



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**“PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN ADULTO MAYOR  
CON ALTERACIÓN DE SUS NECESIDADES DE MOVILIDAD, NUTRICIÓN,  
DESCANSO Y COMUNICACIÓN”**

Que para obtener el título de  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Presenta:

**FLOR ELENA HUITRÓN ESPEJEL**

No. de cuenta: 9400110-5

ASESOR:

---

LEO. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ

México, Agosto 2006



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.

## AGRADECIMIENTOS

### **A mi mamá.**

Gracias, por todo lo que me has dado, porque sin tu apoyo nunca podría haber tenido la oportunidad de vivir y haber logrado uno de mis sueños. Gracias te doy por todo tu esfuerzo y sacrificio para que hoy sea alguien en la vida.

### **A mis hermanitos.**

Gracias por estar conmigo siempre, por ayudarme y apoyarme, pero lo más importante, por enseñarme a querer.

### **A ti Edgar.**

Muchas gracias por estar conmigo en los momentos más difíciles y ayudarme a cumplir mis metas.

### **A mis grandes amigos.**

A ustedes que han estado ahí, simplemente, y que han impulsado mi carrera para llegar hasta este punto. Gracias a ti Alán, Berenice, Cinthia, Julio, Lety, Marianela y Rangel. Un agradecimiento especial para usted "Inge" por escucharme y ser para mí una gran persona, pero sobre todo un gran amigo.

### **A mis maestros (as)**

Gracias a todos, ya que a lo largo de la carrera me transmitieron sus conocimientos. De ustedes aprendí mucho y he tomado lo mejor.

## ÍNDICE

1. Introducción	5
2. Justificación	6
I. Objetivos	
1.1 General	8
1.2 Específicos	8
II. Marco teórico	9
2.1 Enfermería	
2.1.1 Antecedentes históricos	9
2.1.2 Concepto	13
2.1.3 Metaparadigma de enfermería	13
2.2 Cuidado	16
2.2.1 Antecedentes históricos	16
2.2.2 Concepto	17
2.2.3 Tipos de cuidado	18
2.2.4 Tecnologías para el cuidado	20
2.3 Proceso Atención de Enfermería	23
2.3.1 Antecedentes históricos	23
2.3.2 Concepto	24
2.3.3 Objetivos	24
2.3.4 Valoración	
a)Concepto	24
b) Objetivo	25
c) Métodos de valoración	25

d) Fuentes de información (directas o indirectas)	26
e) Técnicas	27
f) Instrumentos	27
2.3.5 Diagnósticos	
a)Concepto	28
b) Objetivo	28
c) Formato PES (Problema, etiología, signos y síntomas)	28
2.3.6 Planeación	
a)Concepto	29
b) Objetivo	29
c) Tipos de intervenciones (dependientes, independientes, interdependientes)	29
d) Metas	30
2.3.7 Ejecución	
a)Concepto	30
b) Objetivo	30
2.3.8 Evaluación	
a)Concepto	31
b) Objetivo	32
2.4 Modelo conceptual de Virginia Henderson	32
2.4.1 Antecedentes de Virginia Henderson	32
2.4.2 Influencias teóricas	33
2.4.3 Principios, postulados o supuestos generales	35
2.4.4 Principales conceptos	36

a) Independencia	36
b) Dependencia	36
c) Rol de enfermería	37
d) Necesidades humanas básicas	37
e) Causas de dificultad	37
2.4.5 14 Necesidades básicas	38
2.5 Proceso Atención de Enfermería y el modelo conceptual de Virginia Henderson	39
2.5.1 Valoración	39
2.5.2 Diagnóstico	39
2.5.3 Planeación	40
2.5.4 Ejecución	40
2.5.5 Evaluación	40
2.6 Mieloma múltiple	41
III Descripción de la metodología para el estudio de caso.	48
3.1 Descripción del caso	50
3.2 Planeación de cuidados	55
Conclusiones	65
Anexos	67
Bibliografía	80
Glosario	83

## INTRODUCCIÓN

La enfermería se ha desarrollado de forma tradicional en un principio, y ha pasado por etapas como la subordinación, en nuestros días se ha iniciado el deseo de buscar y encontrar su finalidad y objetivo para cuidar a otra persona, confortarla, disminuir su sufrimiento y restaurar (más no curar) su salud si es posible. La práctica de cuidar y la de educar son altamente parecidas, ya que hay personas que interactúan para comprender determinada información y llegar a un cierto fin; en el cuidado esta información es subjetiva y se regula moralmente cubriendo necesidades específicas en cada persona.

La práctica de enfermería por muchos años estuvo basada en un modelo biomédico, en el que los médicos eran los que enseñaban en las escuelas, haciendo de la profesión una práctica meramente asistencial.

Las constantes innovaciones científico-tecnológicas e informática y la globalización de la economía han repercutido principalmente en el sector salud y educación; generando reformas sanitarias, exigencias de acreditación profesional, (afectando el costo/beneficio de los servicios de salud). Todo ello ha llevado a que los protocolos y guías metodológicas de atención de enfermería constituyan instrumentos de planificación y gestión de gran importancia que deben ser manejados por el profesional de enfermería (implicados en la atención de poblaciones heterogéneas) que serán aplicados a su realidad, con el fin de utilizar adecuadamente los recursos humanos, materiales y financieros en forma eficiente, establecer parámetros de evaluación e indicadores de la calidad de los servicios.

Una de las estrategias para incrementar la investigación y sistematizar los cuidados, es el Proceso de Atención de Enfermería, el cual permite desarrollar un pensamiento reflexivo y crítico para solucionar problemas de salud del individuo, familia o comunidad a través de una atención metódica y científica.

Las ventajas que esta metodología ofrece es proporcionar una atención planeada e individualizada con base en las necesidades del individuo, familia o comunidad y fomentar la investigación en el personal de enfermería.

## JUSTIFICACIÓN

Para cumplir los cometidos fundamentales, la enfermería requiere la concepción y aplicación de un modelo o método a partir del cual se puedan estructurar de una manera eficaz todas las intervenciones, desde el primer contacto con el paciente hasta la finalización de las actividades encuadradas dentro de su ámbito de responsabilidades.

El presente trabajo abarca un panorama general de las necesidades detectadas en un paciente adulto mayor con mieloma múltiple, realizado para proporcionar los cuidados para promover, conservar, restablecer la salud y el bienestar del individuo, y/o brindar atención para un buen morir, concibiéndolo como un ser fisiológico, sociocultural y espiritual, fomentando la responsabilidad, el cuidado y el aprendizaje por parte del paciente y su familia.

La etapa del adulto mayor comprende desde los 60 años hasta la muerte; el envejecimiento es un proceso gradual que conduce a una pérdida de función del organismo, comienza a partir de la 3<sup>a</sup>-4<sup>a</sup> década de la vida y se manifiesta por una disminución progresiva de la capacidad de reserva del organismo para restaurar su homeostasis interna ante el daño producido por agentes externos.

De acuerdo a lo expuesto, se realizó un Proceso Atención de Enfermería individual basado en un instrumento de valoración de acuerdo a las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, el cual incluye una exploración cefalocaudal y factores biopsicosociales que intervienen en el estilo de vida del paciente. Basándose en las cinco etapas del proceso atención de enfermería se podrán identificar las necesidades afectadas para planear acciones individualizadas dando respuesta a las necesidades y problemas de salud que estén presentes.

1. *Valoración*: Nos permite obtener y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden contribuir a la aparición de problemas de salud.



2. *Diagnóstico*: Se analiza la información e identifica los problemas reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados.
3. *Planificación*: Se determinan las prioridades inmediatas, reestablecen los objetivos esperados, se eligen las intervenciones e individualiza el plan de cuidados
4. *Ejecución*: Se pone en práctica el plan de cuidados de enfermería
5. *Evaluación*: Valoración del logro de los objetivos y decisión sobre la necesidad de introducir cambios

## I. OBJETIVOS.

### 1.1 GENERAL

- A través de la metodología Proceso Atención de Enfermería y los aspectos conceptuales del modelo de necesidades de Virginia Henderson se llevará a cabo un estudio de caso que permita evidenciar que el pasante de enfermería cuenta con los elementos teóricos y metodológicos para ejercer el cuidado profesional.

### 1.2 ESPECÍFICOS

#### 1.2.1 A través de la valoración:

- a) La independencia o grado de dependencia del cliente
- b) En el caso de dependencia reconocer las causas de dificultad (falta de fuerza, voluntad o conocimiento)

1.2.2 Con base a las causas de dificultad se determinarán los diagnósticos y el rol de enfermería para ayudar al cliente en la recuperación de su independencia

1.2.3 Teniendo como referencia los diagnósticos de enfermería se planearán los cuidados independientes, dependientes e interdependientes que ayudan al cliente a recuperar su independencia.

1.2.4 Posterior a la ejecución de las intervenciones, evaluar el impacto de estas en función de la independencia en la satisfacción de sus necesidades.

## II MARCO TEÓRICO

### 2.1 Enfermería

#### 2.1.1 Antecedentes históricos.

Todos los pueblos de la antigüedad han dejado diversos testimonios de los hechos más importantes vinculados con su vida y costumbres, sus luchas y sus esperanzas, sus victorias y fracasos. Es decir nos han legado una historia, entendiéndose por historia el relato verídico de hechos o manifestaciones de la actividad humana. No se trata, pues, del conocimiento exclusivo de los sucesos de orden político, religioso o económico, sino de éstos y de todos aquellos de alguna manera vinculados al ser como individuo que forma parte de un grupo étnico.

La historia de la enfermería trata del hombre, de su cuerpo y de su mente, de cómo evolucionan los cuidados y ha de ocuparse de clarificar cómo se han interpretado, en diferentes sociedades y épocas ideas trascendentes como la vida y la muerte, la salud y la enfermedad y buscar significados en el proceso de satisfacción de necesidades.

#### *Origen de la enfermería.*

La enfermería es tan antigua como la existencia misma del hombre, puesto que el arte de curar nació del deseo de protección y ayuda al débil, al enfermo, al desamparado; cualquier expresión de esta naturaleza está vinculada a la profesión de enfermera. La madre que atiende al niño enfermo y le prodiga sus mil cuidados es siempre la visión que acude a nuestros ojos al pensar en la primera enfermera de la humanidad

#### *Periodo prehistórico.*

El hombre primitivo creía que las enfermedades no provenían de causas naturales, sino sobrenaturales, es decir, que eran producto de espíritus fuertes y malignos. Sin embargo, no existió para ellos misterio más grande que todo lo relacionado con el nacimiento, vida, enfermedad o muerte. Crearon infinita variedad de supersticiones para alejar a los espíritus malignos del cuerpo del enfermo donde ellos creían que se alojaban<sup>1</sup>.

En los primeros documentos de las antiguas civilizaciones, hay poca información sobre aquellos que cuidaban al enfermo. Se sabe que las parteras cuidaban a la madre y al hijo durante el parto, y que las amas de cría daban de mamar y cuidaban a los hijos pequeños de las familias ricas, estos roles eran desempeñados por esclavas; este hecho contribuye a la falta de información documentada porque los esclavos no tenían estatus y como tal su trabajo no se documentaba. La enfermera esclava dependía del maestro, curandero o sacerdote para su instrucción o dirección en el cuidado a su cargo, estos cuidados se relacionaban con el descanso y la comodidad.

La primera documentación de la ley que gobernaba el ejercicio de la medicina es el Código de Hammurabi, atribuido a los babilonios y fechado el 1900 a.C. La

---

<sup>1</sup> Molina T. M., "Historia de la Enfermería", 2ª ed., Intermédica, Buenos Aires, 1973, pp. 1, 3

ilustración médica de ese periodo incluye una figura del tipo de la enfermera que proporciona apoyo o consuelo al paciente<sup>2</sup>.

### *Periodo antiguo.*

En los documentos egipcios no encontramos la mención de hospitales ni enfermerías, sino la de leyes civiles y religiosas que recomiendan dar hospitalidad y facilitar el auxilio a los desamparados. De esta época poco se sabe de la enfermería y su actividad; hombres jóvenes eran los que cuidaban a los enfermos y, en algunos casos, las mujeres casi ancianas.

Los importantes hallazgos históricos relacionados con la cultura egipcia incluyen el papiro de Ebers y la práctica de la momificación que data de 1550 a.C. y es el texto médico más antiguo del mundo.

Documentos del siglo VI (a.C.) nos revelan los conocimientos y adelantos hindúes en medicina y enfermería, así como también su preocupación por proporcionar asistencia inteligente a los desamparados.

A diferencia de la cultura de la mayoría de los pueblos asiáticos, la cultura china no estuvo condicionada por la religión. La concepción del universo es considerada como fundamento esencial de la filosofía y medicina chinas y deriva la doctrina de Confucio. El hombre está compuesto de cinco elementos: fuego, madera, tierra, metal y agua, constituyendo un microcosmos dentro del macrocosmos. En la filosofía china el número cinco tiene gran importancia: en efecto, a los cinco elementos mencionados corresponden cinco sentidos, cinco vísceras, cinco colores, cinco sabores, etc. Otro concepto importante en la combinación del macrocosmos es el principio de las relaciones entre lo masculino y lo femenino, dos manifestaciones polares opuestas, una de las cuales es el principio positivo masculino (*Yang*), que representa el cielo, la luz, la fuerza, la dureza, el calor lo seco; mientras que el otro, el femenino o negativo (*Yin*), representa la luna, la oscuridad, la tierra, la humedad, el frío; en suma, todas las características pasivas. Sobre el perfecto equilibrio de estos dos principios se basan la salud, la tranquilidad y el bienestar.

De las teorías budistas surge la necesidad de llevar a la práctica aspectos religiosos del cuidado de los enfermos, creando hospitales donde éstos fueran atendidos por enfermeros e instituciones similares por obstétricos: construyeron casas de reposo para los convalecientes y hospitales de aislamiento.

### *Periodo precristiano.*

Con el advenimiento del Cristianismo, la Historia de la Enfermería, que hasta entonces era fragmentaria, se hace continua. En el comienzo de la revolución social orientada por el Cristianismo y que se produce tan sólo por el nuevo concepto de individuo y de la familia que sus ideales alientan. La ayuda prestada al semejante enfermo o necesitado estaba en manos tanto de hombres como de mujeres. Hombres de casta privilegiada, pertenecientes a órdenes militares o religiosas, se hallaban a cargo de casi la mitad de los servicios de enfermería. Otra parte de dicho socorro estaba atendida por congregaciones de mujeres, que trabajaban para la iglesia y cuyo principal objetivo era ayudar a los enfermos. Se

---

<sup>2</sup> Kossier B. G., "Conceptos y temas en la práctica de la enfermería", 2ª ed., Interamericana, México, 1995, pp. 4, 15

agrupaban en órdenes: vírgenes, presbíteras, canonesas, monjas; las primeras y las últimas se desempeñaban como enfermeras, mientras que las otras se dedicaban a actividades eclesiásticas. De dichas congregaciones surgen en Roma las primeras *diaconisas*, su principal actividad se desarrolló en la iglesia del Este, pues allí las ideas orientales las obligaron a desempeñarse como misioneras para contrarrestar la influencia budista.

El cristianismo era aún una religión muy joven cuando ya su influencia benefactora se hacía sentir en forma constructiva. Mujeres que hasta entonces no habían hecho otra cosa que trabajos domésticos, al abrazar la religión cristiana se dedicaron de lleno al cuidado del pobre y del enfermo, prodigándoles toda clase de atenciones.

#### *Enfermería en América.*

A pesar de que nuestro continente fue llamado Nuevo Mundo, existían en él desde la prehistoria culturas que variaban desde la civilización más evolucionada hasta la más rudimentaria<sup>3</sup>.

#### *Época Precortesiana.*

El manuscrito de Badiano, compilación hecha por los aztecas educados en el colegio de Santa Cruz, de la Ciudad de México, es el más antiguo documento médico existente. Describe significativamente el antiguo esplendor de la cultura Azteca, describe el aparato mágico que los rodeaba: el Ticita (hombre o mujer que se dedicaba a la atención de los enfermos), y el uso que hacía de la plantas medicinales.

#### *Época Colonial.*

El primer hospital de que se tiene noticia fue fundado en 1502 en la Isla Hispaniola (Santo Domingo, Haití) por Fray Nicolás de Ovando, 10 años después del descubrimiento de América por Cristóbal Colón

Con los conquistadores en las naves de Cortés, vino una mujer (una matrona) Isabel Rodríguez, quien asistió a los heridos de Zempoala y Cholula. En 1524, tres años después de la conquista Hernán Cortés, hizo edificar en la Ciudad de México el gran Hospital de América al que llamó de la Inmaculada Concepción, en la actualidad es el Hospital de Jesús.

En 1531 se construyó en la ciudad de Santa Fe (México) un hospital donde tuvo su origen la primera hermandad indígena dedicada a los trabajos de la iglesia y al cuidado de los enfermos.

En 1527, Jorge de Alvarado fundó en Guatemala el Hospital Misericordia, y en 1535 se inauguró en México el primer hospital para la atención de enfermos infecciosos.

En 1538, el conquistador Francisco Pizarro estableció en Lima (Perú) el primer hospital. En 1543, el portugués Braz de Cubas fundó en Santos, el más antiguo que existe en Brasil. Más tarde, en 1563, se habilitó en Lima el Hospital San Lázaro, destinado a la atención de enfermos leprosos, el primero de su índole que se conoce en América.

---

<sup>3</sup> Ídem 1

En 1639, en Canadá, se levantó el Hospital Dieu, que funcionó inicialmente en la ciudad de Sillery y más tarde se trasladó a Québec. El primer hospital en los Estados Unidos de Norteamérica lo organizó en la ciudad de Nueva York, en 1663, la East Indian Company, y en 1717 se estableció en Luisiana (Nueva Orleans) el Charity Hospital.

### *La enfermería moderna.*

En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa o ninguna formación, por lo general mujeres de distintas órdenes religiosas.

En Europa, después de la Reforma, fue considerada como una ocupación de bajo estatus debido a su relación con la enfermedad y la muerte y con la escasa calidad de los cuidados de la época.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. En 1836 en Kaiserswerth, Alemania se fundó uno de los primeros programas oficiales a cargo del pastor Theodor Fliedner para la orden de Diaconisas Protestantes, de la cual egresó Florence Nightingale. Su experiencia en Kaiserswerth le dio ímpetu para organizar la enfermería en la guerra de Crimea (1854-1856) y establecer el programa de formación de enfermeras en el Hospital de Saint Thomas de Londres<sup>4</sup>. Los esfuerzos de Nightingale lograron que la enfermería se convirtiera en una profesión respetada, luchó por la limpieza y la comodidad de los hospitales, trabajo a favor de la educación del pueblo en medidas de higiene.

En Norteamérica, la creación de los servicios de enfermería y salud fue algo anterior a la Revolución Americana (1775-1783). Al final del año 1800 se produjo una rápida reforma de los servicios de enfermería en Estados Unidos y Canadá, se pusieron en marcha escuelas de enfermería con planes y programas de formación adecuados, con esto surgió la necesidad de organización.

