

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA  
APLICADO A UNA ADOLESCENTE CON TUMOR DE CELULAS GIGANTES DE  
CADERA DERECHA CON ALTERACION DE LA MOVILIDAD E HIGIENE Y  
PROTECCION DE LA PIEL  
BAJO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:  
ANGULO FLORES NIDIA MARITZA

CON No. DE CUENTA  
40206909-2

DIRECTORA DE TRABAJO:  
LIC. CANDIDA CASTILLO RIVERA



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## DEDICATORIAS

### *¡A DIOS!*

Nunca olvidaré aquel día, cuando a mi vida llegaste  
en tinieblas yo me hallaba, mas Tú mi senda alumbraste.  
Entre multitud de gente vagaba sin esperanza  
como un barco a la deriva naufragando, iba mi alma.  
A inquirir comencé un día ¿qué pasaba? no sabía  
entre temores y dudas, existía mas no vivía.  
¿Qué pasa conmigo, Dios? ¿Qué es lo que me está pasando?  
Quiero reír y no puedo; siempre termino llorando."  
"Ayúdame mi buen Dios; " ayúdame, te lo pido  
sana ya mi corazón y llena hoy mi vacío."

Al momento algo ocurrió;  
Su Palabra El enviaba" Soy la luz", dijo el Señor;  
por una pedra me hablaba Mi corazón se alumbró;  
comprendí lo que pasaba Al instante me rendí  
pues DIOS me visitaba. Desde entonces soy feliz;  
tengo paz y tengo gozo si me persiguen y ofenden,  
como DIOS, yo perdono. Hoy lloro, canto y alabo  
a mi Salvador bendito no me canso de adorar a mi Dios,  
pues El lo hizo.

### *¡A MI ABUELO!*

Mírame, abuelo, dame la mano.  
Un ratito, nada más, déjame que te acomode la gorra.  
Ponte bien la bufanda, hace frío.  
No estoy llorando, abuelo, sólo estoy resfriada.  
Déjame sonarme la nariz, con este pañuelito, ya está.  
Sacarse los mocos es fácil, abuelo, lo difícil es sacarse el dolor.

Abuelo: yo sé que te moriste, yo lo sé,  
Pero por nada dejaste tu país  
Me voy, abuelo, necesito vivir,  
para poder empezar a morir.  
Y aunque no estas sabes cuanto te quiero.

## AGRADECIMIENTOS

### *¡A MIS PADRES!*

Quiero dedicar este trabajo,  
Como el primero que he hecho en mi vida como estudiante  
A mis padres como principal apoyo que he recibido durante toda mi vida,  
No solo estudiantil sino en cualquier ámbito ya sea moral o espiritual o  
simplemente como mis amigos mas grandes que Dios me pudo haber  
regalado.

Por darme la vida e inculcarme los valores que ahora poseo,  
Por todo el amor que a lo largo de mi experiencia he recibido de su parte y  
haberme apoyado en los momentos más difíciles,  
Ya que sin su amor y comprensión no hubiese podido salir adelante y  
Lograr lo que en estos momentos soy.

Por todo lo que significan en mi vida  
Y por todo lo que me han dado  
Sólo les quiero decir...  
Mil gracias los amo.

### *¡A TI!*

Además de mis padres  
Quiero dedicar de igual manera este trabajo  
A mi novio que ha sido la motivación que he tenido hasta hoy  
Para lograr que este próximo año yo me pueda titular.

De igual manera les agradezco  
A mis maestros por el apoyo brindado a lo largo de mi carrera  
en esta etapa de vida, por la comprensión de algunos al ver mi empeño,  
por los conocimientos y la actitud hacia la vida que me llevo de  
esta institución.  
Y Gracias a la directora de éste trabajo, ya que sin ella no lo pude haber  
logrado ni hecho mejor.  
Y por último pero el mayor agradecimiento se lo doy a Dios mi padre,  
Por haberme puesto en el  
camino a mi familia (mis padres y mis hermanas)  
Y hoy en día a mi novio  
Para poder ver en ellos  
El amor que el me tiene y  
Saber que no estoy sola en este mundo.

## INDICE

INTRODUCCION	5
JUSTIFICACION	6
OBJETIVO DEL TRABAJO	7
PRIMER CAPITULO	
MARCO TEORICO	
1. ENFERMERIA	8
1.1	
Concepto	8
1.2	
Antecedentes históricos de Enfermería	8
2. CUIDADO	12
2.1	
Concepto	12
2.2	
Antecedentes Históricos de los Cuidados en México	12
3. PARADIGMA	16
3.1	
Metaparadigma	16
4. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	17
4.1	
Antecedentes personales y profesionales	1
4.2	
Catorce necesidades fundamentales	1
4.2.1	
Necesidad de oxigenación	18
4.2.2	
Necesidad de nutrición y hidratación	1
4.2.3	
Necesidad de eliminar los desechos corporales	19
4.2.4	
Necesidad de moverse y mantener una buena postura	1
4.2.5	
Necesidad de descanso y sueño	1

4.2.6 Necesidad del uso de prendas de vestir adecuados	19
4.2.7 Necesidad de termorregulación	19
4.2.8 Necesidad de higiene y protección de la piel	20
4.2.9 Necesidad de seguridad y de evitar peligros	20
4.2.10 Necesidad de comunicarse	20
4.2.11 Necesidad de vivir según creencias y valores	20
4.2.12 Necesidad de trabajar y realizarse	21
4.2.13 Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas	21
4.2.14 Necesidad de aprendizaje	21
5. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	21
5.1 Concepto	21
5.2 Antecedentes históricos del Proceso Atención de Enfermería	22
5.3 Etapas del proceso de atención de enfermería	22
5.3.1 Valoración	22
5.3.2 Diagnóstico	23
5.3.3 Planeación	23
5.3.4 Ejecución	24
5.3.5 Evaluación	24

## SEGUNDO CAPITULO

### APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

6. Caso Clínico	25
6.1 Objetivo General del Proceso Atención de Enfermería	26

6.1.2 Objetivos Específicos	26
6.2 Padecimiento Actual "Tumor de Células Gigantes"	27
6.2.1	
Concepto	27
6.2.2	
Fisiopatología	27
6.3 Tumor de células gigantes en cadera	28
6.3.1 Manifestaciones Clínicas	28
6.3.2 Factores de Riesgo Intrínsecos	28
6.3.3 Factores de Riesgo Extrínsecos	30
6.4 Diagnóstico	31
6.5	
Tratamiento	31
6.5.1	
Artroplastía	32
6.6	
Rehabilitación	32
6.7 Aspecto Psicosocial	33
6.8 Necesidades Básicas	34
7. Diagnósticos de enfermería	37
8. Plan de atención de enfermería	37
9. Evaluación	37
10. Conclusión Diagnóstica de Enfermería	56
10.1 Conclusión del Plan de Atención de enfermería	57
TERCER CAPITULO	
11. METODOLOGIA	59
11.1 Etapas del Proceso Atención de Enfermería	59
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAFIA	61
ANEXOS	63

## INTRODUCCION

Enfermería es una vocación que requiere conocimientos, habilidades y preparación especial. La enfermería es una profesión humanística, asistencial, educativa y de apoyo que ha evolucionando con los siglos.

La enfermería ha adoptado el método enfermero para ejercer su ejercicio profesional mediante el proceso de atención de enfermería, para reconocer y delimitar su objeto de conocimiento; que es el cuidado de enfermería, hacia el ser humano en todas sus dimensiones.

En este trabajo se abarca tres capítulos; En el primer capítulo se elabora el marco conceptual en el que se menciona a la enfermería y sus antecedentes históricos, esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y preparación en el arte y ciencia de la enfermería. También se mencionan de los cuidados y sus antecedentes, en la asistencia a la persona sana o enferma en las actividades que no puede realizar, con el fin de conseguir su independencia, basándome en la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Para Henderson el papel de la enfermera es dar el cuidado complementario adicional prestado al individuo sano o enfermo y así restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

El proceso de atención de enfermería, es un modelo enfermero para la administración de los cuidados individualizados. Este proceso de atención de enfermería consta de cinco etapas: valoración, planificación, diagnóstico, ejecución y evaluación, los cuales se mencionan en este capítulo.

En el segundo se enuncia la valoración de enfermería a una adolescente con tumor de células gigantes de cadera derecha basado en las catorce necesidades de Virginia Henderson, aplicando el proceso atención de enfermería.

Y en el último capítulo se realiza la metodología y como se efectuaron cada una de las etapas del proceso atención de enfermería, así como la conclusión del trabajo.

## JUSTIFICACION

El Centro Nacional de Rehabilitación y Ortopedia, se remota a partir de 1950, en el albergue para ancianos Francisco P. Miranda que fue creado con el propósito de albergar a niños con secuelas de poliomielitis.

El 20 de Noviembre del 2000, el Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León entonces Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, inauguró el Centro Nacional de Rehabilitación ubicado al Sur de la Ciudad. Y en el 2006 pasa a ser Instituto Nacional de Rehabilitación.

El servicio de tumores óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación fue creado en el año de 1990.

El servicio lleva a cabo la evaluación, estudio y tratamiento oncológico, ortopédico y de rehabilitación de todos aquellos usuarios que presentan tanto lesiones benignas o malignas del sistema músculo esquelético, además de aquellas que presentan fracturas en áreas dañadas previamente por metástasis.

Continuando en constante desarrollo y participando activamente a incrementar la calidad y calidez de la atención de enfermería especializada a pacientes con afecciones del sistema Neuro Músculo Esquelético.

En las ciencias médicas, la investigación que implica la participación de seres humanos como sujetos de estudio, en el proceso salud-enfermedad, se denomina investigación clínica y el método que con más frecuencia se utiliza es el clínico.

El proceso de atención de enfermería se realiza para conocer mas a detalle la situación de salud de nuestro paciente, en la que no solo se va a observar su padecimiento actual, sino también, el como se encuentra biológica .psicológica, espiritual y socialmente.

Por ello, es importante el proceso de atención de enfermería para la valoración de nuestro paciente, y conocer como se encuentra y así impulsar acciones de prevención de la discapacidad y proporcionar calidad para la rehabilitación del paciente.

## OBJETIVO DEL TRABAJO

La elaboración de un Proceso Atención de Enfermería para la obtención del título en Enfermería y Obstetricia para concluir mi práctica profesional para así ejercer la Enfermería y Obstetricia satisfactoriamente.

## PRIMER CAPITULO

### MARCO TEORICO

#### 1. ENFERMERIA

##### 1.1 Concepto

En 1860, Florence Nightingale definió a la enfermería como “El acto de influir sobre el entorno del paciente para ayudarlo a su recuperación”<sup>1</sup>.

Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras modernas que conceptualizó la enfermería como “la función propia de la enfermería es ayudar al individuo enfermo o sano a desarrollar aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a morir en paz) que el mismo realizaría si tuviera fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y todo ello de forma que le ayudara a adquirir independencia lo mas rápidamente posible”<sup>2</sup>.

La American Nurses Association enunció “la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales”<sup>3</sup>.

##### 1.2 Antecedentes Históricos de Enfermería

###### Las Civilizaciones Antiguas

Durante este tiempo, las creencias sobre las causas de las enfermedades estaban cargadas de supersticiones y de magia, y por eso, el tratamiento consistía a menudo de curas mágicas. Se sabe que las comadronas se encargaban de cuidar a las madres y a sus hijos durante el alumbramiento, y también se conoce que las nodrizas a menudo amamantaban y cuidaban a los niños de las familias ricas. A menudo, estas tareas las desempeñaban mujeres que eran esclavas. Las enfermeras esclavas dependían del maestro, sacerdote o del curandero. También era muy frecuente que el cuidado de los enfermos estuviera relacionado con el mantenimiento físico y del bienestar<sup>4</sup>.

###### Cristianismo

En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa o ninguna formación, por lo general, mujeres de distintos órdenes religiosas. Aparece una nueva unidad cultural, con escala de valores formuladas a partir de las sagradas escrituras.

En los libros del Antiguo Testamento. Yahvé es el senador; tiene el poder de conceder la vida, de acabar con ella y, así mismo, de procurar al hombre la salud o la enfermedad. El principal medio que poseen los mortales para

---

<sup>1</sup> B Kozier, F. Fundamentos de Enfermería, Pág. 54

<sup>2</sup> Idem.

<sup>3</sup> Op cit. Pág. 23

<sup>4</sup> Op cit. Pág. 25

liberarse de sus dolencias era la oración, esta forma de pensamiento de salud y enfermedad condiciona la puesta en marcha de nuevos procedimientos naturales que contribuyan al alivio de las enfermedades<sup>5</sup>.

La concepción que poseían sobre las situaciones de enfermedad, que son permitidas por el divino en función del pecado; siendo prioritaria la sanción del alma mediante el sacrificio. La enfermedad puede servir como instrumento de "SALVACION" y no solo a quienes lo padecen, sino también a quienes de los enfermos se ocupan<sup>6</sup>.

La condición marginadora de la enfermedad dependía, en buena medida, de la posición social del enfermo, si pertenecía a una buena familia rica, podía permanecer en su seno y contar con asistencia, incluso en el caso de padecer lepra.

Los cuidados de enfermería se institucionalizaron basándose en el concepto de ayuda que podría denominar "vocacional-cristiano-caritativo" en el que las necesidades humanas espirituales se anteponen ante las necesidades físicas, psíquicas y sociales.

La mujer como enfermera consagrada, desempeñaba oficialmente las tareas de auxilio a los pobres, enfermos y desvalidos, desde la mayor igualdad y reconocimiento social que proporciona la filosofía cristiana.

En la iglesia del siglo III el obispo era llamado padre de los pobres, y con él colaboraban las mujeres, generalmente viudas, que recibían el nombre de diaconisas<sup>7</sup>. La tarea principal de estas mujeres estaba dirigida hacia los más necesitados, como ejercicio de caridad, por lo que se dedicaron a la educación de los niños huérfanos, a las labores pastorales entre las mujeres y al cuidado de los enfermos<sup>8</sup>.

Durante los siglos XII y XIII, la iglesia deseaba controlar todas las formas de devoción laica por miedo a las posibles herejías, en los conventos, las monjas enfermeras tenían una gran responsabilidad en la salud de los enfermos dada la escasez de profesionales de medicina, por lo que en muchas ocasiones tuvieron que realizar tareas que no correspondían a sus atribuciones, como prácticas sangrías o recetas medicas<sup>9</sup>.

