso central y los músculos, tendones y ligamentos. Su deterioro puede conducir a fallos técnicos o a pérdidas repentinas de coordinación; incluso puede causar lesiones tanto agudas como por sobrecarga.

Tras un esguince de tobillo, el deportista ha de trabajar duramente para recuperar su propiocepción fortaleciendo los músculos de la pierna y estimulando la curación de los ligamentos. Cuando vuelve al deporte, debe utilizar una sujeción para protegerse de reincidencias de la lesión.

La vuelta a la actividad sólo se debe hacer bajo estos criterios:

*El tobillo debe tener una movilidad completa

*El deportista debe de ser capaz de correr y caminar sin cojear

*Debe tener alrededor del 90% de fuerza en el tobillo lesionado comparado con el tobillo sano.¹⁶

Tratamiento

Manejo en el campo de juego

a) Se sugiere que el jugador salga del campo de juego, de preferencia sin el apoyo del pie lesionado, hasta ser examinado. Inmediatamente se deben remover, zapato, calceta y vendaje.

¹⁶ LYLE J Micheli. Op. Cit. pág. 108

b) Si hay mucha molestia, se recomienda el uso de un vendaje compresivo y la aplicación de hielo.

c) Después de unos minutos se puede empezar el interrogatorio y examinar el tobillo.

d) Es conveniente realizar una comparación con el tobillo no lesionado.

e) El examen debe ser acucioso y completo para realizar un diagnóstico preciso.

Si la lesión es mínima y el futbolista quiere regresar al juego, se debe realizar un examen funcional antes de permitirle el regreso. Esta valoración tiene que hacerse con vendaje. Los aspectos que determinan que el jugador pueda regresar al campo son:

1) No hay ningún dato que sugiera fractura

2) No hay evidencia de inestabilidad ligamentaria

3) El futbolista puede realizar las siguientes actividades sin cojear: correr hacia delante, hacia atrás, saltar, hacer recortes y correr realizando un ocho

Al terminar el juego se tendrá que reexaminar el tobillo y se dará el tratamiento necesario. En una lesión más severa, después de la aplicación del hielo, se debe mantener el tobillo elevado por lo menos 30 minutos. Si se sospecha que hay fractura, lo procedente es inmovilizar con una férula y no dejar que el jugador apoye el pie hasta la radiografía de tobillo.

Tratamiento posterior

El manejo de los esguinces de tobillo ha variado a través del tiempo. En los años cuarenta el tratamiento generalizado era la inmovilización rígida de la articulación. En años recientes consiste en movilización temprana, uso de fisioterapia, rehabilitación con fortalecimiento y propiocepción. El tratamiento conservador con fisioterapia pretende acelerar el proceso desinflamatorio, así como la recuperación. Esto ha permitido acortar el tiempo del regreso a la

actividad deportiva en un promedio de 12 semanas, comparado con las 26 semanas que requiere la inmovilización rígida.

El tratamiento consiste en los siguientes puntos:

1) Aplicación de la crioterapia en las primeras 72 horas después de la lesión, durante 20 minutos cada 2 horas. Vendaje con tela adhesiva; el vendaje facilita la marcha y previene lesiones mayores. Movilización activa a las 24 horas; esta no debe ser forzada.

2) A las 24 horas se procede a la fisioterapia a base de estimulaciones eléctricas, se puede aplicar láser en los puntos dolorosos.

3) A las 48 horas se realizan ejercicios de propiocepción, estiramiento del tendón calcáneo y fortalecimiento con ligas. El estiramiento puede efectuarse con una toalla sobre los dedos y el pie en dorsiflexión para evitar un espasmo de soleo y gemelos.

4) Al poder realizar saltos sin molestias, se realiza trote y ejercicios en un plano con 10% de inclinación y 50 metros de largo.

5) La última fase consiste en cambios de dirección y aceleración, así como saltos y ejercicios propios del deporte.

El tratamiento depende también del grado de lesión. Si no se trata adecuadamente un esguince, este puede ocasionar síntomas residuales como dolor persistente, edema e inestabilidad crónica.

Programa de rehabilitación

La rehabilitación debe ser progresiva. Uno de los problemas es la valoración para realizar las actividades que requiere tal proceso; en ocasiones pensamos en días o semanas. El proceso está basado en la fisiología, en el tiempo de cicatrización y la severidad de la lesión. Los esguinces grado I en promedio tardan 10 días en sanar para que el jugador pueda regresar a su actividad deportiva. Los esguinces grado II en promedio tardan 16 días de recuperación,

según la experiencia del club universidad en periodo de 11 años. En el grado III se prefiere la reparación quirúrgica por la inestabilidad existente. Si se seleccionan apropiadamente las modalidades terapéuticas y la rehabilitación, el tiempo de recuperación disminuye. Se considera que las personas que no son deportistas requieren también de un tratamiento acelerado, que disminuya la incapacidad y las complicaciones, y que contribuya a mejorar la calidad de vida.

El protocolo de tratamiento esta basado en movilización temprana y en la rehabilitación progresiva. El tiempo es menor al de la inmovilización, además de que no hay reincidencias y el retorno al deporte se realiza en condiciones funcionales.¹⁷

¹⁷ MARTINEZ Morillo Manuel, Jose Manuel Pastor Vega, Francisco Sendra Portero. Op. Cit. pp. 24-31

5.- METODOLOGIA

5.1 Estrategia de investigación

El pasante de la licenciatura en enfermería y obstetricia elaborará un *proceso de atención de enfermería* enfocado a un futbolista adulto joven con diagnóstico médico de esguince de tobillo de segundo grado y diagnóstico de enfermería de dolor agudo relacionado con el traumatismo que sufrió, manifestado por edema, equimosis e inmovilidad del tobillo desde el inicio de la lesión hasta su recuperación.