Durante la guerra muchas jóvenes se integraron a la enfermería ya que los criterios de selección se hicieron menos duros. La mayoría de las escuelas habían adoptado programas de formación de tres años<sup>5</sup>.

Alrededor de 1920, el sistema educativo de enfermería estaba basado en centros hospitalarios y se criticó ampliamente y se propuso la separación de las escuelas de enfermería de los hospitales y la adecuación de estas a un nivel universitario.

Como resultado se crearon dos escuelas universitarias de enfermería, una en la universidad de Yale, New Haven, Connecticut, y otra en la Western Reserve University, Cleveland, Ohio.

Alrededor de 1946, muchos de los programas de enfermería, en Estados Unidos, aportaban mayores contenidos clínicos. En la actualidad la enfermera clínica especialista es una licenciada.

La profesión de enfermería vive hoy un momento de oportunidades y desafíos únicos. Mientras más se desarrollan los sistemas de salud y se vuelven más complejos y costosos, más imperativa se hace la necesidad de desarrollar al profesional de enfermería, como también a otros miembros del equipo de salud. Parte de este desarrollo profesional incluye la capacitación tecnológica<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2003.

<sup>5</sup> Kossier B., "**Introducción a la enfermería, en enfermería fundamental**", 4ª ed., Interamericana, pp. 40, 41, 42

<sup>6</sup> Grinspun D., "**Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico**", México, 1992.

## 2.1.2 Concepto de enfermería

El término anglosajón nurse con el que se designa a la enfermería se deriva de las palabras latinas como nutrire (alimentar) y nutrix (mujer que cría). Estas palabras fueron ampliando su significado según evolucionaba la sociedad, así, la aparición de mujeres que lactaban y criaban niños de otras, llevó este término a la palabra nodriza. La palabra enfermería es más bien contemporánea del término enfermedad (infirmidad), por lo que se define de forma más concreta como cuidador de enfermos/enfermero-a. Por lo tanto sus actividades se reflejan en los cuidados más elementales, que son los relacionados con la supervivencia: los cuidados durante el parto, la crianza, la lactancia y el destete.<sup>7</sup>

A través de los años han existido varias definiciones de enfermería, de acuerdo a la etapa (cronológica) y a la teoría de cada autora, pero en sí la esencia es la misma:

“La enfermería es el arte y la ciencia del cuidado de las personas (sanas o enfermas), cuyo objetivo es el bienestar, mantenimiento o reestablecimiento de la salud (o un buen morir), que permita la satisfacción de las necesidades básicas con un cuerpo de conocimientos científicos basados en un marco conceptual, sin olvidar el lado humano y el trato digno hacia los clientes viéndolo como un ser holístico y biopsicosocial”.

## 2.1.3 Metaparadigma de enfermería

Es la perspectiva más global de una disciplina; representa el gran marco teórico de ésta, dentro del cual son elaboradas estructuras más restringidas. El metaparadigma identifica los fenómenos propios de la disciplina, y la perspectiva general para observarlos.

Los distintos paradigmas que han guiado la actuación de enfermería: categorización, integración y transformación. Tienen los cuidados de enfermería en la profesión y su contribución a mejorar la salud humana desde un enfoque holístico, para proporcionar mayor satisfacción y bienestar, lo que ha facilitado el reconocimiento social de la enfermería. Se ha tenido como referente teórico el modelo de cuidados y la aplicación metodológica del proceso de atención de enfermería que permite solucionar las necesidades afectadas. Ambos criterios significan la epistemología de la enfermería y sustentan sus campos de actuación.

### Paradigmas

"La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas"<sup>8</sup> En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación,

<sup>7</sup> Pacheco Arce, A.L., "Fundamentación Teórica para el Cuidado", Antología. ENEO. División de Educación Continua y Desarrollo Profesional. México, 2005. 15.

<sup>8</sup> Tazon Ansola M., García Campayo J., Asequinolaza Chopitea L., "Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería", Ed. Difusión Avances de Enfermería, Madrid, 2000, pp. 48-50

que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.

### **Paradigma de la categorización**

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

### **Paradigma de la integración**

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de *V.Henderson, H. Peplau* y *D. Orem* quedan enmarcados dentro de este paradigma. Según esta orientación, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que:

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.

### **Paradigma de la transformación**

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica,



compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo. Los modelos y teorías propuestos por *R.R. Porse*, *M. Newman*, *M. Rogers* y *Watson* quedan encerrados dentro de este paradigma. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:

- La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.
- El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

Puede afirmarse que en la evolución de la disciplina de enfermería existe una creciente preocupación por los cuidados que utilizan el conocimiento propio de la disciplina para dispensar cuidados de salud creativos. Este paradigma se encuentra bien definido, pues es el centro de interés de la enfermería y por tanto, el eje de actuación en todos los campos de su práctica. Como describiera *Kerouac*, los cuidados de la persona son el núcleo de la profesión de enfermería, cuando expone. "El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud".<sup>9</sup> Este paradigma cumple las cinco funciones enunciadas por Merton:

1. Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones, que puede utilizarse para la descripción y el análisis.
2. Reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita.
3. Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas.
4. Promueve el análisis más que la descripción de detalles completos y permite codificar el análisis cualitativo, de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

---

<sup>9</sup> Benavent G. M., Ferrer F. E., Francisco del Rey C., **Fundamentos de enfermería. Los modelos de los cuidados** Madrid, 2001, pp.157

## 2.2 Cuidado

### 2.2.1 Antecedentes históricos

La idea de aplicar un punto de vista histórico a los orígenes del cuidado “actividad de cuidar” supone, a nuestro juicio, la necesaria elaboración de lo que podríamos denominar un esquema de secuencias, que hunde sus raíces en un pasado anterior al documento escrito, y cuya existencia puede demostrarse analizando las relaciones del hombre con el medio, para intentar descubrir las necesidades básicas y perpetuar la especie. La fuente para argumentar nuestra hipótesis son los objetos exhumados de los yacimientos prehistóricos así como las constantes de civilización derivadas de las necesidades básicas del ser humano, a cuyo conocimiento accedemos a través de la antropología cultural comparada, y de la arqueología, entre otras<sup>10</sup>.

El origen de las prácticas de los cuidados debemos pues, buscarlo en las actividades de alimentación y de conservación del grupo, relacionadas esencialmente con los aspectos de supervivencia en los que se desarrolla la vida de los primeros hombres, y enmarcadas dentro del concepto de ayuda existente en las sociedades primitivas, la actividad de cuidar esta ligada, a las peculiaridades biológicas femeninas, siendo sus principales responsabilidades: el mantenimiento del fuego y sus secretos en cuanto a la preparación de alimentos, calor y prácticas para procurar bienestar y alivio; el cuidado de las gestantes, de los partos y de la prole a través de la observación y el aprendizaje de comportamientos que garanticen la continuidad de la especie y de la vida; la recolección de vegetales, que implica la selección de alimentos y la obtención de conocimientos relacionados con sus propiedades, así como su repercusión en las prácticas del cuidado.

El mantenimiento de la continuidad de la vida no podría asegurarse sin todo aquello que contribuye a asegurarla, sin beber, sin cesar en esta indispensable fuente de energía que es el alimento, durante miles de años de evolución, la caza y la recolección habían sido los únicos medios de vida, la caza o la pesca sólo representaban alrededor de un tercio de los recursos alimentarios. Poco a poco se va a tejer una red de convivencia entre plantas y mujeres que después de haber cogido, cortado, recogido frutos, bayas, nueces, melones, raíces y bulbos, van a aprender a recolectar. Alrededor de los vegetales empezará a hacer lo que sin duda será la más grande alquimia del mundo de la transformación de productos recogidos en polvo, harinas, pastas, o incluso en zumos y brebajes de toda clase<sup>11</sup>.

Así, podemos afirmar que a la mujer-madre le corresponde por imperativos biológicos que la sitúan más cerca de los secretos de la naturaleza, el papel de cuidadora intuitiva, a través de recetas misteriosas repetidas en el más estricto

---

<sup>10</sup> Hernández C.J., **“Historia de la enfermería: Un análisis histórico del cuidado de enfermería”**, Madrid, España 1995, pag. 53

<sup>11</sup> Collière M.F., **“Promover la vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería”**, Madrid 1993, pp. 25 26

secreto para el hombre y que proporcionaron a las primeras cuidadoras un bagaje de conocimientos sobre esta actividad<sup>12</sup>.

El origen de la práctica cuidadora debemos situarlo en la observación directa de los animales, ya que estos realizaban ciertas acciones significativas para su bienestar, como lamerse las heridas o ingerir hojas con efectos eméticos y purgantes<sup>13</sup>.

Con lo anteriormente expuesto podemos conocer y asumir que desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario ocuparse de la vida para que esta pueda persistir. Los hombres como todos los seres vivos, han tenido siempre la necesidad de cuidados, por que cuidar es un acto de vida que tiene como objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie.

Es decir que durante millares de años los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar la vida, en relación con la vida del grupo.

La primera orientación es la que se inscribe en la historia de todos los seres vivos desde el principio de la historia de la humanidad es: asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir las funciones vitales: recursos energéticos, de ahí la necesidad de alimento, protección contra las inclemencias del frío o del calor por medio de la ropa o del refugio, que dará poco a poco lugar al alojamiento, esta necesidad de asegurar cada día el mantenimiento de estas funciones vitales da lugar a un conjunto de actividades indispensables de las que se hacen cargo hombres y mujeres que, según los recursos locales, se esfuerzan por atenderlas.

### **2.2.2 Concepto**

Definimos el principio de “CUIDAR” como acciones de supervivencia.

Cuidar: serie de actos que tienen como objetivo el mantenimiento de la vida de los seres vivos para permitir su reproducción y perpetuación de la vida de grupo (Colliere 1993)

En las personas, esta dirigida a satisfacer necesidades de supervivencia (comer, beber, respirar, eliminar, descansar, proteger, etc.) y lo hacen tanto por si mismo como por quien dependen de ellos, niños, ancianos, enfermos, incapacitados, etc. Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación, cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo. Esto ha sido y seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados. Todo esto ha dado lugar a prácticas corrientes: prácticas alimentarias, prácticas de vestimenta, prácticas de hábitat, prácticas sexuales. Esta orientación de los cuidados basada en todo aquello que contribuye

---

<sup>12</sup>Dalumeau J., "La peur en Occident". París, 1977

<sup>13</sup> Donahue P., "Historia de la enfermería", Doyma, Barcelona, 1988 pag 17

a asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida nace de lo que Edgar Morín llama la Physis, es decir la ciencia de la naturaleza<sup>14</sup>.

### 2.2.3 Tipos de cuidado

La capacidad para cuidar es innata, pero tiene formas de expresión y abordaje culturales que se van desarrollando y conformando en los procesos de aprendizaje (actividades innatas/ actividades aprendidas)

Cuando las practicas de salud trascienden de lo natural (innata /aprendida) para buscar el “bienestar”, se entiende como Cuidado de la Salud.

Cuidados Personales ----- Cuidados de Salud

#### Finalidad cuidado de la salud:

- Mejorar / mantener la salud
- Recuperar la salud
- Evitar complicaciones de la enfermedad
- Adaptarse a la enfermedad

#### Responsabilidad de los Cuidados de Salud.

- La propia persona
- De los cercanos
- De la enfermera

*Los cuidados enfermeros* tienen la finalidad la satisfacción de los cuidados de Salud de la persona y/o grupo, por lo que han de ser estudiados, analizados y producidos dentro de un contexto que contemple a la persona, su salud y entorno.

#### Evolución cuidados enfermeros

- Hacia el entorno
- Hacia la enfermedad
- Hacia la persona
- Hacia la interacción

### ORIENTACIÓN DEL CUIDAR

<u>Centro de los cuidados</u>	<u>Enfermedad</u>	<u>Persona</u>	<u>Interacción persona/entorno</u>
FINALIDAD	Eliminar el problema	Integridad de la persona	Estabilidad/bienestar
ENFERMEDAD	Actuar por la persona	Actuar para la persona	Actuar con la persona
Organización de los cuidados	Fragmentación de los cuidados en tareas	Plan de cuidados	Promover el potencial de la persona

<sup>14</sup> Ídem 11, pp. 5-6

### El cuidado profesional

El cuidado tiene hoy en día una concepción filosófica, antropológica, psicológica, social, espiritual, además de la biológica, ineludible. Cuidar es cuidar a la persona concreta planteando alternativas a la cosificación y consideración del paciente y su situación como un problema a resolver. Desde la perspectiva ética, este cambio tiene particular importancia, puesto que los argumentos del buen cuidado varían sustancialmente cuando el cuidado se dirige a la enfermedad y su curación, a cuando el cuidado se dirige a la salud y tiene como objetivo el bienestar. Sus objetivos generales pueden definirse alrededor de:

- *La salud y el bienestar*, supone ayudar a la persona a conseguir el máximo nivel de bienestar en situación de enfermedad, de lesión, de incapacidad, en el proceso de la muerte y ayudarla a mejorar su nivel de salud. Procurar que las necesidades evidenciadas sean cubiertas de acuerdo a los criterios profesionales establecidos. La experiencia profesional debe proporcionar el dinamismo suficiente para poder ver la particularidad de cada situación, alejándose de soluciones igualitaristas y estandarizadas.
- *La autonomía*, implica el respeto a la autonomía del paciente-usuario o cliente y la ayuda a que pueda expresar sus necesidades, sus creencias, y valores y que pueda obtener la información suficiente y la atención que precise. El consentimiento es la pieza clave de la autonomía, no solo como un requerimiento legal en algunas ocasiones, sino como parte integrante de cualquier cuidado o atención. Actuar sin el consentimiento del paciente solo debe hacerse cuando estamos seguros de que la autonomía de la persona esta comprometida porque no comprende el alcance, ni las repercusiones de su actuación. Todo y en estos casos el proceso de información de lo que va a realizarse y de sus motivos sigue siendo la garantía de un buen cuidado.
- *La dignidad*, supone defender y velar por el respeto y mantenimiento de la dignidad de las personas vinculada a poder seguir siendo uno mismo, sea cual sea si situación de vida. Precisa del respeto por la persona tal y como es y tal y como quiere ser.
- *La veracidad*, la relación con el usuario-paciente, es una relación de confianza, de seguridad. El engaño, la mentira tienen escasa cabida en ella, todo y en las ocasiones en las que la información es dolorosa por la gravedad de la situación y el pronóstico clínico. La información es entendida como un proceso porque el usuario- paciente tiene que comprender una situación dolorosa y precisa tiempo para ello, para resolver dudas, para poder llevar una adaptación saludable. La veracidad presupone la honestidad de quien cuida.
- *La confidencialidad*, salvo en las situaciones de requerimiento legal, o en las que el paciente-usuario lo permita, la información y los conocimientos acerca de su situación y vida permanecen dentro del secreto profesional. Así mismo cuando una información debe ser revelada a algún miembro del equipo, la enfermera debe asegurar su confidencialidad.
- *La responsabilidad*, la enfermera debe responder de los resultados del proceso de cuidados al usuario-paciente actuando de forma consecuente con los estándares de su práctica profesional y con las responsabilidades derivadas del cuidado de enfermería. En segundo lugar la enfermera responde a la institución en la que presta sus servicios y frente a la profesión.

- *El medio ambiente saludable*, implica la movilización de los elementos del ambiente, la comprensión de su interrelación con la situación, y la promoción de ambientes saludables necesarios para llevar a cabo cuidados seguros, competentes y éticos.

Cuidar es cubrir las necesidades cotidianas de manera que se hace posible el desarrollo y permanencia de los seres vivos. La profesión enfermera mediante la profesionalización del cuidado ayuda a las personas a satisfacer sus necesidades de salud cuando ellas no pueden hacerlo por si mismas. La cualidad ética del cuidado entonces, se deriva en la posibilidad de realizar los cuidados según la misma persona haría, por lo que el respeto por las múltiples formas de vida es esencial para el trabajo de las enfermeras.

Cuidar contempla la totalidad de la persona, sus relaciones con el entorno, sus posibilidades, creencias, valores y formas de vida.

El cuidado es un acto de respeto por la vida de quien necesita cuidados, por lo que el sentido ético del cuidado viene de su definición y puede resumirse en:

“El principal protagonista es el paciente o usuario: la valoración, planificación, actuación y evaluación se lleva a cabo desde su perspectiva. El cuidado se plantea desde la comprensión de la vivencia de la persona que hace frente a momentos de vida difíciles como son la enfermedad o la muerte”.

*Cure (Cuidados de curación)* Están relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida. Estos cuidados son utilizados para el tratamiento de la enfermedad además de los cuidados habituales. Entran aquí los cuidados de tipo terapéuticos.

Por lo tanto se pueden ubicar aquí toda la práctica, persigue la curación de la enfermedad individual, grupal, familiar o comunitaria<sup>15</sup>.

## **2.2.4 Tecnologías para el cuidado**

“El hombre necesita una tecnología para trabajar, no una maquinaria que trabaje por él. Necesita una tecnología que extraiga la mejor de la parte de la energía y de la imaginación personal y no una tecnología que le esclavice y le programe”.

La Convivialite, París, Seuil. 1973

Por tecnología hay que entender un arte, un conocimiento de los instrumentos, es decir de todo lo que muestra su elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella.

La técnica corresponde a la forma únicamente de utilizar tal o cual instrumento. Es un instrumento que es objeto de aprendizaje y crea un saber. Aislada de un planteamiento tecnológico, pierde su significación y puede hacerse peligrosa, incluso perjudicial.

Ninguna profesión puede ejercerse sin la utilización de instrumentos. Estos, determinan la práctica profesional que orientan y ayudan a identificar.

---

<sup>15</sup> Servicios De Cuidados De Enfermería, Según Modelo Conceptual De Virginia Henderson. Metas De Enfermería 1999; II (13): 8-14

Todo oficio recurre a instrumentos cuyas propiedades es indispensable conocer, así como la manera de emplearlas: las técnicas.

Los cuidados, y entre ellos los cuidados de enfermería, han recurrido a tecnologías diversas, siendo las principales todas aquellas que sirven para el mantenimiento de la vida: cuidados habituales de higiene, de alimentación, y también de relajación, de apariencia. Estos cuidados han estado siempre acompañados de una relación de base indisoluble del acto de cuidar. Luego se han unido instrumentos y técnicas de curación cada vez más complejas a las que habrá de añadir todas las tecnologías de la información.

#### *Tecnologías utilizadas: El cuerpo, el primer “instrumento” de los cuidados*

El cuerpo en si ha sido el primer instrumento usado por una persona que prestaba cuidados, y sigue siendo el instrumento principal de los cuidados de enfermería, en el sentido de que es el vehículo, el mediador de los cuidados; de ahí de volver a descubrir las propiedades del cuerpo: energéticas, propioceptivas, térmicas, mecánicas, etc., propiedades desarrolladas o inhibidas que se traducen en mecanismos de defensa biopsicoafectivos o en relaciones de empatía.