Los médicos destacaban por los conocimientos teóricos y se consideraban por esta razón, superiores socialmente a cualquier tipo de practicante. Su funciones consistían en tomar el pulso, analizar la orina, diagnosticar y recetar medicinas manteniéndose alejados de cualquier tipo de trabajo manual, ya que este era considerado como desdeñante y humillante<sup>10</sup>.

---

<sup>5</sup> Jamieson, E. Historia de Enfermería, Pág. 247

<sup>6</sup> García, Catalina M. Historia de la Enfermería Evolución Histórica del Cuidado Enfermero, Pág. 178

<sup>7</sup> Jamieson, Op cit. Pág. 248

<sup>8</sup> Idem.

<sup>9</sup> Idem.

<sup>10</sup> Jamieson, Op cit. Pág. 250

Por otra parte existían otras alternativas para resolver los problemas de salud, entre ellos habían; Los curanderos destacaban por sus amplios conocimientos prácticos, sus actuaciones estaban impregnadas de superstición. Los boticarios preparaban los compuestos a ingerir por el enfermo. Las comadronas de además de asistir durante el parto se ocupaban de problemas ginecológicos, la asistencia medica durante el parto fue sin duda los mas habitual por ser un lugar prohibido por el hombre<sup>11</sup>.

#### Los Cuidados De Enfermería En La Edad Media

Se suele dividir la edad media en dos fases diferenciadas: la alta edad media (siglos V-X) y la baja edad media (siglos XI -XV) la alta edad media se inicia con la caída de roma (476 D.C) hecho que viene propiciado por una importante transformación cultural e ideológica, el cristianismo. Desde el punto de vista demográfico se produjo un fuerte descenso poblacional que pudo deberse a diversas causas: desastres, guerras y epidemias<sup>12</sup>.

La baja edad media empezó a partir de los siglos XI y XII se produjo el crecimiento y emancipación de las ciudades<sup>13</sup>.

La vida cotidiana y cuidados de salud en la edad media la realizaban las mujeres, nodrizas. Parteras, siervos, médicos, barberos y sangradores.

Las mujeres se dedicaban fundamentalmente a paliar las perdidas demográficas causadas por la actividad bélica continuada y las no menos frecuentes epidemias. La mujer seguía realizando las tareas domésticas y paradomésticas, el cuidado de enfermos y niños, la alimentación de los miembros de la familia<sup>14</sup>.

Las nodrizas continuaban desempeñando un papel crucial en la lactancia-crianza de los niños y solo las mujeres muy pobres daban el pecho a sus hijos, luego actuaban como educadoras o institutrices de los niños<sup>15</sup>.

Las esclavas realizaban tareas domésticas y cuidaban enfermos y heridos.

Una de las parteras más importante de este periodo es Trotula a quien se le atribuye la autoría de una obra de obstetricia y ginecología correspondiente al siglo XI<sup>16</sup>.

En las ciudades donde había cirujanos barberos, las comadronas tenían la obligación de llamarlos ante cualquier dificultad que surgiera durante el parto. La tarea de estos cirujanos era de extraer al niño con instrumentos quirúrgicos<sup>17</sup>.

---

<sup>11</sup> Op cit. Pág. 252

<sup>12</sup> Idem.

<sup>13</sup> Op cit. Pág. 249

<sup>14</sup> Idem.

<sup>15</sup> Idem

<sup>16</sup> Op cit. Pág. 250

<sup>17</sup> 251

Otra figura habitual en la asistencia a los partos eran las viudas, las cuales fueron autorizadas por la iglesia para que asistieran a los partos o cuidaran enfermos<sup>18</sup>.

Durante toda la edad media realizaban sus actividades el barbero y el maestro sangrador. El barbero lavaba la cabeza y cortaba el pelo a sus clientes, preparaba y colocaba emplastos y curas, el maestro sangrador, por su parte, revisaba el trabajo del barbero y, además, aplicaba ventosas, daban masajes y reducía dislocaciones<sup>19</sup>.

Los médicos seguían combatiendo remedios naturales con consejos morales.

Durante las Cruzadas, algunas órdenes militares de caballeros también ofrecían enfermerías, y la más famosa era la de los Caballeros Hospitalarios (también conocida por los Caballeros de san Juan de Jerusalén). En países budistas los miembros de la orden religiosa Shanga han sido tradicionalmente los encargados de los cuidados sanitarios. En Europa, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada sólo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte<sup>20</sup>.

## Época Moderna

El final del primer decenio del siglo XVIII, fue un periodo de reforma en los servicios de enfermería de Estados Unidos y Canadá. Se fundaron varias escuelas de enfermería con programas educativos organizados y varios graduados se convirtieron en los primeros líderes de la profesión<sup>21</sup>.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX<sup>22</sup>. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en Kaiserswerth, Alemania, a cargo del pastor Theodor Fliedner para la Orden de Diaconisas Protestantes. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera arreglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale. Su experiencia en Kaiserswerth le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de Florence Nightingale transformó la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida<sup>23</sup>.

---

<sup>18</sup> Idem.

<sup>19</sup> Idem.

<sup>20</sup> Idem.

<sup>21</sup> Idem.

<sup>22</sup> Op cit. Pág. 251

<sup>23</sup> Op cit Pág. 252

## 2. CUIDADO

### 2.1 Concepto

El cuidado es el Mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación, el cuidado representa 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.

El papel de la enfermera ha formado parte de aquellas actividades que respetan la dignidad del individuo y que suelen llamarse "actuaciones maternas" de la enfermería. El objetivo principal de la enfermería es coincidir en la interpretación de lo que es importante y prestar el apoyo adecuado. La enfermera atiende al paciente apoyándole con actitudes y comportamientos que demuestran lo que le preocupa su bienestar y acercándole como persona, no solo como un ser mecánico. Sin embargo, la presentación de estos cuidados implican conocimientos y sensibilidad sobre los asuntos que más importan al cliente<sup>24</sup>.

"El cuidado es esencial para el ejercicio eficaz de la enfermería. La enfermería nunca puede reducirse a la mera técnica y al conocimiento científico, por que el humor, el enojo, el cariño, la administración de medicamentos e incluso la enseñanza del paciente tiene distintas consecuencias en un contexto cuidador frente a otro que no lo es"<sup>25</sup>. El cuidado es fundamental en la mayoría de las actividades de la enfermería y es un atributo esencial en la enfermera experta.

### 2.2 Antecedentes Históricos De Los Cuidados En México

#### Época Precortesiana

En México las prácticas médicas habían alcanzado un alto grado de adelanto. Los trabajos de Monardes introdujeron la medicina azteca en Europa<sup>26</sup>.

La terapéutica azteca utilizaba mas de 1200 plantas medicinales, cuyas propiedades laxantes, diuréticas, hemostáticas, antipiréticas, analgésicas, antiespasmódicas, etc. Los nativos tenían perfectamente estudiadas y conocidas. Asimismo, los conocimientos sobre los narcóticos que tenían los aztecas eran superiores a los que se tenían en la Europa del siglo XVI<sup>27</sup>.

Los aztecas eran grandes maestros; se sabe que a los prisioneros y esclavos que iban a ser sacrificados en Huitzilopochtli, se les narcotizaba conseguían adormecerlas facultades mentales sin afectar la fuerza muscular, de tal modo que las victimas subían por si solas a las graneras. A los heridos, después de

---

<sup>24</sup> Colliere, Promover la Vida, Pág. 7

<sup>25</sup> García, Op cit Pág. 350

<sup>26</sup> Idem.

<sup>27</sup> Op cit Pág. 356

asearles sus heridas, les aplicaban extractos de plantas con propiedades astringentes y mitigantes del dolor<sup>28</sup>.

Indiscutiblemente la figura principal en la familia de los aztecas fue la partera, que se ocupaba de la atención de la madre desde el momento que se consideraba embarazada y al hijo, no sólo durante el parto, sino durante los primeros meses del niño<sup>29</sup>.

### Época Colonial

Con los primeros conquistadores en la nave de Cortés, vino una matrona, Isabel Rodríguez, quien le tocó asistir a los heridos de Zempoala y Cholula esta valiosa mujer, además de atender a heridos, peleaba y hacía guardias con los soldados<sup>30</sup>.

En 1524, tres años después de la conquista, se fundó el "Hospital de la inmaculada concepción", hoy en día conocido con el nombre de "Hospital de Jesús". Vinieron después, en larga lista, numerosos hospitales esparcidos por todo el país y en la capital, tales como el Hospital del amor de Dios o de Bupas, fundado en 1540 por el Obispo Fray Juan de Zumárraga. En 1531, Don Vasco de Quiroga fundo en Santa Fe de Tacubaya la primera casa-cuna que hubo en el continente<sup>31</sup>.

El Hospital Real de los Indios, exclusivamente para los indígenas fue fundado por el Virrey Don Luis de Velasco. En 1556, Bernardino Álvarez, fundó el Hospital de San Hipólito, siendo con ello México, una de las primeras ciudades en el mundo que hayan contado con una casa especial para enfermos mentales<sup>32</sup>.

El 1804, Carlos IV mandó al cirujano Francisco Javier Balmis con 50 niños para tomar vacuna e inocularla de brazo a brazo contra la viruela; estos niños iban al cuidado de la Enfermera Isabel de Cendala. El Dr. Balmis propagó dicha vacuna por el país y se llevo 40 niños de México a las Filipinas para vacunar de brazo a brazo. Estos niños fueron también al cuidado de la misma Enfermera Isabel, la que después regresó a México, puede ser considerada como la primera enfermera sanitaria de Iberoamérica<sup>33</sup>.

### Guerra De Independencia

Durante este largo periodo, había tres hospitales instalados, uno en San Diego, otro en Buenavista y el tercero en la Plaza. Doña Josefa Ortiz de Domínguez y Doña Leona Vicario dieron heroico ejemplo en la atención a los enfermos durante la guerra de independencia<sup>34</sup>.

---

<sup>28</sup> Op cit. Pág. 356

<sup>29</sup> Op cit. Pág. 357

<sup>30</sup> Idem.

<sup>31</sup> Op cit. Pág. 358

<sup>32</sup> Idem.

<sup>33</sup> Op cit. Pág. 359

<sup>34</sup> Op cit. Pag. 360

Los establecimientos hospitalarios de México, continuaban en la decadencia en el año de 1812, por circunstancias económicas. La llegada de un grupo de religiosas dedicadas a la administración de institutos benéficos despertó gran entusiasmo, fueron infatigables para conseguir recursos y administrar hospitales<sup>35</sup>.

### Época De La Revolución

Las mujeres mexicanas se introdujeron en los campos de batallas a proporcionar atención, cariño y consuelo a los caídos, soportando la sed, el hambre y los desvelos. Sabían adaptarse a las condiciones del momento, en que se carecía de todo lo necesario para proporcionar a los enfermos el debido cuidado<sup>36</sup>.

En el año de 1911 se crea el Instituto Cruz Blanca Neutral, cuyo principal objetivo era de prestar auxilio a los heridos de ambos bandos en el campo revolucionario<sup>37</sup>.

### Época Moderna

Hacia fines del siglo XIX se impartían cursos de capacitación, proporcionándose a las estudiantes uniformes, cofias, delantales, tijeras y alfileros, (los uniformes eran rayados de azul y blanco)<sup>38</sup>.

Por sus servicios, aquellas recibían un sueldo al mes. Entraban a servicio a las ocho de la mañana, en la clínica de consulta externa, que se encontraba situada en la Avenida Juárez hoy de la independencia.

También prestaban servicios en el Hospital que ocupaba la manzana donde estaba el Hotel del prado el cual se cayó en el sismo de 1985. Había en este hospital una sala de maternidad.

Al año y medio, pasaron las estudiantes al Hospital de San Andrés, donde permanecieron un año y medio, pasaron luego al Hospital General.

Desde 1900, el Doctor Eduardo Liceaga, entonces director de los servicios médicos de hospicio, maternidad y consultorio, se acercó al presidente Don Porfirio Díaz para pedirle autorización de establecer una escuela de enfermería en México<sup>39</sup>. Y surgió de nuevo la escuela, posteriormente: y el Dr. Rafael Sauza secretario del Dr. Liceaga, se encargó de reclutar señoritas para la escuela. Los estudios duraban dos años y para ingresar se exigía haber cursado hasta cuarto año de primaria.

---

<sup>35</sup> Op cit. Pág. 360

<sup>36</sup> Idem.

<sup>37</sup> Op cit. Pág.342

<sup>38</sup> Op cit. Pág. 343

<sup>39</sup> Idem.

## Momento Actual

En la actualidad, los términos enfermería, cuidado, disciplina, enfermera y profesión están siendo utilizados de forma regular para referirse a lo que las enfermeras hacen en la práctica diaria.

El saber enfermero se configura como un conjunto de conocimientos; riguroso y sistemático, sobre una materia concreta de la ciencia: cuidado<sup>40</sup>.

En definitiva el cuidado es la causa o motivo de la acción profesional enfermera. Esta causa es la que debe ser percibida con claridad por los usuarios de los servicios que presta enfermería en el contacto de la atención a la salud.

El cuidar es una actividad que ha existido desde el inicio de la humanidad pues es algo innato y fundamental en la vida de que el cuidado a otras está haciendo enfermería<sup>41</sup>.

El cuidado prestado desde la óptica profesional es diferente. La forma organizada de cuidar constituye una disciplina humanística y sanitaria, que utiliza conocimientos de las ciencias físicas, biológicas y sociológicas.

El cuidado es el objeto de la enfermería, y aunque no exista alguna definición precisa y generalizada sobre ella, si se ha descrito su naturaleza, su esencia, sus propiedades y sus características, todo lo cual permite analizar el cuidado de enfermería con identidad diferenciada, aunque igual que otras estructuras dinámicas, está en constante interacción con el ambiente en que se desarrolla<sup>42</sup>.

A través de la historia, los científicos se han enfrentado a la producción de una multiplicidad de paradigmas (construcción teórica que explica los hechos particulares de una disciplina) que sin embargo ha llevado a pensar que existe un método válido para todas las disciplinas, independientemente cual sea su objeto de estudio<sup>43</sup>.

Su principal objetivo era la predicción y no la explicación de los fenómenos, que la información obtenida de los pacientes era subjetiva, que el reto no era el planteamiento de una hipótesis, sino la incorporación del mejor procedimiento para enriquecer el juicio clínico y que el método debía ser la observación<sup>44</sup>.