El desarrollo del proceso de atención de enfermería se basará en el análisis de la práctica clínica a través de la teoría de Virginia Henderson aplicando su modelo de atención y planeando intervenciones específicas, realizando procedimientos fundamentales de enfermería, con el fin de evaluar continuamente las intervenciones planeadas basándose en:

***Investigación documental**

Consiste en un sistema de recolección de datos escritos, que asiste y refuerza a la memoria y facilita el manejo de los materiales a utilizar.

***Entrevista**

Se trata de un interrogatorio metódico y organizado que permite a la enfermera(o) adquirir información específica sobre aquellos aspectos de salud que considera relevantes.

***Observación**

Consiste en el uso sistemático de los sentidos y de instrumentos para reunir información sobre el usuario, la familia y personas allegadas, y el entorno, así como las interacciones entre estas tres variables.

***Etapas del proceso de atención**

-Valoración

Consta de cuatro pasos:

Recogida de datos

Es el proceso planificado, sistemático y completo que permite reunir información específica sobre el usuario.

Validación de datos

Se trata de asegurar que la información recolectada en el paso anterior es veraz y completa, a fin de evitar errores diagnósticos y conclusiones precipitadas.

Organización de datos

Es la agrupación sistemática en categorías de la información obtenida y validada a fin de lograr una imagen clara de la situación.

Registro de datos

Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida y debe llevarse a cabo tan pronto finalice la valoración.

-Diagnóstico

Es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia, o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales.

-Objetivos

Planificar las actividades de tratamiento y control al que será sometido el paciente.

-Intervenciones (realización del plan de cuidados)

En esta etapa se ponen en práctica los objetivos trazados para lograr los resultados propuestos.

-Evaluación

Esta enfocada a el análisis de las demás etapas, cuidando que los objetivos se hayan conseguido, las causas que provocaban el problema hayan desaparecido o se hayan controlado, y el paciente demuestre la capacidad necesaria para mantener estable su situación actual de salud.¹

¹ LUIS Rodrigo Maria Teresa, Carmen Fernandez Ferrin, Maria Victoria Navarro Gomez. Op. Cit. pp. 4-15

5.2 Consideraciones éticas

La ética en el ámbito deportivo juega un papel importantísimo ya que se pone en juego tanto al atleta como al equipo en el que participa con la toma de decisiones de cuando puede volver a jugar al cien por ciento de sus facultades.

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque esta bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.

De esta forma el código de ética debe inspirar la correcta conducta profesional considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimiento, dignidad y por respeto a si mismo y a la sociedad, esto último es lo que se conoce como ética profesional. Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería.

Decálogo del código de ética para las enfermeras(os) en México:

- 1.-Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- 2.-Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgo.
- 3.-Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
- 4.-Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocado a los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
- 5.-Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

6.-Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7.-Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimiento en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

8.-Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.

9.-Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

10.-Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

En síntesis, el ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales, la salud, la libertad, la dignidad, en suma la vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen.²

² COLEGIO MEXICANO DE LICENCIADOS EN ENFERMERIA AC. Anteproyecto del código de ética de la enfermería profesional. México, DF. 1999

6.- Presentación del caso

6.1 Descripción del caso

Se trata de un adulto joven del sexo masculino de 18 años de edad que al estar practicando su actividad física y al saltar, sufre una torcedura en el tobillo derecho, quedando inmóvil en el césped, al valorarse el paciente nos refiere mucho dolor y no permite movilizar su tobillo. Se procede a implementar el método RICE. Después de 20 minutos se hace una revaloración, el paciente presenta edema y dolor que compromete la movilidad de su pie, al verificar estos signos y síntomas se llega a la conclusión de diagnóstico médico de esguince de tobillo de segundo grado y se procede a implementar una férula movable y dar indicaciones de que tratamiento va a seguir.

Al siguiente día se sigue implementando el método RICE. Al tercer día de ocurrida la lesión continua con la rehabilitación integral del paciente; se realizan contrastes (frío, calor), posteriormente se aplica calor húmedo a través de compresas, acompañadas por ondas de ultrasonido, se inicia la movilización activa asistida y a la recuperación de la propiocepción.

Los días cuarto y quinto hubo indicaciones para que hiciera su rehabilitación en su hogar ya que fue fin de semana. En el sexto y séptimo día se inicio una movilización activa libre así como ejercicios de fuerza.

En el octavo y noveno día se empezó con ejercicios de resistencia y cardiovasculares, además de implementar un programa de flexibilidad, estos ejercicios terminaron cuando el paciente volvió a entrenar con normalidad con su equipo (95% de sus facultades). Esto fue del catorceavo al quinceavo día después de sufrida su lesión.

6.2 Antecedentes generales de la persona

El paciente RC inicio su actividad deportiva a los 6 años, a los 15 años sufrió una rotura de menisco medial por lo que fue operado.

Actualmente practica su actividad física 6 días a la semana con una duración de 2-3 horas por entrenamiento diarias y 2 horas por juego. Cada partido es cada fin de semana con excepción de que algunas veces también son entre semana.

Solo ha presentado 2 lesiones en todo el tiempo que lleva practicando su deporte en su rodilla y ahora en su tobillo.

En general es una persona sana tanto física como mentalmente.

7.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

7.1 VALORACION FISICA.

SIGNOS VITALES:

TA: 110/70 FC: 48/min. Rítmico Arrítmico FR: 20/min.
Regular Irregular Temperatura: 36.5 GRADOS Talla: 1.71
Peso: 67 Kg.