Hablar del cuerpo como el primer instrumento privilegiado del cuidado no es tan sólo mencionar los sentidos, sino también redescubrir la sensibilidad. Redescubrir lo que siente, buscar lo que sienten los demás e intentar ser mas claro con lo que uno mismo siente.

Después del cuerpo, principal vehículo de los cuidados habría que tener en cuenta:

- Las tecnologías relacionadas con los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida.
- Las tecnologías para la curación.
- Las tecnologías de la información.

#### *Tecnologías para el mantenimiento de la vida*

Son todas las tecnologías y los instrumentos que sirven para garantizar el mantenimiento de la vida cotidiana. Su uso requiere por parte de los cuidadores un estudio de los hábitos de vida que se refieren al aseo, al tipo de alimentación, el significado de la ropa o la manera de moverse, a la organización del espacio entero de la habitación, a la vivienda etc.

Están relacionados con las tecnologías que compensan defectos funcionales, tienen como objetivo paliar un daño funcional y permitir la realización de la actividad obstaculizada por este daño.

La gran mayoría de estos instrumentos compensan las deficiencias de la motricidad, asegurando, por lo tanto la recuperación de la autonomía indispensable para atender las obligaciones cotidianas de la alimentación, el vestido, del aseo, de la eliminación, del desplazamiento, etc.

Estar al corriente de la existencia de estos medios de compensación, utilizarlos, aconsejarlos, y enseñar a servirse de ellos, forma parte del dominio de los cuidados de enfermería.

#### *Tecnologías de la curación*

Las tecnologías para la curación, al igual que las tecnologías para la investigación de las causas de enfermedad, han invadido progresivamente el campo de los cuidados de enfermería. Van desde los instrumentos más sencillos hasta las máquinas más completas, y plantean el difícil problema del límite de su utilización y de su finalidad real.

Basado esencialmente en las técnicas, es decir en <<el modo de empleo>> de los instrumentos de curación, en el <<saber utilizar>>, el aprendizaje de enfermería ha omitido con frecuencia el desarrollo de una reflexión sobre su utilización, así como sobre los límites de su uso.

Todo instrumento para la curación requiere de una justificación de su utilización con respecto a la naturaleza del mal, de la deficiencia o del daño funcional que espera curar o suplir. Además hay que hay que volverlo a centrar con respecto a las costumbres y las actividades de la vida.

### Tecnologías de información

En el proceso de prestar cuidados hay que apelar a unos instrumentos y técnicas de recogida de análisis y consignación de la información, así como a instrumentos de transmisión y coordinación de la información. Muchos de estos instrumentos, por haber sido pensados más en la organización de las tareas que al sentido de los cuidados, se muestran poco significativos y han interferido considerablemente con los cuidados de enfermería y con la acción sanitaria y social.

Los instrumentos de información necesarios para los cuidados han tenido dos grandes defectos: su multiplicación y la falta de pertinencia de contenido.

La multiplicación se encuentra tanto en el hospital como fuera de él, donde las tecnologías de la información consumen un tiempo considerable: multiplicación de interrogatorios, de documentos de recogida de información, de cuestionarios, etc.

El fraccionamiento de la información aísla cada aspecto de la situación, y hace que se tomen unas medidas tras otras, algunas de las cuales pueden dañar a la persona y a los que la rodean porque no guardan ninguna relación con lo que es importante para ella.

Las tecnologías de la información se reúnen actualmente alrededor de dos tipos de instrumentos principales. Los que constituyen las historias de enfermería o de acción sanitaria, y los que contribuyen a la acción del servicio de enfermería.

La historia de Enfermería, instrumento fundamental de coherencia y de continuidad de los cuidados, consiste en recoger las bases de un proyecto de cuidados establecidos a partir de un tipo de problemas de orden físico, psíquico o afectivo que se le plantean al enfermo por su enfermedad y por las distintas deficiencias que ésta produce, así como la naturaleza de los cuidados que requieren: cuidados para el mantenimiento de la vida, cuidados para la curación (exploración y tratamiento). Se recogen también datos sobre el tiempo: duración del proyecto, frecuencia de los cuidados y cualquier chequeo que permita evaluar el proceso de los cuidados.

De igual modo, la historia de acción sanitaria y social es la expresión escrita del análisis de una situación familiar enfocada a identificar la naturaleza de las dificultades o los problemas que se les plantean a las familias, para desarrollar líneas de acción, calcular su duración y evaluar los resultados.

### Tecnologías sencillas



Concluir esta descripción sobre las tecnologías, es citar las tecnologías sencillas de los cuidados habituales, de los cuidados primarios, es decir, aquellas utilizadas en el primer nivel de los cuidados que previenen cualquier agravamiento, lo que limita considerablemente las necesidades de cuidados de curación cuando las personas han podido beneficiarse a tiempo al tener acceso a servicios próximos a su domicilio con horarios bien adaptados a ellas. Es aprender a utilizar instrumentos y técnicas variadas y sencillas, adaptadas a la población y que pueden ser utilizadas por los mismos usuarios.

## **2.3 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

### **2.3.1 Antecedentes históricos**

Un proceso es una serie de actuaciones o medidas planificadas dirigidas a obtener un resultado u objetivo particular.

El termino PAE (Proceso Atención de Enfermería) es relativamente nuevo, ya que fue Hall su creadora en el año de 1955. Desde entonces, se ha descrito de diferentes modos.

Para Wiedenbach (1963) el proceso consta de tres partes: Observación, prestación de ayuda y validación. Mas tarde Knowles (1967) sugirió cinco fases para la práctica de enfermería: Descubrir, Investigar, Decidir, Hacer y Distinguir.

En 1967, la Western Interstate Commission on Higher He Education (WICHE), describió cinco fases: percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación. La WICHE definió el proceso como “La interrelación de un cliente con una enfermera en un momento dado, que incorpora la conducta del paciente y de la enfermera y la interacción resultante”.

También en 1967, la facultad de enfermería de la Catholic University of America propuso cuatro componentes para el PAE: Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación.

En 1973, la American Nurses' Association (ANA), publicó los criterios de la practica de enfermería siguiendo las fases del proceso. A partir de aquí, en varios estados se revisaron las historias de enfermería para considerar estos aspectos. Como el proceso de enfermería se desarrollo de ambas maneras, teórica y clínicamente, el término de enfermería gano un considerable reconocimiento en la literatura de la enfermería, desarrollado entre los años 1950 y 1960, se aplico a la identificación de problemas y necesidades del cliente. El termino no fue aceptado tan fácilmente, aunque muchos autores de enfermería consideraron el diagnostico de enfermería como básico para la enfermería profesional.

Aproximadamente una década más tarde, Bloch definió los términos que fueron cruciales en enfermería, y encontró que el término diagnóstico, todavía era bastante controvertido.

En 1973, Gebbie y Lavin en St. Louis University School of Nursing ayudaron a organizar la primera conferencia sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería. Los participantes de esta conferencia definieron el diagnostico de enfermería como la “Conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de enfermería”. Dichas conferencias se celebraron cada dos años

ganando apoyo e interés y en 1982, el grupo de conferencia acepta el nombre de Norton American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

En 1980, la ANA declaró que “la enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud actuales y potenciales”.

EN 1982, El National Council of State Boards of Nursing, definió y describió las cinco fases del Proceso Enfermero en términos propios de enfermería: Valoración, Análisis, Planificación, Ejecución y Evaluación.

### **2.3.2 Concepto**

El proceso atención de enfermería (PAE) es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería. Siendo su objetivo identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, estableciendo planes para resolver las necesidades identificadas, y actuar de forma específica para resolverlas<sup>16</sup>.

### **2.3.3 Objetivos**

- El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.
- Sus principios y reglas promueven el pensamiento crítico en el entorno clínico.
- Prevenir la enfermedad y promover, mantener o restaurar la salud (y lograr una muerte apacible cuando el usuario está en situación terminal)
- Permitir que las personas dirijan sus propios cuidados de salud
- Proporcionar cuidados de calidad y eficientes
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente , familia y comunidad
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas , prevenir o curar la enfermedad<sup>17</sup>

### **2.3.4 Valoración**

#### **a) Concepto**

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes<sup>18</sup>; es la base de la actuación y la toma de decisiones en fases avanzadas. Consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud del cliente acerca de los aspectos físicos, emocionales, del desarrollo, sociales, intelectuales y espirituales. Para realizar esta primera fase del proceso, son esenciales las técnicas de observación, comunicación y entrevista.

---

<sup>16</sup> Kozier B., et al., “Fundamentos de enfermería”, 5ª ed., McGraw-Hill Interamericana, 2002, España, pp.91

<sup>17</sup> <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

<sup>18</sup> Ídem 16

## b) Objetivo

- Identificar y obtener los datos pertinentes acerca del paciente.

## c) Métodos de valoración

Los métodos de valoración se logran mediante el uso de tres instrumentos: interacción, observación y medición<sup>19</sup>.

Observación: La observación es una técnica consistente e intencionada que se desarrolla a través del esfuerzo y de un enfoque organizado. Por consiguiente, la observación implica discriminar entre estímulos. Consiste en recoger información a través de los cinco sentidos, aunque es más utilizada la vista, todos los sentidos se implican en una observación cuidadosa, dentro de esta se implican dos aspectos:

- Reconocer los estímulos.
- Seleccionar, organizar e interpretar los datos.

Entrevista: Es una comunicación planificada o una conversación con una finalidad, sus posibles objetivos son recoger datos, dar información identificar problemas o preocupaciones mutuas, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo y aconsejar o realizar una terapia. La entrevista puede ser como un proceso que aplica en la mayoría de las fases el proceso de enfermería, existen dos planteamientos en la entrevista:

- Dirigible o Directa: es muy estructurada y obtiene una información específica. La enfermera establece el propósito de la entrevista y la controla por lo menos en principio, preguntando cuestiones cerradas que reclaman un número de datos específicos. Las entrevistas directas son, a menudo, utilizadas para recoger y dar información en un tiempo determinado.
- No Dirigible: la enfermera permite al cliente controlar el propósito, asunto del tema y llevar el paso. Se utiliza para ver el problema, aconsejar y valorar la realización.

Normalmente una combinación de planteamientos dirigibles y no dirigibles se apropia durante la entrevista para recoger la información. Las metas de la entrevista para recoger la información son recolectar los datos y dar a conocer el informe.

Tipos de preguntas de una entrevista.

- Preguntas cerradas: son usadas en las entrevistas dirigibles, son restringidas y generalmente requieren solo respuestas cortas que den información específica. A menudo comienzan por ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Quién?, ¿Qué haces? (hizo, hace), y a veces ¿Cómo?
- Preguntas abiertas: asociadas a las entrevistas no dirigibles, son las que dirigen o invitan al cliente a investigar (elaborar, clarificar e ilustrar) sus

---

<sup>19</sup> Griffith J. W., Christensen P. J., "Proceso atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos", Manual Moderno, México, 1993, pp. 34.

aspectos o sentimientos. Dan al cliente la libertad de hablar sobre lo que ellos quieren. También sitúan la responsabilidad sobre el cliente para indagar y entenderse a si mismo en ves de recibir el consejo de otro.

Una cuestión abierta es amplia, especifica solo el tema que se va a tratar y anima a una respuesta mas larga que una o dos palabras. La respuesta también puede expresar actitudes y creencias que tiene el cliente. La principal desventaja es una pregunta abierta en la que el cliente puede emplear mucho tiempo en dar información irrelevante.

Exploración física: Se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

#### d) Fuentes de información (directas o indirectas)

La valoración permite a la enfermera conocer mejor a la persona de la que se ocupa. La información debe provenir de fuentes diversas, como la misma persona, su familia, los otros miembros del quipo de cuidados, la historia clínica del paciente y las obras de referencia.

- Fuentes directas: El paciente es la primera fuente de información a la que puede acudir la enfermera, bien por la observación de signos y síntomas, bien mediante un examen físico, o incluso por medio de una serie de preguntas apropiadas.
- Fuentes indirectas: Son todas aquellas fuentes en las que se apoya la enfermera para obtener los datos que hacen falta o que el paciente no proporciona debido a la edad o el estado de conciencia. Estas pueden

ser, la familia, los otros miembros del equipo de salud, la historia clínica y las referencias bibliográficas<sup>20</sup>.

#### e) Técnicas

Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

- Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso desresponsabilización de las obligaciones, Borrell (1986),
- Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
  - Expresiones faciales,
  - La forma de estar y la posición corporal,
  - Los gestos,
  - El contacto físico,
  - La forma de hablar<sup>21</sup>.

#### f) Instrumentos

La valoración se efectúa a partir de un instrumento de observación que ayuda a la enfermera a localizar los puntos sobre los que debe recoger la información. Este instrumento sirve de guía para la entrevista y le confiere un carácter más sistemático, más coherente y más específico.

---

<sup>20</sup> Phaneuf M., "La planificación de los cuidados enfermeros", McGraw-Hill Interamericana, 1999, México, pp. 81-83

<sup>21</sup> Ídem 17

Evelyn Adam (1991, p, 26), subraya que el instrumento necesario para la recogida de datos debe concebirse en función del modelo conceptual con el que se este trabajando. El modelo conceptual proporciona a la enfermera el instrumento necesario para la recogida de datos. El modelo de Virginia Henderson nos ofrece una sencilla y clara visión que aborda todas las necesidades de la persona cuidada. La influencia de este modelo conceptual se refleja en el vocabulario y en la organización de los datos de este instrumento.

### **2.3.5 Diagnóstico**

#### **a) Concepto**

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud / proceso de vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable.

#### **b) Objetivo**

- Identificar las necesidades afectadas en el paciente.
- Centrar los cuidados en los aspectos de enfermería más que en los aspectos médicos.
- Ofrecer al enfermo cuidados de mejor calidad, personalizados y más humanos.
- Adoptar un vocabulario común, aceptado y comprendido en todas partes, facilitando así la comunicación entre los miembros de los equipos de cuidado.
- Facilitar la coordinación del trabajo en equipo al dirigirse a un fin concreto.
- Dar una mayor importancia a la prevención.
- Establecer una base para la evaluación de la calidad de los cuidados.
- Dar al trabajo de la enfermera un carácter más riguroso y científico.
- Acentuar la importancia del rol de la enfermera dentro del equipo interdisciplinario y en la sociedad en general.
- Reflejar mejor el carácter profesional del rol de la enfermera
- Desarrollar el saber enfermero.

#### **c) Formato PES (Problema, Etiología, Signos y Síntomas)**

Los términos que describen el problema (P) se refiere al título o etiqueta de categoría diagnóstica, es una descripción del problema de salud (actual o potencial) del cliente (individuo, familia y comunidad).

Etiología del problema (E) identifica las causas probables de la alteración del problema de salud, y da la dirección a la terapia de enfermería requerida. La etiología puede incluir los factores de su entorno mental, conductas del cliente, falta de capacidad motora, deterioro perceptual o consciente.

Las características definidas o los grupos de signos y síntomas (S) las características definidas aportan la información necesaria para llegar a la etiqueta de la categoría diagnóstica. Cada categoría diagnóstica está asociada a signos y

síntomas que ocurren como una entidad clínica. Los signos y síntomas principales son aquellos que tienen que estar presentes para hacer un diagnóstico válido<sup>22</sup>.

### 2.3.6 Planeación

#### a) Concepto

Es el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del cliente que se han identificado durante el diagnóstico.

#### b) Objetivo

- Establecer prioridades
- Establecer metas y criterios de evaluación
- Seleccionar estrategias de enfermería
- Redactar el plan de asistencia

#### c) Tipos de intervenciones (independientes, Dependientes e Interdependientes).

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema. El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos<sup>23</sup>.

#### Tipo de intervenciones de enfermería

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
- Independientes: Son actividades de la enfermera dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

La enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud
- Prevenir las enfermedades
- Restablecer la salud

---

<sup>22</sup> Ídem 20

<sup>23</sup> Ídem 16

- Rehabilitación
- Acompañamiento en los estados agónicos.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello"<sup>24</sup>.

#### d) Metas

Una meta es un enunciado que describe un intento, estado o condición, amplio o abstracto, que refleja un resultado.

La naturaleza de la meta depende del diagnóstico; las metas reflejan la restitución, conservación o fomento de la salud.

- Las metas de restitución de la salud son apropiadas cuando el paciente debe aumentar los recursos existentes, internos o externos, o continuar usando esos recursos.
- Las metas de fomento a la salud reflejan el deseo de funcionar a un nivel más elevado de salud, para prosperar más allá de la simple conservación de la salud.

Las diferencias y semejanzas entre las metas del paciente y las metas esperadas por la enfermera deben considerarse también<sup>25</sup>.

### 2.3.7 Ejecución

#### a) Concepto

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería (Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas)
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

#### b) Objetivos

- Realizar el plan de enfermería de ayuda al cliente según los objetivos, poniendo en práctica las siguientes actividades:
  - ✓ Tranquilizar al cliente

---

<sup>24</sup> Ídem 17

<sup>25</sup> Ídem 19 pp. 165-167



- ✓ Actualizar la base de datos
- ✓ Examinar y revisar el plan de cuidados
- ✓ Realizar las intervenciones de enfermería planificadas

### 2.3.8 Evaluación

#### a) Concepto

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio.

La evaluación se compone de:

- Identificación de los criterios de resultado: esta identificación evalúa la respuesta del cliente al cuidado de enfermería. Y los criterios tienen dos propósitos orientar la clase de datos de evaluación que se necesita recoger, y proporcionar un estándar para enjuiciar esos datos.
- Recogida de datos: los datos se recogen de forma que se puedan sacar conclusiones sobre el grado de cumplimiento de los objetivos.
- Cuantificación del logro de los objetivos: si las dos etapas anteriores se realizaron en forma eficaz, determinar si los objetivos se han alcanzado son relativamente simple, y en ello tiene un papel activo tanto la enfermera como el cliente.
- Relación de las actividades de enfermería con los resultados del cliente: nunca se debe considerar que una actividad de enfermería es el único factor causal por el que se ha logrado o no, total o parcialmente, un objetivo.
- Revisión el plan de cuidados de los clientes: la evaluación de los objetivos proporciona la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de cuidados se ha resuelto, reducido o reventado eficazmente los problemas del cliente. La enfermera necesita, revisar todos los aspectos del plan de cuidados, independientemente de que los objetivos se hayan cubierto o no.
- Modificación del plan de cuidados: cuando se comprueba que se tiene que cambiar el plan de cuidados, la enfermera tiene que completar los siguientes pasos:
  1. Cambiar los datos de la columna de valoración para reflejar los nuevos hallazgos, poniendo fecha y señalándolos de alguna manera para indicar que son nuevos.