---

<sup>40</sup> Colliere, Op cit. Pàg. 7

<sup>41</sup> Idem.

<sup>42</sup> Idem.

<sup>43</sup> Alonso, José Antonio. Metodología, Pág. 34

<sup>44</sup> Idem.

### 3. PARADIGMA

Es la ordenación sistemática y coordinada de sus conocimientos que conduzca a una explicación mas completa y autónoma de la función y actividad enfermera, actúan como una unidad capsulante dentro de las cuales las estructuras mas restringidas se desarrollase en el consenso mas amplio de la disciplina proporciona parámetros generales del campo y da a los científicos una amplia orientación hacia su trabajo<sup>45</sup>.

#### 3.1 Metaparadigma

Principios y leyes que gobiernan el proceso de vida, bienestar y funcionamiento. Patrones de la conducta humana, totalidad de salud de los seres humanos<sup>46</sup>.

Fenómenos de interés para enfermería representado por 4 conceptos:

- Persona: es la unidad esencial humana del cuerpo y del espíritu como ser individual<sup>47</sup>.
- Entorno: es un conjunto de relaciones entre el mundo natural y los seres vivientes, que influye sobre la vida y el comportamiento del propio ser, de tal manera que este representa para el individuo un espacio vital, su mundo único del cual puede salirse y ser capaz de adaptarse en cualquier momento<sup>48</sup>.
- Salud: es una dimensión que se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, es principio y motor de la vida y no puede ser absoluta por que es inseparable del ambiente social y ecológico de la comunidad, el cual es esencialmente variable debido a la actividad del hombre. Es un proceso vital que se genera por la naturaleza y esencia del hombre en sus necesidades ecológicas y de especie y en la estructura y funcionamiento de las sociedades humanas<sup>49</sup>.
- Cuidado: mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación, el cuidado representa 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<sup>50</sup>.
- Enfermería: disciplina cuyo objeto de estudio es el cuidado a la salud de la persona sana o enferma, en su dimensión holística con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida<sup>51</sup>.

---

<sup>45</sup> Feinsein. La Arquitectura de la Investigación Clínica, Pág. 27

<sup>46</sup> Op cit. Pág. 28

<sup>47</sup> Op cit. Pág. 29

<sup>48</sup> Op cit Pág. 31

<sup>49</sup> Idem.

<sup>50</sup> Colliere, Op cit, Pág. 7

<sup>51</sup> Op cit. Pág. 32

#### 4. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Definió conceptualmente el papel de la enfermera como el cuidado complementario adicional prestado a individuos enfermos o sanos. "La enfermera debe de ser una compañera del paciente, una ayudante del mismo y, si es necesario, quien le sustituya. La prioridad de la enfermera es ayudar a las personas y a sus familiares a conseguir la independencia para cubrir las catorce necesidades que son fundamentales"<sup>52</sup>.

##### 4.1 Antecedentes Personales y Profesionales

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Aunque oriunda de Kansas City Missouri, Henderson pasó su infancia y adolescencia en Virginia, ya que su padre era abogado de Washington D.C.<sup>53</sup>.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrollo su interés por la enfermería y en 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Henderson se graduó en 1921 aceptando un puesto de enfermería en el Herry Street Visiting Nurse Service de Nueva York<sup>54</sup>.

En 1922 inició su actividad como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años mas tarde ingresó en el Teacher´s Collage de la Universidad de Colombia, donde obtuvo los títulos B.S y M.S. en formación de enfermería. En 1929 Henderson trabaja como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York<sup>55</sup>.

Henderson tiene en su haber una larga carrera de autora e investigadora.

Durante su estancia en el Teacher´s Collage, rescribió la cuarta edición de la obra de Bertha Harmer, *Textbook of the principles and practice of nursing*. Tras la muerte de la autora, siendo publicada esta edición en 1939. La quinta edición de este libro de texto se publicó en 1955 y contenía la definición de Henderson sobre la enfermería.

Su libro, *The Nature of Nursing*, se publicó en 1966, y en el describía su concepto de la función única y primaria de la enfermería. Ha sido redactado en 1991 por la National League of Nursing.

Su influencia y logros conseguidos en la profesión de enfermería le han reportado al menos nueve investiduras como Doctor Honoris causa y el primer premio Christiane Reimann. En la convención de la American Nurses Association, recibió una mención honorífica especial por las contribuciones que ha realizado durante toda su vida a la investigación, formación y desarrollo profesión de la enfermería<sup>56</sup>.

Henderson define al cuidado como la asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por si misma por falta de fuerza, de

---

<sup>52</sup> Marriner, A. Modelos y Teorías en Enfermería, Pág. 102

<sup>53</sup> Idem.

<sup>54</sup> Op cit. Pág. 103

<sup>55</sup> Idem.

<sup>56</sup> Idem.

voluntad o de conocimientos con el fin de conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales

Define a la persona como un ser biológico, psicológico y social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales, menciona que la salud es la capacidad de actuar de forma independiente en relación con las catorce necesidades fundamentales. Y el entorno es un factor externo que actúa de manera positiva o negativa.

## 4.2 Las Catorce Necesidades Fundamentales

### 4.2.1 Necesidad de oxigenación

Promover la salud y la vida, conservando la función respiratoria en óptimas condiciones.

La respiración es la función por medio de la cual el organismo absorbe del exterior, el oxígeno necesario para el sostenimiento de la vida y elimina del interior los gases nocivos para la misma.

El intercambio gaseoso en el acto de la respiración se realiza a dos niveles, el primero entre el organismo y el medio ambiente, y el segundo al interior del organismo entre las células de los tejidos y la sangre<sup>57</sup>.

### 4.2.2 Necesidad de nutrición e hidratación

Conservar la salud mediante la ingestión diaria de una dieta y aporte de líquidos adecuados.

La digestión es el proceso mediante el cual las moléculas de las sustancias nutritivas se convierten en moléculas más sencillas. Para la absorción comprende una fase mecánica y una fase química.

Fase mecánica: los alimentos se humedecen en la boca por medio de la saliva y mediante la masticación se trituran y muelen para formar el bolo alimenticio que, al pasar por las partes del tubo digestivo, continua siendo agitada y preparada para recibir una acción de los jugos digestivos.

Fase química: los fermentos digestivos o enzimas atacan los nutrientes desdoblándolos para convertirlos en moléculas más sencillas, al grado que se pueda efectuar la absorción del intestino delgado. Mediante la absorción, los nutrientes pasan desde el intestino delgado al torrente sanguíneo, mediante un complicado mecanismo físico-químico<sup>58</sup>.

---

<sup>57</sup> M. de Jesús, García González, el proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson, Pág. 55

<sup>58</sup> Op cit. Pág. 68

#### 4.2.3 Necesidad de eliminar los desechos corporales

Mantener la salud, mediante la práctica de medidas para conservar en condiciones óptimas la función de eliminación.

Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizables<sup>59</sup>.

#### 4.2.4 Necesidad de moverse y mantener una adecuada postura

Mantener la salud, mediante la puesta en práctica de actividades para conservar una buena postura y la capacidad de movimiento.

El ejercicio físico ayuda a mantener un corazón saludable porque hace que aumente la circulación coronaria, y las fibras del miocardio se contraen con mayor fuerza para aumentar el gasto cardíaco<sup>60</sup>.

#### 4.2.5 Necesidad de dormir y descansar

Promover la salud reforzando los hábitos higiénicos que favorecen el sueño e el descanso para recuperar plenamente las energías perdidas en el trabajo diario.

El sueño es el estado de inconciencia del que se puede sacar a una persona por medio de estímulos apropiados. El sueño se caracteriza por una mínima actividad física; niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos corporales y disminución de la respuesta a los estímulos externos<sup>61</sup>.

#### 4.2.6 Necesidad del uso de prendas de vestir adecuados

Mejorar el estado de salud del organismo, mediante el uso de ropa y calzado adecuados que eviten deformidades y proporcionen comodidad.

El arreglo personal anima a los pacientes y ayuda a mejorar su estado de ánimo.

#### 4.2.7 Necesidad de termorregulación

Promover la salud, mediante la puesta en práctica de actividades para mantener la temperatura dentro de las cifras normales.

La temperatura corporal es el grado de calor que mantiene el organismo en un momento dado. La temperatura corporal es el equilibrio entre el calor producido por el organismo como resultado de la oxidación de los alimentos, el calor que recibe el medio ambiente, y el calor que pierde en la transpiración, la respiración y la excreción principalmente<sup>62</sup>.

---

<sup>59</sup> Op cit. Pág. 97

<sup>60</sup> Op cit. Pág. 191

<sup>61</sup> Op cit. Pág. 128

<sup>62</sup> Op cit. Pág. 119

#### 4.2.8 Necesidad de higiene y protección de la piel

Promover la salud, mediante la práctica de actividades para proteger la integridad de la piel y conservarla en óptimas condiciones.

La higiene corporal es una de las formas más sencillas de conservar la salud física y proporcionar bienestar.

#### 4.2.9 Necesidad de seguridad y de evitar los peligros

Promover la salud, mediante la práctica de medidas para evitar riesgos de enfermedad y morir.

Los accidentes resultan un gran problema social, económico y de salud; son causa de un considerable porcentaje de pérdidas humanas, de invalidez y de disminución de las horas de trabajo efectivas de personas en edad productiva, lo que afecta en la economía familiar y nacional<sup>63</sup>.

#### 4.2.10 Necesidad de comunicarse

Tener una relación de ayuda con el paciente que evite las barreras de la comunicación, con una actitud que le inspire confianza para comunicar sus temores, necesidades y opiniones.

Prestar una atención individualizada al paciente mediante la práctica de una buena comunicación.

La comunicación es un proceso a través del cual se transmiten y reciben emociones e informaciones entre personas y grupos de personas, comprende todos los mecanismos por medio de los cuales una persona se relaciona con otra persona<sup>64</sup>.

#### 4.2.11 Necesidad de vivir según creencias y religión

Atender las necesidades espirituales de los pacientes considerándolos como unidades con componentes materiales y espirituales.

Facilitar a los pacientes las condiciones necesarias para la práctica de su fe, según las necesidades espirituales determinadas para el curso de su enfermedad.

---

<sup>63</sup> Op cit Pág. 149

<sup>64</sup> Op cit. Pág. 212

#### 4.2.12 Necesidad de trabajar y realizarse

Ayudar al paciente a iniciar el proceso necesario para el cambio de trabajo o de actividad.

Avanzar en el conocimiento personal de las motivaciones que influyen para la elección del trabajo.

Trabajar es una necesidad básica del ser humano, es una forma de auto-expresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad creadora. Esta necesidad pide, como requerimiento fundamental para su satisfacción, el hecho de que la tarea que se realiza esta de acuerdo con: la vocación, capacidad, actitudes, intereses y carácter de la persona que lo realiza, de lo contrario se convierte en algo desagradable que la persona trata de evitar<sup>65</sup>.

#### 4.2.13 Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Aprovechar el periodo de rehabilitación para aprender habilidades manuales que puedan servir como actividades recreativas, y como ejercicio mental y físico.

La recreación es una necesidad básica para todo ser humano en cualquier etapa de la vida<sup>66</sup>.

#### 4.2.14 Necesidad de aprendizaje

Fomentar el aprecio del valor a la salud, mediante la difusión de conocimientos básicos al paciente, familia y comunidad, recomendando la practica de medidas, para la promoción y protección de la salud, así como la atención oportuna en caso de enfermedad.

### 5. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

#### 5.1 Concepto

Método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que, cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud<sup>67</sup>.

El proceso de enfermería identifica la secuencia de acontecimientos dividida en 5 partes, que la enfermeras realizan con el paciente en el diagnostico y tratamiento de las respuestas humanas.

---

<sup>65</sup> Op cit. Pág. 296

<sup>66</sup> Op cit. Pág. 275

<sup>67</sup> Beare, P. Enfermería. Principios y Practica, Fundamentos en el Cuidado del Adulto. Pág. 76

## 5.2 Antecedentes Históricos del Proceso Atención de Enfermería

Antes de que se desarrollara el proceso de enfermería, las enfermeras tendrían que ofrecer los cuidados que se basaban en prescripciones medicas y se centraban en las condiciones específicas de la enfermedad mas que en la persona a la que se cuidaba, el ejercicio de la enfermería que se ofrecía estaba guiado por la intuición mas que por el método científico<sup>68</sup>.

Paplau, H. en 1952 identificó cuatro fases en las relaciones interpersonales: orientación, identificación, exploración y resolución. Estas fases son secuenciales y se ocupan de las relaciones mutuas de carácter terapéutico entre las personas<sup>69</sup>.

En 1955 Hall creo el terminó de Proceso de Atención de Enfermería como "quehacer a la profesión"<sup>70</sup>.

Wiedenback en 1961 enuncia tres componentes del proceso de enfermería; Observación, prestación de ayuda y validación, apoyado por Jonson y Orlando<sup>71</sup>.

En 1965 V. Henderson describió las fases del cuidado personal enfermero como: evaluación de los comportamientos y las situaciones, reconocimiento de los sistemas físicos: diagnóstico, planificación, identificación de las necesidades y coordinación del régimen cliente a través de todas las fases del cuidado<sup>72</sup>.

En 1967 Yura y Walsh proponen 4 fases del proceso de atención de enfermería: valoración, planificación ejecución y evaluación<sup>73</sup>.

En ese mismo año Knowles menciona 5 fases: descubrir, investigar, decidir (planificación, hacer (ejecución) y distinguir (evaluación).

Bloch (1974), Roy (1975) Mundinger y Juavon (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase de diagnostico<sup>74</sup>.

## 5.3 Etapas Del Proceso De Atención De Enfermería

### 5.3.1 Valoración

El primer paso en la aplicación del proceso de enfermería es la valoración o recolección de información. La obtención de esta información requiere que la enfermera sea capaz de ver más allá de las obvias señales e indicios y de buscar sistemáticamente nueva información concerniente al estado de salud del paciente. El estado de salud alude al grado en que las necesidades

---

<sup>68</sup> Op cit. Pág. 77

<sup>69</sup> Idem.

<sup>70</sup> Kozier, Op cit. Pág. 117

<sup>71</sup> Op cit. Pág. 118

<sup>72</sup> Beare, Op cit. Pág. 94

<sup>73</sup> Op cit. Pág. 119

<sup>74</sup> Idem.

humanas individuales están satisfechas, es decir, la medida en que un individuo esta sano o enfermo.