DOLOR: NO SI

Localización: tobillo derecho

Intensidad: 8-9

Duración: periodo largo

Tipo: agudo secundario a lesión

Frecuencia: recurrente al hacer movimiento

HABITOS TOXICOS:

Alcohol: No Si

Habito tabaquico: No fumador Exfumador de (tipo/cantidad).....

Fumador activo de (tipo/cantidad)

Otros: Sustancia.....Vía.....Patrón de consumo.....

APARATO NEUROLOGICO:

Nivel de conciencia: Consciente Somnoliento...Obnubilado...Estuporoso...Comatoso

Nivel de orientación: Orientado Desorientado...Tiempo Espacio

Estado emocional: Nervioso... Euforico...Depresivo...Apatico...Tranquilo

Deficit sensorial: Visual...Auditivo...Táctil...Olfativo...Gustativo....

Déficit en el habla: No Si... Especificar:.....

Mano dominante: Derecha Izquierda...Ambidiestro....

Utiliza: Gafas.....Lentes de contacto.....Audífono.....

APARATO CARDIORESPIRATORIO:

Tos: No Si... Seca/irritativa(sin expectoración)....Húmeda/productiva(con expectoración).....

Expectoración: No Si..... Tipo:.....Cantidad:Escasa.....Abundante.....
Dificultad para expectorar: No Si..... Especificar:.....
Pulsos periféricos: Carotídeos Temporales Femorales Pedfíos
Portador de traqueotomía: Si.....No

APARATO LOCOMOTOR:

Dificultad para: Moverse en la cama: Si.....No
Deambular: No.....Si Tipo de ayuda: Muletas
Prótesis: Extremidades superiores:.....Extremidades inferiores:.....
Antecedentes de caídas: Domicilio.....Hospital.....Recreativo.. Profesional

Articulación: Tobillo(sinovial) bisagra Mecanismo de lesión: Inversión Edema:
Si Dolor Si Ligamentos lesionados:talofibular, anterior, calcaneo fibular
Músculos afectados: Flexor peroneo de los dedos, extensor comun de los
dedos del pie.

APARATO DIGESTIVO:

Dentición: Integra Falta de piezas.....Bien cuidada Prótesis: Si.....No
Dificultad para: Masticación.....Deglución.....Otros.....
Eliminación intestinal: Continente Incontinente.....
Portador de: Empapador: Si.....No.....
Estoma intestinal: No.....Si.....Tipo:.....Dispositivo/tipo:.....
Sonda naso gástrica: Permanente.....Temporal.....
Deposición: Frecuencia: 1-2 veces al día
Consistencia: Dura.....Blanda Pastosa.....Líquida.....
Color: Café
Molestias: Si.....No
Esfuerzo excesivo: Si.....No
Última deposición: Ayer

APARATO RENAL:

Eliminación urinaria: Continente Incontinente.....Especificar:.....
IRC.....Diálisis peritoneal.....Hemodiálisis.....
Frecuencia: Numero micciones diurnas 5-6 Número micciones nocturnas: 1

Aspecto: Claro Turbio.....
Color: Coluria.....Hematuria.....Amarillenta..
Olor: Fuerte.....Suave
Molestias: No Si..... Tipo:.....
Portador de: Colector..... Sonda: Permanente.....Temporal.....
Fecha de colocación:.....
Estoma urinario:.....Dispositivo/tipo:.....
Compresa:.....
Ninguno de los anteriores

APARATO GENITAL:

IVSA: No Si....Edad..17.. Hemorragia por el pene:No....Si.....
Secreción por el pene: No Si.....Lesiones por el pene: No Si.....
Exploración testicular: NO Si..... Sabes realizarla. No Si.....

SISTEMA INTERGUMENTARIO:

Estado general de la piel y mucosas:

Limpias: Si No.....
Temperatura: Caliente.....Fría.....Normal
Color: Normocoloreada Cianótica.....Pálida.....Ictérica.....
Hidratación: Turgente........Signo del pliegue positivo.....
Textura: Fina Rugosa.....Escamosa.....
Integridad: Si No..... Especificar:.....
Alteraciones localizadas (especificar):.....
Edema: No.....Si Localización: Tobillo derecho

Uñas: Pies Limpias: Si No.....Aspecto: Rosado (buen llenado capilar)
Manos Limpias: Si No.....Aspecto: Rosado (buen llenado capilar)
Cabello: Limpio: Si No.....

Valoración de autonomía en el domicilio: Es independiente pero debido a su lesión es independiente de uso de muletas

Valoración de riesgo de caídas: El riesgo es alto debido a la actividad física que practica (fútbol).

7.1.1 Valoración focalizada

FORMATO DE VALORACIÓN SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Datos personales:

Apellidos y nombre: C.CH. R. R Edad: 18

Datos médicos:

Diagnostico médico: Esguince segundo grado tobillo derecho

Signos vitales: TA: 110/70 FC: 48/ min FR: 20/ min

TALLA: 1.71 cm. PESO: 67 Kg. IMC: 22.9 (según la OMS normal)

1. Respirar

Tos: No Expectoración: No ¿Tiene dificultades para respirar? No

¿Es fumador? No Número de cigarrillos al día:-----

-

¿Es exfumador? No ¿Cuánto hace que los dejo?-----

-

Recursos que utiliza para mejorar la respiración: Hace actividad física

Manifestaciones de dependencia y causa:-----

2. Comer y beber

Signos de deshidratación: No Falta de piezas dentales: No

Prótesis dental parcial/ total: No Ingesta diaria de alimentos: 3

Desayuno: 1 cereal, leche, licuado, jugo o fruta Comida: 1 Entrada, guisado ,pastas, carnes rojas, pollo, verduras, pescado Cena: 1pan tostado, leche o gelatina.