2. Revisar los diagnósticos, poniendo fecha en los nuevos.
3. revisar las prioridades del cliente lo objetivos y los criterios de resultado para correlacionarlos con los nuevos diagnósticos.
4. establecer nuevas estrategias que correspondan a los diagnósticos o disminuyendo las necesidades del cuidado del cliente cambiando los calendarios y reorganizando las actividades de enfermería.
5. cambiar los criterios de resultados, ajustándolos a los otros cambios del plan de cuidados. Estos cambios deben reflejar el nivel de bienestar reflejado por el cliente.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva<sup>26</sup>.

#### b) Objetivo

- Determinar el grado en que se han conseguido los objetivos planeados por medio de:
  - ✓ Recogida de datos sobre la respuesta del cliente
  - ✓ Comparar la respuesta con los criterios de evaluación
  - ✓ Analizar las respuestas
  - ✓ Modificar el plan de cuidados.

## 2.4 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

### 2.4.1 Antecedentes de Virginia Henderson

Virginia Avenel Henderson, nació el 19 de Marzo de 1897, fue la quinta de ocho hermanos, natural de Kansas City, Missouri.

Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C. Tuvo un gran avance dentro de la profesión de enfermería, fue autora, coautora de varios libros y se interesó por mejorar esta carrera.

- 1918 A la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la escuela de enfermería del ejército en Washington D. C.
- 1921 Se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- 1922 Inicia su carrera como docente.
- 1926 Ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- 1929 Ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- 1930 A su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.

---

<sup>26</sup> Ídem 16 pp. 95-173

- 1948 Hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Bertha Harmer publicado en 1939.
- 1955 Publica la sexta edición de este libro que contenía la definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- 1953 Ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
- 1959 a 1971 Dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- 1960 Su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.
- 1953 a1958 trabajó en el proyecto dirigido por Leo W. Simmons, quien edito durante cinco años una encuesta nacional sobre la investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- 1966 Publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

- Catholic University.
- Pace University.
- University of Rochester.
- University of Western Ontario.
- Yale University.
- Old Dominion University.
- Boston College.
- Thomas Jefferson University.
- Emery University.

Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de Estados Unidos, fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

#### **2.4.2 Influencias Teóricas**

Se consideran tres los factores que condujeron a Virginia Henderson a definir la enfermería el primero de ellos fue al revisar el texto escrito por Bertha Harmer, el segundo factor fue por la participación en el Teacher's College que se dedicaba a la revisión del Curriculum Guide en 1937, y como tercer factor su propio interés por definir las funciones de la enfermería.

Virginia Henderson durante su formación se relaciono con diferentes profesionistas que también se desempeñaban en el área de la salud, con ello le permitió ir conceptualizando o definiendo la práctica de la enfermería más que una teoría, gracias a las influencias de:

Annie Warburton Goodrich fundadora de la Army School of Nursing de Washington DC y posteriormente decana fundadora de la Yale University School of Nursing. Ella ejerció una profunda influencia sobre Virginia Henderson ya exaltaba sus reflexiones, percibía que el rol de enfermera era muy importante y que la enfermería requería de toda una vida de estudio.

Caroline Stackpole profesora de anatomía, fisiología y filosofía en el Teacher's College de la Universidad de Columbia, en la ciudad de Nueva York. Ella influyó en Virginia Henderson en darle la debida importancia de mantener el equilibrio fisiológico.

Jean Broadhurst profesora de microbiología en el Teacher's College. Aquí Virginia Henderson aprendió la gran importancia de la higiene y la asepsia.

Dr. Edward Thorndike psicólogo en el Teacher's College e investigador de las necesidades básicas de los seres humanos. Con ello Virginia Henderson definió a la enfermedad como algo más que un estado patológico y rescato la importancia que Thorndike le daba a las necesidades básicas del ser humano las cuales no eran atendidas dentro del hospital, cuando el atenderlas tiene que ver con la esencia de la enfermería.

Dr. George Deaver médico en el Institute for the Crippled and Disabled y posteriormente en el Bellevue Hospital. De aquí Virginia Henderson observa como principal objetivo que al rehabilitar se logra la independencia del paciente.

Bertha Harmer enfermera de origen canadiense, autora original del Textbook of the Principles and Practice of Nursing y quien compartía la misma idea que Virginia Henderson a cerca de la visión de enfermería y que esta nace y se da de acuerdo a las necesidades del hombre.

Ida Orlando enfermera psiquiátrica americana y quien desarrollo un trabajo innovador en enfermería psiquiátrica en la Universidad de Yale y descrito en el libro The Dynamic Nurse-Patient Conflict publicado por Putnam, considerándose el origen del proceso de enfermería a dicho trabajo.

Ida Orlando desarrollo un programa genérico donde se aprendió a practicar la enfermería atendiendo el área psíquica y el área emocional así como se le da la importancia a lo físico<sup>27</sup>.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 primeras necesidades están relacionadas con la fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-aceptación<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> García G. M. d J., "El proceso de enfermería y el Modelo de Virginia Henderson", pp. 11

<sup>28</sup> Marriner A., "Modelos y Teorías de enfermería", Hacourt Brace, España, 1999, pp. 99

Dentro de las influencias existieron otras personas que no tuvieron tanta relevancia, tal es el caso del Mayor Muscovitch médico del hospital Mount Sinai, otra fue Isabel Stewart una enfermera canadiense jefa del departamento de enfermería, por mencionar algunos<sup>29</sup>.

### **2.4.3 Principios, postulados o supuestos generales.**

Desde el punto de vista de Virginia Henderson el movimiento de las teorías, modelos y conceptos no era algo innovador. Desde sus orígenes la enfermería era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, y no como ciencia, el conocimiento científico apareció con la primera teoría de enfermería, como referencia se tenía a la primera que nació con Florence Nightingale y que a partir de allí nacieron nuevos modelos con los cuales aportaban la filosofía de entender la enfermería y el cuidado, por ello Virginia Henderson formando parte del Teacher's College que se dedicaba a la revisión del Curriculum Guide en 1937, trata de definir la enfermería.

Así a través de diversos estudios Virginia Henderson considero que era fundamental adaptar el cuidado de enfermería de acuerdo a las necesidades del paciente, interpretando y valorando, las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, así también la enfermera puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad, y pensar en todos los aspectos de su vida, tener en cuenta que es un ser biopsicosocial. Consideró que la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible,

El papel que desempeña la enfermera en el paciente puede ser más eficiente comparando por ejemplo, el tiempo que esta dedica al paciente en relación a la del mismo médico, sin embargo afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.

Explicaba la importancia de la independencia de enfermería con respecto a otras ramas dentro del área de la salud. Sin embargo pensaba en la separación que había entre médico y enfermera, puesto que si los dos perseguían un mismo fin, no debía suceder esto porque el más afectado era el paciente.

El modelo de Virginia Henderson se centro y partió de las necesidades humanas como núcleo para la acción de enfermería y fue clasificado por las teóricas, en el grupo de La Enfermería Humanística, por considerar a la Profesión de Enfermería como una ciencia y un arte.

Virginia Henderson afirma que “la enfermera obtendrá una gratificación inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia.” La enfermera

---

<sup>29</sup> Idem 27

debe hacer un esfuerzo por entender al paciente” y afirma con énfasis “la enfermera ha de meterse en su piel” a fin de comprenderlo<sup>30</sup>.

## SUPUESTOS

“Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud”.

“Cada individuo es una totalidad compleja, (un ser bio-psico-social) que requiere satisfacer necesidades fundamentales”. La jerarquía de necesidades de Abraham Maslow ubica las necesidades biológicas en un primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer en primer término éstas, para poder acceder a las demás áreas.

“Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente”. Esto implica que el individuo tenga los conocimientos, la fuerza y la voluntad elementos necesarios para ejecutar las acciones que se requieren para conservar o recuperar la salud<sup>31</sup>.

### 2.4.4 Principales conceptos

#### a) Independencia (Salud)

El concepto de independencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo, (salud es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las catorce necesidades).

Es la calidad de la salud más que la vida en sí misma, ese margen de vigor físico y mental, lo que le permite a una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

**Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.**

#### b) Dependencia (Enfermedad)

La dependencia puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona.

#### c) Rol de enfermería

“La enfermera tiene una función propia, aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales”. La enfermera que orienta su práctica según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional más concreta.

<sup>30</sup> Henderson, V.A., “**An Overview of Nursing Research**”, Nursing Research, October, 1966 pp 10, 11, 16.

<sup>31</sup> Henderson, V.A., “**The Nature of Nursing American Journal of Nursing**”, 1964, pp. 63, 64, 68

“Cuando la enfermera desempeña el papel de médico, delega su función primaria en personal preparado de forma inadecuada”. La enfermera que no tiene claro su propio papel, lo cederá con facilidad a algún otro proveedor de cuidados, que puede no tener los conocimientos requeridos.

“La sociedad busca y espera este servicio, de la enfermería y ningún otro trabajador es tan capaz de ofrecerlo como la enfermera”. La enfermera debe su existencia al hecho de que satisface una necesidad de la sociedad, al igual que cualquier otra profesión de servicios.

Una enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiera.

#### d) Necesidades básicas humanas

Son requisitos fisiológicos, psicológicos y sociales fundamentales para el hombre para mantener su equilibrio interno y con su entorno. Son necesidades comunes en todos los seres humanos sanos o enfermos.

#### e) Causas de dificultad

Las causas de dificultad son los obstáculos o limitaciones personales del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson los agrupa en tres posibilidades:

1. Falta de fuerza: Interpretamos por fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
2. Falta de conocimientos: En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. Falta de voluntad: Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades<sup>32</sup>.

### **2.4.5 Catorce necesidades básicas**

De acuerdo con la definición de la función de la propia enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así, cada persona se configura con un ser humano único y completo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene

---

<sup>32</sup> Fernández F. C., “El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos”, pp. 3-7

14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

- a) Oxigenación
- b) Nutrición e Hidratación
- c) Eliminación
- d) Termorregulación
- e) Moverse y mantener buena postura
- f) Descanso y sueño
- g) Uso de prendas de vestir adecuadas
- h) Higiene y protección de la piel
- i) Evitar peligros
- j) Comunicación
- k) Vivir según creencias y valores
- l) Trabajar y realizarse
- m) Jugar y participar en actividades recreativas
- n) 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 personales en la satisfacción de las 14 Necesidades Básicas y vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes. Desde un 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 necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo.



## **2.5 Proceso Atención de Enfermería y Modelo Conceptual de Virginia Henderson.**

El reconocimiento de la enfermería como disciplina profesional, como ciencia y arte de los cuidados, se ha conseguido gracias a los esfuerzos realizados para definir un cuerpo exclusivo de conocimientos científicos que sustente y guíe su práctica.

Modelo conceptual.

El modelo conceptual es el conocimiento usado para la práctica, mientras que el proceso es el método usado para aplicar el modelo; el modelo es el contenido; el proceso es la forma de usar este contenido<sup>33</sup>. Es una guía para la práctica de enfermería, además de que, clarifica la meta de nuestra profesión y da pautas para la educación y la investigación.

La integración de un Modelo Conceptual de Enfermería y del Proceso de Enfermería constituye la base para la práctica profesional, ya que no puede funcionar el uno sin el otro.

Modelos de Enfermería y Proceso de Enfermería.

El modelo conceptual de Virginia Henderson, se sustenta en las necesidades básicas del ser humano.

Objetivos:

- Conocer y poner en práctica un modelo que oriente la práctica de enfermería, para dar una atención integral.
- Conocer las cinco etapas del Proceso Atención de Enfermería
- Aplicar la hoja de valoración para la recolección de datos. Jerarquizar las necesidades de acuerdo al modelo conceptual.
- Formular los diagnósticos de enfermería integrando la taxonomía de la NANDA y el Modelo de Henderson<sup>34</sup>.

Valoración

Virginia Henderson describe al cliente/usuario como un ser único y total con 14 necesidades básicas, que debe satisfacer por sí mismo para ser independiente; por ello, en esta etapa se valora el grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades, y las causas de la dificultad en la satisfacción de las mismas (fuerza, conocimiento y voluntad)

Diagnóstico

A esta segunda etapa, o diagnóstico, se llega a través del análisis y síntesis de los datos que permiten la identificación y definición de los problemas.

De acuerdo con Henderson se llega a la definición de los problemas de dependencia relacionándolos con las causas que los originan.

---

<sup>33</sup> Fernández F. C., Garrido A. M., Santo Tomás P. M., Serrano Parra M., "**Enfermería. Enfermería fundamental**", Masson, Barcelona, 2000.

<sup>34</sup> García G. M. de J., "**El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería**", Progreso, México, 1997.

### Planificación

Comprende la determinación de prioridades, el enunciado de los objetivos a alcanzar por el cliente/usuario y las actividades a llevar a cabo por el equipo de enfermería, por el cliente/usuario y por la familia.

De acuerdo con el modelo de Henderson, los objetivos se establecerán en términos de niveles de independencia, de acuerdo con la causa de dificultad identificada, y los modos de intervención irían dirigidos a añadir, aumentar, reemplazar, reforzar, completar y/o sustituir la fuerza, el conocimiento y/o la voluntad.

### Ejecución

En esta etapa se realizan las actividades establecidas en el plan de cuidados.

### Evaluación

En esta etapa, la enfermera evalúa la eficacia de las intervenciones de acuerdo con los objetivos marcados. El modelo de V. Henderson, describe como meta de los cuidados el ayudar al individuo a conseguir su máxima independencia en la satisfacción de las necesidades lo más rápidamente posible, y de acuerdo con sus propias actividades y recursos; en consecuencia, en esta etapa la enfermera determina si se han mantenido o han aumentado los niveles de independencia a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> Idem 33

## MIELOMA MÚLTIPLE

*El mieloma múltiple es responsable del 10 % de los cánceres hematológicos y mata a, aproximadamente, 10 000 norteamericanos cada año. La enfermedad es más común en los ancianos, los negros son 2 veces más afectados que los blancos. **La causa del mieloma múltiple se desconoce** y su extensión, complicaciones, sensibilidad a los medicamentos y evolución clínica varían grandemente entre la población de pacientes<sup>36</sup>.*

El mieloma múltiple, neoplasia de células plasmáticas o enfermedad de Kahler es un cáncer de los huesos relativamente raro caracterizado por una proliferación de células neoplásicas plasmáticas en la médula ósea y la producción de una inmunoglobulina monoclonal.

Las neoplasias de células plasmáticas aparecen cuando una célula de origen linfocito B prolifera hasta formar una gran población de células similares. Esta población es considerada como monoclonal, esto es, derivada a partir de una sola célula, porque estas células producen inmunoglobulinas homogéneas compuestas por una única clase de cadena pesada y un tipo de cadena ligera, o fragmentos de ellas. Cada clona produce una única proteína, con un marcador idiotípico determinado para la región variable en las cadenas pesadas y ligeras, el cual distingue éstas de todas las otras inmunoglobulinas<sup>37</sup>.

El mieloma múltiple es el prototipo de gammapatía monoclonal maligna. No existe un claro predominio sexual y la edad media en el momento del diagnóstico es de 65 años, representando el número de casos por debajo de los 30 años únicamente el 0,3%.

Las manifestaciones clínicas son debidas al aumento de células plasmáticas a nivel de la médula ósea que producen un descenso del resto de las series celulares y la aparición de lesiones líticas por alteración de los sistemas de redes de citoquinas que regulan la relación entre las células plasmáticas y el microambiente medular junto a la afectación renal secundaria a la eliminación de cadenas ligeras por orina, y a la hipercalcemia<sup>38</sup>.

Las lesiones están a menudo asociadas con la presencia de proteínas anormales en sangre y orina, y ocasionalmente con la presencia de amiloide o para-amiloide en el tejido tumoral o en otros órganos. Es una neoplasia desarrollada a expensas de los elementos hematopoyéticos de la médula ósea, casi siempre de las células plasmáticas de origen reticular. Se caracteriza por una disproteinemia con intensa hiperproteinemia.

---

<sup>36</sup> Barlogie B, Epstein J, Selvanayagam P, Alexanian R., "**Plasma cell myeloma new biological insights and advances in therapy. Blood**" 1989;73:865-79.

<sup>37</sup> De vita., V. T., "**Cáncer. Principios y práctica de oncología**", Tomo II, 2ª ed., Salvat, 1988, España, pp1634.

<sup>38</sup> Repiso Moreno M., et al., "**Mieloma múltiple IgA: a propósito de un caso**", **MEDIFAM**, No. 2, Vol. 12, Año 2002, Febrero de 2002, 12:144-148

## HISTORIA

Muchas de las características clínicas importantes del mieloma fueron descritas en una serie de cinco trabajos de John Dalrymple, Henry Bence Jones y Williams MacIntyre, entre 1846 y 1850. El paciente estudiado por estos médicos fue identificado como Thomas Alexander McBean, gracias a las hábiles pesquisas de John Clamp. Clamp también analizó las contribuciones de los tres médicos y concluyó que las características de la proteinuria de McBean fueron descubiertas por MacIntyre y no por Bence Jones.

Rustizky, trabajando independientemente, describió un paciente similar en 1873 e introdujo el término *mieloma múltiple* para subrayar el hecho de que la presencia de múltiples tumores óseos son características importantes de la enfermedad.

El diagnóstico, sin embargo, permaneció difícil e incierto hasta la década de los años 30, cuando fueron introducidos el aspirado medular y el estudio de las proteínas séricas por ultracentrifugación y electroforesis.

## CONSIDERACIONES ANATÓMICAS

Las células plasmáticas se producen principalmente en la médula hemopoyética, ganglios linfáticos, bazo, submucosa de las vías respiratorias altas, tubo gastrointestinal. Los tumores de las células plasmáticas pueden desarrollarse en cualquiera de estas localizaciones, así como en otras partes. Muchas de las neoplasias de células plasmáticas producen inmunoglobulinas G, A, D, o E, o sólo cadenas ligeras originadas en la Médula hemopoyética y progresan hasta lesiones líticas en <<sacabocados>>, fracturas y osteoporosis<sup>39</sup>.

## FACTORES DE RIESGO

- El mieloma es extremadamente raro en los niños, adolescentes y adultos jóvenes. En los adultos la probabilidad del mieloma aumenta con la edad. El pico de incidencia está entre los 50, 60 o 70 años. Las teorías sobre el impacto de la edad incluyen:
  - ✓ Disminución de la habilidad del sistema inmune para eliminar potenciales células mielomatosas
  - ✓ Aumento de la exposición de tóxicos del medioambiente
  - ✓ Trastornos hormonales y otros efectos
- El mieloma es más común en el hombre, las razones no son claras e incluyen tanto efectos hormonales como a exposición a tóxicos en relación al trabajo.
- El mieloma es más común en la población Africana-Americana. Una variedad de interacciones entre genes y microambiente, fueron propuestos para explicar el aumento de la incidencia en individuos descendientes de africanos. Se evaluaron diferencias en receptores hormonales, reactividad inmune y metabolitos tóxicos<sup>40</sup>.