La valoración comprende las condiciones fisiológicas, sociológicas, psicológicas y culturales del individuo. Inicialmente el centro de atención lo constituye la observación cuidadosa y la documentación y el registro precisos de las alteraciones de la salud en razón de las cuales el individuo busca atención<sup>75</sup>.

Con el interrogatorio dirigido la enfermera comienza por aclarar la intención de la entrevista. Este enfoque aporta el motivo de las preguntas y dirige al paciente hacia áreas de interés específicas.

Además de obtener información exacta, debe diferenciar cuidadosamente los datos subjetivos y objetivos.

Los datos subjetivos: son las informaciones que proporciona el paciente y están constituidos por sus propias percepciones de su estado de salud.

Los datos objetivos: son los que el examinador mediante el interrogatorio, las técnicas del examen físico, las pruebas de laboratorio u otras medidas fisiológicas, pueden ser medidas u observadas por los profesionales de la salud<sup>76</sup>.

### 5.3.2 Diagnóstico

Es el nombre o denominación diagnóstica atribuida a juicios clínicos consecutivos a la aplicación del proceso de enfermería los problemas de salud del paciente<sup>77</sup>.

El diagnóstico de enfermería significa un sistema de denominaciones diagnósticas, es decir, un esquema de clasificación de las alteraciones de la salud, y el proceso mínimo de determinación de una denominación diagnóstica<sup>78</sup>.

El diagnóstico tiene tres componentes denominados formato PES; Problema de salud (P), factores etiológicos o relacionados (E) y características distintivas o conjunto de signos y síntomas (S). El formato PES descrito por Gordon se utiliza para redactar un informe para el diagnóstico final<sup>79</sup>.

### 5.3.3 Planificación

El tercer paso del proceso de enfermería consiste en la planificación de la atención. Luego de que la enfermera ha obtenido los datos de la valoración y ya lo ha interpretado y convertido en diagnósticos de enfermería. El siguiente paso consiste en delinear un plan para la acción.

---

<sup>75</sup> Idem.

<sup>76</sup> Op cit. Pág. 78

<sup>77</sup> Op cit. Pág. 79

<sup>78</sup> Op cit. Pág. 80

<sup>79</sup> Idem.

La planificación es el paso del proceso de enfermería en que la enfermera elige la mayor manera de prestar atención organizada, dirigida hacia una meta y diseñada con un criterio individual.

La planificación de la atención implica establecer prioridades, determinar los resultados que se esperen, identificar las acciones e intervenciones de enfermería y documentar el plan asistencial<sup>80</sup>.

#### 5.3.4 Ejecución

La cuarta fase del proceso de enfermería, la ejecución es el paso en el que se presta realmente los cuidados. La ejecución requiere de parte de la enfermera el seguimiento de todas las fases del proceso. Mientras presta cuidados, la enfermera también lleva a cabo evaluaciones adicionales; los datos obtenidos se emplean como base para la identificación de otros diagnósticos y sirven como fuente para la modificación de los resultados y las intervenciones existentes<sup>81</sup>.

#### 5.3.5 Evaluación

La última fase del proceso de enfermería es la evaluación. Señala más bien el comienzo del proceso de enfermería que su final. Es decir, la fase de evaluación se considera como un nuevo ciclo o como un nuevo comienzo del proceso.

La evaluación sirve como una medida o indicador del proceso del paciente hacia la obtención de las metas formuladas<sup>82</sup>.

---

<sup>80</sup> Op cit. Pág. 82

<sup>81</sup> Op cit. Pág. 83

<sup>82</sup> Op cit. Pág. 84



## 6.1 OBJETIVO GENERAL DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

Proporcionar atención de Enfermería individual, oportuna y eficaz a una paciente adolescente con deterioro en la movilidad, higiene y protección de la piel con base en el modelo de Virginia Henderson.

### 6.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar los problemas de salud actual o potenciales que están sujetos a resolución por medio de acciones de enfermería.

Estructurar los diagnósticos de enfermería a partir de la valoración de las necesidades, tendientes a reducir o eliminar los problemas detectados.

Aplicar el plan de atención, a través de las intervenciones de enfermería.

Brindar cuidados específicos al paciente adolescente con tumor de células gigantes con deterioro en las necesidades de movilidad, higiene y protección de la piel.

Proporcionar apoyo emocional para prevenir que trasciendan los problemas psicológicos.

Contribuir a su integración a su entorno familiar y social.

Determinar las respuestas de la paciente adolescente a las intervenciones de enfermería y a la extensión con que se han logrado las metas.

## 6.2 PADECIMIENTO ACTUAL

### Tumores De Células Gigantes

#### 6.2.1 Concepto

El tumor de células gigantes es una lesión epifisaria destructiva agresiva caracterizada por la presencia de abundantes células gigantes multinucleadas<sup>83</sup>.

Los tumores de células gigantes representan un 5% de las neoplasias óseas. Típicamente se dan entre 20 -40 años, y hay un ligero predominio femenino. La localización más frecuente de este tumor es en la porción distal del fémur, seguido muy de cerca por la extremidad proximal de la tibia. En la porción distal del radio, estos tumores suelen ser muy agresivos<sup>84</sup>.

Los tumores de células gigantes suelen ser lesiones solitarias, estos tumores son típicamente benignos. La mayoría de los pacientes con tumores de células gigantes tienen dolor progresivo que puede estar inicialmente relacionado con la actividad y más tarde se hace evidente incluso en reposo. El dolor rara vez es incapacitante excepto si se produce una fractura patológica<sup>85</sup>.

#### 6.2.2 Fisiopatología

Los pacientes con tumores sólidos tienen deficiencias inmunitarias primarias con menor frecuencia, pero otros factores afectan sus funciones inmunitarias y hematopoyéticas. La edad avanzada, el estrés, y la desnutrición obstaculizan la producción de eritrocitos y leucocitos, los cuales son necesarios para conservar la función normal de estos sistemas. Los efectos inmunosupresores secundarios incluyen granulocitopenia, trombocitopenia y anemia. Cada una de estas sucede como resultado de supresión de la médula ósea relacionada con la quimioterapia o radioterapia que involucra a los huesos largos o grandes áreas de la superficie corporal<sup>86</sup>.

También puede haber anemia después de la pérdida sanguínea durante los procedimientos quirúrgicos para extirpar tumores, o cuando están presionando los vasos sanguíneos ocasionando erosión y hemorragia. La anemia conduce a complicaciones respiratorias o circulatorias; estas resultan de la disminución de la capacidad e transporte de oxígeno por la sangre.

Además de ser inmunosuprimidos, a menudo los pacientes con cáncer tienen alteraciones en los mecanismos de defensa mecánicos y químicos en contra de otros microorganismos en el ambiente. La piel y las membranas mucosas intactas normalmente proporcionan una barrera física para prevenir la entrada y colonización de los microorganismos. Los procedimientos quirúrgicos y percutáneos rompen la barrera proporcionada por la piel intacta. La

---

<sup>83</sup> R. Fitzgerald, Ortopedia, Pág. 1162

<sup>84</sup> Campbell, Cirugía Ortopédica, Pág. 813

<sup>85</sup> Idem.

<sup>86</sup> Op cit. Pág. 814

quimioterapia y la radioterapia también afectan la barrera de la piel y de las membranas mucosas<sup>87</sup>.

La granulocitopenia y el trastorno químico y físico de las barreras, colocan al paciente en riesgo de infección. Las infecciones en los enfermos con cáncer, por lo general se originan en uno de cinco sitios: parte baja de las vías respiratorias, zona perianal, faringe, vías genitourinarias, piel y tejido subcutáneo. La mayor parte de las infecciones surgen en la microflora normal del paciente. Si no se reconoce o identifica de manera temprana la infección, o si no reacciona al tratamiento, puede ocurrir septicemia con choque séptico o sin él. La septicemia es un estado en el que los microorganismos invaden el torrente circulatorio. El choque séptico es una consecuencia de la septicemia que amenaza la vida<sup>88</sup>.

### 6.3 Tumor De Células Gigantes En Cadera

La destrucción ósea se caracteriza por estar dentro del hueso esponjoso con una reacción perióstica mínima<sup>89</sup>.

#### 6.3.1 Manifestaciones Clínicas<sup>90</sup>

- Asintomático
- tiene inicialmente un crecimiento acelerado del tumor
- posteriormente hay dolor, rubor y calor en la región afectada.
- El estreñimiento puede ser causado por analgésicos, inmovilidad y una mala nutrición.
- La movilidad limitada impuesta por la debilidad impide la actividad muscular, lo que disminuye el retorno venoso y linfático.
- Fracturas patológicas son los hallazgos más frecuentes.

#### 6.3.2 Factores De Riesgo Intrínsecos

##### Vigilancia inmunitaria

La función del sistema inmunitario es proteger al organismo de los factores y de las células no propias. Estas incluyen a las células que se generan en el organismo pero que están alteradas, es decir, las células cancerosas. La parte del sistema inmunitario que tiene la mayor responsabilidad para la protección contra el cáncer es la inmunidad mediada por células. De las células que están involucradas en esta inmunidad, las células naturales asesinas son las más importantes para la vigilancia inmunitaria. Cuando una célula asesina reconoce

---

<sup>87</sup> Idem.

<sup>88</sup> Campbell, Op cit. Pág. 592

<sup>89</sup> Fitzgerald, Op cit. Pág. 1246

<sup>90</sup> Idem.

a una célula como no propia, se une a su membrana y libera varias enzimas lisosomales dentro de la invasora y luego la libera. Las enzimas, dentro de la célula blanca, digieren los componentes esenciales y esta rápidamente se autodestruye. También se ha dicho que las células asesinas liberan una sustancia llamada factor citotóxico asesino, que es un citotóxico directo para las células blanco<sup>91</sup>.

El hecho de que el sistema inmunitario sea el instrumento para la protección del organismo en contra del cáncer. Se cree que el sistema inmunológico es capaz de reconocer algunas formas de células malignas y producir células capaces de destruirlas. Algunas enfermedades o procesos que conducen a una situación de déficit del sistema inmunológico son la causa del desarrollo de algunos cánceres. Esto sucede en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), en enfermedades deficitarias del sistema inmunológico congénitas, o cuando se administran fármacos inmunodepresores<sup>92</sup>.

### Predisposición genética

Al afirmar que algunos individuos en mayor peligro de padecer algún tumor o cáncer debido a la predisposición genética sólo quiere decir que heredado una cierta susceptibilidad transmitida según las leyes biológicas que controlan la herencia en las líneas de descendencia directas como los padres a hijos<sup>93</sup>.

### Edad

La susceptibilidad esta relacionado con la edad. Las personas menores de treinta años son poco susceptibles, pero el individuo con mayor edad esta cada vez con mayor susceptibilidad.

La edad avanzada de una persona es probablemente el factor de riesgo más significativo para el desarrollo del cáncer, el organismo ya no es capaz de reparar estas mutaciones, como sucede en los primeros años. También reduce la eficacia del sistema inmunitario en la población de ancianos.

Las manifestaciones del cáncer en las personas ancianas pueden pasarse por alto y atribuir las a los cambios que coinciden con el envejecimiento normal<sup>94</sup>.

### Raza

La incidencia del cáncer varía entre las razas. Los estadounidenses de raza negra tienen una alta incidencia para cáncer, en comparación con los caucásicos, y hay mayor mortalidad en las personas negras, los sitios que se ven afectados con mayor frecuencia en la población negra son: pulmón, próstata, colon, recto, esófago y cuello uterino. También se debe considerar que este comportamiento esta relacionado con la cultura, el grupo étnico, la localización geográfica, la dieta y factores socioeconómicos<sup>95</sup>.

---

<sup>91</sup> Idem.

<sup>92</sup> Campbell, Op cit. Pág. 595

<sup>93</sup> Griffiths, M. Oncología Básica, Pág. 12

<sup>94</sup> Idem.

<sup>95</sup> Campbell, Op Cit, Pág. 596

### 6.3.3 Factores De Riesgo Extrínsecos

#### Radiaciones

Las radiaciones ionizantes son uno de los factores causales más reconocidos. La radiación produce cambios en el ADN, como roturas o trasposiciones cromosómicas en las que los cabos rotos de dos cromosomas pueden intercambiarse. La radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un periodo de latencia de varios años. En este intervalo puede producirse una exposición a otros factores<sup>96</sup>.

#### Productos químicos

El proceso por el que los productos químicos producen cáncer ha sido ampliamente estudiado. Algunos actúan como iniciadores. Sólo se requiere una única exposición, pero el cáncer no aparece hasta pasado un largo periodo de latencia y tras la exposición a otro agente denominado promotor. Los iniciadores producen cambios irreversibles en el ADN. Los promotores no producen alteraciones en el ADN pero sí un incremento de su síntesis y una estimulación de la expresión de los genes. Su acción sólo tiene efecto cuando ha actuado previamente un iniciador, y cuando actúan de forma repetida. El humo del tabaco, por ejemplo, contiene muchos productos químicos iniciadores y promotores. La actuación del tabaco como promotor es tal, que si se elimina el hábito de fumar, el riesgo de cáncer de pulmón disminuye de forma rápida. El alcohol es también un importante promotor; su abuso crónico incrementa de manera importante el riesgo de cánceres que son inducidos por otros agentes, como el cáncer de pulmón en los fumadores. Los carcinógenos químicos producen también roturas y translocaciones cromosómicas<sup>97</sup>.

#### Factores ambientales

Se calcula que los factores ambientales son la causa del 80% de los cánceres. La relación causa efecto más demostrada es la del humo del tabaco, inhalado de forma activa o pasiva; es responsable de cerca del 30% de las muertes por cáncer. Los factores alimentarios pueden ser responsables de un 40%, pero la relación causal no está tan establecida, y no se conocen con exactitud los constituyentes de la dieta que son responsables. La obesidad es un factor de riesgo para algunos cánceres como los de mama, colon, útero y próstata. El alto contenido en grasa y el bajo contenido en fibra de la dieta se asocian con una alta incidencia de cáncer de colon. Al igual que ocurre con el alcohol, las grasas y la obesidad parecen actuar como promotores<sup>98</sup>.

---

<sup>96</sup> Idem.

<sup>97</sup> Campbell, Op cit. Pág. 597

<sup>98</sup> Idem.