Líquidos: 2 litros de agua al día Alcohol: No Café: No Té: No

Otros: Refrescos 1-2 veces a la semana

¿Dónde come habitualmente? En casa ¿Come solo? En familia
¿Sigue algún tipo de dieta? No ¿De que clase?-----
¿Tiene alguna intolerancia alimentaría? No ¿Tiene dificultades de masticación? No ¿De deglución? No ¿De digestión? No
¿Tiene dificultades para mantener un buen control de peso? No
¿Esta de acuerdo con su peso actual? Si
Influencia de las emociones: No
Manifestaciones de dependencia y causa:

3. Eliminar

Orina: Si Frecuencia: 5-6 veces al día Aspecto: Amarillo claro
Cantidad. Variable Heces: Si Frecuencia: 1-2 veces al día
Aspecto: Café claro (blandas) ¿Necesita ayuda para evacuar? No
¿De que tipo?-----Salida de heces/orina sin control: No
¿Los cambios modifican los hábitos de eliminación? No
¿Qué recursos utiliza? Trata de comer saludablemente
Manifestaciones de dependencia y causa:-----

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

Equilibrio: Estable X Inestable---- Incapacidad: Total----- Parcial X
Disminución o ausencia de movimientos: Si ¿De cuales? Pie derecho
Dificultad/incapacidad para mover los miembros superiores: No
Dificultad para: Moverse No Levantarse Si Sentarse No Caminar Si
¿Se desplaza solo habitualmente? Si Presenta algún problema: Si X
No.....Especificar: Esquince de tobillo de segundo grado Recursos que utiliza:
Muletas, Carro ¿Hace ejercicio físico? Si ¿Cuál? Futbol Categoría 88
profesional Posición: Delantero Horas de entrenamiento: 2-3 horas ¿Practica otro deporte o actividad física? Si.....No..X.. ¿Ha sufrido alguna lesión? Si..X...No.....Cual: ruptura del menisco medial ¿Cómo sufrió la lesión? Una barrida hizo palanca con su rodilla Tratamiento: Cirugía Presenta secuelas: No..X..Si.....¿Es hiperactivo? No
Movimientos rápidos y frecuentes: Si ¿Es diestro? Si ¿Es zurdo? No
Manifestaciones de dependencia y causa: Debido a la lesión que sufre necesita ayuda al no poder apoyar la extremidad inferior derecha

5. Dormir y descansar

Numero de horas que duerme habitualmente: 6-7 h ¿Duerme de día? Sí

¿Se levanta descansado? Si.. Cambios de horarios frecuentes: No

Sonambulismo: No ¿Necesita ayuda para dormir? No

¿De que tipo? -----¿Qué recursos utiliza? -----

Manifestaciones de dependencia y causa: Debido a su lesión ha experimentado periodos de insomnio.

6. Vestirse y desvestirse

Aspecto físico: Limpio X Sucio----- Descuidado-----

¿Puede vestirse y desvestirse solo? Sí ¿Lleva ropa cómoda y adecuada?
Sí

¿Qué tipo de calzado usa habitualmente? Deportivo ¿Qué recursos utiliza?--

-

Manifestaciones de dependencia y causa:-----

-

7. Mantener la temperatura corporal dentro de unos limites normales

Temperatura: 36.5 grados Habitualmente tiene sensación de. Frió-----

Calor X debido a los entrenamientos y partidos oficiales Condiciones de su hogar: Estufa Sí Calefacción Sí

Agua caliente Sí

Recursos que utiliza para adaptarse a los cambios de temperatura: Ropa adecuada de acuerdo a las condiciones del clima e hidratación.

¿Qué hace cuando tiene fiebre? Acude al medico y se controla por medios físicos y trata de no taparse mucho

Manifestaciones de dependencia y causa:-----

8. Mantener la higiene y proteger la piel

Coloración de la piel: Blanca rosada Mucosas: Hidratadas, limpias

Uñas: Limpias con buen llenado capilar Cianosis: No Edemas: No

Varices: No ¿Hay lesiones? No Localización-----

Higiene bucal: Sí tres veces al día Caries: No

¿Puede lavarse solo? Sí Hábitos higiénicos diarios que considera necesarios/imprescindibles: Baño diario, cambio de ropa total diaria, cepillarse los dientes, lavarse las manos antes de cada alimento
Interés/desinterés en mantener las medidas higiénicas: Existe mucho interés
Condiciones del entorno: Ducha Sí Bañera Sí Otros-----
Manifestaciones de dependencia y causa:-----

9. Evitar peligros

Caídas frecuentes: Sí, debido a su deporte que practica
Signos de depresión: No De ansiedad: Sí Dolor: Crónico No
Agudo Sí Crónico con agudizaciones: No Necesita ayuda para disminuir el dolor: Sí ¿Qué tipo de ayuda necesita? Medicamentos y acciones para aliviar el dolor
Está orientado en: Tiempo Sí Espacio Sí Personas Sí
Medicación que esta tomando: Analgésicos y antiinflamatorios Alergias: No
Vacunaciones del adulto: Antitetánica Sí Hepatitis B Sí Antigripal No
Otras-----¿Utiliza medidas de autocontrol para manejar situaciones de riesgo? Sí
Capacidades físicas y psicológicas para resolver problemas de salud: Sí
¿Conoce medidas para prevenir algunas enfermedades?
Control odontológico Sí Prevención de accidentes Sí Hábitos tóxicos Sí
Planificación familiar: Utiliza preservativo
Manifestaciones de dependencia y causa: Debido a su lesión necesita estar ingiriendo medicamentos , además de presentar ansiedad por volver a jugar y por el dolor que le aqueja.