## SIGNOS Y SÍNTOMAS

---

<sup>39</sup> Idem 37

<sup>40</sup> International Myeloma Foundation 2003

- El dolor óseo es el síntoma más frecuente, es de carácter mecánico y se localiza más frecuentemente en columna y parrilla costal. Puede haber osteoporosis y fracturas patológicas. En ocasiones se producen compresiones medulares o radicales, tanto por la afectación mielomatosa como por aplastamientos vertebrales, que cursan con dolor y en los casos más severos pueden llegar a dar una paraparesia espástica<sup>41</sup>. Esto es, debido a que las células mielomatosas activan a los osteoclastos, que destruyen al hueso y bloquean los osteoblastos.
- Anemia, fatiga y debilidad, debido a la disminución en el número y actividad de los glóbulos rojos.
- Altos niveles de proteínas (en sangre y orina), enlentecimiento de la circulación y daño renal, ya que las proteínas que producen las células mielomatosas son liberadas a la sangre y orina.
- Confusión mental, deshidratación, estreñimiento, debido al aumento y liberación de calcio desde el hueso dañado a la sangre.
- Susceptibilidad a las infecciones, ya que las células mielomatosas bloquean la producción normal de anticuerpos producidos contra las infecciones.

#### ESTADIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN PRONÓSTICA

Previo al desarrollo del plan terapéutico es extremadamente útil determinar el estadio y la clasificación pronóstica para cada paciente. El sistema de estadificación de Durie y Salmon, en uso desde 1975, es una ayuda tanto en la determinación de las probabilidades pronosticas individuales del paciente cómo para incluirlo en estudios clínicos comparando los resultados con los publicados previamente.

ESTADIO	CRITERIO	TAMAÑO DE LA MASA MIELOMATOSA (células 10 <sup>12</sup> m <sup>2</sup> )
Estadio I  Baja masa celular	Todos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemoglobina 10g/dl</li> <li>- Calcio normal ó &lt;12mg/dl.</li> <li>- Radiografías normales (escala 0 ó plasmocitoma solitario)</li> <li>- Componente M bajo IgG &lt;5mg/dl, IgA &lt;3mg/dl,</li> <li>- Bence Jones &lt;4g/24hrs.</li> </ul>	<0.6
Estadio II (A o B)  Masa celular intermedia	No cumple con criterio de Estadio I ni Estadio III	0.6-1.2

<sup>41</sup> idem 36

Estadio III (A o B)	Uno o más de los siguientes:	
Elevada masa celular	- Hemoglobina <8.5g/dl - Calcio >12mg/dl. - Lesiones líticas avanzadas (escala 3) - Alto componente M IgG >7mg/dl, IgA >5mg/dl, - Bence Jones >12g/24hrs.	>1.2

Subclasificación A: Función renal normal (creatinina <2.0mg/Dl.)

Subclasificación B: Función renal anormal (creatinina >2.0mg/Dl.)

Se utilizan factores pronósticos adicionales para simplificar la categorización de los pacientes para planear el tratamiento y su reproducibilidad<sup>42</sup>.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de una neoplasia de células plasmáticas requiere la demostración de un crecimiento incontrolado de una clona de células plasmáticas. Las pruebas de un crecimiento incontrolado son aportadas por la invasión de células plasmáticas en los tejidos que causa lesiones osteolíticas o plasmocitomas de localización extraósea<sup>43</sup>.

Cuando se sospecha el diagnóstico de mieloma, se requieren una serie de estudios para alcanzar un diagnóstico definitivo y la determinación del Estadio del mieloma:

- Biopsia de médula ósea: Este es el estudio más específico para determinar el porcentaje de células mielomatosas en la médula ósea. En el estadio I de la enfermedad, o para un mieloma solitario, se realiza la biopsia directa de la masa tumoral.  
Se realizan estudios especiales para determinar un pronóstico. Análisis cromosómicos (estudio citogenético) pueden revelar características cromosómicas de pronóstico bueno o malo, usando estudios directos y/o análisis por FISH.
- Estudios sanguíneos
  - ✓ Hemograma completo: Determina la presencia/severidad de la anemia, el recuento de glóbulos blancos y de plaquetas.
  - ✓ Determinaciones bioquímicas: Particularmente importantes para determinar la función renal (creatinina y BUN), niveles de calcio y LDH.
  - ✓ Estudios proteicos especiales: Estos demuestran la presencia de la proteína monoclonada del mieloma.
    - Ω Electroforesis de proteínas en suero: Muestra la cantidad de proteína normal y mide el nivel normal de albúmina.
    - Ω Inmunofijación: Muestra el tipo de proteína mielomatosa.

<sup>42</sup> ídem 40

<sup>43</sup> ídem 37

- Ω Test de cadenas livianas: Puede ser utilizado para medir la cantidad libre de kappa o lambda si la electroforesis de proteínas es normal.
- Estudios urinarios: Muestra la presencia, cantidad y tipo de proteína mielomatosa normal en orina. Estudios especiales de proteínas urinarias que se realizan al igual que en suero.
  - ✓ Electroforesis de proteína urinaria
  - ✓ Inmunofijación
  - ✓ Test de cadenas livianas
- Estudios óseos: Para determinar la presencia, severidad y localización de algún área ósea dañada
  - ✓ Radiografías: Las radiografías siguen siendo el “gold Standard” en la búsqueda de lesiones óseas. Radiografías de todo el esqueleto, deben realizarse para demostrar la pérdida o adelgazamiento óseo (osteoporosis u osteopenia) lesiones líticas y/o fracturas o colapsos de hueso
  - ✓ Tomografía Axial Computarizada (TAC): Se utiliza cuando las radiografías son negativas y/o se requieren estudios con más detalle sobre áreas particulares. Especialmente útil para evaluar detalladamente áreas pequeñas con posible daño óseo o nervioso.
  - ✓ Resonancia Nuclear Magnética (RNM): Se utiliza cuando las radiografías son negativas y/o se requieren estudios con más detalle sobre áreas particulares como la columna y/o el cerebro. Puede revelar la presencia y distribución de la enfermedad en la médula ósea cuando las radiografías no muestran lesión ósea. También puede revelar enfermedad fuera del hueso que podría afectar nervios y/o la médula espinal.
  - ✓ Densitometría: Es un estudio útil para determinar la severidad de la pérdida difusa del hueso en el mieloma y para medir la mejoría seriada con la terapéutica de los bifosfonatos<sup>44</sup>.

## TRATAMIENTO

Una vez que se haya confirmado la presencia de cáncer, se realizan pruebas de etapa para descubrir si el cáncer se ha extendido y, si fuera el caso, hasta qué punto se ha extendido. Si bien el tratamiento, a veces, logra demorar el avance del mieloma múltiple, la remisión completa es rara. El tratamiento también es importante para el control de los síntomas. El tratamiento depende de sus síntomas y de la etapa de su cáncer.

Los tratamientos incluyen:

- Radioterapia: El mieloma es sensible a la radioterapia, y la reosificación de los defectos del tumor pueden ocurrir dentro de varios meses. La radioterapia se recomienda para el dolor rebelde del hueso, especialmente si el dolor es localizado. Puede ser dramáticamente eficaz en el alivio de los síntomas.

---

<sup>44</sup> Ídem 40

- Terapia biológica: Su objetivo es tratar que el cuerpo combata el cáncer. Esta terapia emplea materiales producidos por el cuerpo o creados en un laboratorio para impulsar, dirigir o restaurar las defensas naturales del paciente contra la enfermedad. La terapia biológica también se conoce con el nombre de terapia modificadora de la respuesta biológica (BRM, siglas en inglés) o inmunoterapia.
- Trasplante de médula ósea: Se usa para reemplazar la médula ósea con médula ósea sana. En primer lugar se destruye toda la médula ósea del paciente con dosis altas de quimioterapia con o sin radioterapia. Luego se toma la médula ósea sana de un donante cuyo tejido es el mismo o parecido al del paciente. El donante puede ser o no familiar del paciente. La médula ósea sana del donante se inyecta en la vena, reemplazando así la médula destruida. El trasplante de médula ósea en el que se usa médula de un pariente u otra persona que no esté emparentada con el paciente se llama trasplante de médula ósea alogénico.
- Quimioterapia: Está indicada cuando hay diseminación; la supervivencia a los 5 años permanece por debajo del 30%<sup>45</sup>.

TERAPIA DE PRIMERA LÍNEA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
VAD (Vincristina-Adriamicina-Dexametasona)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produce la remisión en el 70% de los pacientes</li> <li>• No daña la célula madre normal</li> <li>• Puede ser la base para el trasplante de células madres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesita un catéter central, para la administración IV. Este puede desencadenar infecciones y complicaciones en la coagulación de la sangre</li> <li>• La Vincristina puede causar lesión nerviosa.</li> </ul>
MP (Melfalán-Prednisona)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vía oral</li> <li>• Bien tolerado</li> <li>• Produce excelentes remisiones en alrededor del 60% de los pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede causar daño en la célula madre de la médula ósea y por eso reduce las posibilidades de éxito del trasplante.</li> <li>• El beneficio completo ocurre después de algunos meses en forma muy lenta.</li> <li>• No es ideal si se requiere una respuesta rápida o se planea un trasplante.</li> </ul>
<b>Dexametasona</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dexametasona sola</li> <li>• Dexametasona más</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulsos de Dexametasona sola proveen un % sustancial de los beneficios del VAD completo</li> <li>• En combinación con</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Dexametasona en un esquema intensivo puede ser poco tolerada.</li> <li>• El uso de Melfalán en</li> </ul>

<sup>45</sup> De National Cancer Institute. [www.nci.nih.gov/CancerInfo/](http://www.nci.nih.gov/CancerInfo/)



<p>Melfalán</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Dexametasona más Talidomida</li> </ul>	<p>Melfalán produce beneficios más rápidamente que MP.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· En combinación con la Talidomida produce remisiones en el 70% de los pacientes, siendo una combinación oral muy promisoría</li> </ul>	<p>primera línea daña las células madre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· La Talidomida es aún experimental como opción en primera línea. La neuropatía es una preocupación. Los beneficios a largo plazo, actualmente son desconocidos<sup>46</sup>.</li> </ul>
---	---	--

#### Complicaciones más comunes.

Las complicaciones más frecuentes del mieloma múltiple son las fracturas patológicas dolorosas, la anemia, la hipercalcemia, la insuficiencia renal y las infecciones bacterianas recurrentes. La presencia de uno o más de estos problemas es con frecuencia la primera pista que lleva a su diagnóstico y se deben tratar conjuntamente con la enfermedad. En pacientes con mieloma diagnosticado recientemente y sintomático, la quimioterapia no se debe retrasar para tratar las complicaciones, aunque esto puede ser necesario en caso de una operación de urgencia por una fractura patológica o por necesidad de un tratamiento intensivo con antibióticos para controlar la sepsis<sup>47</sup>.

<sup>46</sup> Ídem 40

<sup>47</sup> Ídem 45

### **III Descripción de la metodología para el estudio de caso.**

El estudio de caso se realizará previo consentimiento informado con un cliente adulto mayor de sexo femenino de nombre F.M.E.M..., con domicilio en Tláhuac, de 61 años de edad, separada, estatura 1.47 mts., peso 71 Kg., carrera comercial, jubilada, fecha de nacimiento 26-Septiembre-1944, lugar de nacimiento México, DF., actualmente reside en el domicilio antes mencionado, profesa la religión católica y su grupo y Rh es B+.

Para tal fin se utilizarán dos ejes disciplinares: uno metodológico y otro conceptual. El primero de ellos estará sustentado en el Proceso Atención Enfermería, el cual es considerado como el método de elección para el cuidado profesional, pero también como un método que ayuda al razonamiento reflexivo para la toma de decisiones.

El eje conceptual se sustenta en el modelo de las 14 necesidades propuesto por Virginia Henderson; la intención de incorporarlo al estudio de caso es el de ayudar a la enfermera a ubicar su práctica en la persona y no en la enfermedad.

Los pasos que se seguirán para el estudio de caso son los propios del Proceso Atención Enfermería, los cuales a continuación se describen:

#### **3.1 Valoración.**

La finalidad de la valoración será el de identificar la independencia o grado de dependencia del cliente, para ello se utilizarán métodos, fuentes, técnicas e instrumentos que permitan obtener información acerca de los factores biológicos, sociales, culturales, emocionales y espirituales que afectan cada necesidad para que con ello, en el caso de dependencia se pueda identificar la causa de dificultad. Con relación a los métodos se utilizarán: la entrevista, la observación y el método clínico.

En lo que respecta a las fuentes de información, como fuente primaria o directa se considera al cliente y como fuentes secundarias se utilizarán todas aquellas inherentes al cliente como: familiares, amigos, otros profesionales, libros y documentos científicos.

Los instrumentos que se utilizarán son:

1. La hoja de valoración de necesidades (anexo 1)

Se prevé la necesidad de visitas domiciliarias, las cuales se planearán con el cliente y la familia.

#### **3.2 Diagnósticos de enfermería**

Esta etapa requiere del análisis de los datos obtenidos en la valoración para lo cual será necesario organizar los datos en necesidades y posteriormente se clasificarán según la dimensión: biológica, social, emocional, espiritual, cultural.

Teniendo como referente lo anterior se harán 2 tipos de análisis, uno general, teniendo como apoyo el instrumento "conclusión diagnóstica de enfermería" (anexo 2), el cual ayudó a identificar el grado de independencia o dependencia del cliente.

El segundo tipo de análisis se enfocará a cada necesidad en particular, utilizando como apoyo el “instrumento para el análisis de la necesidad” (anexo 3); en el que se señalará la dimensión o factor de dificultad, así como la causa de dificultad. Con base a la fuente de dificultad (problema) se establecerá el diagnóstico de enfermería el cual podrá ser real o de riesgo, estructurándolos de acuerdo al formato PES (problema, etiología, signos y síntomas) describiendo el problema a través de la taxonomía de la NANDA.

### **3.3 Planeación**

En esta etapa de acuerdo a las causas de dificultad se seleccionará el rol o roles de enfermería (ayuda, acompañamiento, suplencia), estableciendo las intervenciones independientes, dependientes e interdependientes que ayuden a que el cliente recupere o se acerque a su independencia.

Con base al diagnóstico identificado se desarrollará el objetivo, se determinará la meta y se establecerán los criterios de evaluación.

Aunque el proceso es un método reflexivo para evidenciarlo se utilizará el siguiente formato de plan de atención (anexo 4).

### **3.4 Ejecución**

Esta etapa representa la puesta en marcha del plan de atención donde la enfermera incorpora sus conocimientos, su experiencia, habilidades y destrezas, pero también desarrolla otras para ayudar al cliente.

También requerirá de un continuo proceso reflexivo del profesional.

### **3.5 Evaluación**

Aunque representa la última etapa del proceso, también significa el inicio de la valoración ya que teniendo como referente los criterios de evaluación la enfermera puede evaluar la ayuda que ha otorgado al cliente en función del avance que ha tenido para lograr su independencia, en este sentido le permitirá identificar nuevamente causas de dificultad, establecer diagnósticos de enfermería y mejorar o planear las intervenciones de ayuda.

El registro de estos datos se hará en el formato de plan de atención.

También para el estudio de caso se requerirá la investigación documental en bases de datos escritas y electrónicas que permitan integrar un marco teórico el cual ya ha sido propuesto en un capítulo anterior.

## 1.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

Síntesis valorativa de enfermería de una mujer adulto mayor con alteración de sus necesidades

Ficha de identificación:

Nombre: F.M.E.M
Domicilio: Tláhuac, D.F.
Edad: 61 años
Sexo: Femenino
Estado civil: Separada
Fecha de nacimiento: 26-Septiembre-1944
Ocupación: Jubilada
Escolaridad: Carrera comercial

Paciente femenina de nombre F.M.E.M., con domicilio en Tláhuac, D.F., de 61 años de edad, separada, refiere que su estatura es de 1.47 mts., y su peso es de 71 Kg., carrera comercial, ocupación jubilada, fecha de nacimiento 26-Septiembre-1944, lugar de nacimiento México, DF., actualmente reside en el domicilio antes mencionado, profesa la religión católica y su grupo y Rh es B+.

### 1. Necesidad de oxigenación.

La paciente refiere no tener dificultad para respirar, ni tos productiva.

A la exploración, palidez de tegumentos, no cianosis, no rubicundez, sin aleteo nasal ni tiros intercostales, sin retracción xifoidea, amplexión y amplexación adecuadas, murmullo vesicular presente; sonido claro pulmonar, transmisión de la voz y vibraciones vocales claras.

Lechos ungueales rosados al igual que zona peribucal. Tabaquismo negado.

Ruidos cardiacos arrítmicos, retumbo y reforzamiento del primer ruido, sin 3° ni 4° ruido, Presenta una F.R de 14 x min., T.A. 120/80 mmHg., F.C. 74x min., llenado capilar de 2 seg.

Los datos de laboratorio señalan Eritrocitos 3.1, Hb 10.4, Hto. 28.9, MCV 92.5, MCH 30.2, MCHC 32.6, RDW 14.1, Leucocitos, 7.0, neutrófilos 53.2, linfocitos 33.0, monolitos 8.4, eosinófilos 5.2, basófilos 0.2, neutrófilos # 3.7, linfocitos # 2.3, monocitos # 0.6, eosinófilos # 0.4, basófilos # 0.0, plaquetas 216, MPV 6.8, proteínas totales 11.4, albúmina 3.2, globulina 3.2, globulina 8.3, reacción A/G 0.4, bilirrubina total 0.3, bilirrubina directa 0.10, bilirrubina indirecta 0.20, trans G oxalacética 27, trans G pirúvica 19, fosfatasa alcalina 94, deshidrogenasa láctica 289. TTP 28.4, TP 17.2, INR 1.32

### 2. Necesidad de nutrición e hidratación.

El consumo semanal de alimentos es de: carne roja 1/7, pollo 5/7, pescado 1/7, huevo 3/7, quesos 5/7, leche 5/7, yogurt 7/7, verdura 7/7, fruta 7/7, sal 7/7 (solamente la utiliza cuando prepara los alimentos), azúcar 7/7 (solamente la utiliza cuando prepara los alimentos), dulces 0/7, aceite vegetal 7/7 (solamente la

utiliza cuando prepara los alimentos), mantequilla 1/7, manteca 0/7, chocolate 0/7, frituras 0/7, embutidos 0/7, enlatados 0/7, cereal 7/7, leguminosas 3/7, arroz 4/7, pan blanco 1/7, pan dulce 3/7, galletas 3/7, tortillas 4/7, pastas 0/7, agua 7/7, refresco 0/7.

3 comidas al día, con trastornos digestivos de estreñimiento, no intolerancia alimentaria, ni alergias. No tiene problemas a la masticación, no realiza ejercicio. Refiere utilizar Flor Essence.

La dieta indicada es hiposódica moderada, palidez de tegumentos, huellas de venopunción en miembro torácico izquierdo, piel hidratada con descamación fina y léntigo en ambas manos, mucosas hidratadas. Constitución endomórfica, implantación de cabello adecuado, con pérdida abundante. Uñas cortas, limpias sin cicatrices. Presencia de halitosis, sin evidencia de hemorragia gingival, con conservación de todas las piezas dentales.

Los datos de laboratorio señalan Glucosa 69, BUN 25, Creatinina 0.7, Urea calculada 53.5,  $\text{Cl}^-$  127.7,  $\text{Na}^+$  163,  $\text{K}^+$  5.0, Proteínas: totales 11.4,  $\text{Ca}^{2+}$  8.1, DLH: 356

### **3. Necesidad de eliminación.**

Evacua 1 vez con características “normales” (cafés, formadas) y orina 6 veces o más al día aproximadamente.

Abdomen blando, depresible, globoso a expensas de panículo adiposo. A la palpación sin megalias, percusión con timpanismo normal, peristalsis presente. Macburney, Murphy, Robskin, Psoas, Obturador, Giordano y Blumberg negativos. Vejiga no palpable, orina con características color amarillo clara, olor sui géneris, sin sedimento, sin hematuria macroscópica, no turbia. Edema en MI (++) . Al momento de la exploración no había evacuado.

Datos de laboratorio EGO: Densidad 1.015, pH 6.0, leucocitos 500, nitrógeno (-), proteínas (-), glucosa (-), cetonas (-), urobilinógeno (normal), bilirrubina (-), eritrocitos 10, Células epiteliales (escasas), leucocitos, 25-30 CPO, bacterias (escasas). Urea: 53.5 mg/dl. Creatinina: 0.7 mg/dl. BUN: 25 mg/dl.

### **4. Necesidad de termorregulación.**

La adaptabilidad a los cambios de temperatura lo realiza utilizando ropa adecuada, la temperatura ambiental que le es agradable es no muy caliente.

Su temperatura a la exploración física fue de 36.5° C, a la palpación se sintió la piel fría sobre todo en extremidades superiores e inferiores.

El entorno no es muy favorecedor, debido a que la casa donde habita es de ladrillo rojo, por lo tanto es fría y da muy poco el sol, solamente por las tardes.

### **5. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.**

Deficiente capacidad física cotidiana al igual que su funcionamiento neuromuscular, no realiza ejercicio, camina a ratos en su casa y por lo general se la pasa viendo televisión. No puede mover su brazo derecho, debido a una fractura en el tercio medio y proximal del humero. Uso de cabestrillo y férula de yeso.

Paciente conciente, orientada en tiempo, espacio, y persona. A la inspección desviación mínima del ángulo de la boca hacia el lado derecho, a la exploración de pares craneales sin evidencia de asimetría ni lesiones.

Fuerza muscular conservada en tres extremidades, extremidad superior derecha limitada debido a la fractura antes mencionada, 4/5 ROT'S presentes simétricos ++, sensibilidad táctil, vibratoria, temperatura y dolor conservados. Limitación para la deambulaci3n y para la movilizaci3n fuera de casa sin ayuda.

#### **6. Necesidad de descanso y sueño**

El horario de descanso de la paciente es de 23:00 a 8:00 hrs., con una siesta de 14:00 a 15:00 hrs. Refiere tener alterado el sueño debido a que la férula le pesa demasiado y en ocasiones se tiene que pasar al sill3n para poder acomodarse mejor. Su mayor angustia son sus hijas y su nieto, piensa en lo que van a hacer el día que ella falte. Durante el interrogatorio su actitud fue de atenci3n y concentraci3n.

#### **7. Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas.**

La paciente elige su propio vestuario, necesita ayuda para vestirse y desvestirse. Acepta el uso de bata hospitalaria. Tiene la capacidad neurol3gica, pero debido a su limitaci3n motora por la fractura antes mencionada no puede realizar esta actividad, por lo menos en la parte superior.

#### **8. Necesidad de higiene y protecci3n de la piel.**

La paciente, refiere que el baño lo realiza cada tercer día, el aseo de cavidad oral lo realiza dos veces al día, el aseo de manos lo realiza antes y después de consumir alimentos y después de eliminar, el corte de uñas lo realiza aproximadamente cada dos semanas.

Su olor corporal es de una persona limpia con presencia de halitosis oral. Uñas cortas, limpias sin cicatrices, cuero cabelludo hidratado e íntegro.

Presenta cicatriz de intervenci3n quirúrgica (biopsia incisional) en tercio proximal de húmero derecho. Piel hidratada con descamaci3n fina y léntigo en ambas manos.

#### **9. Necesidad de evitar peligros.**

Vive con su hija menor, conoce algunas de las medidas de prevenci3n de accidentes, no realiza controles periódicos de salud. Las situaciones de tensi3n no las canaliza.

El autoconcepto que ella tiene es de una madre responsable que ha tratado de sacar a sus hijas adelante, en estos momentos esto es su mayor preocupaci3n. Su autoimagen la ve como una persona con una limitaci3n física, pero capaz de realizar algunas cosas por sí misma, ella lo intenta, aunque no le gusta la imagen que ella ve en el espejo debido a su enfermedad. Su autoestima a veces esta bien debido a que su familia esta más unida que antes y eso la hace sentir muy bien, en ocasiones se siente muy triste porque sabe que la enfermedad que tiene es crónica y llegará un día en el que ella no va a estar.

Las afecciones corporales detectadas son Mieloma múltiple, fractura de húmero derecho con uso de inmovilizador de brazo y hombro. Tratamiento mensual de quimioterapia con Vincristina 2mg I.V., Melfalan 10mg V.O. al día por cuatro días, Prednisona 75mg V.O. al día por cuatro días. Las condiciones de su entorno son favorables, ya que su casa se encuentra limpia y la familia trata de convivir lo mejor posible para no dar molestias a la paciente. La iluminación de la casa es en general buena así como la ventilación y la higiene.

**10. Necesidad de comunicarse.**

Separada, las causas de preocupación son sus hijas y su nieto. El rol que desempeña en la familia es de madre y abuela. Se pudo observar que la mayor parte del tiempo su hija menor esta con ella. Habla claro, tiene comunicación verbal y no verbal con familiares y personas que la visitan.

**11. Necesidad de vivir según creencias y valores.**

Profesa la religión católica y sus principales valores son el respeto, la honestidad, la responsabilidad y el amor. Permite la exploración física. Tiene imágenes de santos en los que ella cree.

**12. Necesidad de trabajar y realizarse.**

Jubilada, esto le permite cubrir sus necesidades básicas. La actividad que le hace sentir útil es ayudar a sus hijas en lo que puede (con sus limitaciones). Su incapacidad para trabajar no lo tenía contemplado, porque cuando se presentó su enfermedad ella aún laboraba, teniendo que dejar de hacerlo por las constantes consultas a las que tuvo que acudir. En un principio fue como un descanso, aunque ahora refiere que quisiera volver al trabajo, levantarse temprano y hacer las cosas que antes hacía, aunque sabe que no lo puede hacer.

**13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.**

En su tiempo libre ve la televisión, arma rompecabezas y lee. Ante el estrés deja de hacer las actividades que le gustan. Cuando estas las realiza en compañía de su familia se observa más alegre.

**14. Necesidad de aprendizaje.**

El grado académico de la paciente es carrera comercial, no tiene problemas de aprendizaje ni limitaciones cognitivas, le gusta leer, no conoce las fuentes de apoyo y le interesa aprender a resolver problemas relacionados con su salud.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Síndrome de desuso relacionado con pérdida de la continuidad ósea debido a enfermedad crónico-degenerativa manifestado por disminución de la fuerza, flexibilidad, tono y resistencia del sistema músculo-esquelético.
  - Necesidad alterada: Movilidad y postura
  - Causa de dificultad: Falta de fuerza y conocimiento
2. Alteración del patrón del sueño relacionado con pérdida de la continuidad ósea, presencia de férula de acrílico y diagnóstico reciente de enfermedad crónico-degenerativa manifestado por insomnio, fatiga y dolor de espalda alta y baja.
  - Necesidad alterada: Descanso y sueño
  - Causa de dificultad: Falta de fuerza y conocimiento
3. Alteración de la nutrición relacionado con el tratamiento inmunosupresor manifestado por náuseas, vómitos y anorexia
  - Necesidad alterada: Nutrición e hidratación
  - Causa de dificultad: Falta de conocimiento
4. Alteración de la comunicación verbal relacionado con diagnóstico reciente de enfermedad crónico-degenerativa, plan de tratamiento y efectos secundarios manifestado por depresión, irritabilidad, nerviosismo y enfado consigo misma y con los que le rodean.
  - Necesidad alterada: Comunicación
  - Causa de dificultad: Falta de fuerza, conocimiento y voluntad



# Planeación de Cuidados

## DIAGNÓSTICO 1

Síndrome de desuso relacionado con pérdida de la continuidad ósea debido a enfermedad crónico-degenerativa manifestado por disminución de la fuerza, flexibilidad, tono y resistencia del sistema músculo-esquelético.

- Necesidad alterada: Movilidad y postura
- Causa de dificultad: Falta de fuerza y conocimiento

### Concepto diagnóstico

Situación en la que una persona está padeciendo o es susceptible a los efectos adversos de la inmovilidad. Identifica a un individuo que es vulnerable a ciertas complicaciones y que, además padece un funcionamiento alterado en un patrón de salud.

### Fundamentación

Los músculos pierden alrededor del 3% de su fuerza original cada día que están inmóviles.

La inmovilidad o inactividad músculo-esquelética produce efectos nocivos en todos los sistemas corporales, así como en la salud psicológica, el aprendizaje, la relación social y la capacidad de adaptación.

### Objetivos

- Mejorar la fuerza muscular y resistencia para proporcionar la movilidad física y favorecer una mejor calidad de vida a través de su independencia
- Proteger y estimular las articulaciones actualmente afectadas
- Mejorar el patrón de reposo/actividad
- Mejorar el tratamiento del dolor.

Intervenciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"><li>- Planear ejercicios para rehabilitar y fortalecer MSD (Dependiente)</li><li>- Sugerir la realización de ejercicios de rehabilitación progresivamente (Parcialmente dependiente)</li><li>- Valorar la actividad funcional de cada articulación, así como la capacidad de la paciente para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cuantas más partes del cuerpo se inmovilicen y más prolongada sea la inmovilización, más graves serán los efectos nocivos.</li><li>- Durante la inmovilización, el brazo y articulaciones de la paciente se deben mover suavemente, dentro de los límites de su tolerancia al dolor.</li><li>- La valoración de la capacidad funcional proporciona una base para evaluar los progresos realizados por la paciente.</li></ul> <p>Las articulaciones sin movilización desarrollan contracturas en 3-7 días, porque los músculos flexores con más fuertes que los extensores.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar movilización activa, pasiva y funcional.</li> <li>- Valorar el grado de dolor y rigidez</li>   <li>- Administrar 65 mg., V.O., de dextropropoxifeno cada 8 hrs.</li>   <li>- Administrar 100 mg., V.O. de diclofenaco sódico cada 12 hrs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La movilización pasiva mantiene flácidos los músculos y articulaciones.</li> <li>- La valoración del dolor y rigidez articular contribuyen a determinar el grado de limitación y malestar de la paciente.</li> <li>- El propoxifeno es un analgésico narcótico leve que actúa sobre el SNC; se une a proteínas en aproximadamente 80% distribuyéndose ampliamente en el organismo a nivel de hígado, pulmones, cerebro y riñones.</li> <li>- El diclofenaco es una sustancia no esteroide con acusadas propiedades antirreumáticas, antiinflamatorias, analgésicas y antipiréticas. Se considera importante para su mecanismo de acción la inhibición de la biosíntesis de prostaglandinas. Las prostaglandinas desempeñan un papel importante en la aparición de la inflamación, dolor y fiebre.</li> </ul>
--	---

**Evaluación.**

Se ha mejorado bastante la movilidad de la paciente, llegando a favorecer su independencia, logrando que realice las actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, comer, etc.) por sí misma.

## DIAGNÓSTICO 2

Alteración del patrón del sueño relacionado con pérdida de la continuidad ósea, presencia de férula de acrílico y diagnóstico reciente de enfermedad crónico-degenerativa manifestado por insomnio, fatiga y dolor de espalda alta y baja.

- Necesidad alterada: Descanso y sueño
- Causa de dificultad: Falta de fuerza y conocimiento

### Concepto diagnóstico

Estado en el que el individuo experimenta o esta en riesgo de experimentar un cambio en la cantidad o calidad del patrón de reposo que corresponde a sus necesidades ideológicas y emocionales.

### Fundamentación

La incapacidad de descansar y dormir se ha descrito como “una de las causas, además de uno de los acompañamientos de la enfermedad”. Los trastornos del sueño pueden ser el resultado de los cambios o problemas fisiológicos, psicológicos, sociales, ambientales y de maduración.

El sueño es un proceso de restauración y recuperación que facilita el crecimiento celular y la respiración de los tejidos corporales dañados por la edad.

### Objetivos

- Mejorar la calidad y cantidad del patrón de reposo de la paciente.
- Proteger y estimular las articulaciones actualmente afectadas
- Mejorar el patrón de reposo/actividad
- Mejorar el tratamiento del dolor.

Intervenciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"><li>- Brindar un ambiente tranquilo y cómodo para favorecer el sueño y descanso.</li><li>- Proporcionar una cama limpia, cómoda y firme.</li><li>- Colocar al paciente en una posición cómoda, con ayuda de almohadas para protección, reposo y descanso de la extremidad con fractura</li><li>- Animar al paciente a establecer un patrón normal de sueño.</li><li>- Ayudar al paciente a identificar las preocupaciones estresantes antes de acostarse.</li><li>- Enseñar al paciente a realizar relajación muscular antes de dormir.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- El establecimiento de un ambiente favorable al sueño promueve la relajación física y mental.</li><li>- El sentir que la cama sea cómoda y las sábanas limpia proporciona un sueño favorable.</li><li>- Ayuda a que el paciente esté cómodo y pueda relajarse.</li> <li>- Mantener un plan consistente ayuda al sueño inducido.</li><li>- Un exceso de preocupaciones antes de acostarse pueden estimular al paciente a impedir el sueño.</li><li>- La terapia de relajación puede ayudar a reducir la ansiedad que interfiere con el sueño.</li></ul>

<p>- Valorar el grado de dolor y rigidez</p> <p>- Administrar 65 mg., V.O., de dextropropoxifeno cada 8 hrs.</p> <p>- Administrar 100 mg., V.O. de diclofenaco sódico cada 12 hrs.</p> <p>- Se solicita interconsulta al departamento de psiquiatría</p> <p>- Administrar 0.5 mg., V.O. de clonazepam cada 24 hrs.</p>	<p>- La valoración del dolor y rigidez articular contribuyen a determinar el grado de limitación y malestar de la paciente.</p> <p>- El propoxifeno es un analgésico narcótico leve que actúa sobre el SNC; se une a proteínas en aproximadamente 80% distribuyéndose ampliamente en el organismo a nivel de hígado, pulmones, cerebro y riñones.</p> <p>- Sustancia no esteroide con acusadas propiedades antirreumáticas, antiinflamatorias, analgésicas y antipiréticas. Se considera importante para su mecanismo de acción la inhibición de la biosíntesis de prostaglandinas. Las prostaglandinas desempeñan un papel importante en la aparición de la inflamación, dolor y fiebre.</p> <p>- La psicoterapia en cualquiera de sus modalidades forma parte medular del tratamiento para recuperar el equilibrio perdido.</p> <p>- El clonazepam exhibe propiedades farmacológicas que son comunes a las benzodiazepinas y que incluyen efectos anticonvulsivantes, sedativos, miorelajantes y ansiolíticos. Como otras benzodiazepinas, se cree que sus efectos se deben fundamentalmente a la inhibición postsináptica mediada por el GABA.</p>
--	---

#### Evaluación.

Gracias al apoyo de la interconsulta con psiquiatría la paciente ha podido expresar sus emociones y sentimientos, logrando con esto externar sus preocupaciones. Las intervenciones brindadas han logrado un mejor descanso en la paciente, así como las técnicas de relajación y lo ha expresado verbalmente.

### DIAGNÓSTICO 3

Alteración de la nutrición relacionada con el tratamiento inmunosupresor manifestado por náuseas, vómitos y anorexia

- Necesidad alterada: Nutrición e hidratación
- Causa de dificultad: Falta de conocimiento

#### Concepto diagnóstico

Estado en el que un individuo que no está a dieta absoluta, experimenta o está en riesgo de experimentar una disminución de peso en relación con una inadecuada ingesta o metabolismo de nutrientes.

#### Fundamentación

Dentro de las modalidades en el tratamiento del cáncer, la quimioterapia es una alternativa de administración sistémica, en la que las células sanas también se ven afectadas, desencadenando efectos tóxicos. La quimioterapia significa la utilización de diversos fármacos que tienen la característica de interferir con el ciclo celular, ocasionando la destrucción de las células malignas por diversos mecanismos de acción.

La emesis es un importante efecto colateral del tratamiento antitumoral que contribuye a deteriorar el estado de nutrición y calidad de vida del paciente. El acto de vomitar está integrado en el centro del vómito, situado en la formación reticular lateral del bulbo raquídeo. Las vías eferentes incluyen los nervios frénicos del diafragma, los nervios espinales de la musculatura abdominal y los nervios viscerales del estómago y esófago.

#### Objetivos

- Mantener y/o mejorar el estado de nutrición de la paciente
- Mantener o mejorar la calidad de vida de la paciente
- Prevenir infecciones.
- Prevenir náusea y vómito provocados por agentes antineoplásicos

Intervenciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"><li>- Valorar los episodios de náuseas y vómitos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Valorar e informar la frecuencia, gravedad, los patrones y la duración de los síntomas ayuda en la prevención y el tratamiento.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Reducir al mínimo los efectos secundarios originados por la quimioterapia.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Los trastornos gastrointestinales, y en especial la emesis, originados por la quimioterapia antineoplásica constituyen sin duda los efectos secundarios que con mayor frecuencia se presentan después de la administración de la misma.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Valorar el estado de la mucosa bucal y utilizar las medidas adecuadas para reducir al mínimo el traumatismo de</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Las alteraciones de las mucosas orales proporcionan una puerta de entrada para las infecciones.</li></ul>

<p>las mucosas y las infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener un buen estado nutricional de acuerdo a una dieta balanceada</li>   <li>- Animar a tomar comidas más pequeñas y masticar lentamente.</li>   <li>- Modificar la dieta con administración de comidas frías, líquidos diluidos y galletas.</li>   <li>- Evitar alimentos fuertes, especialmente calientes y grasosos</li> <li>- Enseñarle a la paciente a practicar respiraciones profundas y a tragar voluntariamente para suprimir el reflejo del vómito.</li> </ul>	<p>La mielosupresión producida por los fármacos quimioterapéuticos aumenta el riesgo de infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las necesidades nutricionales en el paciente con cáncer cambian tanto, según la misma persona, e incluso en la misma con determinado tiempo durante el transcurso de la enfermedad y con distintos tratamientos.</li> </ul> <p>Las necesidades de nutrientes, minerales y vitaminas específicas se pueden modificar a medida que avanza la enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El soporte nutricional aumenta la supervivencia y reduce las infecciones.</li> </ul> <p>La indigestión y la mala absorción son complicaciones comunes en el cáncer por lo que la capacidad de digestión y absorción de los alimentos que tiene el paciente constituye un importante factor clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ya que el olfato y el gusto son los sentidos que influyen en la aceptación o rechazo de los alimentos, cualquier modificación en la sensibilidad y la percepción hedonista pueden modificar la preferencia que se tenga en los mismos.</li> <li>- La dieta con grasa se digiere con menor rapidez.</li> <li>- Las intervenciones en el comportamiento, como la relajación, el entretenimiento y la imaginación guiada, pueden ayudar a controlar las náuseas y el vómito.</li> </ul> <p>La relajación es un estado de alivio de la tensión músculo-esquelética que logra la persona mediante la práctica de técnicas liberadas. Los efectos terapéuticos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Disminuye la ansiedad</li> <li>· Proporciona a la persona algún control sobre el dolor.</li> <li>· Disminuye la tensión músculo-esquelética.</li> </ul>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control emético con un tratamiento antiemético antes y después del mismo. <ul style="list-style-type: none"> <li>· Administrar 10 mg., V.O., de metoclopramida cada 8 hrs (preandial)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sirve como distractor.</li> <li>- Lo mejor para las náuseas y el vómito es la prevención.</li> <li>· La metoclopramida es el prototipo de los antagonistas selectivos de la dopamina denominados <i>benzamidas sustituidas</i>. La metoclopramida es útil para todo tipo de vómitos, excepto el mareo debido al movimiento y la disfunción del oído interno. Posee intensos efectos colinérgicos periféricos que favorecen el vaciamiento gástrico.</li> </ul>
---	---

**Evaluación.**

De acuerdo a los objetivos planteados, las intervenciones realizadas se lograron al 100%. La valoración de las náuseas permitió la prevención y con la ministración del tratamiento específico se redujo al mínimo los episodios de vómito. Con la interconsulta solicitada al departamento de nutrición, la dieta balanceada fue y sigue siendo aceptada con agrado por la paciente manteniendo su peso.



## DIAGNÓSTICO 4

Alteración de la comunicación verbal relacionado con diagnóstico reciente de enfermedad crónico degenerativa, plan de tratamiento y efectos secundarios manifestado por depresión, irritabilidad, nerviosismo y enfado consigo misma y con los que le rodean.

- Necesidad alterada: Comunicación.
- Causa de dificultad: Falta de fuerza, conocimiento y voluntad

### **Concepto diagnóstico**

Estado en el que un individuo experimenta o está en alto riesgo de experimentar una disminución de la capacidad de emitir o recibir mensajes (es decir, tiene dificultad para intercambiar pensamientos, ideas o deseos.)

### **Fundamentación**

La comunicación eficaz es un proceso interactivo, que implica el intercambio mutuo de información (pensamientos, ideas, sentimientos y percepciones) entre dos o más personas. Este proceso puede ser obstaculizado por problemas con la emisión o la recepción de los mensajes o ambos. Después de la supervivencia, la necesidad humana más básica es la comunicación.

### **Objetivos**

Intervenciones	Fundamentación
<p>Contactar con el paciente a menudo y tratarle de forma cariñosa y positiva.</p> <p>Animar al paciente a expresar sus sentimientos y opiniones acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad</li> <li>- Evolución</li> <li>- Pronóstico</li> <li>- Efectos sobre el estilo de vida</li> <li>- Sistema de apoyo</li> <li>- Tratamientos</li> </ul> <p>Proporcionar información exacta y aclarar cualquier concepto erróneo.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar características positivas, y nuevas posibles oportunidades.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar modos de aumentar la independencia y conservar las responsabilidades del rol:</p>	<p>- Los contactos frecuentes con el cuidador indican aceptación, que puede facilitar la confianza.</p> <p>- Animar al paciente a expresar sus sentimientos puede proporcionar una expresión segura de los sentimientos y frustraciones que puede mejorar el concepto de sí misma.</p> <p>- Los conceptos erróneos pueden aumentar innecesariamente la ansiedad y perjudicar el autoconcepto.</p> <p>- Es posible que el paciente tienda a centrarse solo en los cambios de imagen y no en las características positivas que contribuyen al concepto global de la persona.</p> <p>- Un componente importante del concepto personal es la capacidad de realizar funciones esperadas por el rol</p>

<ul style="list-style-type: none"><li>- Jerarquizar las actividades</li><li>- Usar técnicas para conservación de energía</li><li>- Usar ayudas y dispositivos para la movilidad, si es necesario.</li></ul>	desempeñado disminuyendo así la dependencia y la necesidad de los demás.
---	--

**Evaluación.**

Gracias al apoyo de la interconsulta con psiquiatría la paciente ha podido expresar sus emociones y sentimientos, logrando con esto externar sus preocupaciones a sus familiares más cercanos.

## CONCLUSIONES

Quiero expresar mi admiración y mi agradecimiento a mi paciente y a todas las personas que con gran entereza hacen frente a esta terrible enfermedad, y de las cuales se aprende día con día.

El cáncer es considerado en mal aún en nuestro siglo. Esta enfermedad supone una vivencia profunda cargada de angustia, sufrimiento e incertidumbre inherente a toda situación externa. Provoca impacto a nivel individual, familiar y social al poner en evidente riesgo su estabilidad. Es considerada una amenaza y un desafío por las características del proceso en sí, por la interrupción en el desempeño de los roles y por su capacidad estigmatizante causada por la propia cultura. Plantea la inminente necesidad de un ajuste a todos los niveles al ser un proceso que excede sus recursos adaptativos y de afrontamiento, necesitando un proceso de asimilación. En ocasiones, deberán tomar decisiones para las que anímicamente no se está preparado que harán que el paciente despliegue estrategias de afrontamiento (actitudes, conductas, creencias) para hacer frente a esta amenaza contra la vida. El apoyo familiar y social resultan determinantes en el afrontamiento y en respuesta ante la enfermedad. La familia es el pilar básico en todo el proceso al ser acompañante, oyente, nexo de unión con el mundo exterior y algo muy importante, son quienes a ella preocupa, Al igual, la enfermería es una parte fundamental en estos pacientes, debido a que somos nosotros quienes estamos gran parte del tiempo con ellos y con quien (a parte de la familia) pueden expresar sus sentimientos, ya que con la familia en ocasiones es difícil expresarlos.

Resulta difícil comprender desde la perspectiva del individuo sano, cómo la vida, tu vida, su vida, puede cambiar de un día para otro, de un instante a otro.

Recordemos que cada paciente es un mundo aunque la enfermedad sea la misma y tener presente el papel primordial que realizamos todo aquel profesional de la salud en contacto directo con pacientes de esta índole.

No debemos olvidar que no hay nada más importante para un individuo que la vida y por tanto el cuidado de la salud. Cuando ésta aparece alterada somos nosotros mismos con recursos intelectuales, de adaptación en actitudes, comportamientos,

la ayuda de familiares y amigos, además de los recursos que el sistema de salud pone a nuestra disposición, los que estamos más que obligados en primera instancia a intentar afrontar la situación.

La aplicación del proceso enfermero en el paciente con cáncer permite llevar una continuidad de las respuestas humanas que tiene el paciente al tratamiento médico, farmacológico y a los cuidados específicos que brinda el profesional de enfermería sin perder de vista el valor humano.

“Vivir es sufrimiento, sobrevivir es encontrar sentido al sufrimiento”

Víctor Frank

# AneXos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA NECESIDADES HUMANAS

**Ficha de identificación:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Talla: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Fecha de Admisión: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_  
 Procedencia: \_\_\_\_\_ Fuente de información: \_\_\_\_\_

Fiabilidad (1 – 4) \_\_\_\_\_ Miembro de la familia/ persona significativa: \_\_\_\_\_  
 No. de cama: \_\_\_\_\_ No. de registro: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

**1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:**

Subjetivo: (información que proporciona el paciente / familiar).

Dificultad para respirar, debido a:  
 Tos productiva / seca: \_\_\_\_\_ Características de las secreciones: \_\_\_\_\_

Dolor asociado con la respiración:  
 Fumador: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_ Cantidad de cigarrillos: \_\_\_\_\_  
 ¿De acuerdo al estado emocional varía la cantidad de cigarrillos? \_\_\_\_\_

Objetivo: (valoración que realiza el alumno).

Presencia de:  
 Disnea: \_\_\_\_\_ sin esfuerzo: \_\_\_\_\_ con esfuerzo: \_\_\_\_\_  
 Tos productiva / seca: \_\_\_\_\_  
 Características de las secreciones:  
 Hialinas: \_\_\_\_\_ Amarillo verdosas: \_\_\_\_\_ Hemoptisis: \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_  
 F.R: \_\_\_\_\_ T.A: \_\_\_\_\_ F.C: \_\_\_\_\_

Dolor asociado a la inspiración o espiración:  
 Tabaquismo positivo / negativo: \_\_\_\_\_ Síndrome de abstinencia: \_\_\_\_\_  
 Uso de O2 puntas nasales: \_\_\_\_\_ Mascarilla: \_\_\_\_\_ Ventilador: \_\_\_\_\_  
 Parámetros del ventilador: \_\_\_\_\_  
 Presencia de cánula endotraqueal / traqueostomía: \_\_\_\_\_  
 Coloración de piel, lechos ungueales y peribucal: \_\_\_\_\_

Palidez: Cianosis: Rubicundez: Otros:  
Llenado capilar:

## RESULTADOS DE LABORATORIO:

### Gasometría:

pH  
PCO  
PO2  
HCO3  
Déficit de base  
Sat. de O2  
B.H.  
Otros:  
Fármacos específicos:  
Enzimas Cardiacas

## **2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:**

### Subjetivo:

Dieta habitual: Número de comidas:  
Trastornos digestivos:  
Intolerancia alimentaria / alergias:  
Problemas de masticación y deglución:  
Aumento de peso: Perdida de peso: Realiza  
ejercicio:  
Uso de suplemento alimenticio: Uso de fármacos:  
Ingestión de sustancias que reducen el apetito: Otros:

### Objetivo:

Dieta indicada:  
Coloración de piel:  
Ictérica: Pálida: Grisácea:  
Estado de la piel:  
Turgente: Hidratada: Seca:  
Estado de mucosas:  
Integras: Hidratadas: Deshidratadas:  
Constitución:  
Endomórfica: Ectomórfica:  
Características de cabello y uñas:  
Aspectos de dientes y encías:  
Adoncia: Adantulia:  
Afección y manifestaciones de tubo digestivo:  
Parámetros de P.V.C.  
Otros:

## RESULTADOS DE LABORATORIO:

Q.S:

Bilirrubina:

Prueba de funcionamiento hepático:

B.H:

Electrolitos séricos:

Cl

Na

K

P

Mg

Proteínas:

Ca

Fármacos específicos:

Enzimas séricas:

Transaminasas:

DLH:

Glucemia capilar:

Guayaco:

Otros:

### **3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:**

#### Subjetivo:

Hábitos intestinales:

Orina:

Antecedentes de afecciones renales, hemorrágicas u otras:

Uso de laxantes ó sustancias que favorecen la orina:

Presencia de hemorroides:

Dolor al evacuar:

Dolor al orinar:

Menstruación:

Prurito:

Características de las heces:

Sangrado:

Otros:

#### Objetivo:

Características del abdomen (ruidos intestinales):

Auscultación del abdomen:

Palpación de vejiga urinaria:

Características de la orina:

Características de las evacuaciones:

Presencia de edema:

Estomas:

Volumen urinario:

Catéteres de drenaje:

## RESULTADOS DE LABORATORIO:

E.G.O:

Urea:

Creatinina:

BUN:

Osmolaridad sérica:

Coproparasitoscópico:

Otros:

Coprocultivo:

Fármacos específicos:



#### **4.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:**

##### Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura:  
Temperatura ambiental que le es agradable:

##### Objetivo:

Temperatura corporal: °C  
Características de la piel: Fría: Caliente: Húmeda:  
Transpiración:  
Condiciones del entorno físico:  
Otros:

##### RESULTADOS DE LABORATORIO:

Fórmula blanca:  
Pruebas febriles:  
Urocultivo:  
Cultivo de secreciones:  
Hemocultivo:  
Otros:  
Fármacos específicos:

#### **5.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA:**

##### Subjetivo:

Capacidad física cotidiana:  
Funcionamiento neuro - muscular y esquelético:  
Ejercicio, tipo y frecuencia:  
Uso de prótesis y ortesis:

##### Objetivo:

Nivel de conciencia:  
Estado del sistema neuro – muscular y esquelético (Estado del Sistema Nervioso):  
Fuerza: Tono: Motricidad:  
Sensibilidad: Postura:  
Ayuda para la deambulación:  
Presencia de temblores:  
Cómo influyen las emociones en la movilidad y postura:  
Otros:  
Patrón de rehabilitación específico de acuerdo al caso:  
Fármacos específicos:

## 6.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

### Subjetivo:

Horario de descanso:

Horario de sueño:

Siesta:

Alteración del sueño:

¿A qué considera que se deba la alteración del sueño?:

¿Se siente cansado al levantarse?

### Objetivo:

Actitud:

Ansioso:

Angustiado:

Irritable:

Ojeras:

Atención:

Bostezos:

Concentración:

Apatía:

Cefalea:

Respuesta a estímulos:

Otros:

Fármacos específicos:

## 7.- NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:

### Subjetivo:

Elige su vestuario en forma personal:

Necesita ayuda para vestirse y desvestirse:

Sus prendas de vestir incluyen accesorios completos:

Utiliza pañal:

### Objetivo:

Acepta el uso de bata hospitalaria:

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:

Otros:

## 8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

### Subjetivo:

Frecuencia de baño y aseo de cavidades:

Cuántas veces se lava los dientes al día:

Aseo de manos, antes y después de comer:

Después de eliminar:

Cada cuanto se realiza el corte de uñas:

Tienen creencias personales que limiten sus hábitos higiénicos:

### Objetivo:

Aspecto general con relación a su higiene:

Olor corporal:

Presencia de halitosis:

Higiene y características de las uñas:

Estado del pelo y cuero cabelludo:

Lesiones dérmicas: Úlceras por decúbito:

Intervenciones quirúrgicas:

Micosis:

Puntos de presión en salientes óseas:

Zona de injerto:  
Lesión por quemaduras (espesor): % S.C.Q.  
Otros:

Anotar el diagrama el sitio de ubicación de la lesión dérmica:

CLAVES:

Herida quirúrgica  
(Tipo de incisión)  
Úlcera por decúbito  
Bolsa de drenaje  
Quemadura  
Micosis  
Injerto  
Presión en salientes óseas

Fármacos específicos:

**9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:**

Subjetivo:

¿Vive solo ó con su familia?

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?

En caso de ser afirmativo, mencione cuáles:

Hogar:

Trabajo:

Vía pública:

Hospital:

¿Realiza controles periódicos de salud cada año?

¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en la vida diaria?

Autoconcepto, Autoimagen, Autoestima:

Mencione las causas que considera que le pueden provocar peligro: dificultad para

Escuchar:                      Hablar:                      Ver:                      Desplazarse:

Uso de aparatos ortopédicos:                      Otros:

Objetivo:

Afecciones corporales detectadas y grado de afección:

Métodos invasivos:

Condiciones del ambiente de la unidad del paciente:

Iluminación:                      ventilación:                      humedad del piso:

Higiene:                      Otros:

Fármacos específicos:

## 10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE:

### Subjetivo:

Estado civil:

Años de relación:

Vive con:

Causas de preocupación / estrés:

¿Manifiesta estas preocupaciones?

¿A quien?

Rol en la estructura familiar:

¿Comunica sus problemas debido a su afección o estado?

¿Cuanto tiempo, pasa solo?

¿Tiene contactos sociales en la actualidad?

¿Con que frecuencia?

### Objetivo:

Habla claro:

Confuso:

Dificultad en la visión:

Dificultad en la audición:

Comunicación verbal / no verbal:

Con la familia:

Otras personas significativas:

Otros:

## 11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES:

### Subjetivo:

Creencias religiosas:

¿Sus creencias le generan conflictos personales?

¿De qué tipo?

Principales valores personales:

¿Es congruente su forma de pensar, con su forma de vivir?

¿Qué creencias tienen acerca de la vida y la muerte?

### Objetivo:

Hábitos específicos de vivir (grupo social, religioso)

¿Permite la exploración física?

¿Tienen algún objeto indicativo, de valores ó creencias?

¿Demanda la atención de algún guía espiritual?

Otros:

## 12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

### Subjetivo:

Fuente de ingreso: (jubilado, pensionado, otro)

¿Su ingreso le permite cubrir sus necesidades básicas?

¿Qué actividades le hace sentirse útil y satisfecho?

¿Cómo influye en su estado emocional, la incapacidad que presenta para trabajar?

### Objetivo:

Estado emocional del paciente:

Calmado:

Ansioso:

Enfadado:

Retraído:

Temeroso:

Irritable:

Inquieto:

Eufórico:

Otras manifestaciones:

### **13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:**

#### Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:

¿Cómo influyen los estados de estrés ante el juego y la recreación?

¿Participa en alguna actividad lúdica o recreativa?

#### Objetivo:

¿Presenta alguna afección en el Sistema Neuromuscular que le limite realizar actividades lúdicas o recreativas?

¿Rechaza las actividades recreativas?

¿Se observan cambios en el estado de ánimo al realizar actividades lúdicas o recreativas?

Otros:

### **14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE:**

#### Subjetivo:

Grado académico:

Problemas de aprendizaje:

Limitación cognitiva:

Tipo:

Preferencias:Leer:

Escribir:

¿Conoce / utiliza, las fuentes de apoyo de aprendizaje?

¿Desea aprender a resolver problemas relativos a su salud?

Otros:

#### Objetivo:

¿Presenta alguna afección del sistema nervioso que influya en su aprendizaje?

Estado de los órganos de los sentidos:

¿Como influye su estado emocional para el aprendizaje?

Ansiedad:

Dolor:

Apatía:

Estado de la memoria:

Reciente:

Remota:

Otras:

**CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA.**

NECESIDAD DE:	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
1. OXIGENACIÓN.	I PD D	
2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.	I PD D	
3. ELIMINACIÓN.	I PD D	
4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.	I PD D	
5. DSCANSO Y SUEÑO.	I PD D	
6. USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.	I PD D	
7. TERMORREGULACIÓN.	I PD D	
8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.	I PD D	
9. EVITAR PELIGROS.	I PD D	
10. COMUNICARSE.	I PD D	
11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.	I PO D	
12. TRABAJAR Y REALIZARSE.	I PD D	
13. JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.	I PD D	

14. APRENDIZAJE.	I PD D	
------------------	--------------	--

NECESIDAD

Biológico	Social	Cultural	Emocional	Espiritual

Falta de conocimiento  
Falta de fuerza  
Falta de voluntad




Intervenciones	Fundamentación

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barlogie B, Epstein J, Selvanayagam P, Alexanian R., "**Plasma cell myeloma new biological insights and advances in therapy. Blood**" 1989; 73:865-79.
2. Benavent G. M., Ferrer F. E., Francisco del Rey C., "**Fundamentos de enfermería. Los modelos de los cuidados**" Madrid, 2001, pp.157
3. Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2003.
4. Carpenito J.L., "**Planes de cuidado y documentación en enfermería**", McGraw-Hill Interamericana, 1994, España.
5. Collière M.F., "**Promover la vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería**", Madrid 1993, pp. 25 26
6. Dalumeau J., "**La peur en Occident**". París, 1977
7. [De National Cancer Institute. www.nci.nih.gov/CancerInfo/](http://www.nci.nih.gov/CancerInfo/)
8. De vita., V. T., "**Cáncer. Principios y práctica de oncología**", Tomo II, 2ª ed., Salvat, 1988, España, pp1634.
9. "**Diccionario de Medicina**", Océano-Mosby, 1994, España
10. Donahue P., "**Historia de la enfermería**", Doyma, Barcelona, 1988 pag 17
11. "El pequeño Larousse ilustrado", 9ª ed., Larousse, 2003, México.
12. Fernández F. C., "**El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos**", pp. 3-7
13. Fernández F. C., Garrido A. M., Santo Tomás P. M., Serrano Parra M., "**Enfermería. Enfermería fundamental**", Masson, Barcelona, 2000.
14. García G. M. d J., "**El proceso de enfermería y el Modelo de Virginia Henderson**", pp. 11
15. García G. M. de J., "**El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería**", Progreso, 1997, México.
16. Griffith J. W., Christensen P. J., "**Proceso atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos**", Manual Moderno, México, 1993, pp. 34.

17. Griffiths J.M., "**Oncología Básica. Fisiopatología, evaluación y tratamiento**". La Prensa Médica Mexicana, 1998, México, pp. 241-245.
18. Grinspun D., "**Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico**", México, 1992.
19. Halpern S., et al., "**Manual de nutrición clínica**", Limusa, 1984, México, pp. 313-323.
20. Henderson, V.A., "**An Overview of Nursing Research**", Nursing Research, October, 1966 pp 10, 11, 16.
21. Henderson, V.A., "**The Nature of Nursing American Journal of Nursing**", 1964, pp. 63, 64, 68.
22. Hernández C.J., "**Historia de la enfermería: Un análisis histórico del cuidado de enfermería**", Madrid, España 1995, pag. 53
23. Hossfeld K. D., et al., "**Manual de oncología clínica**" Doyma, 1992, Barcelona.
24. <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>
25. International Myeloma Foundation 2003
26. Kossier B. G., "**Conceptos y temas en la práctica de la enfermería**", 2ª ed., Interamericana, México, 1995, pp. 4, 15
27. Kossier B., "**Introducción a la enfermería, en enfermería fundamental**", 4ª ed., Interamericana, pp. 40, 41, 42
28. Kozier B., et al., "**Fundamentos de enfermería**", 5ª ed., McGraw-Hill Interamericana, 2002, España, pp.91
29. López L.F., et al., "**Manual de oncología clínica**", Secretariado de publicaciones e intercambio científico. Universidad de Valladolid, 1999, España, pp. 51, 116, 365.
30. Marriner A., "**Modelos y Teorías de enfermería**", Hacourt Brace, España, 1999, pp. 99
31. Molina T. M., "**Historia de la Enfermería**", 2ª ed., Intermédica, Buenos Aires, 1973, pp. 1, 3
32. Otto S.E., "**Enfermería oncológica**", 3ª ed., Harcourt-Océano, 2002, España, pp. 372-376, 547-560.

33. Pacheco Arce, A.L., "**Fundamentación Teórica para el Cuidado**", Antología. ENEO. División de Educación Continua y Desarrollo Profesional. México, 2005. 15.
34. Phaneuf M., "**La planificación de los cuidados enfermeros**", McGraw-Hill Interamericana, 1999, México, pp. 81-83
35. Piñeiro G., R., "**Diccionario de ciencias de la salud**", McGraw-Hill, Interamericana, 1995, Madrid.
36. Repiso Moreno M., et al., "**Mieloma múltiple IgA: a propósito de un caso**", MEDIFAM, No. 2, Vol. 12, Año 2002, Febrero de 2002, 12:144-148
37. Servicios De Cuidados De Enfermería, Según Modelo Conceptual De Virginia Henderson. Metas De Enfermería 1999; II (13): 8-14
38. Tazon Ansola M., García Campayo J., Asequinolaza Chopitea L., "**Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería**", Ed. Difusión Avances de Enfermería, Madrid, 2000, pp. 48-50
39. Waldeström J., "**Mieloma Múltiple. Diagnóstico y Tratamiento**", Ed. Científico-Médica, 1973, España

## GLOSARIO

1. Agentes alquilantes: Compuesto químico utilizado en quimioterapia que incluye melfalán y ciclofosfamida. La denominación alquilante se refiere a la forma de combinación de estas drogas al ADN de las células malignas para bloquear la división celular.
2. Amiloide: Que parece almidón o tiene las propiedades de este.
3. Amiloidosis: Conjunto de alteraciones de diversa etiología que se caracterizan por la acumulación de proteínas tipo fibrilar en distintos órganos y tejidos del organismo. En la amiloidosis las cadenas livianas de inmunoglobulinas (proteínas de Bence Jones) se depositan en los tejidos y órganos de todo el cuerpo. Esto es más frecuente con la cadena lambda que con la cadena kappa. En los pacientes con amiloidosis las cadenas livianas se depositan en determinados tejidos como por ejemplo el corazón, nervios, riñón, en vez de ser eliminadas por la orina.
4. Anemia: Una reducción de la cantidad de glóbulos rojos y de la hemoglobina por debajo de 10 gr. %, cuando lo normal es de 13-14 gr. %. El mieloma compromete la médula ósea por lo que frena la producción de los glóbulos rojos y produce falta de aire, debilidad y cansancio.
5. Anticuerpo: Proteína secretada por los glóbulos blancos para combatir la infección y las enfermedades, luchando contra antígenos como bacterias, virus, toxinas o tumores. Cada anticuerpo puede unirse en forma específica a un solo antígeno. El propósito de esta unión es ayudar a la destrucción del antígeno. Los anticuerpos pueden actuar de diferente manera, dependiendo de la naturaleza del antígeno. Algunos anticuerpos bloquean los antígenos directamente. Otros hacen los antígenos más vulnerables a la destrucción por los glóbulos blancos.
6. Anticuerpos monoclonales: Anticuerpos elaborados artificialmente para encontrar y unirse a las células cancerosas. Útiles para el diagnóstico y el tratamiento. Pueden ser utilizados solos o para liberar drogas, toxinas o material radioactivo directamente a la célula tumoral.

7. Aspiración de Médula Ósea: Se denomina así a la extracción con aguja y jeringa de líquido y células del tejido esponjoso para examinarlo bajo el microscopio.
8. Azotemia: Hiperazoemia
9. Bence Jones proteína de: Proteína mielomatosa encontrada en la orina. La cantidad excretada en la orina se mide en g. / 24 horas. Normalmente una cantidad mínima de proteínas (<0.1g por 24 h.) puede estar presente en la orina, pero esto es albúmina y no Bence Jones. La presencia de proteína de Bence Jones es siempre anormal.
10. Beta 2 microglobulina: Es una pequeña proteína presente en la sangre. Los dosajes elevados se encuentran en los pacientes que tienen mieloma activo. Las cantidades bajas se encuentran en los pacientes con mieloma incipiente y/o con mieloma inactivo. Aproximadamente el 10% de los enfermos con mieloma no producen  $\beta$ 2M. En estos últimos enfermos la  $\beta$ 2M no se puede utilizar para monitorear la enfermedad. Durante una recaída la  $\beta$ 2M puede elevarse antes que haya un cambio en la cantidad de proteína monoclonal. En general los análisis de la cantidad de  $\beta$ 2M aportan datos muy útiles para determinar la actividad de la enfermedad.
11. Bifosfonatos: Son drogas que se combinan a la superficie del hueso donde es reabsorbido (comido) y lo protege contra la actividad de los osteoclastos.
12. Biopsia: Toma de una muestra de tejido para examinarla al microscopio para realizar diagnóstico.
13. Biopsia de Médula Ósea: Es la toma con aguja de una muestra de tejido del hueso. Las células son observadas para ver si son cancerosas. Si se encuentran células plasmáticas cancerosas, el patólogo estima cuán infiltrada está la médula ósea. La biopsia de médula ósea se realiza generalmente en el mismo momento de la aspiración de médula ósea.
14. BUN: Es una medida de los niveles de urea en sangre. La urea es eliminada por el riñón. BUN es un estudio de laboratorio para conocer el funcionamiento del riñón. Las enfermedades como el mieloma que pueden

comprometer la función renal, frecuentemente tienen un aumento en los niveles de BUN.

15. Célula: Es la unidad básica de un organismo viviente.
16. Células B: Glóbulos blancos que se transforman en células plasmáticas en la médula ósea y son una especie de anticuerpos. También llamados linfocitos B.
17. Células plasmáticas: Son glóbulos blancos especiales que producen anticuerpos. Son las células malignas del mieloma. Las células plasmáticas normales producen anticuerpos para combatir la infección. En el mieloma las células plasmáticas malignas producen grandes cantidades de anticuerpos anormales que no tienen esa capacidad. Los anticuerpos anormales son proteínas monoclonales o proteínas M. Las células plasmáticas también producen otras sustancias químicas que pueden causar daño en los tejidos u órganos (por ej.: anemia, daño renal y daño del nervio)
18. Células progenitoras hematopoyéticas: Son la fuente de los componentes normales de la sangre, incluyendo glóbulos blancos y plaquetas. Estas células, en circunstancias normales, están en la médula ósea y pueden ser recogidas para un trasplante.
19. Células sanguíneas: Estructuras minúsculas producidas en la médula ósea; ellos son glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.
20. Citoquina: Es una sustancia secretada por las células del sistema inmune que estimula el crecimiento o la actividad de un tipo particular de células. Se produce localmente (por ej.: en la médula ósea) y circula en el torrente sanguíneo.
21. Dexametasona: Es un corticoide que se da en combinación con otras drogas citostáticas.
22. Diaconisa: En la iglesia primitiva, mujer que estaba encargada de funciones de caridad. Entre los protestantes, mujer que se consagra a obras de piedad y caridad.

23. Electroforesis: Es un análisis de laboratorio en el cual las moléculas del suero del paciente se separan de acuerdo al tamaño y a su carga eléctrica. En los pacientes con mieloma, la electroforesis sanguínea permite determinar tanto la cantidad de la proteína monoclonal presente como también identificar su composición. Se utiliza tanto en el momento del diagnóstico como para el seguimiento de la enfermedad.
24. Eritropoyetina: Hormona producida por los riñones. Los pacientes con mieloma con insuficiencia renal no producen suficiente eritropoyetina y como consecuencia, tienen anemia. Las inyecciones de eritropoyetina sintética pueden ser útiles; aunque en una emergencia una transfusión de glóbulos rojos puede ser una alternativa útil. La eritropoyetina sintética se utiliza antes de la quimioterapia, en forma preventiva y después, como tratamiento de soporte para evitar la anemia.
25. Estadio: Es la extensión del cáncer el organismo.
26. Esteroides: Un tipo de hormona. Los esteroides son aplicados con algunos agentes anticancerosos y parecerían ayudar al control de los efectos de la enfermedad sobre el organismo.
27. Fractura patológica: Es una fractura en un hueso generalmente causado por el cáncer o por una enfermedad. Ocurre en los huesos debilitados del mieloma que no pueden soportar peso normal o estrés.
28. Gammapatía: Trastorno caracterizado por un aumento notable de los niveles de gammaglobulina en la sangre.
29. Gammapatía de significado incierto: Es una condición benigna en la cual la proteína M está presente no habiendo una enfermedad subyacente.
30. Granulocitopenia: Trastorno sanguíneo que se caracteriza por una disminución en el número total de granulocitos. Denominado también neutropenia.
31. Hematoquecia: Salida de sangre roja a través del recto. Normalmente suele ser secundaria a una hemorragia a nivel del colon o del recto.
32. Hiperazoemia: Aumento de existencia de sustancias nitrogenadas en la sangre.



33. Hipercalcemia: Es una elevación del calcio en la sangre, que puede producir diferentes síntomas incluyendo la pérdida del apetito, náuseas, sed, fatiga, cansancio muscular, desasosiego y confusión. Es muy común en el paciente portador de mieloma, y generalmente, es el resultado de la destrucción del tejido óseo con liberación del calcio en el torrente sanguíneo. Muchas veces está asociado con una reducción de la función renal, ya que el calcio puede ser un tóxico renal. Esta es la razón por la cual la hipercalcemia es una emergencia médica, tratándose con hiperhidratación parenteral, con drogas para reducir la destrucción ósea además del tratamiento específico para el mieloma.
34. Idiotípico: Relativo a idiotipos
35. Idiotipo: Totalidad de los factores hereditarios, constituida por los genes del núcleo celular y los llamados genes extranucleares, que se transmiten a través de estructuras citoplasmáticas, genes citoplasmáticos, etc.
36. Ig G - Ig A: Son los dos tipos de mieloma más comunes, G y A se refieren a los tipos de proteínas que son producidas por las células mielomatosas. La proteína del mieloma es una inmunoglobulina que contiene dos cadenas pesadas (por ejemplo tipo G) combinado con dos cadenas livianas que son kappa (k) o lambda (l). Los dos subtipos más comunes de mieloma poseen cadenas pesadas idénticas (por ej. IgG kappa y IgG lambda) Si solamente se producen las cadenas livianas k o l se está en presencia de una enfermedad de cadenas livianas. Los términos pesada o liviana se refieren al tamaño o peso molecular de la proteína, siendo que la proteína pesada tiene una cadena de aminoácidos más larga y más pesada que la liviana. Como las moléculas de las proteínas livianas son más pequeñas, filtran más fácilmente por el riñón y se encuentran en la orina como proteinuria de Bence -Jones.
37. Ig D - Ig E: Son dos tipos de mieloma similares a IgG e IgA, pero ocurren con mucha menor frecuencia.
38. Inmunoglobulina (Ig): Es una proteína producida por las células plasmáticas, una parte esencial del sistema inmune. Las inmunoglobulinas

se unen a sustancias extrañas (antígenos) y ayudan a destruirlos. Las clases de inmunoglobulinas son IgA, IgG, IgM, IgD e IgE.

39. Léntigo: Mácula parda u oscura que aparece tras la exposición al sol en personas de mediana edad o ancianas.
40. Lesión lítica: Es un área lesionada del hueso que se muestra, en una radiografía, como un punto oscuro dentro de un hueso aparentemente sano.
41. Matrera: Astuto, diestro, experimentado.
42. Matrona: Comadrona. Mujer madura. Mujer de familia, noble y virtuosa.
43. Médula ósea: Es el tejido esponjoso que se encuentra en el centro de los huesos y que producen glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas.
44. Mieloma: Neoplasia osteolítica compuesta por una profusión de células típicas de la médula ósea. Puede desarrollarse de modo simultáneo en numerosos puntos, causando áreas extensas de destrucción ósea focal. El tumor, que suele tener un color rojo grisáceo, es más frecuente en costillas, vértebras, huesos pélvicos y cráneo. Son frecuentes el dolor intenso y las fracturas espontáneas.
45. Mieloma múltiple: Neoplasia maligna de la médula ósea. El tumor, compuesto de células plasmáticas, destruye el tejido óseo especialmente en los huesos planos, causando dolor, fracturas y deformidades esqueléticas, como curvatura espinal. Son características la presencia de proteínas anormales en el plasma y orina, la anemia, la pérdida de peso, las complicaciones pulmonares secundarias a fracturas costales y la insuficiencia renal. Denominado también mieloma de células plasmáticas.
46. Mielosupresión: Es una disminución en la producción de los glóbulos rojos, plaquetas y algunos glóbulos blancos de la médula ósea.
47. Monoclonal: El mieloma comienza a desarrollarse desde una sola célula plasmática maligna (monoclonal); el tipo de proteína producida es también monoclonal quiere decir que es de una sola forma y no de muchas (policlonal). El aspecto práctico importante de una proteína monoclonal, es que muestra un pico agudo (pico M) en la electroforesis del suero.

48. Nefropatía: Cualquier trastorno o enfermedad del riñón, incluyendo procesos inflamatorios, degenerativos y escleróticos.
49. Neuropatía: Inflamación y degeneración de los nervios periféricos.
50. Osteoblastos: Son las células que producen osteoide que junto con el calcio producen la dureza del hueso
51. Osteoclastos: Son células que se encuentran en la médula ósea en la zona de unión entre el hueso y la médula ósea. El crecimiento activo del mieloma estimula a los osteoclastos a destruir el hueso. Este proceso se denomina reabsorción ósea. Normalmente la reabsorción ósea esta equilibrada por la actividad de los osteoblastos que producen hueso nuevo. En el mieloma la actividad de los osteoblastos está bloqueada. La combinación de la reabsorción ósea acelerada y el freno de la formación de hueso nuevo resulta en lesiones líticas óseas.
52. Osteocalcina sérica: Es una proteína producida y secretada por los osteoblastos cuando producen osteoide. Una baja concentración de la misma es índice de mieloma activo. Una cantidad mayor de lo normal refleja estabilización del mieloma.
53. Osteoide: Es un producto proteico que se mineraliza con calcio para formar el hueso duro.
54. Osteoporosis: Es una reducción en la densidad ósea que se asocia a la edad avanzada. El compromiso difuso que produce el mieloma es semejante a la osteoporosis en una radiografía o en una densitometría.
55. Paraparesia: Paresia que afecta sobre todo a los miembros inferiores.
56. Plasmocitoma: Es un conjunto de células plasmáticas que se encuentran en una sola localización en la médula ósea, en el tejido blando o en el hueso.
57. Plasmocitosis: Exceso de células plasmáticas.
58. Presbítero: Sacerdote, eclesiástico.
59. Proteinuria; Presencia de una cantidad excesiva de proteínas séricas en la orina.
60. Rubicundez: Color rojo o sanguíneo que se presenta como fenómeno en la piel y las membranas mucosas

61. Trombocitopenia: Disminución del número de plaquetas en la sangre circulante.

62. Turgente: Hinchado o que comienza a hincharse