## 6.4 Diagnóstico

- Examen físico
- Biopsia del sitio de la neoplasia
- Pruebas de laboratorio (biometría hemática, recuento plaquetario, electrolitos, pruebas de función hepática creatinina).
- Procedimientos de imágenes (radiológicos, gammagrafía ósea, serie ósea, tomografía, resonancia magnética)<sup>99</sup>.

## 6.5 Tratamiento

El tratamiento del tumor de células gigantes es quirúrgico. Consiste en el simple legrado de la lesión o si la lesión esta en el estadio 3 puede requerir una resección primaria después de la biopsia. En algunos casos se llega a utilizar la artroplastia o la artrodesis<sup>100</sup>.

La radioterapia debe ser reservada a los tumores excepcionales de acceso quirúrgico extremadamente difícil debido al riesgo de posterior malignización<sup>101</sup>.

La quimioterapia tiene un papel bien definido en el tratamiento de las neoplasias óseas, pero la quimioterapia es más efectiva cuando el tumor contra el que va dirigido es pequeño<sup>102</sup>.

### 6.5.1 Artroplastia

#### Concepto

Es una operación para devolver la vida una articulación y la función a los músculos, ligamentos y demás estructuras de tejidos blandos que controlan la articulación<sup>103</sup>.

Los objetivos de la artroplastia total de una articulación son: aliviar el dolor, proporcionar movilidad con estabilidad y corregir las deformidades.

#### Artroplastia De Cadera

Es un procedimiento reconstructivo de la articulación coxofemoral. Las indicaciones de la artroplastia total de cadera se debía al alivio del dolor o a mejorar la función de la cadera, actualmente esta indicada en los trastornos que afectan la articulación coxofemoral; artritis, necrosis vascular, tuberculosis, subluxación o luxación congénita, artrodesis y pseudoartrosis de cadera, reconstrucción fracasada, afectación por tumores óseos y trastornos hereditarios<sup>104</sup>.

---

<sup>99</sup> Griffiths, Op cit. Pág. 729

<sup>100</sup> Op cit. Pág. 746

<sup>101</sup> Silverman, F. Ortopedia y Traumatología, Pág. 210

<sup>102</sup> Griffiths, Op cit, Pág. 743

<sup>103</sup> Op cit. Pág. 223

<sup>104</sup> Op cit. Pág. 315

## Periodo Preoperatorio

La evaluación cuidadosa del paciente antes de la cirugía es importante, debido a la posibilidad de muchas complicaciones después de la operación. Determinar si el dolor es suficiente para justificar la operación. Valorar el estado general del paciente, para ver si tolera una cirugía mayor, durante la que se producirá una hemorragia significativa. Se debe evaluar es estado vascular periférico y en especial el estado vascular de la extremidad afectada.

Se debe erradicar las infecciones bacterianas cutáneas. La exploración física debe incluir la columna vertebral y las extremidades superiores e inferiores, se deben inspeccionar los tejidos blandos alrededor de la cadera en busca de cualquier inflamación o cicatriz en la zona donde se va a realizar la incisión. La palpación suave de la cadera y el muslo puede revelar áreas de hipersensibilidad. Es importante una buena valoración para tener los resultados positivos postoperatorios<sup>105</sup>.

## Periodo Postoperatorio

Las complicaciones médicas pueden aparecer después de cualquier procedimiento de reconstrucción articular. Las complicaciones más importantes incluyen las arritmias cardíacas, el infarto del miocardio, la tromboflebitis y el tromboembolismo pulmonar, así como complicaciones menores como atelectasia, anemia o infecciones de vías urinarias. Una buena valoración y tratamiento medico preoperatorios además de medidas profilácticas minimizaran la aparición de las complicaciones. En todas las artroplastias la mayor atención se presta a la prevención de infecciones.; uso de antibióticos profilácticos<sup>106</sup>.

### 6.6 Rehabilitación

Es el conjunto de procedimientos dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, vocacional, y educacional compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales. En contraste a la terapéutica médica clásica, la cual enfatiza el diagnóstico y tratamiento contra un proceso patológico, la rehabilitación produce múltiples intervenciones dirigidas a ambos: la causa y los efectos secundarios del daño y la enfermedad (Modelo Biopsicosocial)<sup>107</sup>.

La medicina del paciente discapacitado apunta a tres aspectos del proceso mórbido. Un primer aspecto que se refiere a las secuelas patológicas a nivel de un órgano, como por ejemplo pérdida de una extremidad o cierto déficit sensorial, es lo que llamamos la Deficiencia. Un segundo aspecto funcional, la Discapacidad, que es la restricción o ausencia (secundario a la deficiencia) de la habilidad de una persona para realizar una tarea o actividad dentro de un rango considerado humanamente normal (discapacidad de marcha, de

---

<sup>105</sup> Od cit. Pág. 317

<sup>106</sup> Idem.

<sup>107</sup> File://A:/. Fisiatría Medicina Física y Rehabilitación. Htm.

vestuario, de traslado, etc.). Un tercer aspecto social, que se refiere a la pérdida de roles en relación a la discapacidad (por ejemplo el rol laboral)<sup>108</sup>.

La meta de los programas de Rehabilitación es obtener el máximo nivel de independencia de sus pacientes, tomando en cuenta sus capacidades y aspiraciones de vida. Los métodos de manejo son los agentes físicos, los métodos de retroalimentación, infiltraciones, estimulación neuromuscular, ortesis, prótesis, prescripción de ejercicios terapéuticos, tecnología asistida, farmacoterapia específica, nutrición, otros<sup>109</sup>.

Los grandes problemas en rehabilitación son los cuidados primarios del paciente discapacitado, la rehabilitación del paciente pediátrico, los adultos y niños con discapacidades congénitas, la rehabilitación geriátrica, la espasticidad, la inmovilización, las alteraciones del movimiento, las escaras, la disfunción neurógena vesical e intestinal, discapacidad y sexualidad, emergencias en rehabilitación, problemas vocacionales. Los desórdenes específicos más relevantes en rehabilitación son la rehabilitación en enfermedad cerebrovascular, post TEC, esclerosis múltiple, lesión medular, pacientes oncológicos, rehabilitación cardiovascular, dolor crónico, amputados, parálisis cerebral, dolor lumbar, osteoporosis, artritis, enfermedad vascular periférica, quemados, medicina del arte y del deporte, desórdenes de trauma acumulativo, rehabilitación de los reemplazos totales de cadera y rodilla, rehabilitación de mano, etc.<sup>110</sup>.

## 6.7 Aspecto Psicosocial

La repuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y complejas. Los objetivos de la terapia del tumor van desde la curación de la enfermedad hasta la palidación de los síntomas. Por consiguiente, el grado de amenaza personal que experimenta en individuo y su capacidad posterior para adaptarse a afrontar la situación varían con el tiempo<sup>111</sup>.

El proceso de adaptación se caracteriza por una serie de transiciones en el conocimiento del curso de la enfermedad, las respuestas emocionales del individuo y la necesidad de los cambios en el estilo de vida hacen frente a las exigencias del tratamiento<sup>112</sup>.

Las estrategias de afrontamiento del paciente y la familia son:

- disminuir los comportamientos de evasión: es posible reducir la negación del problema mediante información apropiada.
- Confrontar la realidad: consiste en conocer y tratar de manera realista los resultados posibles.
- Mantener una comunicación abierta con los seres queridos.

---

<sup>108</sup> Idem.

<sup>109</sup> Idem.

<sup>110</sup> Idem.

<sup>111</sup> Kozier, Op cit. Pág. 450

<sup>112</sup> Idem.

- Aceptar el apoyo que se ofrece y utilizar los comportamientos afirmativos.
- Promover la moral mediante la autoconfianza, la persona busca actividades que tengan significado personal y reconoce que pueden presentarse limitaciones.
- El autoconcepto, a pesar de las limitaciones se mantiene el control.
- La esperanza, consiste en enorgullecerse de si mismo<sup>113</sup>.

## 6.8 Necesidades Básicas

### Necesidad de oxigenación:

La paciente no presenta dificultad para respirar ni dolor asociado con la respiración.

Presenta signos vitales; frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, tensión arterial 110/70mm Hg., frecuencia cardiaca 80 pulsaciones por minuto y temperatura 37.1°C. Palidez generalizada y tiene un llenado capilar de 3 seg.

### Necesidad de nutrición e hidratación:

Es una paciente posoperada de una cirugía de artroplastia total de cadera tolerando la vía oral adecuadamente.

Su dieta indicada es normal con abundantes líquidos.

Ha bajado de peso con la hospitalización.

Presenta palidez generalizada y mucosas orales semihidratadas, estado de la piel seca, cabello opaco y limpio, Uñas cortas, rosadas y limpias.

Con una química sanguínea de Glucosa 108 MG/DI., Urea 24mg/DI.

Creatinina 0.8 MG/DI.

Biometría hemática de Hemoglobina 7.9G/DI. Leucocitos 5.4 Eritrocitos 2.67b Hematocrito 22.6%

Electrolitos séricos de Cl. 111.3meq/l Na. 133.8 meq/l K 4.70meq/l Ca. 11.0 MG/DI.

Glucemia capilar: 108/mg/dl

### Necesidad de eliminación:

La eliminación urinaria esta presente con características de la orina normales, color amarillo ámbar con un volumen urinario de 1.500ml. En 24 horas, a la palpación de vejiga urinaria sin presencia de globo vesical.

La eliminación intestinal disminuida, con características de las heces normales, secas de color café. A la auscultación del abdomen con presencia de ruidos peristálticos normales. Características del abdomen globoso, depresible.

---

<sup>113</sup> Idem.

EGO: Color: Amarillo      Aspecto: Ligeramente turbio      PH: 6.0  
Densidad: 1.020      Hemoglobina: Negativo  
Células renales: Escasas      Urea: 35.1 MG/DI.      Creatinina:  
1.03mg/DI.  
Prueba C. Reactiva: 1.6mg/dl alto

Necesidad de termorregulación:

Se mide la temperatura corporal por turno, con una febrícula de 37.1°C que llega hasta una fiebre de 37.6°C. La piel se encuentra caliente con sudoración se controla con medios físicos y químicos que cede con facilidad.  
Los fármacos que se le administran son: cefalotina, ceftriaxona y eliquine.  
Las condiciones del entorno físico es ventilado e iluminado

Necesidad de moverse y mantener buena postura:

No puede moverse por la cirugía realizada en miembro pélvico derecho, lo cual necesita la ayuda de otra persona para los cambios de posición, su capacidad física es con fatiga y cansada.

Funcionamiento neuro-muscular y esquelético esta disminuido por el procedimiento quirúrgico y padecimiento.  
Su imagen corporal se encuentra alterada por la falta de ambulación.  
Con una fuerza músculo-esquelética débil.

Necesidad de descanso y sueño:

Duerme en el día, por la noche con periodos muy cortos, los estímulos luminosos afectan su sensibilidad y le provocan irritación y angustia.

Se observa con ojeras y a veces llega a tener bostezos por las tardes. El dolor que llaga a tener afecta a su sueño fisiológico.

Necesidad del uso de prendas de vestir adecuados:

Usa la ropa del hospital, pero necesita la ayuda de alguien para vestirse, ya que por si sola no puede.

Su capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse esta disminuida por la inmovilización y por la canalización

Necesidad de higiene y protección de la piel:

Se le brinda baño en camilla por las mañanas, con cambio de ropa de cama y de paciente, se le ayuda para lavarse los dientes.

Se observa limpia, con uñas cortas y limpias y cabello limpio, seco y opaco, se realiza curación diaria de herida quirúrgica alquilosante y en proceso de cicatrización y se cubre con apósito y tegederm y se observa líquido serohemático.

Necesidad de evitar peligros:

Vive con su padre y cuatro hermanos y desconoce las medidas para prevenir accidentes.

Se describe a si misma como enojona e inquieta por no poderse movilizar.

Su autoimagen se ha deteriorado con su padecimiento pero se siente bien consigo misma.

En el hospital se mantiene en cama y se vigila para evitar cualquier caída se le proporciona atención inmediata para mantener la observación y no sufrir algún accidente dentro del área hospitalaria. Lo que le puede provocar algún peligro es no poderse desplazar por si sola.

Necesidad de comunicarse:

Su comunicación con el exterior es cerrada y reservada. La comunicación con su familiar es buena, pero con el personal sólo responde a preguntas.

Se encuentra deprimida por el temor de no volver a caminar.

Le causa angustia el estar lejos de su casa y de su familia.

Necesidad de vivir según creencias y valores:

Es Católica sus creencias religiosas no le generan conflictos personales.

A la exploración física es muy reservada, pero permite el contacto.

Tiene en su cabecera una estampa de la virgen de Guadalupe que cuenta con ella para salir adelante.

Para ella su imagen corporal se encuentra deteriorada por la falta de movilidad lo que le provoca tensión y falta de autoestima hacia ella misma.

Por el momento se siente capaz de valorar su vida con más plenitud por el hecho de aun estar viva aun con dificultades.

Necesidad de trabajar y realizarse:

La fuente de ingreso proviene de sus hermanas, lo cual le permite cubrir sus necesidades básicas, se siente incapaz de ayudarle a su papá en casa y le preocupan sus hermanas, ya que su papá las dejó para estar con ella, y eso influye en su estado emocional.

Necesidad de jugar y practicar en actividades recreativas:

Presenta limitación para realizar actividades recreativas, por lo que en este momento no realiza ninguna actividad recreativa sólo ve la televisión como distracción. Esto afecta su estado de ánimo.

Necesidad de aprendizaje:

Termino la secundaria, no presenta ningún problema de aprendizaje ni de limitación cognoscitiva. No tiene el conocimiento necesario de su padecimiento lo cual le podría limitar el cuidado hacia si misma y el poder tener una rehabilitación satisfactorio, por lo que en cualquier momento podría incrementarse su enfermedad.

## 7. Diagnósticos de Enfermería

Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física relacionada con deterioro músculo esquelético manifestado por incapacidad para el movimiento intencionado dentro del entorno físico.

## 8. Plan de Atención de Enfermería

Objetivo: Conseguir el nivel óptimo de movilidad física.