10. Comunicarse

Déficit sensoriales: No Gafas No Audífono No Lentes de contacto No
¿Con quien convive? Con su familia ¿Quién lo cuida habitualmente? Sus papás y el mismo ¿Generalmente manifiesta sus emociones y sentimientos? Sí
¿Tiene amigos? Sí Habla poco: No. Habla mucho: -Sí.---
¿Tiene tics? No ¿Quiere comentar algún aspecto sobre su sexualidad? Sí le interesan aspectos de métodos anticonceptivos. ¿Tiene con quien hablar? Sí

Observaciones durante la entrevista: No expreso nerviosismo o alteración al tratar el tema de la sexualidad

Manifestaciones de dependencia y causa:-----

11. Vivir de acuerdo a sus creencias y valores

¿Puede vivir según sus creencias y valores? Sí

¿Cuál es la percepción de su salud actualmente? Que es buena a excepción de su lesión

Manifestaciones de dependencia y causa:-----

-

12. Ocuparse de su propia realización

Actividad/trabajo: Juega fútbol y estudia ¿Le gusta el trabajo que realiza? Sí

¿Se siente útil? Sí ¿Su estado de salud modifica sus hábitos? Si

¿Participa en la toma de decisiones que le afectan? Si

Manifestaciones de dependencia y causa: Debido a su lesión no puede hacer su trabajo (jugar fútbol)

13. Participar en actividades recreativas

Actividades que le gusta realizar: Jugar fútbol, ir al cine, convivir con sus amigos

¿Considera importante dedicar tiempo a las actividades de ocio? Sí

¿Conoce los recursos disponibles en la comunidad? Si

Manifestaciones de dependencia y causa-----

14. Aprender

¿Sabe que enfermedad/es padece? Si ¿Sabe para que sirven los medicamentos que esta tomando? Si ¿Conoce medidas para mejorar su salud? No, se esta instruyendo

Situaciones que pueden alterar su capacidad de aprendizaje: No

¿Sabe leer? Si ¿Sabe escribir? Si

Medios que utiliza para aprender: Leer Si Escribir Si Observar si

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Pregunta Si Participa Si Propone alternativas Si

Sabe resolver problemas Si Otros-----

Manifestaciones de dependencia y causa:-----

-

7.1.2 ANALISIS DE ESTUDIO DE LABORATORIO Y GABINETE.

Tejidos blandos superficiales y peri articulares con espesor y radio densidad normales, sin evidencia de calcificaciones patológicas.

Las estructuras óseas presentan adecuada morfología y conservan su radio densidad así como su alineación y relaciones articulares.

La mortaja tibio peroneo astragalina esta conservada.

No existen trazos de fractura ya que la cortical ósea esta conservada de los diferentes elementos óseos visible.

Impresión diagnóstica:

*Estudio sin datos de lesión ósea post traumática evidenciable por el presente método de imagen, a descartar patología tendinosa.

7.1.3 Jerarquización de problemas

Por los datos recogidos el joven RC presenta en cuanto a la necesidad de respirar; no se encontró ninguna anomalía ni ningún factor que pueda perturbar esta.

En cuanto a comer y beber tiene un buen hábito y no presenta problemas de dependencia.

A consecuencia del punto anterior en la necesidad de eliminación no presenta algún dato que nos pueda referir algún problema de dependencia.

En moverse y mantener posturas adecuadas tenemos un dato de dependencia debido a su lesión, necesita ayuda para caminar(uso de muletas). Además de

presentar temor a los resultados del tratamiento y las secuelas que le puede dejar esta lesión.

En dormir y descansar no presenta ninguna complicación pero a raíz de su lesión ha presentado periodos de insomnio por la ansiedad de volver a jugar lo más pronto posible y debido al dolor que le aqueja.

En vestir y desvestirse se vale por si mismo y tiene hábitos saludables, no presenta datos de independencia.

En mantener la temperatura corporal no existe ningún dato de algún problema o que pueda llevar a este.

En mantener la higiene y proteger la piel se vale por si mismo para sus actividades cotidianas con unos hábitos higiénicos saludables por lo que no hay datos de dependencia.

En evitar peligros esta consiente de que por la actividad que desarrolla esta propenso a sufrir lesiones, pero conoce y trata de aprender medidas para prevenir accidentes y/o lesiones; debido a su lesión existe un factor de dependencia el tomar medicamentos para el dolor e inflamación.

En comunicarse ha sabido mantener su independencia pero ha conservado unas sólidas relaciones familiares y sus relaciones sociales son suficientes y adecuadas, tiene lucidez y coherencia mental y un nivel escolar de acuerdo a su edad por lo que no existe algún dato de dependencia.

En vivir de acuerdo a sus creencias y valores no tiene ningún conflicto que le impida desarrollarse dentro de lo que el cree.

En ocuparse de su propia realización esta a gusto con lo que hasta ahora hace y tiene sólidas ideas de superación, debido a su lesión no desarrolla su trabajo, que es lo que le gusta hacer ya que es jugador profesional de fútbol.

En participar en actividades recreativas tiene una red de soporte familiar y social lo que conlleva a hacer lo que el quiere pero sin sobrepasarse por lo cual no hay datos de dependencia.

En cuanto a aprender siempre esta interesado en lo que le pueda ayudar para estar bien tanto física como mentalmente para favorecer a su persona y los que le rodean no existen datos de dependencia.

7.2 Diagnósticos de Enfermería

DIAGNOSTICOS REALES

Dolor agudo relacionado con malestar e incapacidad para el apoyo y limitación de la movilidad independiente manifestado por edema, equimosis secundarios a inversión forzada del tobillo derecho.

Temor relacionado a los resultados del tratamiento, manifestado por la inquietud de no recuperar totalmente la movilidad y fuerza adecuadas para su deporte.

Alteración del sueño relacionado a su padecimiento manifestado por periodos de insomnio.

DIAGNOSTICO DE RIESGO

Riesgo de lesiones relacionado con su practica deportiva que realiza (fútbol).

DIAGNOSTICO POTENCIAL

Potencial para la pronta recuperación e incorporación a su actividad deportiva

7.3 PLANEACION DE LOS CUIDADOS(INTERVENCIONES)

DX	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	F. CIENTIFICA	EVALUACION
Dolor agudo relacionado con malestar e incapacidad para el apoyo y limitación de la movilidad independiente manifestado por edema, equimosis secundarios a inversión forzada del tobillo derecho.	<p>Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Erradicar el dolor significativamente, además del edema. *Disminuir la limitación de su movilidad física. <p>Paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Seguir las instrucciones para que pueda disminuir el dolor y el edema para poder sentirse mejor, además de movilizar su pie para una pronta recuperación 	<p>Aplicación del método RICE (Reposo, Hielo, compresión, Elevación)</p> <p>Proporcionar una movilización pasiva y después activa lo más pronto posible de acuerdo a su umbral de dolor 48h posteriores a la lesión con la ayuda de una férula móvil.</p>	<p>El RICE es la piedra angular de casi todas las lesiones deportivas por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> *El hielo causa mejoría del dolor y del espasmo muscular además de lograr vasoconstricción del flujo sanguíneo y por lo tanto menor hemorragia, la hemorragia mínima en el área lesionada acorta el proceso de cicatrización. Reduce el edema. *La elevación de la parte lesionada reduce su flujo sanguíneo y la sangre expelida es transportada más fácilmente reduciendo la tumefacción. *La compresión es con la finalidad de proporcionar una contrapresión a la hemorragia que se desarrolla en el interior del área lesionada de forma que las funciones hemostáticas propias del organismo se realicen con mayor facilidad. *Reposo este es conveniente para que la parte lesionada no sea sometida a carga y pueda rehabilitarse convenientemente. 	<ul style="list-style-type: none"> *En base al método RICE el dolor y el edema disminuyeron, además de controlarlos; la equimosis fue mínima *A través de los ejercicios que se le realizaron y que posteriormente se le enseñaron para que el paciente hiciera en su hogar su limitación fue desapareciendo de acuerdo a lo pretendido.

DX	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	F. CIENTIFICA	EVALUACION
“ “	“ “	“ “	<p>*Tras 2 días de RICE el deportista puede empezar a utilizar una férula móvil; esta sujeción permite movimientos de la articulación del tobillo hacia arriba y hacia abajo (flexión plantar y dorsiflexión) sin riesgo de torsión lateral ni lesión articular.</p> <p>Una pronta movilización estimula la curación de los tejidos lesionados, evita la formación de adherencias en la cápsula articular y ayuda a mantener la coordinación y las habilidades relacionadas con el deporte.</p>	

DX	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	F. CIENTIFICA	EVALUACION
Alteración del sueño relacionado a su padecimiento manifestado por periodos de insomnio	<p>Enfermería: Erradicar la alteración que esta produciendo periodos de insomnio.</p> <p>Paciente: Seguir indicaciones para que esta alteración no sea un factor que perjudique su salud.</p>	<p>Mantener una posición cómoda y adecuada de acuerdo a su lesión</p> <p>Evitar movilidad de su lesión que pueda comprometer esta.</p> <p>Se explico que se recuperara de su lesión y podrá volver a su actividad sin ningún problema .</p>	<p>. *Una posición cómoda nos permite que la parte lesionada no sea sometida a carga y por lo tanto el dolor impida el conciliar el sueño *El mover de forma inadecuada la articulación provoca dolor y por ende preocupación que conlleva a no poder dormir. *Que el paciente este enterado de su lesión, así de cómo se va a rehabilitar provocara que haya menor preocupación o ansiedad y así descansara y dormirá mejor.</p>	*El paciente llevo ha cabo las recomendaciones que se le hicieron y pudo dormir mejor, además de que nos menciono que se sentía mas descansado.

DX	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	F. CIENTIFICA	EVALUACION
Riesgo de lesiones relacionado con su practica deportiva que realiza(fútbol).	<p>Enfermería: Enseñar algunas medidas para prevenir lesiones y/o traumatismos.</p> <p>Paciente: Aprender las medidas de precaución para prevenir lesiones o traumatismos.</p>	<p>Platica didáctica en la que se abordaran medidas de prevención(uso de espinilleras, vendaje adecuado del tobillo ,ropa y calzado adecuados, un buen calentamiento) el atleta debe conocer estas medidas para disminuir lo más posible las lesiones.</p>	<p>. *El uso de espinilleras protege de manera confiable la tibia ya que es un lugar anatómico que esta en frecuente exposición a traumatismos. *El vendaje en ocho del tobillo da más seguridad y previene probables esguinces o reduce el nivel del grado de lesión si este ocurre. *Una ropa adecuada mantiene la temperatura corporal a niveles confortables y protege al cuerpo, tanto del estrés del propio deporte como de la humedad o del viento, además de hacer el ejercicio más seguro y placentero. *El calzado correcto hará al ejercicio una experiencia agradable y libre de lesión, mientras que uno inadecuado puede originar, ampollas, dolencias, esguinces de tobillo, espolones calcáneos y hasta rupturas de los cartílagos de las rodillas. *Un buen calentamiento aumenta la movilidad de los músculos, relaja las inserciones musculares, mejora la coordinación, disminuye las lesiones agudas más habituales, reduce los riesgos de lesiones por sobrecarga, mejora el rendimiento, reduce el riesgo de problemas cardiovasculares durante el ejercicio.</p>	*El paciente aprendió las medidas de prevención y las lleva a cabo en entrenamientos y juegos oficiales con buenos resultados.