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
De Enfermería	Científica	
Cambio de posición y alineación de segmentos corporales cada 2 o 3 horas.	La movilidad limitada impuesta por la debilidad impide la actividad muscular, lo que disminuye el retorno venoso y linfático <sup>114</sup> .	En el reposo en cama se cambia de posición cada 2 horas, manteniendo estiradas las sábanas para prevenir zonas de presión.
	El reposo prolongado en cama ocasiona rigidez articular, atrofia muscular, problemas cardiorrespiratorios, estreñimiento, alteraciones con el descanso y sueño, complicaciones tromboticas, infecciones y úlceras por presión.	
	La meta de los programas de Rehabilitación es obtener el máximo nivel de independencia de sus pacientes, tomando en cuenta sus capacidades y aspiraciones de vida.	

---

<sup>114</sup> Fitzgerald, Op Cit. Pág. 1246

<sup>115</sup> Fisiatría, Op cit.

<sup>116</sup> Rosales, Fundamentos de Enfermería, Pág. 145

Recomendar ejercicios terapéuticos o fisioterapia.

Los métodos de manejo son los agentes físicos, los métodos de retroalimentación, infiltraciones, estimulación neuromuscular, ortesis, prótesis, prescripción de ejercicios terapéuticos, tecnología asistida, farmacoterapia específica, nutrición, otros. Nos sirven para desarrollar fuerza, movilidad y equilibrio neuromuscular, mejorar el funcionamiento de sistemas y aparatos del organismo, favorecer el descanso y sueño, disminuir el estado de ansiedad y riesgo de infección<sup>115</sup>.

Al egreso del paciente se da cita para que asista con el fisioterapeuta para seguir su rehabilitación.

El masaje es un método terapéutico manual o instrumental con fines estimulantes o resolutivos<sup>116</sup>.

Una evaluación integral determina el tipo de movilización a realizar en el individuo, para obtener, conservar y recuperar la locomoción posible.

El grado de movilidad de una articulación depende

---

<sup>117</sup> Fuentes, Rogelio S. Anatomía elementos y complementos, , Pág. 76

<sup>118</sup> Fisiatría, Op cit.

de los huesos, articulaciones, ligamentos y tendones que la unen.

La actividad física promueve el desarrollo corporal y el bienestar de las personas.

Dar masoterapia cada tres o cuatro horas diarias.

La movilidad física se centra en las funciones y disfunciones del sistema muscular y nervioso y en cómo las actividades planeadas pueden ayudar mejor a desarrollar o restablecer las capacidades sensoriales, motoras y perceptivas<sup>117</sup>.

Se da masaje en espalda y miembros superiores y inferiores y se recomienda al familiar a dar masajes a su paciente para que el también los realice en casa.

Se ayuda al paciente a la hora del baño, del cambio de ropa, en el cambio de posición y en la realización de ejercicios terapéuticos.

Ayudar al paciente a su aseo personal, al cambio de ropa, a la movilización en cama y fuera de ella, a alimentarse y a la eliminación.

Un plan de atención para la recuperación funcional del paciente tiende a considerar sus necesidades de independencia, movilización y traslado con o sin utilización de implementos de apoyo, comunicación, recreación y trabajo<sup>118</sup>.

Enseñar al paciente la forma de usar correctamente los dispositivos de ayuda para moverse.

Se le anima al paciente a utilizar la silla de ruedas y posteriormente las muletas aceptándolas favorablemente.

Ofrecer comodidad y

Se le ofrece un ambiente adecuado, seguro, ventilado, iluminado y cómodo aceptándolo.

seguridad.

Necesidad de higiene y protección de la piel

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con déficit inmunológico o herida quirúrgica manifestado por alteración de la superficie de la piel.

Objetivos: evitar posibles complicaciones en la herida quirúrgica.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Vigilar las características de la herida quirúrgica y Vigilar de cerca al paciente para detectar signos y síntomas.	La valoración de la herida quirúrgica se considera la localización, tiempo, espacio y dimensiones de la herida, presencia de exudados o secreciones.  La fiebre, dolor local, edema exudado, ausencia de cicatrización son manifestaciones clínicas, locales o sistémicas de una herida infectada <sup>119</sup> .  Los microorganismos patógenos son diseminados por métodos directos o	En cada turno se valora las condiciones de la herida quirúrgica avisando al medico alguna anomalía signo y síntoma detectado, realizando procedimientos para evitar complicaciones.

---

<sup>119</sup> Rosales, Op cit. Pág. 240

indirectos<sup>120</sup>.

Mantener la piel limpia, seca e intacta en el área lesionada, realizar cambios de apósito en el lugar de la lesión.

El desbridamiento se realiza en forma mecánica (irrigación y presión en la herida y frotamiento)

Se mantiene la piel lesionada y adyacente limpia y seca y libre de presión. Se da hincapié a la curación diaria por parte de los médicos y enfermería, favoreciendo el proceso de cicatrización.

Desbridar y limpiar la herida según lo indicado.

Química (aplicación de productos enzimáticos)<sup>121</sup>.

Se realizan varios desbridamientos de forma mecánica en el área quirúrgica, disminuyendo la infección.

Las ulceraciones de la piel que se forman cuando hay disminución de la irrigación sanguínea a los tejidos, en un área donde existe presión prolongada.

La ropa de la cama esta limpia, seca y estirada, y la piel de la paciente se encuentran libres de presión.

Experimentar menos presión del tegumento e inspeccionar la piel, para prevenir úlceras por decúbito en cabeza, codos, sacro, talones y en otras áreas expuestas.

Diagnóstico de Enfermería: Dolor relacionado con la herida quirúrgica manifestado por comunicación verbal y facies de angustia y dolor.

Objetivo: aliviar el dolor.

---

<sup>120</sup> Idem.

<sup>121</sup> Op cit. Pág. 204

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Valorar al paciente en presencia de dolor.	La valoración fisiológica, psicológica y cultural, contribuyen en la elaboración de un diagnóstico y planeación de intervenciones de enfermería a un paciente con dolor.	El paciente refiere dolor pulsante y continuo en la herida quirúrgica.
Administración de analgésicos.	Los analgésicos son fármacos que alivia el dolor sin producir pérdida de conciencia. Interfieren inhibiendo la síntesis de prostaglandinas a nivel neuronal.	Se administra analgésicos cada 8 horas prescritos por el medico disminuyendo el dolor gradualmente.
Usar una hoja de control para vigilar el dolor en términos de calidad, intensidad, duración, efectos de los analgésicos y medidas de confort.	El dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada con una lesión real o potencial de un tejido. Estos receptores reciben información sobre el calor intenso, presión extrema, pinchazos o cortes, u otras acciones que puedan provocar daño corporal <sup>122</sup> .  El cuidado representa un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse	En la hoja de enfermería se anota la calidad, intensidad y duración del dolor, así como el medicamento, la dosis y la hora de aplicación.

<sup>122</sup> Op cit. Pág. 370

<sup>123</sup> Colliere, Op cit. Pág. 7

y perpetuar la vida del grupo. Una relación que brinda apoyo, atención y ayuda, estimular conductos para disminuir, controlar y aliviar el dolor<sup>123</sup>.

Mantener una relación enfermera-paciente.

Se mantiene una relación enfermera-paciente. La cual el paciente acepta con el paso del tiempo.

Necesidad de nutrición e hidratación

Diagnóstico de enfermería: Déficit nutricional relacionado con manejo terapéutico manifestado por pérdida de peso.

Objetivos: Aumentar el consumo de energía, mediante el consumo de una dieta equilibrada.

Estabilizar el peso y después aumentarlo gradualmente hasta menos del 10% por debajo del peso ideal.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Establecer la prescripción dietética en colaboración con el dietista de la institución.	Mantener el peso ideal; evitar el exceso de grasas y aceites, grasas saturadas y colesterol; comer alimentos con suficiente almidón y fibra; evitar el exceso de azúcar y sodio <sup>124</sup> .	La paciente lleva una prescripción dietética la cual fue establecida por el dietista y el médico.
Ayudar al paciente a identificar las preferencias alimenticias incluyendo alimentos ricos en hidratos de carbono, complejos y proteínas.	Los nutrientes se clasifican en cinco grupos principales: proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales. Estos grupos comprenden un total aproximado de entre 45 y 50 sustancias que los científicos consideran esenciales para mantener la salud y un crecimiento normal <sup>125</sup> .	La paciente ingiere todo el alimento que se le brinda.
Analizar el patrón de comida con el paciente y el familiar verificando que	El cuerpo utiliza energía para realizar actividades vitales y para mantenerse a una temperatura constante <sup>126</sup> .	

---

<sup>124</sup> Rosales, Op cit. Pàg. 155

<sup>125</sup> Op cit. Pàg. 156

<sup>126</sup> Idem.

sea la dieta correcta.

La paciente a su egreso mantuvo un peso equilibrado. Al familiar y a la paciente se le enseñó a planificar las comidas de acuerdo a su economía.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la mucosa oral relacionado con deshidratación manifestado por descamaciones.

Objetivo: Mantener la cavidad oral limpia e hidratada sin molestias y con capacidad funcional.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Vigilar la ingesta de líquidos.	El volumen hídrico en un ser humano es constante por la ingestión y equilibrada por la excreción.  El agua constituye el 93% del volumen sérico <sup>127</sup> .	La paciente llega a consumir un litro de agua al día. Aumentado gradualmente la ingesta de líquidos.
Valoración de labios; color hidratación y grietas. Lengua; color, hidratación, úlceras e inflamación. Si presenta sed excesiva, sequedad de piel y mucosas.	En los seres humanos, la boca está formada por dos cavidades: la cavidad bucal, entre los labios y mejillas y el frontal de los dientes, y la cavidad oral, entre la parte interior de los dientes y la faringe <sup>128</sup> .	Se realiza una valoración minuciosa de la piel y mucosas, para obtener con el paso del tiempo una mejoría en las zonas afectadas.
	Deshidratación es el estado en que se	

<sup>127</sup> Idem.

<sup>128</sup> Op cit. Pág. 183

<sup>129</sup> Idem.

encuentra el organismo cuando no esta suficientemente hidratado<sup>129</sup>.

La piel y mucosas son las primeras líneas de defensa contra agentes patógenos.

Establecer un régimen de limpieza oral antes y después de las comidas y al acostarse para prevenir infecciones.

La salud de la piel y las mucosas depende en gran parte a la nutrición e ingestión de líquidos adecuados.

Se anima al enjuagado después de cada comida y antes de dormir aceptándolo favorablemente.

Mantener lubricada la cavidad oral.

Se procura que la paciente siempre tenga una botella o un vaso de agua para que tome constantemente.

#### Necesidad de eliminación

Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento relacionado con inadecuada eliminación e inactividad física manifestado por disminución de la frecuencia y volumen.

Objetivo: Aumentar la ingesta de líquidos y alimentos ricos en fibra.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Analizar el patrón de comida con el paciente y el familiar.	Una dieta equilibrada, ingestión suficiente de líquidos, ejercicio y control emocional son factores que determinan la cantidad y el tipo de	Se analiza la dieta del paciente con un especialista, valorando la cantidad y calidad de las comidas.

eliminación intestinal.

El volumen incrementado de los alimentos ricos en fibra les da mayor capacidad para saciar, y lo que es más importante aún: una dieta pobre en fibra es causa de estreñimiento.

Recomendar una dieta equilibrada y rica en fibra.

Se acepta una dieta rica en fibra, a la que la paciente le agrada.

El material no digerido se transforma en el colon en una masa sólida por la reabsorción de agua hacia el organismo. Las heces permanecen en el recto hasta que se excretan a través del ano. La actividad insuficiente de las fibras musculares del colon produce estreñimiento.

Recomendar la ingesta de 8 vasos de agua al día.

La paciente consume un litro de agua al día.

El estreñimiento es causado por: hábitos intestinales irregulares, abuso de laxantes, estrés psicológico, dieta baja en fibra y medicamentos<sup>130</sup>.

---

<sup>130</sup> Op cit. Pàg. 190

Promover medidas para evitar o aliviar la tensión, procurando que haya intimidad a la hora de defecación.

Se deja sola a la paciente en el momento de la eliminación para procurar la intimidad y aliviando la tensión emocional, aumentando el deseo de evacuar.

#### Necesidad de termorregulación

Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionada con compromiso inmunitario manifestado por escalofríos y sudoración.

Objetivo: Mantener una adecuada temperatura en el paciente

Intervenciones de enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Vigilar la temperatura y los signos vitales cada 2 horas.	La temperatura corporal es el grado de calor que mantiene el organismo en un momento dado <sup>131</sup> .	Se toman los signos vitales cada 2 horas, dando importancia en la temperatura y llevando un control térmico en la hoja de enfermería.
Aplicar medidas de enfriamiento internas y externas, según lo apropiado.	El calor y el frío son grados relativos de temperatura que dependen, en cierta manera, de la percepción particular de cada individuo, la temperatura se percibe en grados que van desde frío, fresco, tibio y caliente. Las zonas del	Se colocan fomentos de agua fría en frente, abdomen y axilas, bajando gradualmente la temperatura.

<sup>131</sup> Op cit. Pág. 213

<sup>132</sup> Op cit. Pág. 366

<sup>133</sup> Op cit. Pág. 234

<sup>134</sup> Op cit. Pág. 374

<sup>135</sup> Idem.

cuerpo tienen diferente sensibilidad a las variaciones del calor y el frío.

Su acción bactericida tiene lugar tras la unión a las proteínas, consiguiendo la inhibición de las etapas finales de la síntesis del peptidoglicano o mureína de la pared bacteriana.

El mecanismo de acción se lleva a cabo :

Se administra antibióticos cada 6 horas, prescritos por el médico llevando un esquema de antibioterapia.

Ministración antibióticos.

Acceso del antibiótico a los sitios de fijación, donde el antibiótico tiene que atravesar diferentes estructuras externas de la bacteria<sup>132</sup>.

En una persona normal sana, el 45% del volumen de su sangre son células, glóbulos rojos (la mayoría), glóbulos blancos y plaquetas. El plasma, constituye el resto de la sangre. El plasma, del cual el 95% es agua, contiene también nutrientes como glucosa, grasas, proteínas, vitaminas, minerales y los aminoácidos necesarios para la síntesis de proteínas<sup>133</sup>.

Proporcionar líquidos, vigilar las pruebas de sangre y orina y comunicar anomalías.