DX	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	F. CIENTIFICA	EVALUACION
<p>.Temor relacionado a los resultados del tratamiento, manifestado por la inquietud de no recuperar totalmente la movilidad y fuerza adecuadas para su deporte..</p>	<p>Enfermer ía: Erradicar su miedo mediante una explicaci3n del programa de rehabilitaci3n al que ser3 sometido el cual se enfocara a: *Liberar de dolor las articulaciones y m3sculos afectados *Impedir la disminuci3n de la flexibilidad articular *Incrementar la fuerza muscular *Favorecer la integraci3n y coordinaci3n de los movimientos(habilidades). Paciente: Estar atento a todas las indicaciones para regresar a la actividad lo mas pronto posible.</p>	<p>Aplicaci3n de: 1)Fase de prehabilitaci3n *48 hrs. de RICE inmediatamente despu3s de ocurrida la lesi3n *72 hrs. posteriores a la lesi3n contrastes(frío, calor) -Posteriormente calor -Compresas húmedo calientes -Ultrasonido -Movilizaci3n activa asistida -Propiocepci3n -Vendaje 2)Fase de rehabilitaci3n -Movilizaci3n activa libre -Ejercicios de resistencia progresiva(actividad cardiovascular) -Ejercicios de fuerza -Programa de flexibilidad 3) Fase de mantenimiento -Evaluaciones peri3dicas del área lesionada *Flexibilidad *Fuerza *Potencia</p>	<p>*El aplicar el m3todo RICE despu3s de ocurrida una lesi3n, reduce el tiempo de recuperaci3n entre un 50% y un 70% ya que su funci3n es minimizar y controlar el edema y el dolor con lo cual se logran el movimiento y la recuperaci3n precoz. *Los contrastes consisten en la aplicaci3n de frío y calor lo cual se denomina gimnasia vascular ya que el frío contrae y el calor dilata los vasos sanguíneos en una constante renovaci3n de nutrientes y oxígeno lo cual ayuda a la curaci3n de la lesi3n. *El calor vuelve m3s el3sticos los tejidos blandos, disminuye la contractura muscular y reduce la rigidez articular, adem3s de que aumenta el flujo sanguíneo y este conlleva un aumento del aporte de nutrientes y oxígeno a las células lo que ayuda a su curaci3n y una rehabilitaci3n temprana. *El calor húmedo es m3s efectivo que el seco porque penetra m3s profundamente, aumenta la irrigaci3n sanguínea de la zona, relaja los m3sculos y calma los nervios lesionados. *El ultrasonido se utiliza para conseguir calor profundo en los tejidos, lo que ayuda a eliminar el dolor y el edema, estimulando la curaci3n e incrementando la amplitud de movimiento; las ondas de sonido de alta frecuencia causan vibraci3n dentro de los tejidos profundos haciéndolos m3s receptivos a los nutrientes que circulan en la sangre, a la vez que los libera de sus productos de desecho celular.</p>	<p>*Se logro erradicar el miedo del paciente; la fase de prehabilitaci3n y rehabilitaci3n se llevaron a cabo satisfactoriamente, la fase de mantenimiento no se pudo llevar a cabo porque el paciente paso a otro equipo, sin embargo pudo integrarse a su equipo en el tiempo esperado sin recaídas o complicaciones.</p>

DX	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	F.CIENTIFICA	EVALUACION
“ “	“ “	“ “	<p>*Es importante ayudar a el paciente a mover la articulaci3n hasta niveles tolerables para mantener la movilidad articular normal y estimular el movimiento del liquido sinovial dentro de la articulaci3n, lo cual aporta la nutrici3n imprescindible al cartilago articular, adem3s de que aumenta la resistencia de ligamentos y tendones circundantes.</p> <p>*La propiocepci3n habilidad de saber donde se encuentran las diferentes partes del cuerpo en el espacio sin la ayuda de la vista; con una recuperaci3n propioceptiva el atleta realizara su deporte o actividad con menor riesgo de lesionarse.Una mala propiocepci3n conduce a fallos mec3nicos, Perdidas repentinas de coordinaci3n que pueden causar lesiones agudas o de sobrecarga.</p> <p>*El vendaje se utiliza primordialmente para proporcionar resistencia al tobillo y prevenir otro esguince, adem3s de proporcionar auto confianza para las actividades que se le indiquen.</p> <p>*Aumenta el flujo de sangre hacia el 3rea lesionada y el estiramiento mec3nico ablanda la cicatriz fibrosa de los tejidos favoreciendo la amplitud de movimiento, la fuerza y la resistencia.</p> <p>*Esto eleva la temperatura corporal y el flujo sanguineo, lo cual facilita la eliminaci3n de las c3lulas daaadas y la reparaci3n de los tejidos.</p> <p>*Estos ejercicios reducen el riesgo de lesiones musculares menores, porque los m3sculos cuanto m3s fuertes son m3s capaces de resistir el estr3s normal del deporte, adem3s de reforzar los m3sculos ligamentos y tendones, tambi3n se fortalecen huesos y articulaciones aumentando su resistencia a lesiones.</p>	

DX	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	F. CIENTIFICA	EVALUACION
” “	“ “	“ “	<p>*Este programa reduce la tensi3n muscular produciendo un mayor estado de relajaci3n, mejora la coordinaci3n facilitando los movimientos, existe mayor amplitud del movimiento articular, activa la circulaci3n sanguinea y previene lesiones tales como distensiones musculares, esguinces y periostitis.</p>	
Potencial para la pronta recuperaci3n e incorporaci3n a su actividad deportiva .	*Concientizar para que el futbolista cumpla con las indicaciones de tratamiento y reposo	*Dar orientaci3n de forma verbal para que no deje de lado su estado de salud por la practica deportiva	*Debido a la competitividad que existe a nivel profesional los deportistas anteponen su actividad al hecho de preservar su salud	El deportista entendi3o que su salud era lo m3s importante para que pudiera desempeaar su profesi3n en este caso su actividad deportiva al cien por ciento

8.- PLAN DE ALTA

Debido a que la persona cambio de equipo, no se pudo llevar a cabo las indicaciones que el jugador debía llevar a cabo; sin embargo antes de que se fuera refirió que al jugar no sentía ninguna molestia y que tampoco tuvo secuelas que le molestaran o le impidieran desarrollar su actividad física.

Pudo volver a jugar cuando alcanzó un noventa a noventa y cinco por ciento de sus facultades físicas.

9.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las etapas y pasos para la elaboración del proceso de enfermería, representa los conocimientos teóricos y prácticos de esta profesión; pero la capacidad para realizarlo depende de la experiencia practica, el sentido común y el enfoque dado a las necesidades de dependencia, independencia e interdependencia de una persona futbolista adulto joven con diagnóstico médico de esguince de tobillo de segundo grado.

Actualmente se ha reconocido que el proceso de enfermería es eficaz en la promoción de la calidad y eficiencia de los cuidados de salud, y que a su vez acelera la solución de las necesidades de la persona.

El uso efectivo del proceso de enfermería requiere de habilidades manuales para realizar procedimientos técnicos; de habilidades intelectuales, para resolver los problemas y tomar decisiones, así como habilidades interpersonales para establecer una buena relación con la persona, sus familiares y compañeros, en base a un pensamiento critico, el cual debe ser cuidadoso e intencionado.

A través de este proceso de enfermería se busco establecer un mayor énfasis en la prevención, diagnóstico, tratamiento y promocionando la rehabilitación como una ayuda indispensable para una recuperación completa.

El enfermero(a) implicado en las intervenciones a el futbolista adulto joven debe ser capaz de colaborar con el médico del deporte, con el fin de lograr la satisfacción de las necesidades de la persona y poder proporcionar las intervenciones que fortalezcan y favorezcan el estado general de salud del futbolista.

Con lo anterior se espera que el profesional de enfermería se interese por otros rubros y no solo el hospitalario, ya que es importante dar a conocer que este profesional esta capacitado para laborar en otras áreas y con este proceso se dio una muestra que las intervenciones dadas un atleta (futbolista) de alto rendimiento son de suma importancia para un estado de salud adecuado en este caso de los futbolistas.

A pesar de los obstáculos que se presentaron por no haber suficiente equipo tanto de rehabilitación como interdisciplinario, se efectuó una buena planeación, ejecución y evaluación de las funciones biológicas, psicológicas, sociales y culturales que satisficieron al futbolista profesional.

10.- BIBLIOGRAFIA

ALFARO L, Rosalinda.

Aplicación del proceso de enfermería.

Ed. Doyma

Barcelona, España. 1998

pp. 6-12

BENAVET Amparo. Et Al

Fundamentos de enfermería.

Ed. DAE

Madrid, España. 2001

pp. 288-293

COLEGIO MEXICANO DE LICENCIADOS EN ENFERMERIA AC.

Anteproyecto del código de ética de la enfermería profesional.

México, DF. 1999

EL MANUAL MERCK

Ed. Océano

Barcelona, España. 1999

pp. 485-487

GARCIA González Ma de Jesús.

Proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson.

Ed. Universidad de Guanajuato

México, DF. 1997

IYER Patricia.

Proceso y diagnóstico de enfermería.

Ed. McGRAW-HILL Interamericana ed 3^a

México, DF. 1997

pp. 13-20

KEROVAC Suzanne. Et Al

Teorías y modelos de enfermería.

Ed. Masson

Barcelona, España. 1996

pp. 147, 149, 150, 151

LYLE J Micheli.

La nueva medicina deportiva.

Ed. Tutor

Madrid, España. 1998

pp.98, 102-104

LOCKHART Douglas.

Anatomía humana.

Ed. Interamericana

México, DF. 1996

pp. 1075-1078

LUIS Rodrigo María Teresa. Et Al

De la teoría a la práctica.

Ed. Masson ed 3^a

Barcelona, España. 2005

pp. 145-149, 163-165

MARTINEZ M. Manuel. Et Al

Manual de medicina física.

Ed. Harcourt

Madrid, España. 2004

pp. 12-22

MARRINER Ann.

Modelos y teorías de enfermería.

Ed. Doyma ed 4^a

Madrid, España. 1999

pp. 102-106

MACLOSKEY C. Joanne. Bulechek M Gloria.

Clasificación de intervenciones de enfermería.

Ed. Harcour ed. 3^a

Madrid, España. 2001

pp. 1, 8, 15

MOSBY.

Diccionario de medicina.

Ed. Océano

Barcelona, España. 2001

pp. 488

PHANENF Margot.

La planificación de los cuidados enfermeros.

Ed. McGRAW- HILL Interamericana

México, DF. 1999

pp.172-175

TORTORA J Gerard. Anagnostakos P Nicholas.

Principios de anatomía y fisiología.

Ed. Harcourt ed 6^a

México, DF. 1999

pp. 264-265

WESLEY L Ruby.

Teorías y modelos de enfermería.

Ed. McGRAW- HILL Interamericana ed 2^a

México, DF. 1997

pp. 2-5