Los antipiréticos actúan inhibiendo la síntesis de prostaglandinas al bloquear la enzima ciclooxigenasa. Las prostaglandinas actúan en el control de los centros termorreguladores del hipotálamo, por lo que la función antipirética de estos fármacos hace su efecto central termorregulador. También contribuyen a bajar la fiebre dos efectos secundarios de estos fármacos: la vasodilatación periférica y el aumento de la sudoración<sup>134</sup>.

Cada 24 horas se toman muestras de laboratorio para valorar el funcionamiento sanguíneo.

Fiebre: es la elevación anormal de la temperatura corporal, se piensa que la temperatura se eleva, por la acción de las sustancias tóxicas que afectan a la regulación de la temperatura<sup>135</sup>.

Cuando la temperatura aumenta se administra un antipirético ayudando al control de la termorregulación.

Administrar antipiréticos, según lo indicado.

Proporcionar un ambiente apropiado con una temperatura controlada.

El ambiente es el apropiado, habiendo una adecuada ventilación e iluminación.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionada con la herida quirúrgica.

Objetivo: Evitar la infección o septicemia.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Lavarse las manos antes de cada contacto con el paciente.	La piel y las mucosas generalmente contienen gérmenes. El lavado de manos disminuye la transmisión de alguna enfermedad <sup>136</sup> .	El personal de enfermería se lava las manos en cada contacto con el paciente, así mismo se pide al familiar que también lo realice.
Usar guantes cuando es necesario.	El enguantado impide que las manos estén en contacto directo con la superficie exterior y libre de gérmenes <sup>137</sup> .	Al realizar algún procedimiento se colocan guantes estériles para prevenir la propagación de gérmenes.
Usar técnica aséptica estricta al realizar procedimientos invasivos.	Asepsia: es el conjunto de procedimientos o de prácticas encomendadas a evitar el máximo, la producción, disminución y transmisión de microorganismos destruyéndolos por medios físicos y químicos <sup>138</sup> .	Al realizar un procedimiento invasivo se utiliza técnica aséptica para proteger a la paciente y a nosotras mismas.

La herida es cualquier

---

<sup>136</sup> Op cit. Pàg. 100

<sup>137</sup> Idem.

<sup>138</sup> Op cit. Pàg. 104

<sup>139</sup> Op cit. Pàg. 106

<sup>140</sup> Op cit. Pàg. 107

<sup>141</sup> Op cit. Pàg. 112

rotura de la superficie externa o interna del cuerpo que produce separación de tejidos y está causada por una fuerza o agente lesional externo. Hay la posibilidad de introducir bacterias patógenas y materiales extraño, causa de infección<sup>139</sup>.

Diariamente se realiza la curación de la herida quirúrgica después del baño, dejándola limpia y seca y libre de presión.

Mantener la herida quirúrgica limpia, seca y libre de presión.

La estimación de signos vitales debe basarse en mediciones confiables: son fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir, medir en un organismo vivo en forma constante, como la temperatura, respiración, pulso y la presión arterial<sup>140</sup>.

El conocimiento de los signos vitales de un individuo permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico.

Se toman signos cada turno anotándolos en la hoja de enfermería y cuando es necesario se abre hoja de control térmico tomando signos vitales cada 2 horas.

Toma y registro de signos vitales.

Infección es la invasión del organismo por gérmenes vivos y se proliferan y son causa de enfermedades.

Clasificación:

Focal: es la que se localiza en el lugar y no

Se vigila al paciente

da síntomas.

constantemente detectando signos y síntomas de infección, anisando a medico de guardia para su valoración.

Generalizada: la que se disemina por el torrente sanguíneo produciendo síntomas orgánicos, que representan una sobre carga, continua para el organismo y continua dificultando el proceso de curación.

Vigilar de cerca al paciente para detectar signos y síntomas de infección, fiebre, exudado y dolor.

Mixta o cruzada: esta se produce por dos o más gérmenes, en lo que uno favorece el desarrollo del otro<sup>141</sup>.

#### Necesidad de descanso y sueño

Diagnóstico de enfermería: alteración del patrón del sueño relacionado con inmovilidad, dolor y cambios ambientales manifestado por fatiga y dormir menos horas de lo habitual.

Objetivo: Comprender los factores que contribuyen a la deprivación del sueño

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Ayudar al paciente para la realización de ejercicios durante el día, y antes de acostarse evitarle actividades que lo estimulen.	El ser humano requiere de una homeostasia para conseguir un estado óptimo de salud, en caso contrario, se desencadenan alteraciones que afectan a su estructura y funcionamiento corporal <sup>142</sup> .	Se mantiene activa a la paciente y a la hora de dormir ya se encuentra cansada y con ganas de dormir, aumentando las horas de sueño.
	La comunicación disminuye el estado de	

<sup>142</sup> Op cit. Pág. 435

<sup>143</sup> Op cit. Pág. 439

ansiedad.

Conversar con familiares, compañeros o el personal de enfermería, para conseguir el sueño.

Se anima al familiar y a las compañeras de cuarto a tener una platica a la hora de dormir para favorecer en sueño.

Utilizar alguna técnica de relajación.

La relajación es el estado del organismo en el que hay ausencia de tensión o activación que se manifiesta en tres niveles de respuesta del mismo:

La paciente realiza una lectura como ayuda para relajarse y disminuir la tensión a la hora de dormir.

Fisiológico: bajo nivel de tensión muscular (frecuencia respiratoria lenta y pausada, ritmo cardiaco lento)

Conductual: expresiones faciales relajadas, hipoactividad, movimientos controlados y reposados.

Cognitivo: pensamientos de calma y bienestar<sup>143</sup>.

Necesidad del uso de prendas de vestir adecuados

Diagnóstico de enfermería: Incapacidad para el autocuidado relacionado con inmovilidad y canalización manifestada por dificultad para vestirse y desvestirse.

Objetivo: proporcionar una mayor comodidad al paciente durante su internamiento.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Ayudar al cambio de bata al paciente.	Los pacientes con limitaciones para moverse necesitan que la enfermera les ayude en todo lo que se refiere a medidas de higiene y arreglo personal.	Se le ayuda al paciente a quitarse la bata para bañarla y se le coloca a la hora del término del baño.

## Necesidad de evitar peligros

Diagnóstico de enfermería: alto riesgo de lesionarse relacionado con el desconocimiento del ambiente físico del hospital manifestado por inseguridad dentro del entorno hospitalario

Objetivo: prevenir accidentes y ayudar al paciente adquirir capacidad para practicar medidas de seguridad.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Proporcionar un ambiente terapéutico adecuado y seguro.	Requiere de temperatura y humedad apropiados, correcta iluminación, ruidos moderados, excelente higiene, ordenen la colocación del mobiliario.	El entorno físico es el adecuado para el paciente.

Diagnóstico de enfermería: riesgo de infección relacionado con la herida quirúrgica manifestado por vulnerabilidad de la paciente.

Objetivo: promover la salud para evitar riesgo de infección.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Reducir la entrada de microorganismos en el individuo:  Lavado de manos.	El lavado de manos tiene como objeto conseguir que las manos estén limpias y libres de gérmenes <sup>144</sup> .	El personal de enfermería se lava las manos antes y después de tener contacto directo con el paciente.

A la visita se le anima al lavado de manos al entrar al área de hospitalización y a la hora de retirarse de la

---

<sup>144</sup> Op cit. Pàg. 101

<sup>145</sup> Idem.

misma.

Todo procedimiento que se le realiza al paciente reutiliza técnica aséptica para reducir la entrada de microorganismos.

Técnica aséptica.

Asepsia: es el conjunto de procedimientos o de prácticas encomendadas a evitar el máximo, la producción, disminución y transmisión de microorganismos destruyéndolos por medios físicos y químicos<sup>145</sup>.

Estado nutricional.

Se recomienda comer alimentos variados; mantener el peso ideal; evitar el exceso de grasas y aceites, grasas saturadas y colesterol; comer alimentos con suficiente almidón y fibra; evitar el exceso de azúcar y sodio, y, en caso de beber alcohol, hacerlo moderadamente<sup>146</sup>.

Se valora el estado nutricional de la paciente con un nutriólogo.

Infección:  
contaminación patógena del organismo por

---

<sup>146</sup> Op cit. Pàg. 156

agentes externos bacteriológicos (hongos, bacterias, protozoos, rickettsias o virus) o por sus toxinas. Una infección puede ser local confinada a una estructura o generalizada extendida por todo el organismo. El agente infeccioso penetra en el organismo y comienza a proliferar, lo que desencadena la respuesta inmune del huésped a esta agresión.

El paciente llega a detectar y avisa los signos y síntomas de la infección, previniendo alguna complicación.

Enseñar al paciente y al familiar a detectar signos y síntomas de la infección.

La mayoría de los antibióticos inhibe la síntesis de diferentes compuestos celulares. Algunos de los fármacos más empleados interfieren con la síntesis de peptidoglicanos, el principal componente de la pared celular.

Se le administra los antibióticos prescritos por el médico tratando de llevar un horario correcto para eliminar la

infección.

Uso adecuado de  
antibióticos.

Necesidad de comunicación

Diagnóstico de enfermería: duelo relacionado con la pérdida de la función neuromuscular manifestado por tristeza, cambios en el patrón de la comunicación

Objetivo: ayudar al paciente a llevar su duelo y aceptarlo.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Darle al paciente la oportunidad de platicar con otras personas sobre temas que le interesen y le preocupen.	Una atención basada en la comprensión, aceptación y apoyo, estimula el comportamiento para disminuir, controlar o eliminar problemas emocionales <sup>147</sup> .	Se anima al paciente, al familiar y a las compañeras de cuarto a tener una comunicación activa y pasiva para su pronta recuperación y eliminar la tensión.

---

<sup>147</sup> Op cit. Pàg. 347

Platicar con el paciente utilizando un lenguaje que sea fácil de entender, escucharlo que dice y mostrar interés en el y en sus actividades.

Tener una relación de ayuda evita barreras de comunicación.

Se mantiene una relación enfermera – paciente.

Procurar que la comunicación sea empática.

Empatía: ponerse en el lugar del otro para comprenderlo.

La relación que se a logrado con la paciente asido favorable para su recuperación y se logro sentirse bien consigo misma.

Necesidad de trabajar y realizarse

Diagnóstico de enfermería: alteración del desempeño del rol relacionado con cambios en la percepción del rol manifestado por angustia.

Objetivo: ayudar al paciente a desempeñar su rol en casa.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Animar al paciente para que siga un entrenamiento adecuado y pueda desarrollar al máximo las capacidades que aun conserva.	Un estado saludable es indispensable para alcanzar la vida.	Se anima a la paciente a que realice todas las actividades que desee al regreso a casa y al familiar a que la apoye en todo lo que quiera realizar.

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Diagnóstico de enfermería: déficit de actividades recreativas y ocupacionales relacionado con inmovilidad física manifestado por aislamiento.

Objetivo: poder ofrecerle al paciente alguna recreación de acuerdo con sus gustos y capacidades.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
------------------------------	---------------------------	------------

Proporcionarle alguna terapia ocupacional o recreativa.

La terapia ocupacional: son aquellas habilidades de pensamiento y manualidades<sup>148</sup>.

Se lleva a la paciente al área de rehabilitación donde se encuentra la terapia ocupacional y se realizan varios ejercicios manteniendo la distracción de la paciente agradándole lo que realiza.

La terapia recreativa son: el juego de mesa, escucha música, ejercicio.

Se realizan actividades recreativas (memorama, rompecabezas, ejercicios en cama y fuera de ella, escuchar música como relajación lo cual la paciente acepta favorablemente.

La paciente se ve satisfecha en las actividades que realiza y con las personas a su alrededor.

Estimular la motivación demostrando interés.

En los seres humanos, la motivación engloba tanto los impulsos conscientes como los inconscientes. Que se refiere a la satisfacción de las necesidades elementales, como respirar, comer o beber, y un nivel secundario referido a las necesidades sociales, como el logro o el afecto<sup>149</sup>.

---

<sup>148</sup> Op cit. Pàg. 360

<sup>149</sup> Idem.

Necesidad de aprendizaje

Diagnóstico de enfermería: déficit de conocimientos relacionado con su padecimiento actual manifestado por expresar deficiencia en sus conocimientos.

Objetivo: que el paciente conozca todo lo relacionado con su padecimiento.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
Brindar los conocimientos acerca de su padecimiento a la paciente y al familiar sin involucrar el diagnóstico médico.	Adquirir los conocimientos necesarios por medio del estudio para así entender el por que de las cosas.	Se le da información a la paciente y al familiar a cargo de su enfermedad, la prevención de complicaciones, y los cuidados que tiene que tener en casa.  Respondiendo a preguntas y dudas que llegaron a tener.

## 10. Conclusión Diagnostica De Enfermería

NECESIDAD DE:	GRADO DE DEPENDENCIA
1- Moverse y mantener Una buena postura	Dependiente
2- Higiene y protección de la piel	Dependiente
3- Nutrición e hidratación	Parcialmente Dependiente
4- Eliminación	Parcialmente Dependiente
5- Termorregulación	Parcialmente Dependiente
6- Descanso y sueño	Parcialmente Dependiente
7- Usar prendas de vestir Adecuadas	Parcialmente Dependiente
8- Evitar peligros	Parcialmente Dependiente
9- Comunicarse	Parcialmente Dependiente
10- Trabajar y realizarse	Parcialmente Dependiente
11- Jugar y participar en Actividades recreativas	Parcialmente Dependiente
12- Aprendizaje	Parcialmente Dependiente
13- Oxigenación	Independiente

14- Vivir según sus creencias y valores

Independiente

\* Independiente

\* Parcialmente Dependiente

\* Dependiente

## 10.1 Conclusión del plan de atención de enfermería

### Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

La paciente tiene un grado de dependencia ya que la inmovilidad dentro del entorno físico no le permite desplazarse por sí sola, lo que necesita la ayuda de alguien para poder hacerlo. El personal de enfermería mantuvo la observación con la paciente para poderla ayudar en la movilización animando la actividad física.

En el cambio de posición la paciente ayuda al personal a desplazarse dentro de la cama para facilitar el aseo personal y el de la unidad.

La paciente realizó satisfactoriamente los ejercicios de rehabilitación que se le enseñaron para recuperar y mejorar la movilidad de la extremidad afectada.

La paciente deja la institución en silla de ruedas y en la siguiente cita al ortopedista regresa en muletas logrando un gran avance en su recuperación.

### Necesidad de higiene y protección de la piel:

Presenta un grado de dependencia, al valorar a la paciente en cada turno para inspeccionar la piel de la herida quirúrgica se pudo detectar a tiempo una posible infección y evitar alguna complicación que llegase a tener.

La valoración integral ayudó a disminuir el dolor con apoyo de analgésicos, relajación y una relación enfermera-paciente.

Con la curación diaria, el desbridamiento y los antibióticos dados se eliminaron los microorganismos patógenos y al disminuir la infección la paciente egreso.

### Necesidad de nutrición e hidratación:

La paciente es parcialmente dependiente, al ingerir todos los nutrientes que se le proporcionaron a la hora de la comida la paciente no perdió más peso y con la ayuda del familiar va a mantener una dieta equilibrada al regreso a casa.

La ingesta de líquidos y una adecuada higiene bucal mantuvo una cavidad bucal sin molestias y con capacidad funcional.

### Necesidad de eliminación:

Grado parcialmente dependiente, los alimentos en fibra, la ingesta de líquidos, las medidas para evitar la tensión y la movilización de la paciente aumentaron el deseo de evacuar.

### Necesidad de termorregulación:

Parcialmente dependiente, la toma de signos vitales, la valoración de un signo o síntoma, medidas de enfriamiento internas y externas, antibióticos, antipiréticos, algunas pruebas de sangre y un ambiente apropiado mantuvieron una temperatura considerable en la paciente.

Las medidas de aislamiento al contacto con la paciente previnieron la propagación de la infección.

Necesidad de descanso y sueño:

Grado parcialmente dependiente, se identificaron los factores que contribuían a la deprivación del sueño y se eliminaron, lo cual la paciente agradeció al personal y así pudo dormir más tiempo en su estancia hospitalaria.

Necesidad del uso de prendas de vestir adecuados:

Parcialmente dependiente, La paciente tiene una mayor comodidad y confianza durante su internamiento ayudándonos a su cambio de bata.

Necesidad de evitar peligros:

Parcialmente dependiente, la paciente adquiere la capacidad para practicar medidas de seguridad y la prevención de accidentes dentro de la institución y a su egreso.

Necesidad de comunicación:

Parcialmente dependiente, la paciente y el familiar llevan acabo su duelo y posteriormente acepta la enfermedad y la pérdida, y con la relación empática se mantiene un acercamiento con la paciente ayudándola a superarla.

Necesidad de trabajar y realizarse:

Grado parcialmente dependiente, la paciente desarrolla al máximo las actividades que aun conserva y se le ayuda a desempeñar su rol como hija sin que tenga alguna limitación.

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:

Parcialmente dependiente, la terapia ocupacional, recreativa y la motivación ayudaron en la recuperación de la paciente ya que se sentía aliviada y sin preocupaciones.

Necesidad de aprendizaje:

Parcialmente dependiente, a la paciente se le da una orientación acerca de su padecimiento; prevención, complicaciones, y los cuidados que tiene que tener en casa. Para que conozca todo lo relacionado con su padecimiento y tenga un mayor cuidado personal en casa.

## TERCER CAPITULO

### 11. METODOLOGIA

#### 11.1 Etapas del Proceso Atención de Enfermería

El proceso atención de enfermería identifica la secuencia de acontecimientos dividida en cinco partes, que la pasante de enfermería realizó con el paciente en el diagnóstico y tratamiento de sus respuestas humanas.

El primer paso que se efectuó en la aplicación del proceso de enfermería fue la valoración o recolección de información. La obtención de esta información requirió que la pasante en enfermera fuera capaz de ver más allá de las obvias señales e indicios y de buscar sistemáticamente nueva información concerniente al estado de salud del paciente. Se llevó a cabo la recolección de datos por medio de la observación conseguidas con el uso de los sentidos lo cual fueron útiles para la valoración del paciente. Se observó las características generales de apariencia y actividad física como; el color, la medida y el equilibrio, el contenido y el proceso de las interacciones y relaciones; comunicación no verbal, gestos, movimientos corporales y por último las características del ambiente.

Se realizó un interrogatorio directo con el paciente utilizando un instrumento de valoración, lo cual la relación enfermera-paciente fue el vínculo por el cual la pasante trabajo con el paciente.

Se explicó al paciente la importancia del examen físico, se pidió permiso para efectuarlo y se tomaron medidas para asegurar la privacidad del paciente. Para la obtención de datos se utilizo el sistema céfalocaudal.

A lo largo del proceso fue importante considerar el significado de los datos y se identificaron los problemas y se planeó la participación de enfermería.

Se interpretaron los datos, y se determinaron los diagnósticos de enfermería lo cual formaron parte del análisis, al igual que el establecimiento de prioridades, posteriormente se jerarquizaron los problemas a resolver. Y por último se seleccionó cada uno de los objetivos para la atención al paciente.

La planeación fue la fuente central de información para todos los que intervinieron en la atención del paciente.

Se efectuó la revisión del plan, se brindó la atención que se planeó y se documentó, así como la recolección de datos al cambio de las condiciones del paciente.

Por último se llevó acabo la evaluación con el propósito de decidir si los objetivos y las metas del plan de atención se lograron, esto abarcó la comparación de las respuestas actuales del paciente con las respuestas previas que determinaron el proceso en el logro de las metas y los objetivos.

## CONCLUSION

En relación con la paciente todas las intervenciones realizadas fueron logradas, con el apoyo del familiar y especialistas se obtuvo una gran satisfacción en la recuperación de la paciente.

Mediante la práctica de actividades llegó a conservar una buena postura y la capacidad de movimiento. Egresó en silla de ruedas de la institución y asiste a sus citas de rehabilitación mejorando gradualmente.

Se llevaron a cabo medidas para evitar riesgos de lesiones en la integridad cutánea ayudando al proceso de cicatrización y los analgésicos favorecen al alivio del dolor.

Se conserva una buena nutrición mediante la ingesta diaria de una dieta y líquidos adecuados aumentando de peso a su egreso.

Se mantiene su temperatura dentro de los parámetros normales para su edad mediante antibióticos y antipiréticos para el control de la temperatura ayudando al cese de la infección.

Se refuerzan los hábitos higiénicos favoreciendo el sueño y el descanso, recuperando plenamente las energías perdidas en el día.

El paciente se siente cómodo con su internamiento y al egreso de éste y con una adecuada relación de ayuda lleva a cabo su duelo aceptándolo favorablemente.

Se aprovecha el tiempo de rehabilitación para aprender habilidades manuales que sirven como ejercicio mental y físico.

Al egreso de la institución la paciente valora más su vida.

En cuanto al Instituto Nacional de Rehabilitación se tuvo un gran apoyo de su parte con la participación de enfermeras, doctores y personal adyacente para la realización de este trabajo.

Al haber realizado el proceso de atención de enfermería para poder concluir mi carrera me deja una gran satisfacción y orgullo el poder ayudado a una adolescente al seguir adelante en su vida.

## BIBLIOGRAFIA

- Alonso, José A. Metodología, 11ª Edición, Edit. Limusa, México, DF. 1996
- Atkinson, Leslie D. Proceso de Atención en Enfermería, Edit. Manual Moderno, México, DF. 1985
- Beare, Patricia, Enfermería. Principios y Práctica. Fundamentos en el Cuidado del Adulto, Edit. Panamericana, Madrid, 1993
- Campbell, Cirugía Ortopédica, Edit. Elsevier, España, 2004
- Castells, Silvia, Farmacología en Enfermería, Edit. Harcourt, México, DF. 2001
- Colliere, Marie F. Promover la Vida, 1er Edición, Edit. Interamericana Mc Graw Hill, Madrid, España, 1993
- Feinstein, La Arquitectura de la Investigación Clínica, WB Saunders
- Fitzguald, Robert H. Ortopedia, Edit. Panamericana, México, DF. 2004
- Fuentes, Rogelio S. Anatomía elementos y complementos, 2º Edición, Edit. Trillas, México, 1990
- García, Ma. De Jesús G. Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, 1er Edición, Edit. Escuela de Enfermería y Obstetricia de Celaya. México, DF. 1997
- García, Catalina M. Historia de la Enfermería, Evolución Histórica del Cuidado Enfermero, Edit. Harcourt, Madrid, España, 2001
- Griffith, Janet W. Proceso de Atención en Enfermería, Edit. Manual Moderno, México, DF. 1986
- Griffiths, Margaret J. Ontología Básica, Edit. La Prensa, México, D.F. 1988
- Jamieson, Elizabeth M. Historia de Enfermería, 6ª Edición, Edit. Interamericana, México, DF. 1968
- Juall, Lynda C. Manual de Diagnósticos de Enfermería, 4ª Edición, Edit. Interamericana Mc Graw Hill, Madrid
- Kozier, Bárbara, Fundamentos de Enfermería. Concepto, Proceso y Práctica, Edit. Mc Graw Hill Interamericana, Barcelona, 1999
- Malagon Castro, V. Ortopedia Infantil, Edit. Jims, Barcelona, 1987

- Marrier Tomey, A. Modelos y Teorías en Enfermería, 3er Edición, Edit. Mosby, España
- Muñoz, Alberto, Cáncer, Genes y Nuevas Terapias, 2º Edición, Edit. Hélice, México, DF. 1997
- Otto, Shirley E. Enfermería Oncológica, 3er Edición, Edit. Harcourt Brace Mosby, Mexico, DF. 1999
- Rosales, B. Fundamentos de Enfermería, Edit. Manual Moderno, México, DF. 1991
- Silberman, Fernando S. Ortopedia y Traumatología, 2º Edición, Edit. Panamericana, México, DF. 2003

#### INTERNET

FILE:///A/: Fisiatría, Medicina Física Y Rehabilitación. HTM.

# ANEXOS

INSTRUMENTO DE VALORACION DE ENFERMERIA:  
NECESIDADES BASICAS

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre del Paciente:		Edad:
Peso:		Talla:
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Ocupación:
Escolaridad:	Fecha de Admisión:	
Edo. Civil:		
Procedencia:	Fuente de Información:	
Teléfono:	No. De Registro:	
Servicio:	No. De Cama:	

1- Necesidad de Oxigenación:

Subjetivo (información que proporciona el familiar/paciente)

Dificultad para respirar, debido a:

Tos productiva/seca: Características de las secreciones:

Dolor asociado con la respiración:

Fumador: Tiempo:

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:

FR: T/A: FC:

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

PCO2

PO2

HCO3

Déficit de Base

Sat. de O2

BH

Otros

Fármacos específicos:

2- Necesidad de Nutrición e Hidratación:

Subjetivo:

Dieta Habitual:

Numero 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:

Objetivo:

Dieta indicada:

Coloración de la piel: Ictericia:                      Pálida:                      Grisácea:

Estado de la piel: Turgencia:                      Hidratada:                      Seca:

Estado de las mucosas: Integras:                      Hidratadas:                      Deshidratadas:

Constitución: Endomórfica:                      Ectomórfica:

Características del cabello y uñas:

Aspectos de dientes y encías: Adoncia:                      Adantulia:

Afección y manifestaciones del tubo digestivo:

Parámetros de PVC:

Otros:

Resultados de Laboratorio:

Q.S:

Bilirrubina:

Pruebas refuncionamiento hepático:

B.H:

Electrolitos Séricos:

Cl:

Na:

K:

P:

Mg:

Ca:

Glicemia Capilar:

Fármacos Específicos:

### 3- Necesidad de Eliminación:

#### Subjetivo:

Hábitos intestinales: Características de las heces:  
Orina: Menstruación:  
Antecedentes de afecciones renales, hemorragias u otras:  
Uso de laxantes o sustancias que favorecen la orina:  
Presencia de hemorroides:  
Dolor al evacuar: prurito: sangrado:  
Dolor al orinar: Otros:

#### Objetivo:

Auscultación del abdomen:  
Características del abdomen: Estomas:  
Ruidos intestinales:  
Palpación de vejiga urinaria: Volumen urinario  
Características de la orina:  
Características de las evacuaciones:  
Presencia de edema: Características del drenaje:

#### Resultados de Laboratorio:

Ego:  
Urea:  
Creatinina:  
BUN:  
Coproparasitoscópico:  
Coprocultivo:  
Otros:  
Fármacos específicos:

### 4- Necesidad de Termorregulación:

#### Subjetivo:

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

#### Objetivo:

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

#### Resultados de Laboratorio:

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

## 5- Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura:

### Subjetivo:

Capacidad física cotidiana:

Funcionamiento neuromuscular y esquelético:

Ejercicio, tipo y frecuencia:

Uso de prótesis y órtesis:

### Objetivo:

Nivel de conciencia:

Estado del sistema neuromuscular y esquelético (estado del sistema nervioso:

Fuerza: Tono: Motricidad: Sensibilidad: Postura:

Ayuda para la deambulación:

Presencia de temblores:

Como influye las emociones en la movilidad y postura:

Resultado de Laboratorio:

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 que 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 del Uso de Prendas de Vestir Adecuados:

### Subjetivo:

¿Elige su vestuario en forma personal?

¿Necesita de 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 de lava los dientes al día?

Aseo de manos, antes y después de comer:

Después de eliminar: Tiene creencias personales que limiten sus hábitos higiénicos:

### Objetivo:

Aspecto general con relación a su higiene:

Olor corporal:

Higiene y características de las uñas:

Estado del pelo y cuero cabelludo:

Lesiones dèrmicas

Úlceras por decúbito (presión):

Intervención quirúrgica:

Micosis:

Puntas de presión en salientes óseas:

Zonas de injerto:

Lesiones por quemaduras (espesor)

Otros:

Fármacos específicos:

## 9- Necesidad de Evitar Peligros:

### Subjetivo:

¿Vive sólo o con su familia?

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?

En caso afirmativo mencione cuáles:

Hogar:

Trabajo:

Vía pública:

Hospital:

¿Realiza controles de salud cada año?

¿Cómo canaliza las situaciones de tensión de la vida diaria? Autoconcepto, autoimagen, autoestima:

Mencione las causas que le puedan 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:



### 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 cognoscitiva:

Tipo:

Preferencias: leer:

Escribir:

¿Conoce/utiliza las fuentes de apoyo de aprendizaje?

¿Desea aprender a resolver los problemas relativos a la salud?

Otros:

#### Objetivo:

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

Estado de los órganos de los sentidos:

¿Cómo influye su estado emocional para el aprendizaje?

Ansiedad:

Dolor:

Apatía:

Estado de memoria: Resiente:

Remota:

Otras: