



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UNA DEPORTISTA DE TAE KWON DO CON
TENDINITIS Y ELONGACIÓN DE LOS LIGAMENTOS
CRUZADOS BAJO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ELVIA PRISCILA TORRES NUÑEZ
No. DE CUENTA: 09803614-9

DIRECTORA DEL TRABAJO:

M.C.E. MARÍA DEL PILAR SOSA ROSAS



MÉXICO, D. F.

FEBRERO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	3
3. OBJETIVOS	4
4. MARCO TEÓRICO	6
4.1 CUIDADO DE ENFERMERÍA	6
4.1.1 - Antecedentes Históricos	6
4.1.2 - El Cuidado de Enfermería en México	10
4.2 DIRECCIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y RECREATIVAS	23
4.2.1 - Antecedentes Históricos	23
4.3 DIRECCIÓN DE MEDICINA DEL DEPORTE	26
4.4 CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL DEPORTE	33
4.4.1 - Composición de un Equipo Deportivo	33
4.4.2 - El Botiquín	35
4.4.3 - El Trabajo de Enfermería en el entrenamiento	37
4.4.4 - El Trabajo de Enfermería en los Descanso	38
4.4.5 - El Trabajo de Enfermería después de el Entrenamiento	38
4.4.6 - El Trabajo de Enfermería en Fisioterapia y Rehabilitación	39
4.5 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON	41
4.5.1 - Antecedentes Personales	41
4.5.2 - Antecedentes del Modelo	44
4.5.3 - Conceptos Básicos	44
4.5.4 - Cuidados Básicos	46
4.5.5 - Necesidades Básicas	47
4.6 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	49
4.6.1 - Antecedentes Históricos	49
4.6.2 - Concepto	50

4.7 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	51
4.7.1 - Valoración	51
4.7.2 - Diagnóstico.....	56
4.7.3 - Planeación	58
4.7.4 - Ejecución	62
4.7.5 - Evaluación	64
5. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN	65
6. EXPLORACIÓN FÍSICA	77
7. PRESENTACIÓN DEL CASO	78
8. PLAN DE CUIDADOS	79
9. CONCLUSIONES	94
BIBLIOGRAFÍA	96
ANEXOS	97

1. INTRODUCCIÓN

En la década de los años sesenta la sociedad en general registró cambios profundos y el deporte universitario no podía ser ajeno a las transformaciones de la época; es indudable que con el auge de la práctica de los diferentes deportes en la Universidad Nacional Autónoma de México surge la necesidad de la atención médica deportiva. En el año de 1982 aunado a la participación médica en el deporte se suma la participación de enfermería.

La trascendencia de la participación de Enfermería radica por un lado en los conocimientos adquiridos en cuanto al estudio del hombre sano y a la influencia del ejercicio, por otro, la oportunidad de coadyuvar siendo un campo virgen a través de la docencia e investigación para la formación de recursos humanos especializados en ciencias aplicadas al deporte (médicos especialistas, entrenadores y otros profesionales), con acciones de enfermería específicas de esta área ubicadas en el primer y segundo nivel de atención y dirigidas a los deportistas, pero ante todo el desarrollo verdaderamente profesional de Enfermería en el Deporte.

En el Tae Kwon Do la Atención de Enfermería es de suma importancia ya que este es un deporte de contacto y produce diversas lesiones, como las que se trataran en este trabajo.

Término

El Proceso Atención de Enfermería es un término familiar para el personal de enfermería, ya que es una herramienta habitual que sirve para organizar sus acciones en la realización de atención de la salud al individuo, familia y comunidad.

Este Proceso es un sistema basado en reglas y principios científicos para la planeación y la ejecución de la atención de enfermería de acuerdo a las necesidades y problemas de salud de un individuo, familia y comunidad, así como la evaluación de los resultados obtenidos.

El Proceso de enfermería requiere del desarrollo de una relación terapéutica entre el personal de enfermería, el paciente y sus familiares, no solamente en estado de enfermedad y en el aspecto biológico; más bien esta relación debe abarcar al individuo en su ámbito familiar y comunitario en forma integral.

El Proceso de Atención de Enfermería, se compone de cuatro etapas: VALORACIÓN, PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN, las cuales deben ser flexibles, adaptables y aplicables en todas las situaciones, para promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima satisfacción de las necesidades del individuo.

Para llevar a cabo el Proceso de Atención de Enfermería, se necesita del apoyo de modelos y teorías para establecer un marco de referencia y comprender al paciente, familia, comunidad y el ambiente que los rodea. Estos modelos sirven de guía en la observación y clasificación de los individuos y situaciones en cada etapa del proceso.

En el presente trabajo se mostrará la importancia que tiene la aplicación de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE), bajo el modelo de V. HENDERSÓN en respuesta a las necesidades de salud de una deportista de Tae Kwon Do (TKD) que al igual que muchos otros requieren de una atención profesional y personalizada, también se mostrara la rehabilitación física de sus lesiones por medio de: Ultrasonido, Láser, Crioterapia y Estimulación Eléctrica Trascutánea (TENS) para el beneficio de su salud y un rendimiento físico optimo.

2. JUSTIFICACIÓN

Se decidió realizar el siguiente PAE porque es un instrumento teórico - práctico que nos permite interactuar con el individuo, nos da resultados visibles, que se pueden evaluar a corto o largo plazo; en cambio una tesis es una investigación en la cual no puede existir un cuidado individualizado, sino que en ella se lleva a cabo con una muestra de ciertas características.

El servicio social se realizó en la Dirección General de Medicina del Deporte, por lo cual se eligió como paciente una deportista de Tae Kwon Do, Cinta Negra 2º DAN, que pertenece a la selección de la UNAM; su cuidado es de suma importancia por que estos son los deportistas que nos representan a nivel Estatal, Nacional e Internacional.

Se decidió elegir a un deportista de Tae Kwon Do por que en el año de servicio social, en prácticas de campo se trabajó solamente con este tipo de deportistas; esta deportista presenta Tendinitis y elongación de los Ligamentos Cruzados, por lo que esto hace un caso clínico muy interesante para la práctica de enfermería en el deporte ya que estas lesiones perjudican a la deportista en sus tres ámbitos (físicos, psicológicos y sociales) por que el practicar su deporte es como una religión para ella y lesionada no lo puede practicar en un 100% y además poder identificar las razones por las cuales los deportistas de Tae Kwon Do (TKD) se lesionan; así como para tener la experiencia y los conocimientos de como se maneja a un deportista de alto rendimiento que regularmente compete y no puede dejar su entrenamiento; también para saber como es su rehabilitación y manejo de estas lesiones.

3. OBJETIVOS

GENERAL

- ★ Contribuir a satisfacer las necesidades básicas de la deportista por medio del Proceso Atención de Enfermería (PAE) y bajo la orientación del modelo de Virginia Henderson.

ESPECÍFICOS

- ★ Aplicar la valoración para identificar los problemas y causas de dificultad que afectan las necesidades de salud de la deportista de Tae Kwon Do (TKD).
- ★ Hacer la exploración física para identificar una lesión de tendinitis y elongación de los ligamentos cruzados.
- ★ Analizar la información obtenida para realizar los diagnósticos de enfermería apropiados a cada necesidad, con base en lo anterior, elaborar y planear intervenciones de enfermería consideradas en las fuentes de ayuda expuestas por Virginia Henderson para colaborar con la deportista de TKD a satisfacer sus necesidades y a que tenga un mejor rendimiento físico, evaluando el impacto de dichas intervenciones.

- ★ Contribuir a la rehabilitación de las lesiones que presenta la deportista de TKD para que pueda recuperar su rendimiento físico en el deporte.

- ★ Investigar y practicar los vendajes funcionales adecuados para una tendinitis y elongación de los ligamentos cruzados.

- ★ Investigar y practicar los métodos de terapia física adecuados para tratar una tendinitis y elongación de los ligamentos cruzados.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 CUIDADO DE ENFERMERÍA

4.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

“El origen de la profesión enfermera, se vincula a la mujer desde el momento en que la vida aparece. La perturbación de la especie a través de los cuidados a los niños enfermos y ancianos ha estado generalmente en manos de la madre, la mujer descubre la práctica del cuidado para asegurar la satisfacción de las necesidades indispensables para el mantenimiento de la vida: alimentación, higiene, reposo, consuelo, apoyo y educación.

La aparición del cristianismo tuvo un gran impacto en el desarrollo de la enfermería en occidente. Inicia la etapa vocacional de la profesión caracterizada por un fuerte componente religioso: el amor al prójimo.

Se fundan ordenes religiosas, que además de cuidar enfermos asistían a los pobres y presos durante siglos, las personas encargadas de cuidar ordenaban de preparación especial. No hay una doctrina escrita, el saber proviene de la práctica, la transmisión del conocimiento se producía de forma empírica según la tradición oral.

Al llegar el siglo XIX, la enfermería carecía de prestigio. Las personas encargadas de cuidar, además de las religiosas, son seculares procedentes de clase social baja que ejercen un oficio de escasa consideración social. A menudo eran prostitutas y expresidarias con ninguna información, por el contrario, los valores instruidos en la medicina proceden de una burguesía que estaba en una situación privilegiada.

Estos y otros factores determinaran la relación de dependencia que establece la Enfermería con respecto a la Medicina. En el país de Kaiserswerth existía una escuela de las Diaconesas donde enseñaban a cuidar enfermos hospitalizados. La alumna más famosa fue Florence Nightingale (1820 - 1910), a quién se debe la creación de la enfermería moderna. Entre sus numerosas aportaciones destaca la creencia en la necesidad de la formación de la enfermera. Creía que el cuidado es un arte y una ciencia diferente a la medicina que debe recibir una formación específica.

Esta convicción llevó a fundar la escuela del Hospital Thomas de Londres en 1860, sentando así las bases para la profesionalización. Los avances científicos y tecnológicos que se produjeron a lo largo del siglo XX, culminaron en una alta tecnificación de la medicina y consecuentemente de la enfermería, la entrada en la Universidad nos obliga a cuestionar, argumentar a conocer y desarrollar el cuerpo de conocimientos propio: la razón de ser de la disciplina enfermera.

Las consecuencias que se esperaban de los cambios en la formación se están empezando a sentir, pero no se han constatado todavía en la realidad de forma generalizada. El legado que recogen las enfermeras del siglo XX.” (1)

“Durante la primera mitad del siglo XX hubo numerosos factores que impulsaron el progreso de la enfermería: dos guerras mundiales, la auto organización de las enfermeras. La legislación general de la enfermería, los problemas de bienestar social, el apoyo de las disciplinas de salud por parte de fundaciones nacionales y las complejidades de la medicina.

En la segunda mitad del siglo otros movimientos sociales determinaron nuevos cambios en los cuidados de salud y a enfermería por ejemplo: el consumismo, la creciente concientización y exigencia del paciente de recibir cuidados de calidad, cambios en modos de trabajo: la lucha por los derechos civiles, el progreso de la

(1) Fiz Patrik . Cuidados Intensivos. Universidad de Nueva York. 1983. Pag. 34 - 39

salud pública, el desarrollo de organizaciones de salud tanto voluntarias como gubernamentales y la lucha por la igualdad de los derechos de la mujer; todos estos factores combinados con las fuerzas internas de la enfermería para aumentar su concientización, innovar su ámbito de responsabilidades y orientarse a la profesionalización han modelado el papel de la enfermera.

Por otro lado el descubrimiento de nuevos fármacos nuevas técnicas y nuevas tecnologías han creado las responsabilidades de las enfermeras y a obligado a introducir modificadores radicales en los cuidados de enfermería. El cuidado del paciente de hoy plantea retos diferentes a los que tuvo que afrontar Florence Nightingale, puesto que las enfermeras actuales se les exigen efectuar tareas que en antaño realizaron los médicos.

A lo largo del siglo XX también hubo periodos de escases dentro de la enfermería, muchas enfermeras dejaron de trabajar para dedicar su tiempo en responsabilidades familiares, otras no volvieron a la práctica como respuesta a un sistema autoritario y paternalista, en la que ellas no tenían ninguna participación en las planeaciones y en la toma de decisiones. Muchas se negaron a participar en una estructura laboral que ofrecía pocas recompensas, muchas horas de trabajo físico arduo y salarios muy bajos.

Por otro lado, se hizo evidente la necesidad de un enfoque distinto de los cuidados de enfermería, uno que proporcionará tanto calidad como atención integral al enfermo. Los cuidados de enfermería los imparten exclusivamente enfermeras profesionales, con un contexto que fomenta el traslado del paciente del hospital al hogar.

La enfermera es el factor primordial en el cuidado de los pacientes y coordina los esfuerzos combinados del enfermo, la familia y los suyos propios, para resolver los problemas que pudieran obstaculizar la recuperación total.

La práctica de la enfermería se ha visto forzada a realizar fuertes reajustes dentro de un contexto social más amplio a medida que han aumentado los conocimientos y han ido variando las actitudes y valores. La práctica de la enfermería ha crecido tanto en lo horizontal como en lo vertical, algunos consideran que esta expansión ha sido demasiado forzada y que el engrandecimiento profesional surge más de la limitación de sus funciones que de su extensión.” (2)

Es decisivo para el futuro de la enfermería, trabajar en la definición de las tres grandes interrogantes que en la actualidad plantea el desarrollo de la disciplina es:

1. Profundizar en el marco conceptual: la filosofía enfermera.
2. Aplicar el método científico en la actualidad diaria: el proceso de la enfermera.
3. Desarrollar un lenguaje propio que permita la comunicación profesional: Los diagnósticos enfermeros.

La única forma de conquistar la independencia de enfermería, es recuperar la actividad profundamente gratificante que constituye el centro de la disciplina: los cuidados. La formación de las enfermeras, cara al futuro, ha de planificarse para servir a la sociedad del futuro. Al mismo tiempo no deben sacrificarse las potencialidades totales de las enfermeras y de la enfermería en general.

(2) García Barrios y Calvo Charro. Historia de la enfermería. Universidad de Málaga, 1992. Pág. 1849 - 1852.

4.1.2 EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN MÉXICO

“El conocimiento de la historia de la enfermería en México, se divide para su estudio en cuatro épocas.

Primera Época.- Esta época es la PREHISTÓRICA, abarca del año 10,000 antes de Cristo, hasta el año 3,000 antes de Cristo o sea un periodo de 7,000 años en que vivió en Mexico el hombre prehistórico, según los restos humanos encontrados en TEPEXPAN. Como es lógico suponer, no se tienen datos respecto a que en esa época se hayan desarrollado actividades de enfermería.

Segunda Época.- A esta época se le llama ARCAICA o pre-clásica y esta comprende del año 3,000 en que termina la anterior hasta el año 1,000 antes de Cristo, abarcando un periodo de 2,000 años en que hubo mucho desarrollo de la cultura agrícola, cultura que debe de haberse iniciado 20 o 25 siglos antes de Cristo; también hubo un gran desarrollo en las artes, pues en esta época se encontró muy adelantado en moldeado de figuras de arcilla y el tallado de Jadeíta; de este periodo datan las tumbas talladas del Pedregal de San Ángel y las notables Pirámide de Cuicuilco . Se cree que también en esta época fue cuando floreció, lo que se ha llamado Complejo Olmeca y lo mas probable es que en estos años, la Enfermería solo se desarrollara como Enfermería militar en tiempos de luchas o combates entre los pobladores de entonces, o como rudimentos de enfermería entre familiares.

Tercera Época.- A esta se le llama la época CLÁSICA y abarca desde el año 1,000 antes de Cristo hasta el año 600 después de Cristo, un periodo de 1,600 años, en el que vemos el florecimiento sin par de la cultura Teotihuacana y de los centros de Montealbán, así como los maravillosos de Tajín y Palenque; en ellos se pueden admirar aun las monumentales y magníficas pirámides , que son manifestaciones indudables del progreso que habían alcanzado las artes y las ciencias, principalmente las matemáticas y la astronomía. Estos tiempos comprenden a la cultura Maya; no se tienen datos de

Enfermería de este tiempo, por lo que es de pensarse que las actividades de ese tipo estaban o se desarrollaban en las mismas condiciones que en la época anterior.

Cuarta Época.- Esta comprende del año 600 después de Cristo a la fecha; para su estudio se divide en cuatro etapas que son:

◆ **PRECORTESIANO.-** Empieza con el siglo VII y termina con la conquista española. A este corresponden las maravillosas culturas mexicanas. En esta época histórica ya se tienen bases para deducir que la enfermería se practicaba por las mujeres, aun cuando no se dedicaran exclusivamente a ella. Se miran en los geroglíficos, en los cuadros copiados de los murales; entre las figuras de piedra representativas y en algunas pinturas originales también, ya sea ministrando brebajes, ya poniendo lavados intestinales o practicando curaciones, dando fricciones, poniendo férulas y vigilando los Temascales, tan usados entonces para diferentes actividades médicas y obstétricas. La enfermería, propiamente en este periodo se concretaba al traslado y cuidados inmediatos, de los heridos en combate, lo que indica que solo había atención que se llevaba a cabo por lo que pudiéramos llamar Enfermeros Ambulantes.

Se sabe que a la mujer que cuidaba enfermos entre los Aztecas, se denominaban TICITL, pero hay que aclarar que no era divinidad, ni el nombre derivaba de un oficio especial, sino que más bien era consecuencia de que la enseñanza de la medicina, aprendida por los sacerdotes era llamada TICIOTL.”

Pudo haber TICITLS hábiles, inteligentes, de mediana habilidad o torpes, pero como era trabajo que estaba considerado como propio de esclavos o de sirvientes, nadie se preocupó por darle mayor impulso o bien exigir la mejoría categórica que después ha recibido como profesión.” (3)

(3) Bravo Peña. Nociones de Historia de la Enfermería. México. 1967. Pag. 73 - 75

“Tenían parteras, las cuales se dedicaban exclusivamente a atender partos; a estas se les llamaba QUITICITL y para poder trabajar en esto, se adiestraban con otras parteras más antiguas. Sabían atender tanto el embarazo como el parto y el puerperio; acostumbraban llevar a las embarazadas a los Temascales, para que sudando se desembarazaran de los malos humores.

◆ COLONIAL.- Lo primero que se tiene noticia en esta etapa, es de que se establecieron varios hospitales y el primero fue el llamado de la Limpia Concepción, fundado por el propio Hernán Cortes, en el año de 1524, hospital que aun existe. En ese entonces el personal se componía de tres Capellanes, un Médico, un Cirujano, un Barbero Cirujano, un Administrador, un grupo de Enfermeras, tres Indios para el aseo general y ocho esclavos para diferentes trabajos. Las hermanas de la Inmaculada Concepción eran las responsables del servicio y tenían mujeres seculares como ayudantes

Fray Pedro de Gante fundo en 1529, el Hospital Real de los Naturales, dedicado exclusivamente a los indígenas.

En el año de 1531 fue fundado el Hospital de Santa Fe, cerca de Tacubaya, habiendose organizado en este Hospital una casa cuna, que no próspero.

Otro de los Hospitales de ese tiempo, fue el que se llamó Hospital del Amor de Dios, fundado en el año de 1536, por el primer obispo de México: Fray Juan de Zumárraga.

En el año de 1567 fue fundado el Hospital de San Hipólito, por Bernardino Álvarez y fue dedicado a los enfermos dementes, siendo el primero que se fundó para esta clase de padecimientos en América.

El Hospital de San Lázaro fue fundado por el Dr. Pedro López, en el año de 1571, siendo dedicado a los leprosos. Algún tiempo después en 1582 este mismo doctor fundó el Hospital de San Juan de Dios o de la Epifanía, que después se llamó Hospital de Morelos y últimamente se denomina Jesús Alemán Pérez. Este Hospital ha estado dedicado principalmente a la atención de las enfermedades de la mujer, por lo que el público lo conoce mejor por el nombre de "Hospital de la Mujer".

Durante este periodo COLONIAL, se fundaron de dos a tres orfanatos en cada estado, casi todos manejados por religiosas, que sin preparación alguna se dedicaban a cuidar enfermos aunque también prestaban servicios en Hospitales, algunas mujeres no religiosas, sobre todo aquellas que tenían conocimiento de las propiedades curativas de las yerbas y para qué servían; tal es el caso registrado de la anciana llamada ANA LEÓN, que fungió como enfermera de las cárceles secretas del Santo oficio, alrededor del año 1670; trabajo ahí durante cuarenta años, con un sueldo de cincuenta pesos al año y todo lo que ella decía respecto a su experiencia como enfermera, era que le gustaba cuidar enfermos.

La enfermería, durante muchos años o quizá siglos de este periodo, solo fue ejercida empíricamente por religiosas y frailes, muy caritativos y abnegados la mayoría, pero sin conocimientos técnicos al respecto. La atención de enfermos por religiosas, en los Hospitales y orfanatos fundados en este periodo, empezó con los trabajos de enfermería empírica que llevaban a cabo religiosas del Convento de la Santísima Concepción, que estaba ubicado en donde ahora es la Iglesia de la Santísima Concepción.

Las autoridades de la colonia se habían dado cuenta de que la atención de los enfermos dejaba mucho que desear y no estaba bien organizada, por tal motivo, le encargó al PROTOMEDICATO que buscara el remedio para esta situación.”(4)

(4) Idem. Pag. 74 - 81

“EL PROTOMEDICATO era un cuerpo formado por un grupo de médicos, que cuando se formó por orden de los conquistadores, estaba integrado por los primeros médicos a los que se había autorizado para ejercer la Medicina y posteriormente, lo integraban los médicos más antiguos, los más sabios y los más competentes; por lo mismo, era la máxima autoridad en lo referente a la Medicina, Enfermería y Salud Pública. Este cuerpo médico comisionó al Dr. Pedro Rendón, para que llevara a cabo un recorrido de inspección por todos aquellos lugares en donde había enfermos, ya fueran hospitales, conventos, orfanatos, cárceles, etc., para saber que grupo de personas era el más apropiado para atender y cuidar enfermos, asimismo, saber cual grupo era el que se sentía responsabilizado en esa clase de tareas. Precisamente fue en el Convento de la Santísima Concepción, en donde se encontró que el grupo de religiosas que atendían enfermos en ese lugar, reunían las mejores condiciones de responsabilidad, abnegación, habilidad, amor al necesitado y organización en las tareas de curar y atender al enfermo y rindió su informe en el que enaltecía la calidad de los cuidados que las religiosas tenían para los enfermos y fue entonces cuando las autoridades aceptaron que las monjas desempeñaran labores de enfermería en los hospitales y en todos aquellos lugares en donde había enfermos.

◆ INDEPENDIENTE.- Abarca de 1810 a 1905, porque la guerra de Independencia de México, empezó a mediados de Septiembre de 1810 y se extiende hasta 1905, porque 1905 es la fecha en la que se inicia el desarrollo de los estudios organizados de enfermería en México.

Las luchas con que se inició la Independencia de México, culminaron con el triunfo ya indiscutible de las fuerzas insurgentes, el 27 de Septiembre de 1821, día de la entrada del ejército Trigarante en la capital Mexicana; al frente de este ejército venía Don Agustín de Iturbide y es seguro que durante esos 11 años no hubo progreso de la Medicina, ni de la Enfermería, pues solo es lógico suponer que únicamente había, Medicina, Cirugía y Enfermería Militares.

El día 4 de Diciembre de 1874, el entonces Presidente de la República Don Sebastián Lerdo de Tejada, expide un Decreto derivado de las Leyes de Reforma que regían al País, en el cual se exige la salida de todas las religiosas del territorio nacional, y con tal motivo, la esclarecida madre fundadora del Hospital de San Pablo tubo que salir del País.

Los puestos vacantes de las monjas fueron ocupados por enfermeros varones, que sin preparación especial y siendo solamente practicones, no desempeñaron muy bien las labores de cuidar a los enfermos. El año 1891 asumió la Dirección del Hospital Juárez el Dr. Luis E. Ruiz y tres años después dispone que las salas queden bajo el cuidado de enfermeras, pero como estas también eran improvisadas, ordenó que los practicantes de medicina dieran clases practicas, cuando menos de pequeña cirugía, hasta en los días domingos, a las nuevas encargadas. Es probable que esa fuera la primera ocasión, en que recibieran clase las cuidadoras de enfermos y heridos en México.

♦ MODERNO.- Es el que abarca desde el año de 1905 a la fecha y se toma como principio de este periodo el año de 1905, por que en ese año fue la inauguración del Hospital General de la ciudad de México, en el cual se empezó a organizar formalmente la enseñanza de enfermería en México, a pesar de que varios historiadores mencionan que hubo escuela de enfermeras en el Hospital Militar en el año de 1894 y de que el Dr. Liceaga dirigió una escuela de enfermeras en 1901, aparte de que también en el año de 1903, hubo un curso de Enfermería básica en el Hospital de San Andrés, pero todo ello no fue sino una serie de ensayos que no prosperaron con firmeza. En el año de 1905 se empezó la organización de la enseñanza de la Enfermería en México, de una manera firme y decidida, con las bases suficientes para llenar los aspectos indispensables en esa enseñanza, logrando ya desde entonces un cambio en la estimación de la enfermera, para poder tomarla en consideración como una trabajadora preparada, con estudios teóricos y una practica dirigida de tal manera, que le permitiera ser una verdadera ayudante científica de los médicos; tratando ellos de documentarla , dandole cátedra de rudimentos de medicina y cirugía, haciendola desarrollar por si misma sus facultades para con los

enfermos de cualquier clase de padecimientos.”(5)

“El Dr. Liceaga era un eminente médico, de gran solvencia moral y tenía una gran influencia en la política del País, pues era Presidente de Consejo Superior de Salubridad y el Director de la Escuela de Medicina y fue uno de los que principalmente auspiciaron el proyecto de construir un hospital general, con cupo suficiente para las necesidades de la población de Aquel tiempo.

El Dr. Eduardo Liceaga nació en el año de 1839 y murió en el año de 1920. En su viaje al Viejo Mundo se documentó tanto en lo referente a Hospitales como a Escuelas de Enfermería y volvió a México con la idea de que los hospitales y escuelas de enfermería de nuestro país, fueran semejantes a los europeos; trajo consigo el proyecto de que el Hospital se construyera lejos de la ciudad, en terreno suficientemente amplio para que cupieran varios pabellones; todo esto con el fin de albergar separadamente hombres, mujeres y niños, en primer lugar; y aparte de esto, destinar varios pabellones a diversas ramas de Medicina, Cirugía y Obstetricia.

También se trataba de construir separadamente los departamentos correspondientes (de forma que estuvieran aislados) a las enfermedades infecto-contagiosas.

En lo que respecta a Escuelas de enfermería el Dr. Liceaga había observado el funcionamiento de algunas de las escuelas de Europa y venía decidido a que se establecieran en México escuelas de enfermería que tuvieran las bases técnicas y los programas de enseñanza, semejantes a las europeas; en un principio para llenar las necesidades del Hospital que estaba por construirse, pero su proyección hacia el futuro, era incuestionablemente que hubiera en donde pudieran prepararse las enfermeras que el País indudablemente habría de necesitar.”(6)

(5) Idem. Pag. 82 - 92

(6) Idem. Pag. 93 - 94

“El Dr. Eduardo Liceaga empezó haciendo una excitativa por medio de la prensa, en la que invitaba a la mujer de México para recibir instrucción en el Hospital de Maternidad e Infancia (este fue fundado durante el imperio por la Emperatriz Carlota) con el fin de prepararse para ser las enfermeras del nuevo hospital que pronto iba a ser puesto al servicio del público. Solo había los requisitos de haber cursado la primaria, tener buena salud, de tener alrededor de 20 años de edad y tener una constancia de buena conducta.

En el año de 1903 se abrieron las inscripciones para las futuras enfermeras y así se tubo el primer grupo de aprendizas, compuesto por 20 señoritas y algunas señoras; este grupo solo recibió algunas lecciones teóricas de como tomar el pulso, tomar la temperatura de los enfermos, como usar el termómetro y hacer curaciones; así mismo de como preparar una consulta externa.

El Dr. Rafael Sousa fue el primer maestro que tuvieron las alumnas que aspiraban a ser enfermeras del nuevo hospital, era un maestro al que se le veía empeño de preparar enfermeras. La enseñanza y la educación fueron mínimas en esta forma durante un año y en el año de 1904, se determinó que pasara el grupo al Hospital de San Andrés, con esto se inicio ya en firme la enseñanza de las enfermeras, porque pasaban de la teoría a la práctica y para así aprender a manejar las salas de un hospital y que al pasar por cada uno de los servicios que había, pudieran posteriormente atender con eficiencia, los servicios que tuvieran a su cargo en el nuevo hospital.

Para manejar el nuevo grupo de enfermeras el Dr. Liceaga logró que vinieran de Europa dos enfermeras Alemanas, una de nombre MAUDE DATOI que fungía como jefe de enfermeras y secundaba perfectamente al Dr. Fernando López (director del nuevo hospital) vigilando los servicios de día y de noche, pues ahí mismo tenía su habitación; la otra enfermera alemana que vino de Europa fue GERTRUDIS FRIEDRICH, que fungía como sub-jefe de enfermeras.”(7)

(7) Idem. Pag. 95 - 97

“Cuando estas dos enfermeras regresaron a su país, fueron ocupados sus lugares por dos enfermeras americanas, llamadas MARY CLOUD y ANNA HAMBURI, jefe y sub-jefe respectivamente y que tenían la particularidad de hacer sobre vigilancia de los servicios, trasladándose de un lado a otro del hospital en bicicleta, pensando con ello sorprender más fácilmente cualquier irregularidad que hubiera y ahorrar tiempo con ese medio de traslado.

Como el trabajo era excesivo, decidieron las autoridades del hospital aumentar el personal de enfermería, para poder cubrir los servicios. A este nuevo grupo se le estuvieron dando cátedras preparatorias de Anatomía, Fisiología e Higiene teóricas; de curaciones y cuidados a los enfermos prácticamente en los pabellones. Estas prácticas duraron los dos primeros años, hasta que el Sr. Director, de acuerdo con la Beneficiencia Publica, inauguró formalmente la Primera Escuela de Enfermeras de México, el año de 1907, con su reglamento respectivo, en el que se hacía constatar que la carrera tendría básicamente los estudios siguientes:

- ✓ 1º año.- Anatomía, Fisiología y Curaciones
- ✓ 2º año.- Higiene y Curaciones en General
- ✓ 3º año.- Farmacia y Cuidados de todas las clases a los enfermos

Había tres grados en la carrera de Enfermera Hospitalaria: Aspirante, que era la que se iniciaba; Enfermera Segunda, se consideraba a la que había recibido alguna educación en la escuela y había demostrado aptitudes suficientes en el servicio y por ultimo, la PRIMERA, que ya estaba capacitada por sus estudios, dedicación y habilidades para llevar con éxito el servicio y responsabilidad de la sala.

Las clases se efectuaban desde los primeros días de Enero, hasta el 30 de Noviembre y todo el personal de enfermeras era obligado a asistir a las clases; estas estaban distribuidas de manera de no perjudicar los servicios y al fin de año se verificaban los exámenes, cuyas calificaciones eran: Superior, Muy Bien, Mediano y Malo; esto último siendo reprobación.

A la terminación de los estudios, se les expedía un diploma por la Dirección de la Beneficencia Pública, en la cual se acreditaba que había terminado la carrera quien lo recibía. El mismo Director del hospital dirigía la Escuela de Enfermeras y en ella impartía la cátedra de Anatomía; el Dr. Bernaldes daba las de Fisiología e Higiene y las Srtas. Jefe y sub-jefe de enfermeras, enseñaban las Curaciones.

Ya por los años de 1910 y 1911, la mayoría de las enfermeras de los servicios tenían su diploma y siendo graduadas, pidieron que una de ellas ocupara el puesto de Jefe de enfermeras, siendo designada por la Dirección de la enfermera EULALIA RUIZ SANDOVAL, quien fue la primera y una de las más competentes enfermeras mexicanas graduadas. Tres meses después fue comisionada la enfermera Ruiz Sandoval, por la Cruz Roja Mexicana, como jefe de una brigada a Ciudad Juárez con motivo de la Revolución; allá prestó eficaces servicios y cuando regresó seis meses después, se hizo cargo definitivamente del puesto de Jefe de Enfermeras del Hospital General. Todas las enfermeras eran internas, igual que todos los empleados y servidumbre, teniendo habitaciones separadas hombres y mujeres.

LA REVOLUCIÓN MEXICANA

Habiendo sido el desarrollo de la Revolución Mexicana a veces violenta y a veces pacífica, se ha llegado a un estado de progreso en lo Político, Económico y Social, que ha favorecido un incremento de tan franco adelanto en la Medicina, la Cirugía y la Enfermería, que actualmente se encuentran al mismo nivel que en cualquier parte del mundo civilizado oriental.

Por lo anterior se ve muy claramente, de lo que no se logró en todo un siglo, de 1810 a 1910, se ha realizado con creces en cincuenta años de una trayectoria definida y en sólo veinte años de estabilidad. Ahora se cuenta con los mejores adelantos en Hospitales y los más modernos conocimientos en Medicina, Cirugía y Enfermería; se tienen también bases firmes para la experimentación Medico-Quirúrgica y en

Enfermería se siguen las más modernas técnicas de enseñanza; hay algo más de 70 escuelas de enfermería en la República Mexicana actualmente, con cerca de 700 alumnas que se gradúan cada año.”(8)

ENEO de la UNAM

“Al reabrirse la Universidad, todas las escuelas profesionales pasaron a depender de ella y le tocó a la Escuela de Enfermería quedar surpeditada a la Escuela de Medicina. El Director de la Escuela de medicina era quien dirigía la enseñanza de la rama de Enfermería, aunque las enfermeras se instruían en las aulas del Hospital General y las alumnas practicaban en los pabellones del mismo.

Los requisitos para inscribirse en la carrera de Enfermería, eran tener el certificado de haber cursado la escuela Primaria y una carta de buena conducta. En 1927, cuando se determinó que las alumnas estudiaran un año de Secundaria, con las materias de Biología, Matemáticas, Física y Química.

En el año de 1933 se verificó el primer Congreso de Enfermería, del cual surgió la idea de que las enfermeras hicieran previamente estudios de secundaria y ello origino que en la inscripción del año de 1935 ya fuera requisito indispensable.

Durante el año de 1934 se creó la Enfermería Sanitaria, organizandose cursos para enfermeras tituladas, saliendo el primer grupo dos años después, como orientadoras en asistencia materno-infantil y en Higiene Rural. Estos cursos fueron organizados por la Secretaria de Salubridad y Asistencia, la cual aun sigue preparando Enfermeras Sanitarias.” (9)

(8) Idem. Pag. 98

(9) Idem. Pag. 99 - 102

“En 1938 se creó la Primera Convención de Enfermeras y en ella se propuso que el día 6 de Enero fuera el Día de la Enfermera; en esta asamblea se presentaron trabajos Médicos Cirujanos que estaban impartiendo cátedra a enfermeras, aunque hubo varios muy interesantes presentados por las enfermeras Díaz Lombardo, Ortiz Eudave y uno presentado por la Dra. Emilia P. De Ortiz. Ya desde la segunda Convención que se llevó a cabo posteriormente y más todavía en la tercera, se presentaron trabajos reveladores de las tendencias de progreso, de aspiración de tener líderes que defendieran los intereses del gremio, de preocupaciones porque debiera iniciarse la Legislación de la Carrera y varios en los que obtuvo pedía la independencia de la Escuela de Enfermería de la de Medicina.

La dirección de la escuela de Medicina, había nombrado Oficial de Acuerdos al Dr. Quintanilla, para que manejara la Escuela de Enfermería; en su tiempo se obtuvo la autonomía de la Escuela de Enfermería, la cual se separó de la Facultad de Medicina, cuando la doctora Leija tomó posesión de la Dirección de la Escuela de Enfermeras.

La Secretaria de Salubridad llamó a la Dra. Leija para organizar el servicio de enfermería Rural; ella redactó los programas y preparó al personal para ese servicio, enseñando a las principiantes que se afiliaban a esos servicios.

La Dra. Leija tratando de desarrollar debidamente sus propósitos, fue después hasta Estados Unidos y Canadá, para conocer la forma como se trabajaba allá y cuando volvió, implantó métodos y sistemas mejor organizados; creó la mejor forma para el desarrollo de la Enfermería Rural, dirigiendo esta sección por muchos años. Cuando tomó el cargo de directora de la Escuela de Enfermería, los primeros pasos fueron para renovar a los ya anticuados programas; hacer la enseñanza objetiva y práctica; pero sobre todo, implantar la disciplina entre profesores, alumnas y empleados.”(10)

“La Dra. Leija habiendo sido reelecta para un segundo periodo, como directora de la Escuela de Enfermería y Obstetricia, tuvo mayor empeño para que hubiera un edificio especial para la escuela, habiendo obtenido de la Rectoría de la Universidad, que la escuela quedara en una casa que si no era muy adecuada , si era muy amplia y que fue donde estuvo la escuela, antes de cambiarse a donde anteriormente era la Escuela de Odontología, esto en el número 35 de la calle República de Brasil donde se sitúo antes de ocupar su actual domicilio en la avenida México Xochimilco s/n, el 21 de junio de 1979. Cabe destacar que solo había enfermería técnica, la licenciatura se empezó a estudiar en la ENEO hasta 1968.”(11)

Todo lo anterior se relaciona de una manera muy estrecha con la Medicina del Deporte ya que el cuidado es esencial en todo ser humano desde la historia de sus raíces; esto es una introducción para este trabajo, con la intención de manejar el cuidado como universal, en donde enfermería participa con acciones específicas para cada persona y muy estrechamente con los deportistas.

No solo el cuidado de enfermería es para las personas con alguna enfermedad sino que también se da a toda persona que tenga alguna necesidad alterada y que perjudique su vida tanto física, psicológica o espiritualmente.

Y los deportistas son mucho muy susceptibles a sufrir alteraciones físicas (lesiones osteomusculares), dichas alteraciones perjudican todo su modo de vida (físico, psicológico y espiritual).

4.2 DIRECCIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y RECREATIVAS

4.2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La UNAM, desde su fundación, ha tenido presente la importancia de la formación integral de sus estudiantes. Así, además de las labores académicas inherentes a su condición de institución educativa y a las tocantes a la apreciación y el goce de los valores estéticos y artísticos, se ha preocupado por atender el campo de las actividades de la cultura física, tanto en su manifestación deportiva como en la recreativa.

Todas las personas interesadas en el deporte universitario saben que su historia moderna parte de 1917, cuando fue creado el Departamento de Educación Física. Esta estructura fue creciendo, al tiempo que extendía sus actividades y, en 1926, paso a ser Departamento de Educación Física, dentro de la Universidad Nacional.

En la década de los años sesenta la sociedad en general registró cambios profundos y el deporte universitario no podía ser ajeno a las transformaciones de la época. Así, en 1962, el que hasta entonces fuera Departamento se convirtió en Dirección General de Educación Física, misma que, en 1967, adquirió el rango de Dirección de Actividades Deportivas.

Con el transcurso del tiempo y el crecimiento de la población estudiantil y sus necesidades en el ámbito del ejercicio, el 16 de Octubre del 1973, por acuerdo del Sr. Rector, Guillermo Soberón A. se ampliaron las funciones de la dependencia que, desde entonces, se llamaría Dirección de Actividades Deportivas y Recreativas. En este periodo se iniciaron los cursos de capacitación de entrenadores.

La estructura actual, además de la Dirección General, comprende siete órganos colegiados de consulta y deliberación, los cuales han permitido institucionalizar los

avances técnicos así como cumplir cabalmente con las tareas académicas de formación e investigación. Asimismo, cuenta con cinco subdirecciones que cubren los servicios que se les han encomendado; constituidas, a su vez, por coordinaciones y áreas; por último cuenta con una unidad administrativa.

El proceso del desarrollo del deporte y la recreación universitarios han contado con el apoyo de las autoridades universitarias quienes, reconociendo el trabajo constante, realizando a lo largo del tiempo, por profesores, médicos, enfermeras, pedagogos, psicólogos, nutriólogos, técnicos, metodólogos deportivos y demás personal, han establecido cuerpos colegiados, como el Consejo Asesor, la Comisión Dictaminadora de Personal Académico, el Comité Técnico-Académico del CECESD, la Comisión Consultiva para el Deporte y la Recreación en el Bachillerato, la Unidad de Investigación y la Comisión de Biblioteca, con las cuales no solo se han consolidado las labores sustantivas del deporte y la recreación, sino también se ha incursionado en otras líneas de trabajo afines a las funciones de la Institución, como son la docencia, la investigación y la difusión.

Así pues, como en el seno de la Universidad no se puede desatender la formación de deportistas en el campo académico, el 19 de agosto de 1987, se creó el centro de educación Continua de Estudios Superiores del Deporte (CECESDE).

Hoy las actividades sustantivas de la Dirección se apoyan en una infraestructura material y humana, en la cual destacan: la clínica de evaluaciones morfo - funcionales, que cuenta con equipo, instalaciones y personal especializado, encargado de sustentar científicamente los procesos técnico-deportivos y metodológicos de los entrenadores, esta se sitúa en la Dirección de Medicina del Deporte, clínicas de asistencia y rehabilitación deportiva que atienden a los estudiantes deportistas; gimnasios de acondicionamiento físico; la biblioteca/hemeroteca incorporada informáticamente al Sistema Bibliotecario de la UNAM y única en el país por su acervo, tanto bibliotecario como de revistas de ciencias aplicadas al deporte y el entrenamiento.

Cuenta también con instalaciones deportivas universitarias: el estadio y la alberca olímpicos, el frontón cerrado, el estadio "Tapatío Méndez", la pista de calentamiento, así como otros campos, pistas y canchas deportivos que han sido escenario de juegos y competencias nacionales e internacionales.

En 1993 la Dirección de Actividades Deportivas y Recreativas se integra a la Secretaría de Asuntos estudiantiles.

La DGADyR debe atender a usuarios dentro y fuera de la Universidad. Atiende a los estudiantes que practican deporte y recreación, por otro lado los deportistas seleccionados, los entrenadores y a las asociaciones deportivas de la UNAM. Además siendo entidad federada del deporte nacional mantiene relación estrecha con el Consejo Nacional del Deporte, la Federación Deportiva Mexicana y las Federaciones de cada Deporte.

En 1997 se reorganiza la Secretaría de Asuntos Estudiantiles de la UNAM y se establecen las funciones de la DGADyR. En febrero del 2001 queda adscrita a la Secretaría de Servicios a la Comunidad.

La DGADyR se preocupa por ofrecer servicios en deporte, recreación y medico deportivos, así como programas docentes de actualización, extensión y difusión. Estas actividades implicaron preparación físico deportiva, iniciación, entrenamiento y selección de equipos representativos; participación en competencias y campeonatos internos, nacionales e internacionales; servicios recreativos a la comunidad; servicios medico deportivos; especialización en Medicina del Deporte y la Actividad Física; especialización de Enfermería en la Cultura Física y el Deporte; Programa de Formación de Entrenadores; así como cursos y seminarios de actualización y superación.

El titular de la Dirección General de Actividades Deportivas y Recreativas del 2005 a la fecha es el Sr. Luis Regueiro Urquiola.

4.3 DIRECCIÓN DE MEDICINA DEL DEPORTE

La historia de Medicina del Deporte se relaciona con la medicina en general, desde los griegos ya se conocían algunas virtudes del ejercicio y sus médicos cuidaban de los lesionados en los juegos olímpicos. De hecho la Medicina del Deporte a partir de fin del siglo XIX, requería la ayuda de todas las especialidades medicas.

Una de las características importantes en el nacimiento de la medicina del deporte, es la fe que anima a los precursores y que hace que universitarios y médicos se unan amistosamente, como sigue sucediendo hasta el día de hoy.

Es indudable que con el auge de la práctica de los diferentes deportes en la Universidad Nacional Autónoma de México surge la necesidad de la atención médica deportiva, en un principio la medicina deportiva solo se practicaba empíricamente, cada deportista tenía “trucos” para curar sus lesiones y poder prevenirlas.

La Medicina del Deporte en la Universidad se inicia como en la mayoría de las especialidades medicas, por necesidad o por interés de los médicos involucrados , las lesiones se presentan en los campos de juego y en los lugares de entrenamiento de los universitarios y es así como se recurre ya sea a los estudiantes de medicina o a los médicos que les gusta el deporte o que lo practican, es lógico que son los especialistas en traumatología y ortopedia los que se interesan en estas actividades, pues es el tratamiento de las lesiones lo que más interesa, sin embargo es necesario decir que esas especialidades también estaban en formación en los años en que se inicia la actuación de los médicos en las funciones deportivas.

En 1938, los jugadores integrantes de los equipos de fútbol americano de la UNAM, se empezaron a atender en la Cruz Roja Mexicana, los cuales eran transportados en taxi para su atención; recurriendo a los amigos médicos, evitando así la espera y una atención pronta y seguras. Posteriormente en la 6ª demarcación, perteneciente a la

Cruz Verde, ubicada en la calle de Victoria, a la llegada de Roberto Méndez, un estudiante de Medicina y jugador de fútbol soccer apodado el "Tapatío", y con la ayuda solicitada eficientemente del Dr. José Morales Ortiz por mal nombre el "chofer" se siguió atendiendo a los jugadores de fútbol americano.

En el año de 1940 se prolonga esta atención médica y se vuelve puramente asistencial, se brinda en los campos de juego, el Dr. Victorio De La Fuente inicia la atención en los partidos que se realizan en los estadios de esa época. Al mismo tiempo por esos años el Dr. Rodolfo Limón Lanzón, interesado en la fisiología del ser humano inicia trabajos con algunos deportistas representativos de nuestro país, pero sobre todo con los montañistas, pues estos cambios (frío, calor, altitud) provocan mayores efectos fisiológicos.

Por los años cincuentas se inician las actividades en Ciudad Universitaria y lo primero que se puede utilizar son los campos deportivos y nuevamente es el fútbol americano es el que toma las riendas del desarrollo en organización y logística en todos los sentidos, por lo cual en servicio médico es parte importante en su desempeño; fue normal que se tuvieran características pero se contaban con elementos buenos, pero el espacio era pequeño para el servicio médico. El Dr. De La Fuente y sus colaboradores realizaban tratamientos y aplicación de vendajes, en esa época se hizo famosa la frase "pomada y al sol" para tratar traumatismos y esguinces; en esas condiciones llevaban a cabo esas actividades.

En los años 52 a 54 algunos exjugadores y médicos del grupo que trabajaba con el Dr. De La Fuente inician el proyecto de hacer una verdadera clínica de atención médica para el fútbol americano y los integrantes de los equipos deportivos de la universidad, ya que se atendía a todos los deportistas en general.

En 1960 se inaugura el Centro Médico Universitario para proporcionar una mejor atención al estudiantado, ya que este servicio se hacía pero con diferencia y en lugares

improvisados. El Rector Ignacio Chávez nombra como director de este centro al Dr. Pedro Ramos, gastroenterólogo de mucho prestigio y además interesado en el estudio integral del estudiante y su problemática, por lo que deciden integrar un servicio médico deportivo; se destina un consultorio y un gimnasio para realizar las pruebas específicas que en ese entonces eran pruebas del escalón de Harvard, mediciones corporales y pruebas respiratorias ya que se logró comprar un espirómetro de 2 campanas, siendo este el máximo aparato con que se contaba, además se creó el departamento de antropometría; el servicio médico deportivo se integró rápidamente iniciando un trabajo inter y multidisciplinario, aunque siempre hubo un cierto alejamiento con los entrenadores ya que no entendían todo lo que ahí se realizaba.

Los juegos olímpicos del 68 se conocieron como los juegos de la medicina, debido a todos los estudios y conclusiones que se realizaron desde el punto de vista médico, fisiológico y de metodología del entrenamiento. Fueron una parte importante para la medicina del deporte, pues así los médicos valoraron y se dieron cuenta que eran atrasados algunos procedimientos que les realizaban a los deportistas.

Por lo cual el 16 de Octubre de 1973 es una de las primeras fechas que se registran importantes para la Medicina de Deporte ya que es cuando se hace la restauración de la Dirección General de Actividades Deportivas y Recreativas, ya que viendo la necesidad de la atención médica a los deportistas abre lo que esa en ese tiempo la Subdirección de Medicina del Deporte, en la cual se brindará una atención especialmente a los deportistas.

En esta fecha abre el campo al servicio social, constituyendo una colaboración de recursos humanos para la atención del deportista. El 20 de Abril de 1974, se crea el Departamento del Patronato Deportivo de la UNAM, según acuerdos del Sr. Rector Guillermo Soberón Acevedo. Dentro de esta Dirección se creó una Coordinación de Medicina del Deporte y el Dr. Gabriel Mendoza Manso fue nombrado responsable

de la misma, se amplió el concepto de atención y se crearon 3 clínicas más de atención médica y una de odontología para los deportistas, fueron las clínicas de Frontón Cerrado, la de la Alberca y la de la Pista de Calentamiento que aunadas a la del fútbol Profesional, se contaba con cinco clínicas para ese entonces, sin embargo la atención siguió siendo básicamente asistencial.

En 1981 la Dirección General de actividades Deportivas y Recreativas está interesada en prestar servicios médicos de manera integral, y el Rector Octavio Rivera Serrano nombra al Sr. Mario Revuelta como director de actividades deportivas y es cuando se crea la subdirección de Investigación y medicina del Deporte, a su vez nombra al Dr. Victorio de la Fuente Narvaez como el primer subdirector; esta subdirección estaba formada básicamente de tres coordinaciones que eran la Asistencial, la de Polos de Desarrollo y la de Investigación y Docencia, además de servicios de nutrición y psicología.

Es así como la Universidad Nacional Autónoma de México a través de medicina del Deporte y de sus clínicas auxiliares demuestra su especial interés para mantener y elevar el estado de salud de su población estudiantil y académica.

La Medicina del Deporte es una rama de la medicina que busca el equilibrio biopsicosocial del estudiante deportista en sus tres etapas de preparación: pre-competencia, competencia y recuperación y se encarga de buscar, diseñar, organizar, coordinar y evaluar las técnicas o programas que le ayuden al deportista a alcanzar su máxima capacidad deportiva en forma individual y en equipo.

El posgrado de la DGADyR en la facultad de medicina de la UNAM, en la especialidad de Medicina de Deporte y la actividad física, fue aprobado por el consejo Universitario en Septiembre de 1985. Debido a la necesidad de brindar atención y detectar necesidades en la población universitaria interviene la participación de enfermería que data de 1982, antes de que la especialidad de medicina del deporte existiera como tal, inicia el Servicio social con una alumna de nivel licenciatura de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (Beatriz Ruiz), quien fue ubicada en el entonces Departamento

de Evaluación Funcional, en el siguiente año, ya con mayor número de pasantes de la Licenciatura en Enfermería, se cubren los servicios médicos de las clínicas de Evaluación Funcional, Frontón cerrado, Alberca, Fútbol Soccer, Fútbol Americano, así como los de las FES Zaragoza e Iztacala con pasantes de enfermería de nivel técnico de estas escuelas; todos estos servicios dependían de la Subdirección de Medicina del Deporte.

En el 2001 cambia el nombre de Subdirección de Medicina del Deporte a Dirección de Medicina del Deporte en la cual se brinda una atención multidisciplinaria especial para los deportistas de alto rendimiento de la UNAM; cuyo objetivo es elevar el nivel de salud de la comunidad deportiva universitaria que a través de la aplicación de los conocimientos de Medicina del Deporte, se puede alcanzar una mejor preparación y salud en el deportista.

Sus funciones son: brindar atención médica en niveles preventivos por medio del examen morfo funcional, curativo y de rehabilitación, durante la práctica y la competencia de los equipos representativos de la UNAM, incluyendo a la organización Pumas.

La trascendencia de la participación de Enfermería radica por un lado en los conocimientos adquiridos en cuanto al estudio del hombre sano y a la influencia del ejercicio, por otro, la oportunidad de coadyuvar siendo un campo virgen a través de la docencia e investigación para la formación de recursos humanos especializados en ciencias aplicadas al deporte (médicos especialistas, entrenadores y otros profesionales), con acciones de enfermería específicas de esta área ubicadas en el primer y segundo nivel de atención y dirigidas a la población en general y deportistas, pero ante todo el desarrollo verdaderamente profesional de Enfermería.

En el 2003 se elaboró un programa de promoción a la salud, donde los pasantes de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia proporcionan un cuidado integral de la salud de los deportistas, el cual ha tenido gran impacto entre esta comunidad.

La Dirección de Medicina del Deporte cuenta con cuatro clínicas dentro de Ciudad Universitaria que son:

MEDICINA DEL DEPORTE

Atiende:

- Particulares
- Comunidad Universitaria

FUTBOL AMERICANO

Atiende:

- Liga Mayor
- Intermedia
- Juvenil
- Infantil
- Tochito Bandera
- Porristas
- Grupo de animación

ALBERCA

Atiende:

- Deportes sin silla de ruedas
- Fútbol rápido
- Juegos y deportes acuáticos
- Buceo
- Natación / nado con aletas
- Waterpolo
- Canotaje
- Fútbol asociación
- Montañismo y exploración
- Fisicoculturismo
- Clavados
- Nado sincronizado
- Remo

FRONTÓN CERRADO

Atiende:

- Béisbol
- Hockey sobre pasto
- Voleibol (sala y playa)
- Ciclismo
- Tenis
- Atletismo
- Levantamiento de pesas
- Boliche
- Squas
- Esgrima
- Karate
- Taekwondo
- Hadball
- Sofbol
- Baloncesto
- Ajedrez
- Tenis de Mesa
- Tiro con arco
- Gimnasia
- Frontón
- Boxeo
- Judo
- Lucha

4.4 CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL DEPORTE

La participación del Licenciado en Enfermería que acude a tratar una lesión en el campo deportivo consiste en hacer una evaluación del deportista, iniciar el cuidado y el tratamiento oportuno y hacer recomendaciones sobre el regreso a la competición o encaminada a una nueva evaluación; esto es, durante un entrenamiento, en la competencia y después del entrenamiento. La responsabilidad principal de la asistencia inicial es difícil y requiere la interacción de los entrenadores, preparadores físicos y familiares.

“La integración de enfermería dentro de un equipo esta definida básicamente por dos personas, que son el entrenador y el médico. Aunque, fundamentalmente, por el entrenador, que es el colaborador más directo: el forma su equipo y el personal de enfermería esta dentro del mismo, igual que los demás técnicos; por lo que es el responsable de equipo.

Con el preparador físico hemos de tener muy claro cual es nuestro ámbito de acción ya que una vez que el deportista esta diagnosticado y recuperado, es el personal de enfermería es quien lo rehabilita para que pueda entrenar plenamente.”(12)

COMPOSICIÓN DE UN EQUIPO DEPORTIVO

“Normalmente esta formado por:

- ★ Entrenador.- sobre el recae toda la responsabilidad de la formación del equipo y de su buen funcionamiento; así como la responsabilidad de los éxitos y los fracasos del mismo.

- ★ Entrenadores ayudantes.- realizan labores de ayuda al entrenador, tanto en la preparación de los partidos, videos de jugadores de los equipos contrincantes.

- ★ “Preparador físico.- su labor principal como la del entrenador es la programación de la temporada en función de los partidos, y en función de como quiere que el entrenador que esté el equipo en las diferentes fases de la temporada. Igualmente es responsable de la ultima fase de la recuperación del deportista, cuando este inicia sus entrenamientos de pista y posterior incorporación al entrenamiento y partidos, o sea de la readaptación y posterior puesta a punto.

- ★ Delegado.- es el encargado de toda la programación de la temporada desde el punto de vista burocrático , organiza los viajes y es el responsable del equipo para todos aquellos aspectos que escapan a la vertiente técnica.

- ★ Médico.- es el responsable de la salud del equipo. También de la prevención, diagnostico y tratamiento de las posibles lesiones y enfermedades de los integrantes del equipo. Es el único con capacidad
Preparador físico.- su labor principal como la del entrenador es la programación de la temporada en función de los partidos, y en función de como quiere que el entrenador que este el equipo en las diferentes fases de la temporada. resolutive para el alta medica.

- ★ Enfermera.- Aplica tratamientos de rehabilitación, hace promoción para la salud, pone vendajes funcionales y es responsable de los botiquines.”(13)

4.4.2 EL BOTIQUÍN

“El botiquín para el personal de enfermería, es una de sus armas de trabajo más importantes.

Este botiquín debe reunir las siguientes características:

Ha de ser cómodo, de fácil manejo (fácil apertura y muchos departamentos), personal y debe llevar dentro todo lo que nos haga falta, teniendo muy claro que se debe saber para que sirve cada producto. Es necesario tener una mente fotográfica de donde esta cada cosa, para que cuando se necesite no se dude en buscar lo que se necesite en ese momento.

Es importante que este tenga diferentes departamentos para no mezclar áreas como, por ejemplo, lo que se denomina apartado de enfermería, donde se llevan apósitos, con el de productos de masaje o cremas que proporcionan calor.

★ A. Departamento de masaje

- Crema de masaje
- Crema antiinflamatoria
- Crema desinfectante para heridas
- Crema de calor (ligero)
- Vaselina

★ B. Departamento de enfermería

- Guantes
- Varios apósitos
- Desinfectante de piel
- Tijeras curvas
- Gasas estériles
- Puntos de sutura
- Tapones nasales
- Pinzas con dientes

- ★ C. Departamento de vendajes
 - Prevendaje
 - Dos rollos de Tape No. 3, 8
 - Una venda elástica adhesiva del 6, 8
 - Protectores de foamy
 - Spray adhesivo
 - Tape cúter (corta vendajes)
 - Tijeras para quitar vendajes

- ★ D. Departamento de crioterapia
 - Bolsas de plástico para hielo o de caucho
 - Spray frío
 - Venda de plástico para sujetar bolsas

- ★ E. Departamento de farmacia
 - Antiácidos
 - Analgésicos, normalmente paracetamol
 - Protector labial
 - Gotas nasales
 - Antiinflamatorios, normalmente flanax
 - Spray nasal

- ★ Varios
 - Depresores linguales
 - Tubos de Guedel
 - Abrebocas
 - Lámpara de exploración
 - Cortauñas
 - Papel higiénico o pañuelos

4.4.3 EL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN EL ENTRENAMIENTO

“Dentro de la participación en el entrenamiento, el Licenciado en Enfermería, realiza una valoración al deportista y dependiendo de esta, se le proporcionan una serie de indicaciones para incorporarse al campo deportivo, se aplican vendajes deportivos ya sean elásticos o adhesivos en diferentes extremidades y áreas como: tobillo, rodilla, codo, mano, etc.

“Una vez que los jugadores saltan al campo, el personal de enfermería se convierte en espectadores privilegiados de primera fila, pero cuidado, ya que es muy importante que la enfermera este pendiente del juego para ver el mecanismo que puede producir una lesión y valorar la posible gravedad de esta.

Durante la competición el trabajo será el siguiente:

- Estar pendiente de lo que suceda en el terreno del juego, para de esta forma, poder apreciar el mecanismo de la lesión.
- Se llevan a cabo intervenciones como curación de heridas, control de epistaxis, inmovilizaciones si fuera necesario, restitución de lesiones musculares, esguinces y contusiones.
- Atender a los jugadores en sus necesidades (agua, toallas, etc.)

En caso de que se produzca una lesión, ¿que se debe hacer?:

1. No saltar al terreno de juego sin el permiso correspondiente.
2. En caso necesario seguir el PROTOCOLO DE RICE; si es necesario realizar la EVACUACIÓN.
3. Si no hubiera médico, el personal de enfermería debe tomar la responsabilidad necesaria, la más lógica y coherente.
4. Tener informado al entrenador.”(15)

PROTOCOLO RICE

R = REPOSO DE LA PARTE LESIONADA

I = INMOVILIZACIÓN DE LA PARTE LESIONADA / HIELO EN LA PARTE LESIONADA

C = COMPRESIÓN DE LA PARTE LESIONADA

E = ELEVACIÓN DE LA PARTE LESIONADA SI PROCEDE

4.4.4 EL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN LOS DESCANSOS

“Básicamente, consiste en atender las necesidades de los jugadores.

Básicamente son acciones preventivas como:

- ▶ Aplicar masajes en alguna zona que tenga riesgo de lesión
- ▶ Reforzar un vendaje o cambiarlo
- ▶ Colocar hielo

En algunos deportes hay diferentes descansos, como la gimnasia con las rotaciones de aparatos o los combates de artes marciales, tenemos algo mas de tiempo para poder atender los problemas que nos puede presentar el deportista.

4.4.5 EL TRABAJO DE ENFERMERÍA DESPUÉS DE EL ENTRENAMIENTO

Aquí se llevan a cabo medidas de prevención de deshidratación, valoración de lesiones o molestias para brindar el cuidado y tratamiento oportuno. Es por lo cual el trabajo de enfermería se vuelve más necesario.

Básicamente se realizan:

- ▶ Estiramientos
- ▶ Crioterapia en la zona donde hayan existido contusiones y dolores musculares.

Y como prevención:

- ▶ Baños con hielo en las extremidades inferiores (pies/tobillos). Es muy importante cubrir y proteger las uñas, ya que la aplicación de frío sobre ellas produce sensación de dolor. Para ello se utilizan unas fundas denominadas crio cups.
- ▶ Tratar las posibles heridas y erosiones
- ▶ Masaje de descarga
- ▶ Dejar el lugar de trabajo en condiciones óptimas para el siguiente entrenamiento.”(16)

4.4.6 EL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN

La participación del licenciado en Enfermería dentro de la Clínica de Fisioterapia y Rehabilitación es aplicar tratamientos bajo prescripción médica, haciendo siempre uso del criterio del profesional de Enfermería; estos tratamientos son:

- Ultrasonido
- Compresas húmedo calientes (CHC)
- Electro - estimulación (TENS)
- Rayo Láser
- Hielo
- Diatermia

(16) Idem. Pag. 24 , 25, 26

El licenciado en Enfermería dentro de la Rehabilitación de algunas lesiones causadas por un deporte o por la actividad cotidiana en donde se le indica, se le proporciona el cuidado al paciente o bien se le apoya para que realice ejercicios de ciertas extremidades lesionadas. Se llevan a cabo movimientos corporales para restituir la función normal de dichas extremidades por medio de aparatos como bicicleta fija, ligas, palos, tablas (circulatorias, en escalón), polainas, etc.

Estos tratamientos se emplean para facilitar la recuperación de lesiones como esguinces, lesiones musculares, tendinitis, lumbalgias, ciatalgias, contusiones, posquirúrgico de fracturas, etc., de acuerdo a los conocimientos y elementos teóricos, se aplica en cada una de las técnicas el diagnóstico de enfermería, para establecer el modelo de atención y como resultado en Proceso de Atención de Enfermería.

4.5 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

4.5.1 ANTECEDENTES PERSONALES

“Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Originaria de Kansas City, Missouri, pasó su infancia en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía en Washington D.C.

Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así, en 1918 ingresó en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington D.C. En 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inició su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó en el Teachers College de la Universidad de Columbia, donde consiguió los títulos B.S. y M.A. en la rama de enfermería.

En 1929, Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Stong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regresó al Teachers College en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas hasta 1948.

Henderson vivió una gran trayectoria profesional como autora e investigadora. En los años en que fue profesora del Teachers College reescribió la cuarta edición de *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, de Berta Harmer, publicado en 1939. La quinta edición de este texto apareció en 1955 y contenían la definición de enfermería de la propia Henderson. Esta autora tuvo relación con la Universidad de Yale ya en los primeros años de la década de 1950 y aportó una valiosa colaboración para la investigación en enfermería a través de esta asociación.

De 1959 a 1971, Henderson dirigió el proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por Yale. El Nursing Studies Index se diseñó como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 a 1959. Al mismo tiempo, fue autora o coautora de otros destacados trabajos.

En 1960, se publicó su folleto Basic Principles of Nursing Care para la International Council of Nurses, que fue traducido a más de 20 idiomas. Como fruto de la colaboración de Leo Simmons durante cinco años editó una encuesta nacional sobre la investigación en enfermería que se publicó en 1964. En su obra The Nature of Nursing, editada en 1966, se describe su concepto sobre la función única y primigenia de la enfermería. Este libro fue impreso en 1991 por la National League for Nursing. La sexta edición de The Principles and Practice of Nursing, publicado en 1978, fue elaborada por Henderson y Gladys Nite y editada por la primera.

Este texto ha constituido parte del programa de estudios de diversas escuelas de enfermería, habiéndose traducido sus textos clásicos a más de 25 idiomas. A lo largo de la década de 1980, Henderson permaneció en activo como asociada emérita en Yale.

Sus conclusiones y su influencia en esta profesión la han hecho merecedora de más de nueve títulos doctorales honoríficos y del primer premio Christiane Reimann. También recibió el premio Mery Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos y fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres, y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

En 1983, recibió el premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau International por su labor de liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad. En la convención de 1988 de la American Nurses Association (ANA), recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la enfermería a lo largo de toda su vida.

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo.

Henderson se convirtió en una leyenda viva, por lo que la biblioteca de enfermería internacional de Sigma Theta Tau fue bautizada con su nombre. En este sentido es comprensible que la noticia de su fallecimiento se conociera rápidamente en toda la comunidad de esta disciplina, transmitida por Internet. Halloran escribió sobre ella, “ La señorita Virginia Avenel Henderson significó para el siglo XX lo que Florence Nigthingale para el XIX”.(17)

4.5.2 ANTECEDENTES DEL MODELO

“Henderson no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiante sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.

El modelo absolutamente mediatizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época le creaba insatisfacción por la ausencia de un Modelo enfermero que le proporcionara una identidad propia.

Como enfermera graduada siguió entrenándose en estos temas a partir de la revisión bibliográfica existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la información de las enfermeras no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.” (18)

4.5.3 CONCEPTOS BÁSICOS

“Un concepto es una idea abstracta o una idea mental de la realidad, existen conceptos aplicables a la enfermera; los principios humanos, la salud, la relación de ayuda y la comunicación, otros conceptos influyen en la profesión y determinan su práctica, persona que recibe cuidados al ambiente en que esta viva, el grado de salud en el momento de la interacción y la actuación de la enfermera.

a) Independencia. Se define como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

b) Dependencia. Puede ser considerada como la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades.

c) Henderson. Define la enfermería en términos funcionales como “La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación o a una muerte tranquila y que el realizaría sin ayuda si tuviera fuerza, voluntad o conocimiento necesario, y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

d) Necesidades. Henderson no define lo que es una necesidad en si, solo se podría interpretar de la siguiente manera: Las necesidades que requiere el paciente para conservar sus diferentes procesos fisiológicos y psicológicos en estado de equilibrio es la homeostasia como: la necesidad de eliminar permite la evaporación de eliminar la humedad de la piel , la necesidad de mantener la temperatura corporal en los límites normales, lo que produce el efecto de refrescar el organismo cuando se eleva la temperatura. Si alguna de las necesidades es insatisfecha por algún problema de salud puede haber repercusiones.

e) Factores de dificultad. Existen factores que influyen en la satisfacción de las necesidades, permiten identificar los valores adecuados en su satisfacción desde la unidad de la persona, estos factores son: psicológicos, sociológicos, biofisiológicos, culturales y espirituales; son los obstáculos o limitaciones personales del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1. Falta de fuerza:

Como capacidad física o habilidad mecánica; así también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinando para el estado emocional, psíquico, capacidad intelectual etc.

2. Falta de conocimientos:

Es lo relativo esencial sobre la propia salud y situación de enfermedad (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3. Falta de voluntad:

Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades .

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente.

4.5.4 CUIDADOS BÁSICOS

Derivan del concepto de necesidades básicas y se refieren al conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional razonado y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona, ya sea supliendo su autonomía en aquellos aspectos que lo requiera, y ayudandola a desarrollar su fuerza, conocimientos o voluntad para que pueda satisfacerlas por sí misma de modo adecuado.

Tal como se deduce de esta definición, al hablar de cuidados básicos no nos referimos a cuidados de escasa complejidad, acepción que algunos textos reflejan, sino a cualquier cuidado enfermero que la persona requiera para alcanzar su independencia o ser suplida en su autonomía sea cual sea su grado de dificultad.

Independencia

Se define como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida. El término "Situación de Vida" se refiere al aquí y ahora de la persona e incluye tanto los aspectos biopsicológicos (edad, sexo, etapa de desarrollo, funcionamiento de los órganos, aparatos y sistemas), como los socioculturales (experiencias previas, nivel cultural, entorno físico y social en que vive) y espirituales (ideas, creencias y valores).

Dependencia

Se trata del desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, en el presente y en el futuro, de acuerdo con su situación de vida, a causa de una falta de fuerza, conocimientos o voluntad.

Autonomía

Se trata de la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma." (19)

4.5.5 NECESIDADES BÁSICAS

En su teoría Henderson, identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen las competencias de la asistencia de enfermería.

Dichas necesidades son:

- 1 . Respirar normalmente.
- 2 . Comer y beber adecuadamente.
- 3 . Eliminar los residuos corporales.

(19) Idem, Pag. 36-38

- 4 . Moverse y mantener la posición adecuada.
- 5 . Dormir y descansar.
- 6 . Elegir las prendas de vestir-vestirse y desvestirse.
- 7 . Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
- 8 . Mantener el cuerpo limpio, cuidado y los tegumentos protegidos.
- 9 . Evitar los riesgos del entorno y evitar lesiones a otros.
10. Comunicarse con lo demás , expresando las emociones, necesidades, temores u opciones.
11. Realizar practicas religiosas según la fe de cada uno.
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos bien con lo realizado.
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo una salud normales y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

4.6 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

4.6.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

“En el pasado la enfermería se describía en términos funcionales: actividades realizadas por las enfermeras. A principios de la década de 1960, la enfermería ponía énfasis en los aspectos interpersonales, intelectuales y científicos de la profesión. Los aspectos interpersonales de la relación paciente-enfermera fueron subrayados por Ida Jean Orlando, quien destacó la necesidad de acciones más bien deliberadas que intuitivas.

Lois Knowles incorporó el planteamiento científico describiendo a la enfermería como involucrada en descubrir, sondear, hacer y discriminar. Con un enfoque continuo en el planteamiento científico, los dirigentes de enfermería explicaron la forma de aplicarlo al desarrollo de la profesión.

En 1966 Kelly describió la información disponible para la valoración de enfermería como los signos y síntomas del paciente, la historia y el diagnóstico médico, los antecedentes sociales, el bagaje cultural y los factores físicos y psicológicos del medio ambiente.

Dorothy Johnson enfatizó la importancia de la recolección sistemática de datos y su análisis riguroso. El diagnóstico de enfermería se definió en ese tiempo como la determinación de la causa y el alivio de un síntoma.

En 1967 Yura y Walsh escribieron el primer libro que definía, en forma integral, cuatro componentes del proceso de atención de enfermería (valoración, planificación, ejecución y evaluación), las autoras daban gran importancia a las destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de la práctica de enfermería.

Para la década de 1970, la profesión de enfermería empezó a mirarse como una disciplina científica orientada a una práctica con base teórica y centrada en el paciente; los pasos del proceso fueron legitimizados en 1973, cuando la Asociación Norteamericana de Enfermeras publicó las normas de la Práctica de Enfermería, por lo que muchos estados iniciaron una revisión de las actividades de enfermería como reflejo del extenso campo que abarca. Recientemente los exámenes fueron revisados para valorar los conocimientos enunciados de los cinco componentes mayores del proceso de atención de enfermería: valoración, análisis y diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

En la práctica de enfermería, los papeles de las enfermeras son independientes, interdependientes y dependientes; algunas de las actividades independientes son: valoración, análisis y diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación; las actividades interdependientes incluyen la coordinación y evaluación con otros miembros del equipo de la salud; y, por último, las actividades dependientes comprenden el cumplimiento de las ordenes del médico para administrar medicamentos o tratamientos. El proceso de atención de enfermería amplía cada una de estas actividades en beneficio del paciente ya que es el medio de que dispone la enfermera para demostrar su interés y responsabilidad a los pacientes.” (20)

4.6.2 CONCEPTO

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y racional de planificar y de dar cuidados de Enfermería, su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del paciente, establecer planes para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma específica para resolverlas.

Para desarrollar el PAE, deben participar al menos dos personas: el paciente y la enfermera, el paciente puede ser un individuo, la familia o la comunidad y participar lo más activamente posible en todas las fases del proceso.

(20) JANET W. GRIFFITH. Aplicación, Teorías, Guías y Modelos del PAE. Manual Moderno. 1992.Pag: 2 - 4

El Proceso de Atención de Enfermería es el sistema de la práctica de las enfermeras en el sentido de que proporciona el mecanismo por que el profesional utiliza sus opciones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente al los problemas reales o potenciales de la salud.

4.7 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.7.1 VALORACIÓN

“Esta es la primera fase del proceso de atención de enfermería es tal vez la más importante, ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida; una valoración precisa, conduce a la identificación del estado integral del paciente a los temas inherentes de enfermería y al diagnóstico de la misma.

Esta etapa de valoración es aplicable a todos los grupos de pacientes, llamese a éstos individuos, familias o comunidad; ya que en estos tres grupos el profesional de enfermería tiene que incidir para proporcionar atención de calidad con bases solidas apoyadas en conocimientos científicos extraídos de varias disciplinas, teorías y normas de acción.

Se inicia con la obtención o recopilación de aquellos datos del paciente que involucran acciones de enfermería y termina con el diagnostico de enfermería.

► Obtención y recopilación de datos:

Se logra a través de tres herramientas, que son: la observación, el interrogatorio o entrevista y la exploración física, es a partir de estos elementos que el personal de enfermería debe de iniciar la planeación de la atención del paciente, puesto que un paso conlleva al otro; se realizan simultáneamente, esto es, mientras se observa al paciente, se puede dirigir el interrogatorio o valorarlo físicamente.”(21)

(21) Rosales. Fundamentos de enfermería. Pag. 201 - 202

► Observación:

“Es una habilidad de alto nivel que el personal de enfermería debe desarrollar desde la etapa de su formación académica, ya que en varias ocasiones a través de ésta se puede llegar a un diagnóstico presuntivo o certero, o planear los cuidados de enfermería.

La observación consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad del paciente y el entorno físico y psicológico que lo rodea. Esta valoración debe iniciarse desde el primer encuentro con el paciente, para comenzar desde este momento la fase de recolección de datos, y esta deberá continuar a través de la relación enfermera-paciente.

Una descripción detallada de lo observado es básica para el cuidado del paciente y requiere de todos los sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto), los que son utilizados en diversas formas para observar al paciente con relación a las características generales de apariencia y actividad física, el contenido y proceso de las interacciones y relaciones y el ambiente.

Un elemento importante en la obtención de datos, es mantener la objetividad al observar a los pacientes y su entorno , y no hacer interpretaciones personales que conduzcan a distorsionar la realidad de lo que está sucediendo; por ejemplo, si se observa que el paciente “sonríe con frecuencia”, esto es lo que se debe anotar, y no la interpretación que se hace, como por ejemplo “parece irradiar felicidad” o bien si “se escucha el ruido de las fábricas”, o interpretar “ambiente ruidoso”, etc.

► Interrogatorio o entrevista:

Esta herramienta, al igual que la observación, debe ser continua en la relación enfermera-paciente, cuyo propósito es obtener información y desarrollar la empatía entre ambos, a través del interrogatorio se obtiene la historia clínica.

La entrevista es una técnica o método observacional que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación dirigida hacia un fin; que es el proporcionar atención personalizada; que el deportista exprese sus ideas, sus sentimientos y necesidades inmediatas y a largo plazo; esta información se incorporará al plan de atención de enfermería.

La calidad de la entrevista es influenciada por el ambiente terapéutico que crea el personal de enfermería, en el momento apropiado para lograr una comunicación óptima, así como la elección del sitio donde se realiza, que permita lograr una privacidad física para alentar a que el paciente muestre confianza y se sienta aceptado, comprendido y valorado. Para lograr esto, es necesario que el personal de enfermería se conozca a sí mismo, antes de querer comprender al paciente.

La entrevista o interrogatorio puede ser formal e informal. Un interrogatorio formal consiste en la comunicación con un propósito específico, en el cual la enfermera realiza la historia del paciente, que no es la misma que la historia médica o de otro profesional, ya que esta (la historia de enfermería), considera la percepción por parte del paciente, de su enfermedad y de su respuesta a ella.

El interrogatorio formal no intenta ser un tratamiento por sí mismo, más bien es un formato organizado para la recolección de datos.

El interrogatorio informal es la conversación entre el personal de enfermería y paciente, que se desarrolla mientras éste brinda atención física al paciente, y con frecuencia este último expresa sus sentimientos y problemas. Estos momentos se deben aprovechar para obtener algunos datos que no se pudieron recopilar en la entrevista formal; pero además debe tenerse la capacidad de escuchar para que se desarrolle una real comunicación terapéutica. Estos también pueden ser precisos para observar la comunicación no verbal del paciente, que contribuya a la elaboración del diagnóstico de enfermería.

▶ Examen clínico:

El examen clínico es otra fase de la recolección de datos, que nos conduce a una observación más precisa de los problemas que presenta el paciente: Para obtener los datos, la exploración debe realizarse de cabeza a pies, ya sea por aparatos o sistemas, o también por la región que el paciente reporte como problema u objeto de interés, utilizando los métodos correspondientes (inspección, palpación, percusión, auscultación y medición). Con todo lo anterior se han descrito las herramientas para la obtención o recolección de datos; sin embargo, ¿a través de qué fuentes vamos a obtener esa información?

▶ Registros:

En cuanto a la información y el registro detallados de los eventos y la valoración de los cuidados, se consideran actividades primordiales del personal de enfermería; es por esto que se considera necesario dejar claro que los registros son la comunicación escrita de los hechos esenciales a fin de mantener una historia contenida de lo sucedido en un determinado periodo de tiempo.

Dicho lo anterior el personal de enfermería, al comunicar sus observaciones y acciones a través de los registros ayudan a asegurar tanto calidad como continuidad de la atención; pero además, permite que el resto de los integrantes del equipo interesados en la evaluación del deportista, conozcan con detalle los cambios que éste presenta.

▶ Organización y análisis de la información:

“Una vez que la enfermera ha recopilado los datos acerca del paciente, estos deberán organizarse y analizarse para interpretarlos y darles significado, de tal manera que permita tomar decisiones que aseguren el cuidado individualizado de enfermería y por consiguiente culminar con el diagnóstico de enfermería.”(22)

“Existen diferentes formas de organizar la información obtenida, pero cada enfermera debe guiarse por sus conocimientos y experiencias previas; sin embargo, se sugieren los siguientes pasos para cumplir con este propósito.

- Clasificación de los datos.- El primer paso en el análisis de todos los datos consiste en organizarlos, agruparlos o seleccionarlos en forma lógica y sistemática de tal manera que las personas que los consulten, los conozcan y comprendan.

Existen varios esquemas y modelos conceptuales aprobados para clasificar los datos de individuos, familias o comunidades, de los cuales podemos auxiliarnos para tal fin. Entre ellos están el modelo de King, el modelo de autoatención de Orem, el modelo de adaptación de Roy, el modelo del desarrollo familiar de Duvall, la Teoría General de sistemas, el de necesidades básicas de Abraham Maslow, el modelo de Henderson, etc. Independientemente de cual se utilice, todos tienen un propósito en común, que es el de que el profesional de enfermería brinde una atención óptima al paciente, con un enfoque integrador y problemas que este presente.

- Identificar los vacíos y las incongruencias de los datos.- Los faltantes o vacíos entre los datos y las incongruencias, indican áreas que necesitan una valoración posterior. Para ello, es necesario recurrir nuevamente a la observación y a la entrevista ya sea con el paciente, su familia o a los registros.

- Determinación de patrones.- Los datos objetivos y subjetivos se examinan para buscar signos y síntomas, y poder determinar si la conducta del paciente es un incidente aislado o indica un patrón. Los datos se clasifican para ver cual es la mejor forma de ordenarlos.

- Aplicación de teorías, modelos, esquemas, normas.- En este paso, los datos ya clasificados se comparan con las teorías, modelos, esquemas o normas para identificar su concordancia con el enfoque. Esta es la parte principal del proceso de síntesis.”(23)

“Aquí la enfermera debe utilizar sus conocimientos teórico -científicos de aspectos físicos, psíquicos y sociales, así como de las teorías y conceptos de enfermería, comunicación, adaptación, tensión, familia, liderazgo y cambio.

- Identificación de los problemas de salud.- Esta es la fase primaria del análisis, en la cual se evalúan e interpretan los datos, de acuerdo al estado de salud del paciente, así como sus intereses, basandose en el conocimiento científico.

- Aquí el personal de enfermería explora e identifica los factores que influyen o contribuyen a la presencia de problemas, emite hipótesis acerca de las relaciones causales de los intereses y problemas del paciente; el establecimiento de estos factores etiológicos dan dirección a las intervenciones de enfermería.

4.7.2 DIAGNÓSTICO

Este es el segundo paso que incluye la valoración de enfermería y no debe confundirse con el diagnóstico médico, ya que la diferencia en los diagnósticos surgen de la perspectiva de cada profesional respecto a sus responsabilidades y formas de proceder y del conocimiento necesario para la practica de cada uno en el campo de su competencia.

El diagnóstico de enfermería es una conclusión o enunciado definitivo , claro y conciso de el estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención de la enfermera con el objeto de resolverlos o disminuirlos. Este diagnóstico deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue a una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una toma de decisiones.

El diagnóstico de enfermería, se basa en necesidades y problemas, es individualizado y específico, esta sujeto a modificaciones según el estado de salud o

enfermedad del paciente, describe los efectos de los síntomas y estados patológicos sobre las actividades del paciente y sobre su forma de vida; su redacción puede ser descriptiva, predictiva o explicativa. Es la manifestación de la respuesta en la conducta del individuo a la condición o situación.

El proceso para determinar el diagnóstico de enfermería debe incluir los siguientes elementos: una situación con uno o mas pacientes; la obtención cuidadosa de datos subjetivos y objetivos; un esquema conceptual de enfermería un interés o problema de salud existente o potencial; una causa, condición o situación apropiada y un requerimiento de intervención “dentro del dominio profesional de enfermería”.

Es necesario subrayar que para determinar el diagnóstico de enfermería, es necesario la interacción enfermera-paciente incluyendo la valoración y la fase de análisis-síntesis; para continuar con la identificación de los problemas del paciente, la redacción del diagnóstico (ya sea real o potencial) y la confirmación y ordenamiento de estos diagnósticos de acuerdo a las prioridades, establecer una jerarquía de los mismos, con base a las demandas de salud del paciente.

Estas prioridades que el paciente presenta pueden ser de origen emocional o espiritual pudiendo alterar la salud orgánica; es por ello que al formular un diagnóstico de enfermería, no solo se hará como simples enunciados; más bien es, en esencia la causa y el efecto.”

En resumen el diagnóstico de enfermería, es igual al problema del paciente más la causa si esta se conoce, o con el formato PES, que es Problema más Etiología, más Signos y Síntomas, esto se hace con la finalidad de analizar diferentes situaciones que influyen en su salud o enfermedad, para determinar su interrelación y buscar estrategias posibles de acuerdo a sus recursos disponibles.”(24)

(24) Idem, Pag. 207 - 210

4.7.3 PLANEACIÓN

“Es el acto de determinar que puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento, la conservación o el fomento de la salud.

Esta fase comprende tres pasos que son: establecimiento de prioridades, identificación de objetivos y planeación de las acciones de enfermería.

- ▶ Establecimiento de prioridades.- inicia con la lista de los diagnósticos de enfermería, y es el paso en el cual el personal de enfermería y el paciente determinan el orden en que los problemas de éste, deben resolverse. La clasificación de prioridades es el proceso para establecer un orden de preferencias a los problemas más importantes en la distribución de los cuidados de enfermería. Este establecimiento no significa que un problema debe resolverse completamente antes de poder considerar otro, ya que los problemas suelen tratarse de manera simultánea.

El hecho de elegir un diagnóstico como el más importante se basa en varios factores; los factores que ponen en peligro la vida.

Dicho lo anterior podemos decir que para el establecimiento de prioridades o problemas, la participación del paciente y su familia es fundamental, ya que la cooperación que puedan proporcionar en la identificación y jerarquización de sus necesidades, sera de inestimable valor para el personal de enfermería, pues de esta manera tendrá oportunidad de educar al paciente sobre su estado y poder obtener mayor cooperación con relación a su enfermedad.”(25)

- ▶ “Identificación de objetivos.- Una vez que se han determinado y jerarquizado las prioridades, el personal de enfermería establecerá los objetivos que habrán de dar la pauta a seguir para elaborar el o los problemas o diagnósticos del paciente. Trazarse objetivos es necesario, para permitir conocer específicamente lo que desea lograrse; un objetivo describe un resultado futuro de una acción particular, que permita identificar el que, como, cuando y quien del actuar de la enfermera y el paciente.

Rober Mager enuncia tres razones aplicables al desarrollo de objetivos en enfermería:

1. Los objetivos dan dirección para seleccionar las estrategias y el orden.
2. El objetivo definido en forma apropiada implica el contenido de la estrategia.
3. Los objetivos proporcionan medios para que la enfermera y el paciente organicen sus esfuerzos.

Es importante señalar que los objetivos necesitan exponerse en términos del paciente y no de la enfermería.

Requisitos o lineamientos para la elaboración de objetivos:

- Deben estar centrados en el paciente y deben reflejar reciprocidad o empatía con las personas que apoyan su cuidado.
- Deben ser realistas de acuerdo al grado de habilidad y experiencia del personal de enfermería.
- Deben ser congruentes y dar apoyo a otras terapias que el paciente esté recibiendo.
- Deben iniciarse con aquellos a corto plazo.
- Deben ser observables y medibles.
- Deben describirse en forma de resultados o logros a alcanzar y no como acciones de enfermería.

Los objetivos pueden ser a corto o largo plazo. Los objetivos a corto plazo son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados para establecer la atención de inmediato en situaciones de urgencia.

Los objetivos a largo plazo, requieren de un tiempo largo y existen dos tipos:

1. Abarca un periodo prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería que median directamente entre el objetivo y su logro.
2. Este es aquel que se obtiene mejor, a través de una secuencia de objetivos a corto plazo.” (26)

PLAN DE ACCIONES DE ENFERMERÍA

Se considera como el núcleo o centro del Proceso de Atención de Enfermería, ya que en el se plantean problemas, objetivos, acciones y respuestas, y por tanto, es el que dirige el actuar de la enfermera para asistir al paciente en la solución de problemas o para cubrir sus necesidades.

“¿Qué es un plan?

Inicia con el enunciado del diagnóstico de enfermería y avanza hacia los objetivos. Se seleccionan acciones específicas de enfermería para ayudar al paciente a alcanzar dichos objetivos.

¿Por qué se desarrolla un plan de cuidados de enfermería?

Un plan bien redactado proporciona dirección, guía y significado al cuidado de enfermería. Es una fuente central de información para todos los que intervienen en la atención de un paciente, y por tanto es el medio primario de comunicación, organización y coordinación de las acciones de todo el personal de enfermería; dando continuidad a la atención.

(26) Idem, Pag. 213 - 214

¿Quién desarrolla el plan?

Los principales actores en el desarrollo del plan son el paciente y la enfermera, sin embargo, la participación de otros profesionales, la familia y miembros del núcleo familiar, brindan apoyo para que este plan se realice.

Para redactar planes se sugieren los siguientes lineamientos:

- El plan debe tener fecha y la firma de la enfermera responsable. La fecha es usada como punto de referencia para evaluación y planeación futura y la firma, demuestra su responsabilidad tanto ética como legal.

- Debe ser actual y flexible, este puede concluirse a medida que las necesidades del paciente varían, o también estar sujetos a revisión si se desea.

- Deben redactarse en términos del estado del paciente y de las acciones de enfermería para lograr las metas y objetivos.

- Deben expresarse en términos específicos dando dirección a la conducta de la enfermera y del paciente.

- Deben incluir aspectos preventivos, de promoción y de rehabilitación, no solamente los de curación.

- Deben incluir la colaboración y la coordinación de actividades con otros profesionistas que están al cuidado del paciente, o también con las mismas enfermeras.

- Los planes deben ordenarse en una secuencia apropiada basada en la prioridad o jerarquización de los problemas del paciente.

- Deben prescribir las medidas de acción de enfermería que deben basarse en principios científicos para propiciar una eficacia terapéutica.

En cuanto a las acciones o cuidados a realizar por el personal de enfermería para ayudar al paciente a lograr sus objetivos, deben incluir los siguientes lineamientos:

- a) Ser seguros para el paciente
- b) Ser realistas y congruentes con otros tratamientos
- c) Desarrollar una serie de acciones para el logro de cada objetivo
- d) Elegir acciones específicas de enfermería para lograr la conducta descrita en el objetivo.
- e) Ser importantes para el paciente y compatibles con los objetivos y valores personales del mismo
- f) Elegir acciones de enfermería, basadas en conocimientos y experiencias previas
- g) Listar en secuencia lógica las acciones de enfermería y con base en la jerarquización de necesidades.”(27)

4.7.4 EJECUCIÓN

Es la aplicación real del plan de atención de enfermería. Este contribuye a un cuidado integral y progresivo ya que el plan considera los aspectos biopsicosociales del paciente.

“ Esta fase del proceso de atención de enfermería incluye cuatro sub-etapas que son:

- ▶ Validación del plan de atención.- Cuando el personal de enfermería sin experiencia redacta un plan de atención, es recomendable que consulte a un colega de mayor experiencia para pedirle su opinión y en su caso la aprobación al respecto, ya que de esto dependerá el éxito de la atención a su paciente.
- ▶ Fundamentación o razonamiento científico.- El conocimiento es la base para implementar las acciones de enfermería, la fundamentación científica describe y explica la base de estos cuidados. Además, el fundamento se basa en teorías, modelos, esquemas y principios científicos de las ciencias naturales, de la conducta y de las humanidades.

(27) Idem, Pag. 214 - 215

Para fundamentar científicamente las acciones de enfermería se sugieren los siguientes elementos:

a) El razonamiento o fundamento científico se dirige al tópico, a la estrategia identificada y a la individualidad del paciente y la familia.

- El TÓPICO se refiere al contenido del plan u orden de enfermería como nutrición, higiene personal, ejercicio, comunicación, etc.
- La ESTRATEGIA es aquella que especifica los métodos a través de los cuales se realiza la implementación.
- La INDIVIDUALIDAD refleja la forma de vida y los aspectos del desarrollo sociocultural, biofísico, espiritual y psicológico del paciente.

b) El fundamento o razonamiento científico se basa en los hallazgos experimentados y la literatura actual.

- ▶ Brindar cuidado de enfermería.- Después de fundamentar científicamente las acciones, el personal de enfermería cuenta al fin con un plan que estructura el cuidado que ofrecerá al paciente. En este momento que puede proceder a dar la atención como se planeó; sin embargo, es ocasiones pueden presentarse situaciones que interfieren con la ejecución del mismo, en tales casos el personal de enfermería debe estar alerta para hacerle las modificaciones pertinentes sin que esto conlleve a alterar la atención del paciente.
- ▶ Continuidad del cuidado.- La ejecución de un plan de enfermería, contribuye a la continuidad del cuidado del paciente, ayuda en la habilidad consistente de la atención de enfermería, facilita la identificación de las metas y los objetivos a corto y largo plazo logrados y apoya en la elaboración de una lista de las preferencias o expectativas del paciente para proponer enfoques de atención. “(28)

4.7.5 EVALUACIÓN

La evaluación es el proceso de valorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe el paciente por parte del personal de enfermería y otros profesionistas que intervienen en su cuidado.

La evaluación tiene como propósitos:

- Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos.
- Juzgar la eficiencia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

La evaluación es un proceso continuo y parte integral de cada uno de los componentes del proceso de atención de enfermería, comenzando con la ejecución en donde el personal de enfermería observa la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería y deside si los planes están ayudando o no al progreso de éste.”(29)

Así pues, la evaluación nos sirve para identificar aquellas estrategias eficaces y puede promover la investigación en enfermería.

(29) Idem, Pag. 217 - 218

5. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

FECHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ O. V. C G. _____ Edad: 28
Sexo: Femenino Peso: 47 kg Talla: 147.5 cm
Deporte: Tae Kwon Do Días/Sem: 5 días Horas/Sem: 10
Horas/Día: 2 horas Representativo: SI NO
Grupo sanguíneo: O Rh: Positivo
Escolaridad: Superior Ocupación: Estudiante
Nacionalidad: Mexicana Religión: Culto a la Muerte
Estado civil: Soltera Fecha de Nacimiento: 9 - Junio - 1978
Lugar de Nacimiento: Mexico D.F.
Dirección: Xochicalco No. 724 Col. Del Valle
Tel: 56565334 Cel: 044 55 29360980
Familiar Responsable: Olga González (Mamá)

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Habitualmente respiras por: La nariz La boca
¿Tienes dificultad para respirar? No Si A veces
Especificar: _____
Fumas: No Si Cantidad diaria de cigarrillos: _____
Ex fumador: No Si ¿Cuándo lo dejaste? Hace 8 años
Posición, medicamentos o hábitos que mejoran/dificultan tu respiración: _____

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

¿Tienes dificultad para masticar? No Si ¿Para tragar? No Si
¿para beber? No Si Especificar: _____
¿Utilizas alguna dieta para mantener tu peso? No Si
Especificar: Otorgada por la Nutriologa de Medicina del Deporte
¿Tienes algún problema para seguirla? No Si
Especificar: _____

Tipo de dieta

Desayuno (hora): 6.00 a.m. Jugo, leche y pan
Almuerzo (hora): 12 .00 a.m. Fruta con yogurt
Comida (hora): 15:30 p.m. Sopa, guisado, postre, agua y 2 tortillas
Merienda (hora): 18:30 Fruta
Cena (hora): 22 .00 p.m. Leche

Dieta prescrita por Nutrición: 111gr de proteínas, 354 gr de hidratos de carbono, 78gr de lípidos, con un total de 2600 klc. Incrementando el consumo de cereales y verduras. Ingiere actualmente 2412 klc.

Habitualmente comes en: casa trabajo escuela otros
Comes: solo acompañado ¿Comes alimentos enlatados? No Si
¿Consumes grandes cantidades de sal? No Si

Numero de ingestas al día: 6 por día Cantidad de líquidos al día: 2 a 3 litros de agua

Alcohol: No Si Cantidad/semana: _____ Café: No Si
Cantidad/sem: _____ Refrescos: No Si Cantidad/ sem: 600 ml
Otros: _____ Cantidad/ sem: _____

Alimentos que te gustan: _____ Pasteles y chocolates

Alimentos que te desagradan/te sientan mal: _____ Ninguno

¿Haces ayunos prolongados? No Si

Especificar: _____

Estas de acuerdo con tu peso actual: No Si

Especificar: _____

3. NECESIDAD DE ELIMINAR LOS RESIDUOS CORPORALES

Frecuencia de eliminación fecal: uno al día Esfuerzo: No Si

Características de las heces: Cafés, consistentes formadas

Incontinencia: No Si Diarrea: No Si Estreñimiento: No Si

¿Qué haces para controlarlo? _____

Tomas laxantes: No Si Tipo/frec: _____

Hábitos de ayuda/dificultan la defecación: _____

Frecuencia de eliminación urinaria: 5 al día Alteraciones: No Si

¿Qué haces para controlarlo? _____

Características de la orina: Amarilla clara, abundante.

Hábitos que ayudan/dificultan la micción: _____

Menstruación: No Si Duración: 5 días Frecuencia: Cada 28 días

Flujo vaginal: No Si Perdidas intermenstruales: No Si

Sudoración: Escasa Normal

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Equilibrio: Estable Inestable Incapacidad: No Si Total Parcial
Dificultad para: Moverse Levantarse Sentarse Caminar
¿Habitualmente haces alguna actividad física/deporte? No Si
Especificar: Corre y practica Tae Kwon Do
¿Cuántas horas dedicas a la semana? 12 horas ¿Al día? 30 minutos
¿Que sentido tiene para ti practicar este deporte? Es una gran disciplina y es parte fundamental de mi vida
¿Eres surdo? No Si ¿Diestro? No Si
En algún momento del día tienes dolores oseos, musculares, contracturas, etc.
 No Si Especificar: Después de entrenar o competir
¿Que haces para aliviarlo? Me pongo hielo y pomada maravillosa
¿Crees tener la energía suficiente para realizar las actividades de la vida diaria?
 No Si

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Horas de sueño al día: Cero Nocturno: 6 horas Siesta: Cero Otros: _____
¿Tienes dificultad para conciliar el sueño? No Si
¿Al levantarte te sientes cansado? No Si ¿somnoliento? No Si
¿Desde cuando? _____ ¿A que lo atribuyes? _____
¿Tomas medicamentos para dormir? No Si ¿Tipo/Dosis? _____

6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Aspecto físico: Limpio Sucio Descuidado
¿Tu ropa y calzado habitual son cómodos? No Si
¿Posees alguna prenda u objeto que tenga significado para ti y que consideres que debes llevar siempre contigo? No Si
Especificar: Cadena con la imagen de la Santa Muerte
¿Para el deporte que practicas eliges la ropa y calzado adecuado? No Si
¿Están limpios? No Si ¿Lavas diario tu ropa deportiva? No Si
¿Requieres ayuda para ponerte/quitarte la ropa/calzado? No Si
¿Que importancia le das a la ropa?
Es parte de mi personalidad y como dicen como te ven te tratan

7.NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

Temperatura: 36.7 ° Habitualmente tienes sensación de: Frío Calor
Tu casa esta acondicionada para el frío: No Si
¿Para el calor? No Si ¿Habitualmente estas en ambientes fríos? No Si
¿Calurosos? No Si
Recursos que usas para combatir el frío/calor: Se abriga, usa ropa ligera
¿Te tomas la temperatura? No Si
¿Que haces cuando tienes fiebre? Se pone compresas de agua fría

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

Tipo
 Ducha
 Baño
 Dientes
 Cabello
 Manos/uñas
 Afeitado
Importancia del higiene para ti: No la considero muy necesaria
Coloración de la piel: Morena clara Mucosas: Hidratadas
Edema: No Si Varices: No Si
¿Hay lesiones: No Si Localización: En pies, amopas y pie de atleta
Presencia de caries: No Si Localización: 1er molar inferior derecho 2º molar inferior derecho.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

¿Sufres caídas frecuentes? No Si Especificar: Causadas por la practica del Tea Kwon Do

Signos de: Depresión Ansiedad Dolor: Agudo Crónico
¿Necesitas ayuda para disminuir el dolor? No Si
Especificar: Hielo, naxen y pomada maravillosa
Esta orientado en: tiempo espacio persona
¿Tomas algún medicamento? No Si Especificar: Naxen para el dolor muscular
Alergias: No Si Especificar: _____

Vacunación: No Si

Antitetánica

Hepatitis B

Doble viral

Revisiones periódicas: No Si

Autoexploración: No Si Especificar: Normal

Papanicolaou: No Si Especificar: Normal

Información y Protección de ETS: No Si

Nivel de seguridad en tu deporte: Nulo Bajo Adecuado

Nivel de seguridad en tu trabajo/escuela: Nulo Bajo Adecuado

Nivel de seguridad en tu casa: Nulo Bajo Adecuado

¿Como te ves y te sientes físicamente? Bien

¿Como sueles afrontar los cambios/problemas? Afrontandolos y no saliendo por la puerta falsa

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

¿Te consideras? Extrovertido Introverso

Generalmente manifiestas tus emociones y sentimientos: No Si

¿Tienes amigos? No Si Habla poco Habla mucho

¿Tienes tic? No Si Recibes información sexual: No Si

¿Tus relaciones sexuales son satisfactorias? No Si

¿Por que? _____

¿Usas algún método anticonceptivo? No Si

Especificar: Pastillas anticonceptivas y mi pareja condón

¿Estas satisfecha con el? No Si

Especificar: _____

Te cuesta pedir/aceptar ayuda: No Si

¿Por que? _____

11. NECESIDAD DE MANTENER SUS VALORES Y CREENCIAS

¿Tus ideas/creencias influyen en tu alimentación? No Si

¿En el vestido? No Si ¿En los cuidados de tu salud? No Si

¿Y en otros aspectos? No Si ¿Te cuesta tomar decisiones? No Si

¿Por que? _____

12. NECESIDAD DE OCUPARSE PARA REALIZARSE

Vives: Solo Con tu familia Con amigos Con otras personas

¿Numero de personas con las que compartes tu casa? Uno con su mamá

¿Cual es tu ocupación principal? Estudiar

¿Tienes algún problema con lo que haces? No Si

Especificar: _____

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Actividades que te gusten realizar: Practicar Tae Kwon Do y estudiar Derecho
¿Que tiempo les dedicas? 10 horas a la semana, 2 horas diarias, 6 horas diarias en la escuela

El tiempo de oseo lo pasas con: Solo Familia Amigos Novio

14. NECESIDAD DE APRENDER

Nivel de escolarización: Analfabeto Sabe leer y escribir Secundaria
 Preparatoria Universidad

¿Tienes dificultad para aprender? No Si

Especificar: _____

Métodos que utilizas para aprender: Leer
 Escribir
 Observar
 Otros

Especificar: _____

OTROS DATOS RELEVANTES

¿Hay algo que quieras añadir? No Si

Especificar: _____

¿Hay algo que desees preguntarme? No Si

Especificar: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

1. DATOS CLÍNICOS.

Edad: 28 años Estatura: 147.5 cm Peso: 47 kg
Deporte: Tae Kwon Do Categoría: cinta negra 2º DAN Temperatura: 36.5º

2. RESPIRATORIO/CIRCULATORIO.

Respiración:

Frecuencia R: 20 x" Profunda Superficial Rápida Con dificultad
 Dolor Otras: _____

Tos: No Si Especificar: _____

Expectoración: No Si Especificar: _____

Sibilancias: No Si

ESPIROMETRÍA:

Capacidad vital forzada: 152.5 % VEF 1 Real/Teórico: 154.9 %

AUSCULTACIÓN:

Lóbulo der. sup: Ventilado Disminuido Ausente

Lóbulo izq. sup: Ventilado Disminuido Ausente

Lóbulo der. inf: Ventilado Disminuido Ausente

Lóbulo izq. inf: Ventilado Disminuido Ausente

PULSO:

Frecuencia C: 73 x" Intensidad: Fuerte Ritmo: Sincrónico

Frecuencia Cardíaca en reposo: _____

Pulso pedio der: Fuerte Débil Ausente

Pulso pedio izq: Fuerte Débil Ausente

TENSIÓN ARTERIAL:

Brazo Derecho: 120 / 70 mmhg Brazo Izquierdo: 120/80 mmhg Sentado: 110/80 mmhg

De pie: 120/70 mmhg Acostado: 120/70 mmhg Decúbito: 130/90 mmhg

Antes de entrenar: 120/80 mmhg Después de entrenar: 130/90 mmhg

ELECTROCARDIOGRAFÍA:

Frecuencia cardíaca en reposo: 83 x' Trazo: normal en deportistas

Ritmo: Sinusal

ERGOMETRÍA:

Frecuencia cardíaca máxima: 168 x' Tiempo Total de la Prueba: 11min 10 seg

Alcanzo un consumo máximo de oxígeno de: 38.30 ml/kg/min

Reducción funcional aerobica de: 27.05%

Prueba suspendida por: Fatiga muscular

Trazo electrocardiografico: negativo para enfermedad cardiaca (normal)

Consumo de oxígeno ideal: 50 a 55 ml/kg/min

Respuesta presora: Adecuada

Respuesta cronotrópica es de: 8.68 min

3. TEGUMENTARIA.

PIEL: Rosada Pálida Cianótico Ceniza Ictérica

Dura Flácida Hidratada

Temperatura: Caliente Tibia Fría

ALTERACIONES:

Edema: No Si Especificar: _____

Hematoma: No Si Especificar: _____

Enrojecimiento: No Si Especificar: _____

Lesiones: Cortadas Nódulos Costras Cicatrices Vitíligo

PELO:

Brillante Opaco Reseco Alopecia Tiña Pedículos

Quebradizo Despigmentado

Color: teñido de rubio Implantación: Buena Tamaño: Mediano

Cantidad: Abundante

CABEZA:

Forma: Ovalada Hundimientos: No Si Cicatrices: No Si

Especificar: _____

CARA:

Coloración: Morena clara Hidratación: Buena Manchas Acne

Verrugas Lunares Simetría: No Si Implantación de cejas: _____

CUELLO:

Simétrico Pulsos Simétricos: No Si Traquea móvil central: No Si

Presencia de ganglios: No Si

UÑAS:

Rosas Cianóticas Translucidas Limpias Sucias Cortas Largas

BOCA:

Encías: Hidratadas Deshidratadas

Coloración: Rosadas Enrojecidas

Lesiones: Gingivitis Sangrantes Placas Blancas

Dentadura: Completa: No Si

Piezas Faltantes: 1 er molar derecho superior

Piezas Dañadas: 1 er molar inferior y 2º molar derecho inferior

Prótesis: No Si Especificar: _____

Lengua: Roja Saburral Inflamada Petequias

Garganta: Enrojecida Inflamada Infección

TÓRAX:

Movimientos de amplexion y amplexacion: No Si

Movimientos espiratorios e inspiratorios: No Si

MAMAS: Color de la piel: morena clara Coloración del pezón: Café oscuro

Simetría Secreciones Dolor Abscesos

ABDOMEN:

Ruidos intestinales: Presentes Ausentes

Alteraciones: Cicatrices Globoso Estrías Erupciones Dolor Hernias

4. NEUROSENSORIAL.

Ojos:

Pupilas: Iguales Desiguales Dilatación Contracción

Usa Lentes: No Si

Alteraciones: _____

Velocidad de Reacción visual: Excelente Buena Mala

NARIZ:

Simétrica Permeable

OÍDOS: Dolor Secreción Acufenos

Prótesis: No Si Especificar: _____

Pabellones auriculares simétricos: No Si Limpios: No Si

Velocidad de reacción auditiva: Excelente Buena Mala

REACCIÓN POR ESTÍMULOS:

Velocidad de reacción corta: Excelente Buena Mala

Velocidad de reacción larga: Excelente Buena Mala

5. MÚSCULO/ESQUELÉTICO.

ANTROPOMETRÍA:

Parámetros	Kg	%	% Fase 1	% Finales
Masa Grasa	8.56	18.2	18	18
Masa Muscular	21.66	46.08	46	46
Masa Magra	38.44	81.8		

Parámetros	Parámetros	Meso	Endomórfico
Excedente de Grasa	0.10 kg	Endomórfia	3.64
Déficit Muscular	0.04 kg	Mesomórfia	4.52
Peso Ideal	46.85 kg	Ectomórfia	1.34

Amplitud del movimiento: Completa Limitada

Equilibrio y Marcha: Estable Inestable

Elasticidad: Excelente Buena Mala

Presión con la manos (fuerte/débil): Derecha: F D Izquierda: F D

BIOMECÁNICA:

Indice de fuerza: 14.12 muy bien Salto vertical/mecánico: 23.00 mala

Salto largo/electrónico: 190.00 cm regular Promedio de flexibilidad: 3.7 muy bien

Lesiones: No Si

Especificar: _____

Músculos de las piernas (fuerte/débil): Derecha: F D Izquierda: F D

Dolores espontáneos a la marcha o a esfuerzos: No SI

Entumecimiento matinal: No SI

Signo de Cajón: Positivo Negativo

Lesiones: No Si

Especificar: Tendinitis en pie derecho y elongacion de los ligamentos cvruzados de rodilla izquierda.

PRUEBAS BIOQUÍMICAS

Pruebas	Valores	Unidades	Valores Normales	Resultados
Hemoglobina	15.4	gr/dl	135 - 17.59	Normales
Hematocrito	45.9	%	40 - 49,59	Normales
Glucosa	89	mg/dl	70 - 110	Normales
Colesterol	144	mg/dl	< 180	Normales
Triglicéridos	81	mg/dl	50 -160.09	Normales
Acido Úrico	4	mg/dl	1.4 - 5.59	Normales

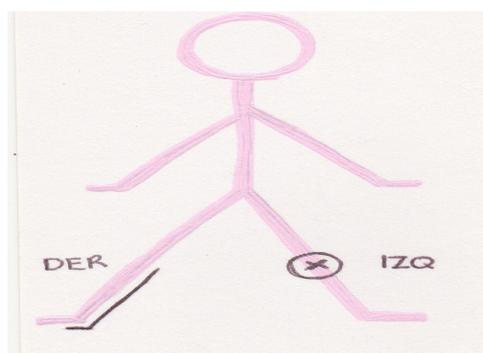
OBSERVACIONES:

-Arritmia Sinusal reportada en electrocardiograma normal en deportistas

-Somatoscopia: hiper lordosis

-Plantoscopia: Cavo, dedos en gatillo y hayux valgus

-Presenta una adecuada composicion corporal en base a su meta final y unica fase.



HISTORIA CLÍNICA

I. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

Anote en las líneas el parentesco, edad y en las casillas: (N) sin antecedente familiar o (S) con antecedente familiar.

Diabetes: _____	N
Hipertensión Arterial: _____ Su mamá de 48 años	S
Epilepsia: _____	N
Asma: _____	N
Cáncer: _____ Zona: _____	N
Obesidad: _____	N
Migraña: _____	N
Cardiopatías: _____	N
Nefropatía: _____	N
Artritis: _____	N
Reumatismo: _____	N
Otras: _____	<input type="checkbox"/>

II. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Anote en la línea edad de aparición y en las casillas correspondientes (N) no presenta, controlada o (S) si presenta.

Diabetes: _____	N
Hipertensión Arterial: _____	N
Epilepsia: _____	N
Asma: _____	N
Cáncer: _____ Zona: _____	N
Obesidad: _____	N
Migraña: _____	S
Cardiopatías: _____	N
Artritis: _____	N
Gota: _____	N
Reumatismo: _____	N
Alergias: _____	N
Alcoholismo u otras drogas: _____	N
Otras: _____	<input type="checkbox"/>

III. LESIONES OSTEOMUSCULARES

Anote en la línea edad de aparición y en las casillas correspondientes (N) no presenta, controlada o (S) si presenta.

Esguinces: _____	N
Fracturas: _____	N
Desgarros: _____	N
Tirones: _____	N
Elongación de Ligamentos cruzados: _____	S
Tendinitis: _____	S
Periostitis: _____	N
Bursitis: _____	N
Dislocaciones: _____	N
Lesión de Meniscos: _____	N

IV. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Anote en la casilla correspondiente

1. Características de la comunidad.

<input checked="" type="checkbox"/> Pavimentación	<input checked="" type="checkbox"/> iluminación	<input checked="" type="checkbox"/> Banquetas
<input checked="" type="checkbox"/> Recolección de basura	<input checked="" type="checkbox"/> Centros educativos	<input checked="" type="checkbox"/> Centros de salud
<input checked="" type="checkbox"/> Centros recreativos	<input checked="" type="checkbox"/> Centros comerciales	<input type="checkbox"/> Fabricas
<input type="checkbox"/> contaminantes		
Especificar: _____		

2. Características de la vivienda.

<input type="checkbox"/> Casa	<input checked="" type="checkbox"/> Departamento	<input type="checkbox"/> Cuarto
<input type="checkbox"/> Propia	<input checked="" type="checkbox"/> Rentada	<input type="checkbox"/> Prestada
Material de construcción: _____		
<input checked="" type="checkbox"/> iluminación	<input checked="" type="checkbox"/> Ventilación	<input checked="" type="checkbox"/> Agua potable
No de habitaciones: _____ Cemento y tabique _____		
Higiene de la vivienda: <input checked="" type="checkbox"/> Limpia <input type="checkbox"/> Sucia		
Forma de recolectar la basura: <input checked="" type="checkbox"/> Bote <input checked="" type="checkbox"/> Bolsas <input type="checkbox"/> No recolecta		
<input checked="" type="checkbox"/> La clasifica		
<input type="checkbox"/> Convivencia con animales		
Especificar: _____		
<input type="checkbox"/> Fauna nociva		
Especificar: _____		

6. EXPLORACIÓN FÍSICA

Femenina de 28 años de edad, nacionalidad mexicana, soltera, estudiante de Derecho, profesora del culto a la Muerte, pesa 47 kg, mide 1.47 m, grupo sanguíneo O Rh positivo, representativa de la selección de Tae Kwon Do de C.U, practicándolo desde hace 15 años, cinco días a la semana, dos horas diarias.

A la exploración física se encuentra con: aspecto descuidado, simétricamente bien conformada, de tez morena, cabello lacio, teñido de rubio de mediano largo, bien implantado, de edad similar a la cronológica, constitución meso-endomórfica, cráneo normocefalo, cara simétrica, hidratada, con presencia de acne, con lunares, buena implantación de cejas, ojos café claros, pupilas iguales, velocidad de reacción excelente, nariz simétrica, permeable, boca hidratada, encías rosadas, presencia de gingivitis, dentadura incompleta faltando un molar superior e inferior derecho, lengua roja, oídos limpios, buena velocidad de reacción, cuello simétrico, traquea móvil y central, movimientos torácicos de amplexión y amplexación, con movimientos inspiratorios y espiratorios, con mamas de color café claro, coloración del pezón café oscuro, simétricos, frecuencia cardiaca de 73 x', buena intensidad, frecuencia cardiaca en reposo de 70 x', capacidad total/forzada de 152.05% y una VEF 1 real/teórico de 154.94%, brazos simétricos y con una T/A de 120/70 en brazo derecho, 120/80 en brazo izquierdo, 110/80 sentado, 120/70 de pie, 120/70 acostado, 120/80 en decúbito, 120/80 antes de entrenar y 130/80 después de entrenar, uñas rosadas, cortas, limpias; electrocardiograma con trazo normal en deportistas, ritmo sinusal; ergometría con frecuencia cardiaca, máxima de 168 x' tiempo total de la prueba 11 min 10 ser. Alcanzo un consumo máximo de oxígeno de 38.30 ml/kg/min, con reducción funcional aeróbica de 27.05%, la prueba se suspendió por fatiga muscular; ruidos intestinales presentes; reacción por estímulos excelentes tanto cortos como largos; antropometría, masa grasa 8.56 kg, masa muscular 21.60 kg, masa magra 38.44 kg, excedente de grasa 0.10 kg, déficit muscular 0.04 kg, peso ideal 46.85 kg; somatoscopia hiperlordosis, planoscopia pie cavo y dedos en gatillo, hallux valgus, amplitud de movimiento completa, equilibrio y marcha estable y elasticidad excelente; biomecánica índice de fuerza muy bien, salto vertical/mecánico malo, salto largo/electrónico, regular, con tendinitis en pie derecho y elongación de los ligamentos cruzados en rodilla izquierda; pruebas bioquímicas normales.

6. EXPLORACIÓN FÍSICA

Femenina de 28 años de edad, nacionalidad mexicana, soltera, estudiante de Derecho, profesa el culto a la Muerte, pesa 47 kg, mide 1.47 cm, grupo sanguíneo O Rh positivo, representativa de la selección de Tae Kwon Do de C.U, practicándolo desde hace 15 años, cinco días a la semana, dos horas diarias.

A la exploración física se encuentra con: aspecto descuidado, simétricamente bien conformada, de tez morena, cabello lacio, teñido de rubio de mediano largo, bien implantado, de edad similar a la cronológica, constitución meso-endomórfica, cráneo normocefalo, cara simétrica, hidratada, con presencia de acné, con lunares, buena implantación de cejas, ojos café claros, pupilas iguales, velocidad de reacción excelente, nariz simétrica, permeable, boca hidratada, encías rosadas, presencia de gingivitis, dentadura incompleta faltando un molar superior e inferior derecho, lengua roja, oídos limpios, buena velocidad de reacción, cuello simétrico, traquea móvil y central, movimientos torácicos de amplexión y amplexación, con movimientos inspiratorios y espiratorios, con mamas de color café claro, coloración del pezón café oscuro, simétricos, frecuencia cardíaca de 73 x', buena intensidad, frecuencia cardíaca en reposo de 70 x', capacidad total/forzada de 152.05% y una VEF 1 real/teórico de 154.94%, brazos simétricos y con una T/A de 120/70 en brazo derecho, 120/80 en brazo izquierdo, 110/80 sentado, 120/70 de pie, 120/70 acostado, 120/80 en decúbito, 120/80 antes de entrenar y 130/80 después de entrenar, uñas rosadas, cortas, limpias; electrocardiograma con trazo normal en deportistas, ritmo sinusal; ergometría con frecuencia cardíaca, máxima de 168 x' tiempo total de la prueba 11 min 10 ser. Alcanzo un consumo máximo de oxígeno de 38.30 ml/kg/min, con reducción funcional aeróbica de 27.05%, la prueba se suspendió por fatiga muscular; ruidos intestinales presentes; reacción por estímulos excelentes tanto cortos como largos; antropometría, masa grasa 8.56 kg, masa muscular 21.60 kg, masa magra 38.44 kg, excedente de grasa 0.10 kg, déficit muscular 0.04 kg, peso ideal 46.85 kg; somatoscopia hiperlordosis, planoscopia pie cavo y dedos en gatillo, hallux valgus, amplitud de movimiento completa, equilibrio y marcha estable y elasticidad excelente; biomecánica índice de fuerza muy bien, salto vertical/mecánico malo, salto largo/electrónico, regular, con tendinitis en pie derecho y elongación de los ligamentos cruzados en rodilla izquierda; pruebas bioquímica normales.

7. PRESENTACIÓN DEL CASO

Deportista femenina de 28 años de edad, mexicana, soltera, estudiante de Derecho, pesa 47 kg, mide 1.47 cm, cinta negra, 2º DAN, de la selección de TKD de la UNAM; al aplicar el instrumento de valoración se encontraron las siguientes necesidades alteradas:

Necesidad de comer y beber adecuadamente, índices calóricos inadecuados, ya que consume menos de lo requerido y casi no consume cereales y verduras; Necesidad de moverse y mantener una buena postura, presenta dos lesiones osteomusculares, Tendinitis en pie derecho y elongación de los ligamentos cruzados en la rodilla izquierda; Necesidad de vestirse y desvestirse adecuadamente, su ropa deportiva esta descuidada; Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel; presenta enfermedades micóticas y por no tener un buen aseo corporal diario; Necesidad de evitar peligros por no contar con un área de entrenamiento y un ritmo de entrenamiento adecuados.

En antecedentes heredo - familiares su mamá padece Hipertensión Arterial.
En antecedentes personales patológicos falta confirmar una probable migraña.

8. PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
Alteración de la necesidad de moverse y mantener una buena postura relacionado con aplicación de una inadecuada técnica al entrenar y sobre entrenamiento manifestado por dolor, inflamación e inestabilidad al entrenar en rodilla izquierda.	Se llegó a este diagnóstico ya que la deportista realizó una técnica inadecuada haciendo una hiperextensión con rotación en valgo en una competencia y se lesiono los ligamentos cruzados de la rodilla izquierda por lo cual tiene inestabilidad al realizar su deporte.	Contribuir a la rehabilitación física de la lesión de ligamentos cruzados de la rodilla izquierda por medio de la aplicación de: Crioterapia Vendajes funcionales Ultrasonido Láser y Estimulación eléctrica Trascutánea (TENS), así como orientar a la deportista en su tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar a la deportista los beneficios de la Crioterapia. -Revisar que en la lesión no haya heridas abiertas y que la piel este limpia y seca. - Terapia física por medio de crioterapia 20 min. por día después de entrenar. - Poner los hielos en una bolsa de plástico. - Verificar que el hielo solo permanezca en la zona lesionada de 15 a 20 minutos para evitar lesiones en la piel por sobre exposición al frío. 	<ul style="list-style-type: none"> - El hielo provoca una vasoconstricción inicial seguida a los 5 minutos de una vasodilatación con lo que, aumenta el aporte de O₂, desciende la temperatura, es antiinflamatorio, reduce y controla la hemorragia, es analgésico y relajante muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se disminuyo la inflamación y el dolor después de el entrenamiento.

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
			<ul style="list-style-type: none"> - Colocación de vendajes funcionales para ligamentos cruzados en rodilla izquierda antes de cada entrenamiento. - Verificar que la superficie que se va a vendar este limpia, seca y libre de vello corporal. - Enseñar a la deportista la técnica correcta que se realiza al poner un vendaje funcional para ligamentos cruzados. 	<ul style="list-style-type: none"> - El vendaje funcional es una medida de prevención y contención en algunas lesiones deportivas; en esta lesión nos sirve para evitar la inestabilidad y dar más confianza a la deportista. La técnica para el vendaje funcional para ligamentos cruzados es la siguiente: Este vendaje es de contención y de descarga. Se utiliza cinta adhesiva (tape) haciendo una tensión importante, no se realiza prevendaje por lo que se utiliza spray adherente. La rodilla debe de estar en ligera semiflexión. 1. Se coloca una tira de cinta adhesiva en forma circular a nivel de 1/3 medio del - 	<ul style="list-style-type: none"> - Con el vendaje funcional se logro evitar la inestabilidad en la rodilla izquierda de la deportista y obtuvo mas confianza al entrenar.

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
				<p>cuádriceps y otra a nivel de 1/3 medio de la pierna.</p> <p>2. Colocamos una tira que va desde la cara externa del cuádriceps a la cara interna de la pierna.</p> <p>3. Se coloca una tira que va desde la cara interna del muslo a la cara externa de la pierna. Es muy importante el cruce de las tiras a nivel del hueso popíleo, sin que estén adheridas a la piel.</p> <p>4. Se pone una última tira triple que cruce toda la parte posterior de la pierna, desde 1/3 medio de la pierna y por último se fija la rótula con una tira rasgada por un sólo extremo.</p>	

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
			<ul style="list-style-type: none"> - Explicarle a la deportista sobre su tratamiento. - Terapia física por medio de Ultrasonido 5 min. por día en zona lesionada después de el entrenamiento. - Pedirle al paciente que no tenga ningún objeto metálico en su cuerpo. -Verificar que la piel no tenga lesiones expuestas y que este limpia y seca. -Poner gel conductor en la zona en que se va a poner el ultrasonido (zona lesionada). 	<ul style="list-style-type: none"> - El Ultrasonido crea ondas y vibraciones que penetran en el tejido aproximadamente 5 cm y tiene un efecto antiinflamatorio, relajante y analgésico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evolucionó la lesión, disminuyó la inflamación.

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
			<ul style="list-style-type: none"> - Se desliza el cabezal sobre la superficie a tratar con movimientos circulares, para evitar la sensación de quemazón. - Retirar el cabezal y limpiar la zona tratada. - Terapia física por medio de Láser en 3 puntos, 2 min. en cada punto, estos 3 puntos deben ser distribuidos a lo largo de la lesión en este caso a lo largo de los ligamentos cruzados. - Explicarle a la deportista sobre su tratamiento. - Hacer una palpación de la lesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - El láser genera ondas electromagnéticas que actúan a nivel local reduciendo la inflamación, absorbe los exudados, eleva el umbral del dolor, contribuye a la cicatrización de heridas y regenera -tejidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evolucionó la lesión regenerando los ligamentos afectados.

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
			<ul style="list-style-type: none"> - Verificar que el paciente tenga la piel limpia de cremas, cosméticos, colonias etc. y limpiar la zona a tratar. - Proporcionar lentes oscuros al paciente para proteger sus ojos de la radiación. - Terapia física con TENS 15 min. por día en zona lesionada después de entrenar. - Explicarle a la deportista sobre su tratamiento. - Colocar los electrodos en la zona a tratar, se aplica directamente el cátodo (-) en el punto de dolor y el ánodo (+) a un 	<ul style="list-style-type: none"> - Es una corriente de baja frecuencia donde la magnitud de respuesta del tejido y las características del mismo; tiene efectos de crear contracción muscular por medio de estímulos nerviosos o musculares. Crea un campo eléctrico en los tejidos para estimular el proceso de curación ; trata el dolor y relaja los músculos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evolucionó con satisfacción la lesión de ligamentos cruzados de la rodilla izquierda. - Fortaleció la zona afectada por medio de las contracciones musculares.

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
			<p>punto inmediatamente próximo.</p> <ul style="list-style-type: none">- Colocar una compresa húmedo caliente encima de los electrodos y se inicia el tratamiento. - Se le pide al paciente que varíe la intensidad hasta encontrar el nivel mas confortable y mas eficaz para aliviar el dolor. - Verificar que si existe intolerancia, molestias o dolor, se debe suspender el tratamiento. - Se realiza una valoración y se modifica el programa terapéutico.		

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Alteración de la necesidad de moverse y mantener una buena postura relacionado con uso de zapatos de tacón, condiciones en el área de entrenamiento inadecuadas y pivoteo (brincar en puntas) constante en el mismo manifestado por dolor e inflamación en el área calcánea intensificado en el tendón calcáneo del pie derecho.</p>	<p>Se llegó a este diagnóstico ya que la deportista empezó a sentir molestias al pivotear (brincar de puntas) en el entrenamiento, además comentó que cuando usaba zapatos de tacón las molestias en el tendón calcáneo se intensificaban, manifestando dolor intenso al entrenar.</p>	<p>Contribuir a la rehabilitación física de la deportista con Tendinitis por medio de Crioterapia, Vendajes Funcionales, Ultrasonido y Láser.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar a la deportista los beneficios de la Crioterapia. -Revisar que en la lesión no haya heridas abiertas y que la piel este limpia y seca. - Terapia física por medio de crioterapia 20 min. por día después de entrenar. - Poner los hielos en una bolsa de plástico. - Verificar que el hielo solo permanezca en la zona lesionada de 15 a 20 minutos para evitar lesiones en la piel por sobre exposición al frío. 	<p>- El hielo es antiinflamatorio y analgésico.</p>	<p>- Ayuda a disminuir las molestias después de el entrenamiento.</p>

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
			<ul style="list-style-type: none"> - Verificar que la superficie que se va a vendar este limpia, seca y libre de vello corporal. - Se coloca vendaje funcional adhesivo de descarga especial para tendinitis, en pie derecho en la zona de el tendón calcáneo antes de cada entrenamiento. - Enseñar a la deportista la técnica correcta que se realiza al poner un vendaje funcional de descarga para Tendinitis. 	<ul style="list-style-type: none"> - El vendaje funcional de descarga ayuda a limitar un poco la carga de trabajo que afecta al tendón calcáneo y previene una complicación futura. La técnica para el vendaje adhesivo para tendinitis es la siguiente: La técnica utilizada es la de contención, no se recomiendan prevendaje ya que la tención que necesitamos de este vendaje aria que este resbalara y se perdería todo efecto terapéutico, el pie debe de estar colocado a 90°. 1. Se colocan tiras circulares de cinta adhesiva a nivel de 1/3 medio de la pierna y a nivel de los metatarsianos. 2. La tención del tendón calcáneo es dolorosa cuando se - 	<ul style="list-style-type: none"> - Con el vendaje la deportista se sintió con menos dolor al pivotear (brincar en puntas) y le dio más seguridad al entrenar.

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
			<ul style="list-style-type: none"> - Terapia física por medio de Ultrasonido 5 min. por día en zona lesionada después de el entrenamiento. - Explicarle a la deportista sobre su tratamiento. 	<p>pasan los 90° de extensión, por lo que el pie tiene que estar colocado en una posición inferior. Lo ideal son 70° u 80°. Se coloca una tira de cinta adhesiva fijada en la región metatarsiana y que vaya subiendo paralela al tendón. 3. Las siguientes tiras se fijan en el 1/3 inferior de la pierna quedando el pie limitado a 90°. Este vendaje se puede dejar abierto o se puede cerrar con una venda elástica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El Ultrasonido crea ondas y vibraciones que penetran en el tejido aproximadamente 5 cm y tiene un efecto antiinflamatorio, relajante y analgésico. 	<ul style="list-style-type: none"> - El tendón calcáneo se desinflamo.

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
			<ul style="list-style-type: none"> - Pedirle al paciente que no tenga ningún objeto metálico en su cuerpo. -Verificar que la piel no tenga lesiones expuestas y que este limpia y seca. -Poner gel conductor en la zona en que se va a poner el ultrasonido (zona lesionada). - Retirar el cabezal y limpiar la zona tratada. - Terapia física por medio de Láser en 3 puntos, 2 min. en cada punto, estos tres puntos deben de ser distribuidos a lo largo del tendón calcáneo. 	<p>-El Láser genera ondas electromagnéticas que actúan a nivel local, reduciendo la inflamación y regenera los tejidos.</p>	<p>- Evoluciono la lesión en el tendón calcáneo y lo regenero.</p>

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		<p>- Proporcionar información acerca de evitar el uso de zapatos de tacón</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicarle a la deportista sobre su tratamiento. - Hacer una palpación de la lesión. - Verificar que el paciente tenga la piel limpia de cremas, cosméticos, colonias etc. y limpiar la zona a tratar. - Proporcionar lentes oscuros al paciente para proteger sus ojos de la radiación. - Se dio información acerca de evitar el uso de zapatos de tacón para disminuir la carga de trabajo de el tendón calcáneo. 	<p>-El uso prolongado de zapatos de tacón tensan el tendón calcáneo y por ende se inflama y provoca dolor al caminar en esa zona.</p>	<p>- La deportista dejó de usar zapatos de tacón durante su rehabilitación.</p>

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
		<p>- Dar información acerca de los riesgos de entrenar en una zona inadecuada (de fomy) y de pivotear (brincar de puntas) en el.</p>	<p>- Se dio información acerca del riesgo de pivotear (brincar de puntas) y entrenar en una zona inadecuada con piso de fomy.</p>	<p>- El Tae Kwon Do es un deporte en el cual se usa mucho el pivoteo (brincar de puntas) y este por si solo no provoca lesiones, este debe de ser en piso duro, pero si se hace en piso blando es muy riesgoso para el deportista ya que provoca lesiones tendinosas.</p>	<p>- La deportista entendió los riesgos de pivotear (brincar en puntas) en suelos blandos por lo que durante su entrenamiento en este piso trato lo menos posible de pivotear.</p>

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Alteración de la necesidad de la higiene corporal y la integridad de la piel relacionado con área deportiva sucia manifestado por sudoración, mal olor y agrietamiento en las plantas de los pies y en medio de los dedos (pie de atleta).	Se llegó a este diagnóstico porque la deportista empezó a tener ampollas en los pies, se notó que el área de entrenamiento no la limpiaban nunca y muchas personas entrenan ahí por lo cual la deportista presenta los síntomas de pie de atleta.	- Proporcionar información sobre infecciones micóticas.	- Se dio una charla acerca del pie de atleta, lo que era, sus signos y síntomas, y medidas preventivas. - Se hizo un periódico mural para todos los deportistas, este se pegó en el gimnasio de Tae Kwon Do.	- El pie de atleta es una infección causada por hongos que se contagia de una persona a otra persona, por contacto con alguna toalla o tapete contaminado ; por lo cual el deportista es muy susceptible a contraer este tipo de infecciones porque el Tae Kwon Do se practica descalzo.	- La deportista asimiló y entendió todas las medidas preventivas para combatir el pie de atleta. - La deportista empezó a utilizar talco con Ketoconazol para los pies. - Se logró controlar la infección micótica que tenía la deportista.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Alteración de la necesidad de la higiene corporal y la integridad de la piel relacionado con hábitos higiénicos insuficientes manifestado por apariencia descuidada, mal olor, uniforme y protectores deportivos sucios.	Esta necesidad se vio alterada ya que se observó que la deportista se encontraba desaliñada, con falta de pulcritud y despedía mal olor.	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información sobre la importancia de la higiene deportiva. - Proporcionar información sobre higiene personal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Platica sobre higiene deportiva: Lavado de uniforme. Mantenimiento y limpieza de sus aditamentos deportivos. - Charla sobre higiene personal: Lavado de manos. Baño diario. Cambio de ropa interior diaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - La higiene es muy importante en los deportistas ya que esta los mantiene sanos y sin riesgos de infecciones propias de los deportistas. - El aseo personal es muy importante el baño diario, hace lucir la piel saludable y limpia. -El cambio de ropa interior es importante para evitar malos olores. En general el aseo personal hace sentir bien a la persona y a los que la rodean. 	<ul style="list-style-type: none"> La deportista asimilo la información y la puso en practica usando su uniforme y aditamentos deportivos limpios. - La deportista entendió la información y adopto una conciencia de lo importante que es la higiene corporal.

8. PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO	FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Alteración de la necesidad de moverse y mantener una buena postura relacionado con aplicación de una inadecuada técnica al entrenar y sobre entrenamiento manifestado por dolor, inflamación e inestabilidad al entrenar en rodilla izquierda.	Se llegó a este diagnóstico ya que la deportista realizó una técnica inadecuada haciendo una hiperextensión con rotación en valgo en una competencia y se lesiono los ligamentos cruzados de la rodilla izquierda por lo cual tiene inestabilidad al realizar su deporte.	Contribuir a la rehabilitación física de la lesión de ligamentos cruzados de la rodilla izquierda por medio de la aplicación de: Crioterapia Vendajes funcionales Ultrasonido Láser y Estimulación eléctrica Trascutánea (TENS), así como orientar a la deportista en su tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar a la deportista los beneficios de la Crioterapia. -Revisar que en la lesión no haya heridas abiertas y que la piel este limpia y seca. - Terapia física por medio de crioterapia 20 min. por día después de entrenar. - Poner los hielos en una bolsa de plástico. - Verificar que el hielo solo permanezca en la zona lesionada de 15 a 20 minutos para evitar lesiones en la piel por sobre exposición al frío. 	<ul style="list-style-type: none"> - El hielo provoca una vasoconstricción inicial seguida a los 5 minutos de una vasodilatación con lo que, aumenta el aporte de O₂, desciende la temperatura, es antiinflamatorio, reduce y controla la hemorragia, es analgésico y relajante muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se disminuyo la inflamación y el dolor después de el entrenamiento.

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
			<ul style="list-style-type: none"> - Colocación de vendajes funcionales para ligamentos cruzados en rodilla izquierda antes de cada entrenamiento. - Verificar que la superficie que se va a vendar este limpia, seca y libre de vello corporal. - Enseñar a la deportista la técnica correcta que se realiza al poner un vendaje funcional para ligamentos cruzados. 	<ul style="list-style-type: none"> - El vendaje funcional es una medida de prevención y contención en algunas lesiones deportivas; en esta lesión nos sirve para evitar la inestabilidad y dar más confianza a la deportista. La técnica para el vendaje funcional para ligamentos cruzados es la siguiente: Este vendaje es de contención y de descarga. Se utiliza cinta adhesiva (tape) haciendo una tensión importante, no se realiza prevendaje por lo que se utiliza spray adherente. La rodilla debe de estar en ligera semiflexión. 1. Se coloca una tira de cinta adhesiva en forma circular a nivel de 1/3 medio del - 	<ul style="list-style-type: none"> - Con el vendaje funcional se logro evitar la inestabilidad en la rodilla izquierda de la deportista y obtuvo mas confianza al entrenar.

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
				<p>cuádriceps y otra a nivel de 1/3 medio de la pierna.</p> <p>2. Colocamos una tira que va desde la cara externa del cuádriceps a la cara interna de la pierna.</p> <p>3. Se coloca una tira que va desde la cara interna del muslo a la - cara externa de la pierna. Es muy importante el cruce de las tiras a nivel del hueco popiteo, sin que estén adheridas a la piel.</p> <p>4. Se pone una última tira triple que cruce toda la parte posterior de la pierna, desde 1/3 medio de la pierna y por último se fija la rótula con una tira rasgada por un sólo extremo.</p>	

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
			<ul style="list-style-type: none"> - Explicarle a la deportista sobre su tratamiento. - Terapia física por medio de Ultrasonido 5 min. por día en zona lesionada después de el entrenamiento. - Pedirle al paciente que no tenga ningún objeto metálico en su cuerpo. -Verificar que la piel no tenga lesiones expuestas y que este limpia y seca. -Poner gel conductor en la zona en que se va a poner el ultrasonido (zona lesionada). 	<ul style="list-style-type: none"> - El Ultrasonido crea ondas y vibraciones que penetran en el tejido aproximadamente 5 cm y tiene un efecto antiinflamatorio, relajante y analgésico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evolucionó la lesión, disminuyó la inflamación.

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
			<ul style="list-style-type: none"> - Se desliza el cabezal sobre la superficie a tratar con movimientos circulares, para evitar la sensación de quemazón. - Retirar el cabezal y limpiar la zona tratada. - Terapia física por medio de Láser en 3 puntos, 2 min. en cada punto, estos 3 puntos deben ser distribuidos a lo largo de la lesión en este caso a lo largo de los ligamentos cruzados. - Explicarle a la deportista sobre su tratamiento. - Hacer una palpación de la lesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - El láser genera ondas electromagnéticas que actúan a nivel local reduciendo la inflamación, absorbe los exudados, eleva el umbral del dolor, contribuye a la cicatrización de heridas y regenera tejidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evolucionó la lesión regenerando los ligamentos afectados.

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
			<ul style="list-style-type: none"> - Verificar que el paciente tenga la piel limpia de cremas, cosméticos, colonias etc. y limpiar la zona a tratar. - Proporcionar lentes oscuros al paciente para proteger sus ojos de la radiación. - Terapia física con TENS 15 min. por día en zona lesionada después de entrenar. - Explicarle a la deportista sobre su tratamiento. - Colocar los electrodos en la zona a tratar, se aplica directamente el cátodo (-) en el punto de dolor y el ánodo (+) a un 	<ul style="list-style-type: none"> - Es una corriente de baja frecuencia donde la magnitud de respuesta del tejido y las características del mismo; tiene efectos de crear contracción muscular por medio de estímulos nerviosos o musculares. Crea un campo eléctrico en los tejidos para estimular el proceso de curación ; trata el dolor y relaja los músculos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evolucionó con satisfacción la lesión de ligamentos cruzados de la rodilla izquierda. - Fortaleció la zona afectada por medio de las contracciones musculares.

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
			<p>punto inmediatamente próximo.</p> <ul style="list-style-type: none">- Colocar una compresa húmedo caliente encima de los electrodos y se inicia el tratamiento.- Se le pide al paciente que varíe la intensidad hasta encontrar el nivel mas confortable y mas eficaz para aliviar el dolor.- Verificar que si existe intolerancia, molestias o dolor, se debe suspender el tratamiento.- Se realiza una valoración y se modifica el programa terapéutico.		

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Alteración de la necesidad de moverse y mantener una buena postura relacionado con uso de zapatos de tacón, condiciones en el área de entrenamiento inadecuadas y pivoteo (brincar en puntas) constante en el mismo manifestado por dolor e inflamación en el área calcánea intensificado en el tendón calcáneo del pie derecho.	Se llegó a este diagnóstico ya que la deportista empezó a sentir molestias al pivotear (brincar de puntas) en el entrenamiento, además comentó que cuando usaba zapatos de tacón las molestias en el tendón calcáneo se intensificaban, manifestando dolor intenso al entrenar.	Contribuir a la rehabilitación física de la deportista con Tendinitis por medio de Crioterapia, Vendajes Funcionales, Ultrasonido y Láser.	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar a la deportista los beneficios de la Crioterapia. - Revisar que en la lesión no haya heridas abiertas y que la piel este limpia y seca. - Terapia física por medio de crioterapia 20 min. por día después de entrenar. - Poner los hielos en una bolsa de plástico. - Verificar que el hielo solo permanezca en la zona lesionada de 15 a 20 minutos para evitar lesiones en la piel por sobre exposición al frío. 	- El hielo es antiinflamatorio y analgésico.	- Ayuda a disminuir las molestias después de el entrenamiento.

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
			<p>- Verificar que la superficie que se va a vendar este limpia, seca y libre de vello corporal.</p> <p>- Se coloca vendaje funcional adhesivo de descarga especial para tendinitis, en pie derecho en la zona de el tendón calcáneo antes de cada entrenamiento.</p> <p>- Enseñar a la deportista la técnica correcta que se realiza al poner un vendaje funcional de descarga para Tendinitis.</p>	<p>- El vendaje funcional de descarga ayuda a limitar un poco la carga de trabajo que afecta al tendón calcáneo y previene una complicación futura.</p> <p>La técnica para el vendaje adhesivo para tendinitis es la siguiente: La técnica utilizada es la de contención, no se recomiendan prevendaje ya que la tención que necesitamos de este vendaje aria que este resbalara y se perdería todo efecto terapéutico, el pie debe de estar colocado a 90°.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se colocan tiras circulares de cinta adhesiva a nivel de 1/3 medio de la pierna y a nivel de los metatarsianos. 2. La tención del tendón calcáneo es dolorosa cuando se - 	<p>- Con el vendaje la deportista se sintió con menos dolor al pivotear (brincar en puntas) y le dio más seguridad al entrenar.</p>

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
			<ul style="list-style-type: none"> - Terapia física por medio de Ultrasonido 5 min. por día en zona lesionada después de el entrenamiento. - Explicarle a la deportista sobre su tratamiento. 	<p>pasan los 90° de extensión, por lo que el pie tiene que estar colocado en una posición inferior. Lo ideal son 70° u 80°. Se coloca una tira de cinta adhesiva fijada en la región metatarsiana y que vaya subiendo paralela al tendón. 3. Las siguientes tiras se fijan en el 1/3 inferior de la pierna quedando el pie limitado a 90°. Este vendaje se puede dejar abierto o se puede cerrar con una venda elástica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El Ultrasonido crea ondas y vibraciones que penetran en el tejido aproximadamente 5 cm y tiene un efecto antiinflamatorio, relajante y analgésico. 	<ul style="list-style-type: none"> - El tendón calcáneo se desinflamo.

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
			<ul style="list-style-type: none"> - Pedirle al paciente que no tenga ningún objeto metálico en su cuerpo. -Verificar que la piel no tenga lesiones expuestas y que este limpia y seca. -Poner gel conductor en la zona en que se va a poner el ultrasonido (zona lesionada). - Retirar el cabezal y limpiar la zona tratada. - Terapia física por medio de Láser en 3 puntos, 2 min. en cada punto, estos tres puntos deben de ser distribuidos a lo largo del tendón calcáneo. 	<p>-El Láser genera ondas electromagnéticas que actúan a nivel local, reduciendo la inflamación y regenera los tejidos.</p>	<p>- Evoluciono la lesión en el tendón calcáneo y lo regenero.</p>

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
		<p>Proporcionar información acerca de evitar el uso de zapatos de tacón</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicarle a la deportista sobre su tratamiento. - Hacer una palpación de la lesión. - Verificar que el paciente tenga la piel limpia de cremas, cosméticos, colonias etc. y limpiar la zona a tratar. - Proporcionar lentes oscuros al paciente para proteger sus ojos de la radiación. - Se dio información acerca de evitar el uso de zapatos de tacón para disminuir la carga de trabajo de el tendón calcáneo. 	<p>-El uso prolongado de- zapatos de tacón tensan el tendón calcáneo y por ende se inflama y provoca dolor al caminar en esa zona.</p>	<p>- La deportista dejo de usar zapatos de tacón durante su rehabilitación</p>

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
		<p>- Dar información acerca de los riesgos de entrenar en una zona inadecuada (de fomy) y de pivotear (brincar de puntas) en el.</p>	<p>- Se dio información acerca del riesgo de pivotear (brincar de puntas) y entrenar en una zona inadecuada con piso de fomy.</p>	<p>- El Tae Kwon Do es un deporte en el cual se usa mucho el pivoteo (brincar de puntas) y este por si solo no provoca lesiones, este debe de ser en piso duro, pero si se hace en piso blando es muy riesgoso para el deportista ya que provoca lesiones tendinosas.</p>	<p>- La deportista entendió los riesgos de pivotear (brincar en puntas) en suelos blandos por lo que durante su entrenamiento en este piso trato lo menos posible de pivotear.</p>

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Alteración de la necesidad de la higiene corporal y la integridad de la piel relacionado con área deportiva sucia manifestado por sudoración, mal olor y agrietamiento en las plantas de los pies y en medio de los dedos (pie de atleta).	Se llegó a este diagnóstico porque la deportista empezó a tener ampollas en los pies, se notó que el área de entrenamiento no la limpiaban nunca y muchas personas entrenan ahí por lo cual la deportista presenta los síntomas de pie de atleta.	Proporcionar información sobre infecciones micóticas.	<ul style="list-style-type: none"> - Se dio una charla acerca del pie de atleta, lo que era, sus signos y síntomas, y medidas preventivas. - Se hizo un periódico mural para todos los deportistas, este se pegó en el gimnasio de Tae Kwon Do. 	<ul style="list-style-type: none"> - El pie de atleta es una infección causada por hongos que se contagia de una persona a otra persona, por contacto con alguna toalla o tapete contaminado ; por lo cual el deportista es muy susceptible a contraer este tipo de infecciones porque el Tae Kwon Do se practica descalzo. 	<ul style="list-style-type: none"> - La deportista asimiló y entendió todas las medidas preventivas para combatir el pie de atleta. - La deportista empezó a utilizar talco con Ketoconazol para los pies. - Se logró controlar la infección micótica que tenía la deportista.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO	FUNDAMENTACION	OBJETIVO	INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Alteración de la necesidad de la higiene corporal y la integridad de la piel relacionado con hábitos higiénicos insuficientes manifestado por apariencia descuidada, mal olor, uniforme y protectores deportivos sucios.	Esta necesidad se vio alterada ya que se observó que la deportista se encontraba desaliñada, con falta de pulcritud y despedía mal olor.	<p>Proporcionar información sobre la importancia de la higiene deportiva.</p> <p>Proporcionar información sobre higiene personal.</p>	<p>- Platica sobre higiene deportiva:</p> <p>Lavado de uniforme. Mantenimiento y limpieza de sus aditamentos deportivos.</p> <p>- Charla sobre higiene personal:</p> <p>Lavado de manos. Baño diario. Cambio de ropa interior diaria.</p>	<p>- La higiene es muy importante en los deportistas ya que esta los mantiene sanos y sin riesgos de infecciones propias de los deportistas.</p> <p>- El aseo personal es muy importante el baño diario, hace lucir la piel saludable y limpia.</p> <p>-El cambio de ropa interior es importante para evitar malos olores. En general el aseo personal hace sentir bien a la persona y a los que la rodean.</p>	<p>La deportista asimilo la información y la puso en practica usando su uniforme y aditamentos deportivos limpios.</p> <p>- La deportista entendió la información y adopto una conciencia de lo importante que es la higiene corporal.</p>

9. CONCLUSIONES

La puesta en practica del Proceso de Atención de Enfermería define el alcance de la practica de la enfermería; así como identificar las directrices del cuidado. El paciente (deportista) se beneficia con su uso ya que asegura la calidad del cuidado al mismo tiempo que lo estimula para participar en el. Las ventajas para el personal de enfermería se reflejan en una mayor satisfacción por el trabajo realizado, así como en el aumento de la experiencia y desarrollo profesional.

Al concluir el presente Proceso de Atención de Enfermería se encontró que los objetivos propuestos se cumplieron en su totalidad, ya que se pudieron satisfacer las necesidades básicas de la deportista bajo la orientación del modelo de Virginia Henderson.

Se logró aplicar el instrumento de valoración bajo el modelo conceptual de Virginia Henderson adaptado para la deportista de Tae Kwon Do, se hizo la exploración física, se analizo la información obtenida y se identificaron dos lesiones (Tendinitis y elongación de los Ligamentos Cruzados) médico - deportivas, así como otras necesidades alteradas; se contribuyó a la rehabilitación de dichas lesiones por medio de la aplicación de vendajes funcionales y rehabilitación física; al mismo tiempo que se satisfacían las otras necesidades alteradas encontradas (las necesidades de higiene corporal y la integridad de la piel) por medio de charlas educativas, periódicos murales, folletos (fomento a la salud); se contribuyo a su rendimiento físico.

Me di cuenta que es difícil tratar como paciente a un deportista, ya que ellos tienen un carácter muy especial, un día están de buen humor y al siguiente no, así que debemos ganarnos su confianza y demostrarles que tenemos los conocimientos suficientes para ayudarlos; ya que si no tenemos estas dos características importantes es mucho muy difícil poder entrar en su “mundo” y poder ayudarlos.

El personal de enfermería es de vital importancia en el ámbito deportivo y en la actualidad la enfermería esta tomando un gran auge en esta rama.

El cuidado ejemplar de un ser humano es tan complejo que para brindarle ayuda a nuestros semejantes no solo basta con la intención de hacerlo; se requiere de entre muchas cualidades, tener conocimientos, intuición, creatividad, habilidad y paciencia para abordar al individuo desde un enfoque biopsicosocial y así poder suplir, ayudar o satisfacer las necesidades básicas de una persona sana o enferma, en este caso a un deportista de alto rendimiento.

Finalmente me gustaría reiterar que para la aplicación de un Proceso de Atención de Enfermería se requiere de los conocimientos adquiridos durante la formación académica, como del criterio ético obtenido durante la experiencia profesional, con esto quiero decir que el desempeño de una buena enfermera (o) depende de sus conocimientos, pero sobre todo, de vocación y amor a la profesión de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- BRAVO PEÑA. **Nociones de historia de la enfermería**. México, 1997.
- FERNÁNDEZ FERRIL CARMEN. **Enfermería fundamental**. Edit. MASSON, 2ª Ed., México, 1995.
- FIZ PATRIK. **Cuidados intensivos**. Universidad de Nueva York, 1985.
- FHOHWATT. **Lesiones típicas del deporte**. Edit. KAPELUSK, 2005.
- GARCÍA BARRIOS Y CALVO CHARRO. **Historia del proceso de enfermería**. Universidad de Málaga, 1992.
- GARCÍA GONZÁLEZ Ma DE JESÚS. **Aplicación del proceso de enfermería**. 1ª Ed. México, 1997.
- GUILLERT. **Manual de medicina del deporte**. Edit. MASSON, México, 2000.
- GRIFFITH W. JANET. **Aplicación, teorías, guías y modelos del proceso atención de Enfermería**. Edit. Manual Moderno, 1992.
- KOZIER BARBARA. **Conceptos y práctica**. Edit. INTERAMERICANA, México, 1985.
- LUIS RODRIGO Ma TERESA. **De la teoría a la práctica**. Edit. MASSON, México, 2000.
- MERI ALEX. **Fundamentos de fisiología de la actividad física y el deporte**. Edit. Medica Panamericana, México, 2005.
- MORRIS. B. **Secretos de la medicina del deporte**. 2ª Ed. Edit. MacGraw - Hill, México, 2001.
- OSPORIO CARLOS. **Traumatología**. Edit. EDETOR, 2001.
- ROSALES. **Fundamentos de enfermería**. 2ª Ed. Edit. Manual Moderno, México, 1999.
- TONI BOVÉ. **El cuidador deportivo**. Edit. ELSEVIER SCIENCE, España, 2003.
- TONI BOVÉ. **El vendaje funcional**. 2ª Ed. Edit. MOSBY, España, 1995.

A

N

E

X

O

S

¿QUÉ ES EL TAE KWON DO?

El TKD es el arte de patear y dar puñetazos, es un sistema preciso de ejercicios físicos simétricos ideados para la defensa personal sin armas. Significa un estado mental, el dominio de la propia mente, el AUTOCONTROL, la BONDAD Y HUMANIDAD deben acompañar a la gracia física.

El Tae Kwon Do es el Arte Marcial de Korea; su origen se le puede atribuir a las Dinastía Koguryo y Silla, fundadas en el año 37 A.C. El TKD se inicio en México en 1969.

En 1943 fueron introducidos en Korea las Artes Marciales y tuvieron gran popularidad hasta que en 1945 fue liberada Korea. El TKD es disciplina de la mente, cuerpo y espíritu; el aspecto mental se conduce a través de la concentración, es la clave de los aspectos mentales, hay que enfocar todos los sentidos en lo que se está haciendo.

Otro aspecto mental es lo que se refiere al Espíritu, sin él, un practicante no puede explotar sus recursos internos para ser verdaderamente eficiente.

El TKD es una disciplina mental, corporal y espiritual. Es el estímulo de la iniciativa, el cultivo Educativo del cuerpo, el aprendizaje del respeto a todo ser vivo; su practica incide de una manera decisiva en la formación del individuo.

Es un método de defensa personal, y el principio esencial es que el practicante no debe efectuar ningún ataque, excepto cuando se vea amenazado por un adversario; la disciplina esta ideada para lograr que el practicante sea pacifico, para inspirarle sentimiento de confianza, bienestar y hacer de su existencia algo más significativo; se le hace consciente de su fuerza natural y de como aplicarla con la mayor ventaja posible, de modo que la persona supera su única debilidad real, su falta de Fe en sí mismo.

El principio de la sabiduría es llegar a conocer lo que contiene plenamente dentro de sí y por lo tanto no necesita arrebatárselo a otro. Así el pensamiento se aclara, la acción se hace efectiva y la vida humana que consiste en la integración de ambas cosas es realizada; el objetivo último es VIVIR.

En la Universidad el principal objetivo es formar Profesionistas, sin embargo dentro de la práctica del deporte en esta máxima Casa de Estudios, también existe el deporte de excelencia, el cual le ha permitido a destacados universitarios participar en los eventos Nacionales e Internacionales representando dignamente a nuestra Institución como a nuestro País, como lo puede avalar la Historia del deporte Mexicano.

LOS BENEFICIOS EN LOS ASPECTOS FÍSICOS SON:

- ▶ Mejor condición física
- ▶ Elasticidad
- ▶ Buenos reflejos y coordinación motriz
- ▶ Fortaleza muscular
- ▶ Mejor salud

LOS BENEFICIOS EN LOS ASPECTOS MENTALES SON:

- ▶ Perseverancia
- ▶ Hábito del mejor esfuerzo
- ▶ Mayor concentración
- ▶ Disciplina
- ▶ Seguridad en sí mismo

SIGNIFICADO FILOSÓFICO DE LOS GRADOS DEL TAE KWON DO

En la dicotomía del cuerpo humano, de la cabeza, la cintura y las piernas; la cintura esta en el centro de los pies. Restringiendo el significado de la cinta, significa la determinación para organizarse y la apariencia.

En la práctica de TKD, la cinta es una parte necesaria junto con la casaca y los pantalones. Es una parte de la trinidad: la casaca, pantalón y la cinta; el concepto de la trinidad en la filosofía del oriente esta fundamentada en la creencia del universo, el cual ellos reconocen que está compuesto por cielo, tierra y gente. Es la causa de toda la vida. El concepto de Trinidad es parte esencial del CHONBUGYON. La mayoría de todos los coreanos consideran a la gente como lo más valioso.

El ejemplo de la filosofía está en el uniforme de TKD. La casaca del uniforme equivale al cielo, los pantalones a la tierra y la cinta a la persona. Una persona en la creencia coreana es un pequeño universo.

El sistema de TKD empieza del 9º KUP y termina en el 9º DAN; nueve es la suma de los cinco continentes, el cielo, la tierra y el Yin y Yang. El sistema de KUP, desciende de nueve a uno, mientras que el sistema DAN asciende de uno a nueve. La raíz de éste sistema del oriente cree que todas las formas de vida descienden del cielo, viven en la tierra y regresan de donde vinieron.

El sistema de TKD, es designado de acuerdo a el principio de OHAENG, los practicantes pueden desarrollar el Ki interno (energía) a través de procesos de concentración y dispersión de energía en el cuerpo. La cinta rodea la cintura y las dos puntas se encuentran después de dos vueltas en el centro del estomago llamado Tanjon. Luego la cinta va a hacer forma de triangulo para acompletar el nudo. La forma de triangulo denota la unidad de una persona.

El significado de este proceso ceremonial es concentrar toda la energía dentro y hacia afuera del Tanjon; así que el practicante puede utilizar el Ki, en la aplicación de la técnica.

Tradicionalmente, DOJANG significa el lugar del despertar. Eso es posible mediante la práctica, la concentración y expansión de energía libremente a través de las técnicas, desarrollando la energía interna para crear armonía y orden, llegando al despertar y al encuentro con el propio yo.

La práctica requiere orden estricto y el orden llega del respeto a la cinta. Al igual que los rangos otorgados en el ejercito, los colores de las cintas usadas en el TKD, constituyen un sistema jerárquico y sirve para designar el grado de pericia del alumno. Además cada color representa simbólicamente ciertas cualidades o características de la naturaleza que tienen paralelo con las etapas de desarrollo del practicante.

Los grados van del décimo al primer KUP, y del primer DAN (cinta negra), al noveno DAN. El número diez es considerado un número perfecto; así, el décimo KUP simboliza la paradoja del hombre que, en su ignorancia, siente que lo sabe todo cuando en verdad no sabe nada. Después, a medida que va madurando, se va dando cuenta de lo mucho que le falta por conocer. Al comprender esto se vuelve humilde, por eso, el del décimo KUP pasamos al noveno y así sucesivamente. Al llegar al primer KUP se invierten los factores.

COLORES DE LAS CINTAS.

- BLANCO.- Simboliza la pureza, y la inocencia.
- AMARILLO.- Simboliza a la tierra que alberga y nutre la semilla y más tarde a las raíces que han de sostener a la planta o al árbol.
- VERDE.- Representa al practicante como una planta en nuevo desarrollo.
- AZUL.- Simboliza la esperanza.

- MARRÓN Y ROJA.- Son una advertencia del peligro, quiere decir que el practicante ha llegado a un nivel considerable de eficiencia en el aspecto físico.
- NEGRO.- Es el color opuesto al blanco, es considerada como el principio del camino.

La cinta negra es símbolo de habilidad y madurez. Es aceptar y ejercer la responsabilidad para con nosotros mismos y para la sociedad.

Hay que recordar que nuestro objetivo no es la CINTA en sí, sino, los valores que representa.

ASOCIACIÓN DE TAE KWON DO DE LA UNAM

El Tae Kwon Do (TKD) actualmente es uno de los deportes de contacto con mayor prestigio en el país, debido a sus logros Internacionales y participación en toda la estructura del Deporte Nacional, Deporte Federado, Deporte Estudiantil y actualmente forma parte del programa Olímpico.

La asociación de TKD de la UNAM, es una agrupación constituida únicamente por UNIVERSITARIOS, que nace de la preocupación de impartir, promover y difundir esta disciplina deportiva en nuestro País y a la Comunidad Universitaria; se inicio como Organización en el año de 1973.

Los Profesores fundadores de esta organización, son Eduardo y Fernando Tovar Gálvez, ellos sintieron la necesidad no solo de capacitarse hasta llegar al grado de Maestros, sino de plasmar estos conocimientos del Arte Marcial tomando en cuenta las aptitudes, capacidades físicas y mentales, así como las cualidades de los Universitarios y optimizar su rendimiento académico y deportivo dentro del TKD.

La actividad en la Universidad Nacional Autónoma de México, oficialmente es reconocida por la DGADyR desde 1980.

OBJETIVOS DEL TAE KWON DO EN LA UNAM

- ★ Proporcionar al estudiante UNIVERSITARIO la practica de un deporte a través de una Disciplina Marcial, donde se infunden fundamentos básicos que le ayudaran tanto en su desarrollo deportivo como profesional, logrando con ello una mejor convivencia con la sociedad.

Para poder entender la esencia y la practica del TKD se requieren o se adquieren tres elementos fundamentales que son: DISCIPLINA, RESPETO Y HUMILDAD.

TENDÓN

Banda gruesa, fuerte e inelástica de tejido fibroso que inserta un músculo en un hueso. Un tendón puede torcerse debido a un empleo excesivo u ocasionalmente, romperse.

TENDINITIS DE AQUILES

“Es la inflamación de un tendón; lesión básicamente por sobrecarga, hay un dolor agudo en el cuerpo del tendón (parte medial); este dolor aumenta a primera hora de la mañana cuando nos levantamos, a veces hay impotencia funcional para andar.

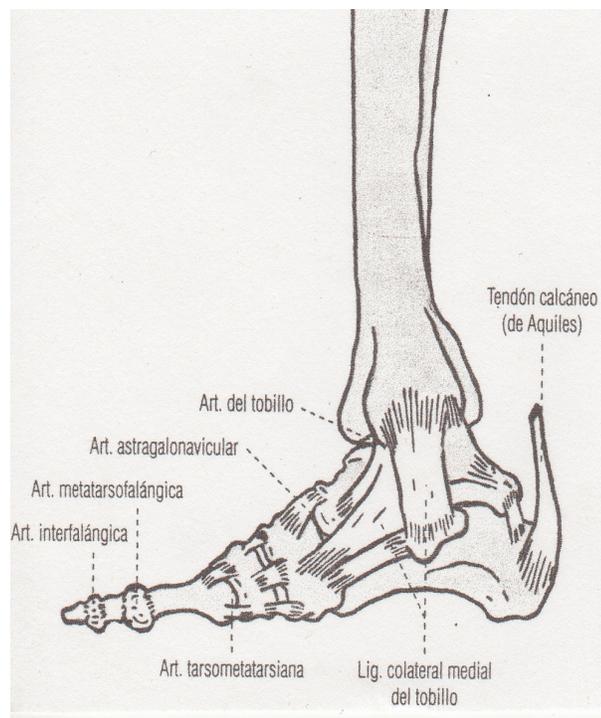
CAUSAS

- ▶ Malas condiciones de entrenamiento, en especial la practica del mismo deporte, en suelos muy duros o blandos.
- ▶ Imprudencias cuantitativas, arrancadas excesivas, recorridos largos diariamente.
- ▶ Mal estado del calzado y sobre todo, el calzar botas o zapatos de tacón desgastados.
- ▶ El 60% aparece en alteraciones de la estática del pie, en especial el pie cavo.
- ▶ La predisposición al Taping (vendaje funcional adhesivo) muy fuerte, ya que puede realizarse un estrangulamiento de esta región. Para evitar esta causa de lesión es conveniente realizar una protección de la zona del tendón de Aquiles (tendón calcáneo) con Honder (bajo vendaje) entes de colocar el Taping de tobillo.

DIAGNOSTICO

- ▶ Dolores espontáneos a la marcha o al esfuerzo.
- ▶ Entumecimiento matinal, que tarda en desaparecer y en ocasiones se cojea.
- ▶ La palpación se hará con cuidado y exige de tacto ejercitado, ya que más del 50% de las tendinitis van acompañadas de nódulos, granulaciones o estrías transversales, incluso el deportista joven de menos de 30 años puede padecerla.”

(1)



En esta imagen se muestran las articulaciones y ligamentos que conforman el pie, enfocado al Tendón Calcáneo (de Aquiles).

* Fundamentos de Fisiología de la Actividad Física y el Deporte.

LIGAMENTO

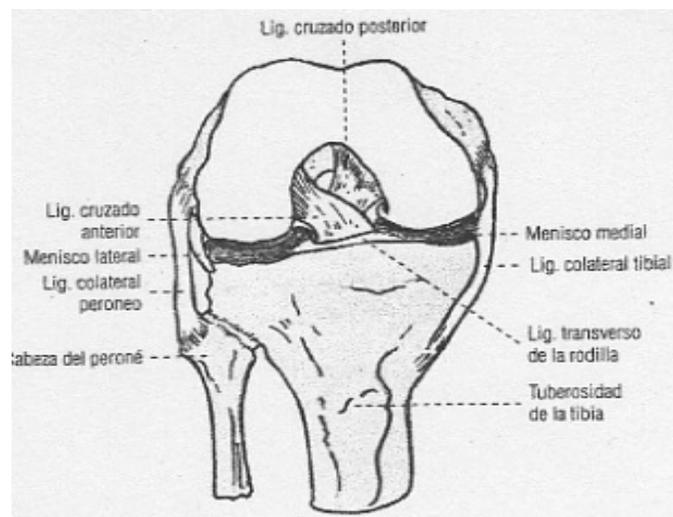
Es una banda formada por tejido fibroso que mantiene en su lugar una articulación o un órgano del cuerpo. Los ligamentos proporcionan sujeción a la vez que permiten los diversos movimientos.

ELONGACIÓN DE LIGAMENTOS CRUZADOS

LIGAMENTO ANTERIOR

Se extiende hacia atrás y hacia afuera desde la zona anterior a la espina tibial hasta la parte posterior de la superficie interna del cóndilo externo del fémur.

“La elongación de ligamento cruzado anterior, por lo regular esta lesión es producto de una hiperextensión, se asocia a un “ruido seco” en el momento de la lesión, seguido de nermatrosis, inestabilidad, en sentido anteroposterior de la rodilla, dolor difuso en el interior de la articulación, hay una laxitud anterior que es signo de cajón anterior positivo. Es signo de lesión del ligamento cruzado anterior cuando el desplazamiento de la Tibia es ventral.



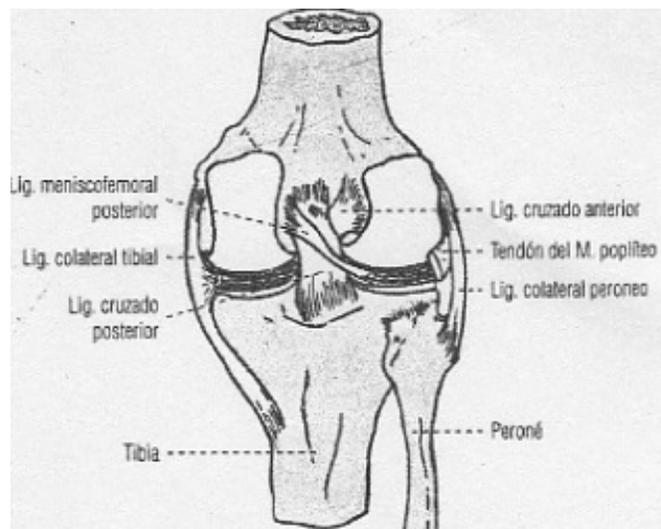
En esta imagen se muestran los ligamentos cruzados visión anterior de la rodilla.

* Fundamentos de Fisiología de la Actividad Física y el Deporte.

LIGAMENTO POSTERIOR

Se extiende hacia adelante y hacia adentro a partir de una depresión existente en el área intercondilea posterior de la tibia a la parte anterior de la superficie interna del cóndilo interno del fémur.

La elongación de ligamento cruzado posterior, es el producto de un traumatismo grave que determina luxación posterior de rodilla, asociado comúnmente a lesión de ligamento cruzado anterior, se presenta dolor difuso interarticular, el signo de cajón es positivo, en sentido posterior (la tibia es la que se desplaza hacia atrás de los condilos femorales). Es signo de lesión del ligamento cruzado posterior cuando el desplazamiento de la Tibia es dorsal.” (2)

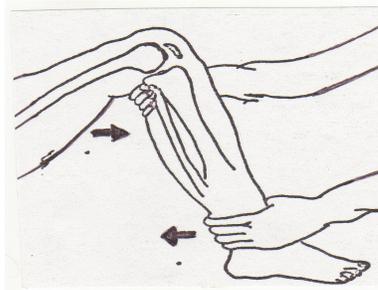


En esta imagen se muestran los ligamentos cruzados visión posterior de la rodilla.

* Fundamentos de Fisiología de la Actividad Física y el Deporte.

SIGNO DE CAJÓN

“Este signo se realiza con el lesionado en decúbito dorsal, la rodilla flexionada a 90°, el pie fijo a la mesa de exploración mediante el peso corporal del explorador. Los dedos pulgares se colocan paralelos al Tendón rotuliano, los dedos restantes colocados en el hueco popíteo, abrazando la pierna, con el objeto de producir desplazamiento ventral y dorsal de la misma. Es necesario que haya relajación completa de la pierna.”(3)



* El Cuidador Deportivo

INTERPRETACIÓN DEL LENGUAJE DEL DEPORTISTA

“ Se ma va la rodilla o me falla la rodilla “

“Esto también nos puede indicar una lesión de ligamentos cruzados. Sucede cuando hay una frenada brusca, quedando la rodilla trabada, o enganchada. El deportista describe una sensación de movimiento entre los huesos.”(4)



* El Cuidador Deportivo

(3) Osorio Carlos. Traumatología. EDETOR. 2001. Pag. 689.

(4) Tini Bove. El Cuidador Deportivo. ELSEVIER SCIENCE. 2003. Pag. 52

ULTRASONIDO

“Es un instrumento que emite ondas o vibraciones que están por encima de la capacidad auditiva del oído humano, penetra el tejido aproximadamente 5 cm; genera calor profundo que produce aumento de la temperatura de la superficie, eleva el umbral del dolor, reduce espasmos musculares y ayuda a movilizar edemas y exudados. Se emplea también la crioterapia que es la aplicación de frío (hielo, agua fría, cloruro de etilo), tiene efectos de disminución de la temperatura produciendo vasoconstricción; por lo tanto se utiliza como analgésico, relajante y antiinflamatorio.

INDICACIONES

- ▶ Tendinitis crónica
- ▶ Espasmos musculares
- ▶ Distensiones y Esguinces

CONTRAINDICACIONES

- ▶ Embarazo
- ▶ Cáncer
- ▶ Fracturas
- ▶ Sobre la médula espinal
- ▶ Marcapasos
- ▶ Cerca de los ojos

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

La duración del tratamiento es de 10 días, la dosis recomendada es de 3 a 10 minutos, dependiendo de la zona a tratar. Generalmente se recomienda, que en los casos agudos las aplicaciones sean de 5 minutos y en los casos crónicos sean de 10 minutos.”⁽⁵⁾

(5) Guillert. Manual de Medicina del Deporte. 2004. Pág. 54

TÉCNICA DE APLICACIÓN

- ▶ Prender el aparato del Ultrasonido, poner la dosis y el tiempo indicados que es de .5 de dosis y 5 minutos de tiempo.
- ▶ Pedirle al paciente que no tenga ningún objeto metálico en su cuerpo.
- ▶ Ponerle gel, que se aplica rellenando el espacio entre el cabezal y la piel.
- ▶ Iniciar el tratamiento, asegurandose que el cabezal del aparato este ya en la zona lesionada para evitar dolor.
- ▶ Se desliza regularmente el cabezal sobre la superficie a tratar, con movimientos, rectos o circulares; el movimiento es para evitar el haz estacionario que podría provocar sensación de quemazón.
- ▶ Esperar el tiempo requerido del tratamiento (5 minutos), retirar el cabezal y limpiar la zona.
- ▶ En los casos en los que aparece dolor, debe bajarse la dosis de ultrasonido.

LÁSER

“Es una amplificación de luz mediante emisión estimulada de radiación, genera ondas electromagnéticas que actúan a nivel local reduciendo la inflamación, reabsorbe exudados, eleva el umbral del dolor, contribuye a la cicatrización de heridas y regeneración de tejidos.

INDICACIONES

- ▶ Esguinces y Distensiones
- ▶ Lesiones musculares

CONTRAINDICACIONES

- ▶ Cáncer.- Tras la exposición a láser las células tumorales pueden proliferar cuando son estimuladas.
- ▶ Sobreexposición al láser
- ▶ Radiación directa en los ojos.- Produce lesión sobre la retina.
- ▶ Pacientes sometidos a tratamientos con esteroides (vía oral).- Ya que al irradiar el láser se duplica la cantidad de esteroides administrados en una primera ocasión.
- ▶ Pacientes sometidos a tratamientos con esteroides (infiltrados).- Provocan fibrosis y cristalización de los tejidos.
- ▶ Epilepsia.- Puede haber efectos secundarios como arritmias, vomito y dolores diversos.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

La duración del tratamiento es de 8 a 10 días, dependiendo de la evolución de la lesión, la dosis recomendada es de 2 minutos en cada punto, sumando en total 6 minutos.”⁽⁶⁾

(6) Tohen Zamudio. Medicina Física y rehabilitación. 2003. Pag. 432 - 435.

TÉCNICA DE APLICACIÓN

- ▶ Hacer una palpación de la lesión.
- ▶ El paciente debe tener la piel limpia de cremas, cosméticos, colonias, etc. por lo cual debemos limpiar la zona a tratar con una torunda con alcohol.
- ▶ Prender el aparato del Láser, poner el tiempo de cada punto que se va a administrar que es de 2 minutos.
- ▶ Proporcionar lentes oscuros al paciente para proteger sus ojos de la radiación.
- ▶ Tomar el mango del aparato del Láser y ponerlo vertical en el primer punto de la lesión, iniciar y esperar el tiempo requerido; repetir esto en cada punto hasta tener los tres puntos.

ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA TRANSCUTÁNEA (TENS)

“Es una corriente de baja frecuencia donde la magnitud de respuesta depende del tipo de tejido y las características del mismo; tiene efectos de crear contracción muscular por medio de estímulos nerviosos o musculares, crea un campo eléctrico en los tejidos para estimular el proceso de curación, tratar el dolor y relajar los músculos.

INDICACIONES

- ▶ Dolores postraumáticos, posquirúrgicos y musculoesquelético crónico
- ▶ Tendinopatías
- ▶ Cefaleas tensionales
- ▶ Cervicalgia
- ▶ Lumbalgias
- ▶ Neuralgias intercostales
- ▶ Dismenorrea

CONTRAINDICACIONES

- ▶ Pacientes con marcapasos
- ▶ Pacientes con epilepsia
- ▶ 1er trimestre del embarazo
- ▶ En zonas corporales como la boca, el trayecto de la arteria carótida y cerca de los ojos

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

La duración del tratamiento es muy variable; depende de la respuesta obtenida, en algunos casos se prolonga hasta 3 meses y luego se reduce progresivamente. Las aplicaciones de los TENS es de 15 a 30 minutos por sesión.”⁽⁷⁾

(7) Tini Bove. El Cuidador Deportivo. ELSEVIER SCIENCE. 2003. Pag. 81 - 84.

TÉCNICA DE APLICACIÓN

- ▶ Se colocan los electrodos en la zona a tratar, se aplica directamente el cátodo (-) en el punto de dolor y el ánodo (+) a un punto inmediatamente próximo. Se debe tener precaución en que los cojines de los electrodos estén húmedos para no ocasionar toques al momento de empezar la sesión.
- ▶ Se puede empezar una vez fijados correctamente los electrodos.
- ▶ Con todos los mandos puestos en cero se enciende el aparato y se va aumentando la amplitud hasta que el paciente perciba una sensación de pulsación o zumbido leve.
- ▶ Se le pide al paciente que varíe la intensidad hasta encontrar el nivel mas confortable y mas eficaz para aliviar el dolor.
- ▶ A menudo el paciente deja de percibir los estímulos al cabo de unos minutos y es necesario subir la intensidad hasta que se vuelva a notar el zumbido.
- ▶ En los casos que aparezca intolerancia, molestias o dolor, el tratamiento debe suspenderse y hay que realizar una valoración y modificación del programa terapéutico.

CRIOTERAPIA

“Significa literalmente “terapia fría”. Así cualquier aplicación de hielo o frío con fines terapéuticos es crioterapia. La aplicación de la crioterapia produce una sensación de frío seguida por punzadas, después de una sensación de quemazón o dolor, y finalmente entumecimiento. Cada fase esta relacionada con las terminaciones nerviosas según dejan de funcionar temporalmente como resultado de una disminución del flujo sanguíneo.

El tiempo necesario para esta secuencia varia, pero algunos autores indican que se produce en un periodo de 5 a 15 minutos. En algunos casos se produce a los 12-15 minutos una vasodilatación reflejada en los tejidos profundos denominada respuesta de secuestro, con la aplicación de un frío intenso. Por tanto es necesario un mínimo de 15 minutos para conseguir un buen efecto analgésico. Existen varias formas de aplicar hielo, entre ellas las compresas heladas, bolsas de hielo, masaje con hielo, etc.” (8)

APLICACIÓN DE HIELO

El uso del hielo es el tratamiento mas adecuado prácticamente para todas las afecciones que impliquen lesiones del sistema musculoesquelético. Se recomienda el tratamiento por 20 a 30 minutos. Debe utilizarse al menos durante 72 horas después de la lesión.

CONTRAINDICACIONES

- ▶ En heridas abiertas o en las zonas en las que se encuentran formaciones nerviosas.
- ▶ El frío no debe aplicarse en áreas cuya circulación, principalmente arterial, este afectada. Enfermedad de Raynaud y Arterioesclerosis.
- ▶ Personas hipersensibles al frío ya que les puede ocasionar urticaria o crioglobulinemia.
- ▶ Alteraciones reumáticas.

VENDAJES DEPORTIVO CON CINTA ADHESIVA

“Es aquella técnica utilizada para inhibir o limitar los movimientos que producen dolor. Su principal ventaja con respecto de otros medios de inmovilización es que no bloquea del todo la articulación.

Es de importancia vital establecer el diagnóstico correcto de las lesiones relacionadas con los deportes para darles cuidados y tratamientos inmediatos e iniciar la rehabilitación.

El uso de cinta adhesiva junto con el protocolo de tratamiento es una herramienta excelente para facilitar el retorno del atleta al deportista sin que corra mayor riesgo de lesiones.

Por otra parte, la cinta adhesiva aplicada de manera incorrecta o sin un objetivo específico puede predisponer al atleta a sufrir lesiones o incrementar la agresividad de la lesión ya existente. La aplicación de cinta adhesiva quizá continúe siendo eficaz en lesiones agudas de rodilla, sobretodo si se usa con una rodillera.

OBJETIVOS

1. Permitir un regreso potencialmente más rápido a la participación deportiva.
2. Prevenir más lesiones.

INDICACIONES

En lesiones agudas o crónicas puede emplearse cinta adhesiva con el fin de proporcionar más apoyo y estabilidad al área lesionada o debilitada. Debe tenerse en cuenta que el uso de cinta adhesiva tiene que tener fines específicos

CONTRAINDICACIONES

Si el atleta experimenta una lesión que requiera una forma agresiva de estabilización quizás el vendaje con cinta adhesiva no sea suficiente y tal vez requiera un tipo de soporte más rígido. El uso de cinta adhesiva para restringir el arco de movimiento normal de la articulación también está contraindicado porque puede conducir a disminución de la función de la articulación y quizás cause problemas secundarios.

Otras contraindicaciones incluyen inflamación o derrame, alergias cutáneas, reacciones a las cintas adhesivas o al adhesivo y colocación sobre laceraciones cutáneas.

“(9)

TÉCNICA DE APLICACIÓN

- ▶ Coloque el área que necesita soporte en una posición estabilizadora, pero funcional.
- ▶ La superficie que se va a vendar debe estar limpia, seca y libre de vello corporal.
- ▶ Aplicar adherente para la cinta para ayudar a que se pegue.
- ▶ Colocar un protector de espuma de poliuretano (honder) entre el adherente y la cinta adhesiva.
- ▶ Se aplican las tiras de anclaje al principio, si está indicado.
- ▶ Evite el uso de cintas continuas por la posible constricción de la irrigación vascular y neurológica al área afectada.
- ▶ Cada tira de cinta debe superponerse hasta la mitad sobre la tira anterior para evitarla formación de espacios que den lugar a flictenas.

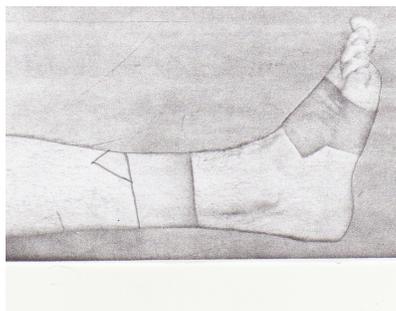
- ▶ Se debe seguir el contorno superficial del área vendada para dar una apariencia lisa. La cinta atlética no tiene calidades elástica para adaptarse a ángulos pronunciados y por tanto no debe forzarse en un sentido específico sino permitir que siga su trayectoria natural.
- ▶ Para permitir forma y funcionamiento óptimos, puede usarse cinta elástica sobre las áreas musculares.
- ▶ La presión de la cinta debe ser igual a todo lo largo de su aplicación.

VENDAJE RECOMENDADO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES DEL TENDÓN DE AQUILES

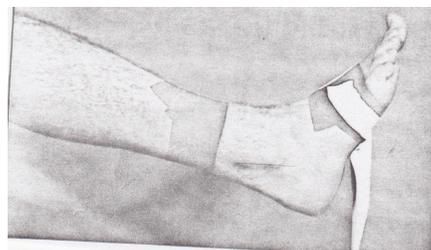
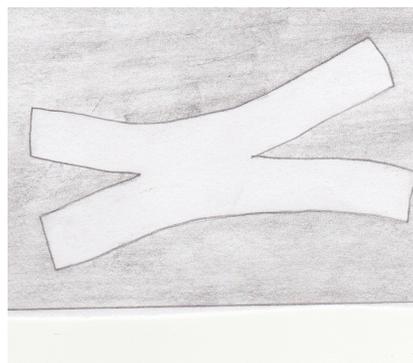
“También se puede utilizar este vendaje ampliado en problemas de la región gemelar. Vendaje eminentemente de descarga, la técnica utilizada es la de contención. El pie debe de estar colocado en ángulo de 90°.

CONSTRUCCIÓN

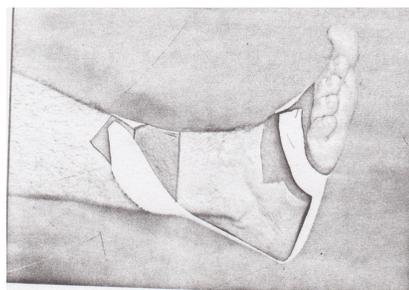
Se colocan vendas circulares de venda elástica adhesiva a nivel del 1/3 medio de la pierna y a nivel de los metatarsianos.



La tensión del tendón de Aquiles es dolorosa cuando se sobrepasan los 90° en extensión, por lo que el pie tiene que estar colocado en una posición inferior. Lo ideal son 70 u 80°. Se coloca una tira de venda elástica adhesiva fijada en la región metatarsiana y que vaya subiendo paralela al tendón.



Las siguientes tiras se fijan en el 1/3 inferior de la pierna quedando el pie limitado a 90° en la flexión dorsal.



Variante:



Este vendaje se puede dejar abierto, como se muestra en las ilustraciones, o bien se puede cerrar con una venda elástica. La ventaja de dejarlo abierto es que permite cualquier tratamiento que se indique, ya que hay suficientes ventanas para realizarlo.”⁽¹⁰⁾

(10) Toni Bove. Vendajes Funcionales. Edit. MOSBY.España, 1995. Pag. 39 - 41.

VENDAJE PARA LA PROTECCIÓN DEL LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR Y ANTERIOR

“No se realiza prevendaje, por lo que se emplea spray adherente.

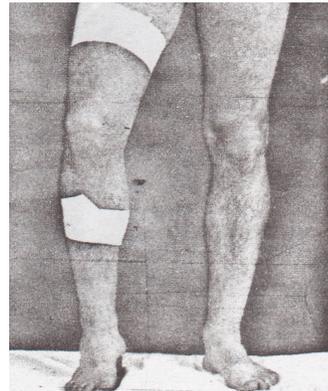
Este es un vendaje de contención y de descarga.

La rodilla debe de estar en ligera semiflexión.

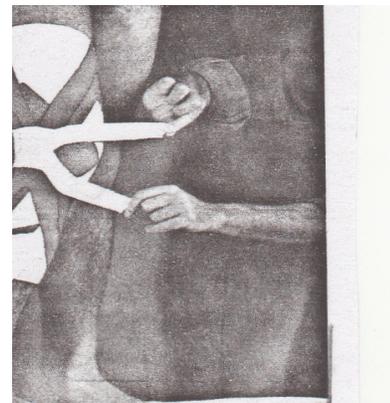
CONSTRUCCIÓN

Se coloca una tira de cinta adhesiva en forma circular a nivel de 1/3 medio

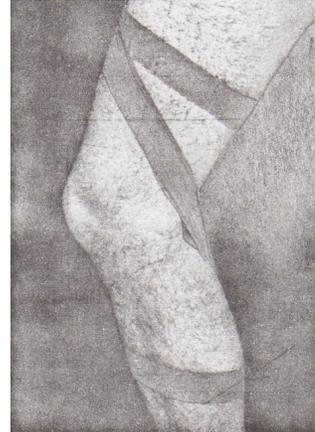
Cuádriceps y otra a nivel de 1/3 medio de la pierna.



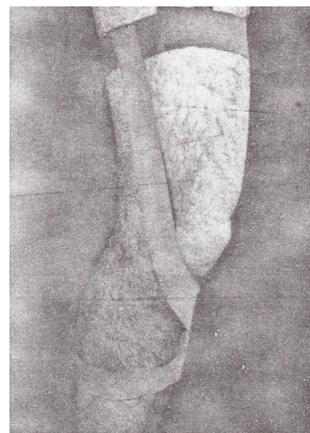
Primero se tiene que efectuar el vendaje de estabilización de la rodilla para luego realizar el del cruzado posterior.



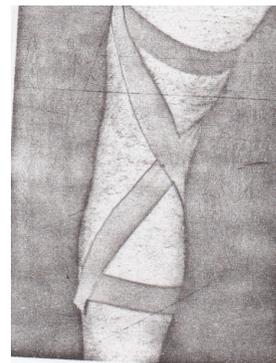
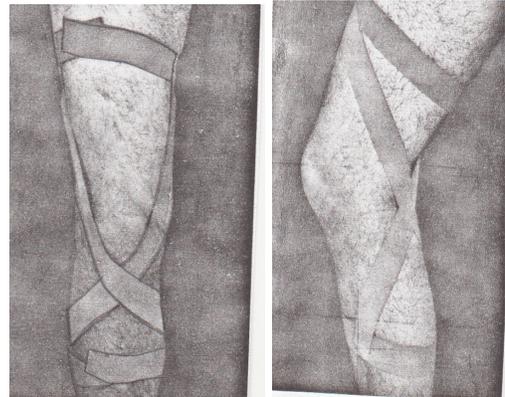
Segundo, se coloca una tira que va desde la cara externa del cuádriceps a la cara interna de la pierna.



Se coloca una tira que va desde la cara interna del muslo a la cara externa de la pierna.

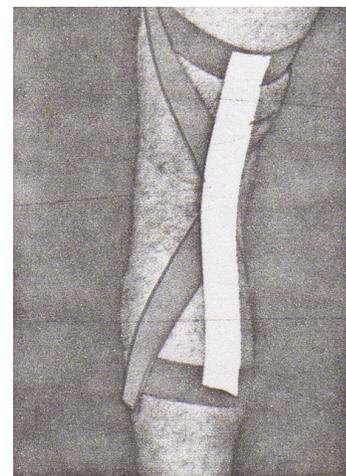


Es muy importante el cruce de tiras a nivel del hueco popliteo, sin que estén adheridas a la piel.



Se dispone de una última tira que cruce toda la parte posterior de la pierna, desde el 1/3 medio del cuádriceps al 1/3 medio de la pierna.

Esta tira ha de ser triple, es decir, tres tiras de venda adhesiva con corte en sus extremos, utilizando las patas de los bordes como abrazaderas.”(11)



(11) Toni Bove. Vendajes Funcionales. Edit. MOSBY.España, 1995. Pag. 48 - 50.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 DIRECCIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y RECREATIVAS
 DIRECCIÓN DE MEDICINA DEL DEPORTE
 COORDINACIÓN DE EVALUACIÓN MORFOFUNCIONAL



TAEKWONDO

Folio: CUGO770303	Nombre: CRUZ GONZALEZ OLGA VERONICA	Sexo: F
Fecha de Evaluación: 3/02/2006	Edad: 28	Talla: 147mm
Peso: 47.00Kg.	Categoría: SEL.ESTATAL	

Historia Clínica

Clinicamente apta
 Pb. Migraña
 Valoración por neurología
 Continuar Tx. ginecológico.

Antropometría

Parámetros	Kg	%	% Fase I	% Finales*	Parámetros	Categoría somatotípica	
						Meso-endomorfica.	
Masa grasa	8.56	18.20	18.00	18.00	Excedente de grasa	0.10Kg	Endomórfia 3.64
Masa muscular	21.66	46.08	46.00	46.00	Déficit muscular	0.04Kg	Mesomórfia 4.52
Masa magra	38.44	81.80			Peso ideal	46.85Kg	Ectomórfia 1.34

Nota: *, Porcentajes para ser manejados por fases

Somatoscopia y Plantoscopia: Hiperlordosis.

Plantoscopia: Cavo, dedos en gatillo y hallux valgus.

Observaciones: Evaluada subsecuente, que presenta una adecuada composición corporal en base a su meta final y única fase.

Se sugiere manejo nutricional, ortopedico y revaloración antropometrica periodica.

Electrocardiografía

Frecuencia cardiaca en reposo: 83

Trazo: Normal en Deportista

Ritmo: Sinusal

Diagnósticos: Arritmia Sinusal.

Espirometría

Capacidad vital forzada: 152.05%

VEF 1 Real/Teórico: 154.94%

Observaciones: Normal.

Pruebas Bioquímicas

Pruebas	Valores	Unidades	Valores normales	Resultados
Hemoglobina	15.40	gr/dl	13.5-17.59	Normales
Hematocrito	45.90	%	40-49.59	Normales
Glucosa	89.00	mg/dl	70-110	Normales
Colesterol	144.00	mg/dl	<180	Normales
Triglicéridos	81.00	mg/dl	50-160.09	Normales
Acido úrico	4.00	mg/dl	1.4-5.59	Normales

Observaciones: Todos sus resultados dentro de rangos normales.

Ergometría

Protocolo usado Zogy	Prueba de esfuerzo MAXIMAL	Método INDIRECTO
-------------------------	-------------------------------	---------------------

Se alcanzo una frecuencia cardiaca máxima de 168 por minuto lo que significó el 87.5% de su Fc máxima teórica, la cual es 192. El tiempo total de la prueba fue de 11 minutos con 10 segundos.

Alcanzó un consumo máximo de oxígeno de 38.30ml/kg/min	Consumo de oxígeno ideal = 50 - 55 ml/kg/min
Presenta una reducción funcional aeróbica de: 27.05%	Su respuesta presora fue Adecuada
La prueba se suspendio por: Fatiga muscular	La respuesta cronotrópica es 8.68
Trazo electrocardiográfico: Negativo para enfermedad coronaria	

Realiza prueba de esfuerzo maximal en cicloergometro
 Capacidad aeróbica: buena para su edad, sexo y baja para practica deportiva con una reducción funcional aeróbica de 27.05%, considerada inadecuada para la etapa de entrenamiento
 Respuesta cronotrópica adecuada y presora normal alta
 Recuperación adecuada, finaliza con una FC de 92 al min. 10 de la misma.
 Adaptación cardiovascular regular
 Indicaciones:
 -Siga las indicaciones de diagnóstico integral
 -Cita de control ergométrico de acuerdo a su plan de entrenamiento

Nutrición

Su encuesta alimentaria reporta que su consumo actual de nutrimentos es de 102.5g de proteínas, 285.0 g de hidratos de carbono y 91.0 g de lípidos con un total de 2412.0 kilocalorias. De acuerdo a la evaluación de su estado de nutrición y para mejorar el mismo su dieta debería proporcionarle 111.0g de proteínas, 354.0g de hidratos de carbono y 78.0g de lípidos. Con un total de 2600.0 Kilocalor
 Incrementar su consumo de alimentos de los grupos de: Cereales y verduras.

Conforme a las raciones indicadas en su guía de alimentación

Biomecánica

Indice de Fuerza 14.12 MUY BIEN	Promedio Flexibilidad 3.7 MUY BIEN
Salto vertical/mecánico 23.00cm MAL	Selección de opción MUY BIEN
Salto largo/electrónica: 190.00cm REGULAR	

Velocidad de Reacción

Velocidad de reacción auditiva/visual: 105ms EXCELENTE Velocidad de reacción visual: 110ms EXCELENTE

Odontología

Presenta caries en 1er premolar inferior izquierdo, 1er premolar superior derecho, cambio de obturaciones de 1er y 2do molares inferiores derechos, gingivitis.
 Plan de tratamiento: atender caries, cambio de obturaciones, mejorar técnica de cepillado, valoración de 3eros molares probable exodoncia.

Diagnóstico final

Se trata de Cruz Gonzalez Olga Veronica de 28 años de edad, evaluada subsecuente que practica TKD, categoria de 47 kg., entrenando 5 hrs. /sem. en 5 días, desde hace 8 años, físicamente activa. Acude a evaluarse para conocer su estado de salud. Presentó los siguientes resultados de interés que comentar:

-HISTORIA CLINICA:

T.A: 100/70 mmHg. F.C.: 68 X'
Pb. Migraña, valoración por neurología.
Continuar Tx. ginecológico.
Seguimiento medico.

-ANTROPOMETRÍA:

Presenta una adecuada composición corporal ideal para la edad, sexo y actividad física que realiza.
Somatoscopia: Sin datos de importancia médica.
Plantoscopia: Con alteraciones que ameritan inter consulta a ortopedia.
Somatotipo: Meso-endomorfica con ligera tendencia para incrementar su masa grasa.
De acuerdo a éstos resultados, se estima que requiere control nutricional y antropométrico de forma periódica.

- ELECTROCARDIOGRAMA:

Normal en deportista.
Se recomienda: Control periódico

- ESPIROMETRÍA:

Volumenes y capacidades adecuados, comparadas con los ideales de acuerdo a su edad, sexo y estatura.
Recomendaciones: Revisión periódica.

- PRUEBAS SANGUÍNEAS:

Valores dentro de los rangos recomendados para edad, sexo y actividad física que realiza.
Recomendaciones: Seguir indicaciones de nutrición.

- PRUEBA DE ESFUERZO:

Capacidad aeróbica: regular para su edad y sexo, pero baja para su practica deportiva con una reducción funcional aeróbica de 27.05%, considerada inadecuada para la etapa de entrenamiento
Respuesta cronotrópica y presora: apropiadas
Recuperación adecuada, finaliza con una FC de 92 al min. 10 de la misma.
Adaptación cardiovascular regular
Con la finalidad de aumentar y mantener su capacidad aeróbica, fomentar su salud cardiovascular y mejorar su composición corporal, se recomienda continuar con su programa de entrenamiento. Incrementar su programa de acondicionamiento físico que incluya ejercicio de tipo aeróbico al menos 5 días por semana durante 20 min.
Por otro lado se debe mantener un equilibrio adecuado entre las cargas de trabajo y pausas de recuperación para evitar el desarrollo de un síndrome de sobreentrenamiento.

- NUTRICIÓN:

Su dieta es inadecuada ya que presenta un desbalance en las proporciones de los diferentes nutrientes. Su ingesta calórica se encuentra por debajo de los requerimientos calculados de acuerdo a su edad, sexo y carga de entrenamiento.
Debe seguir estrictamente las indicaciones nutriológicas para favorecer el desarrollo de su rendimiento.

- PRUEBAS BIOMECÁNICAS:

Fuerza y flexibilidad en términos generales adecuados, sin embargo, se sugiere incluir ejercicios que estimulen estas capacidades biomotoras dentro de su programa de acondicionamiento físico general para mejorar éstas cualidades y evitar lesiones músculo tendinosas en el futuro; principalmente en extremidades pélvicas donde falta potencia.El evaluado presenta un genu varo =15mm, con elevación de 15mm, dedos en gatillo GIII queratosis dorsal. Se le sugiere realizar marcha retrograda.pie plano GI sin soporte

- ODONTOLOGÍA:

Seguir las recomendaciones odontológicas para evitar complicaciones en lo futuro.
Es urgente recibir atención, ya que la presencia de múltiples caries aumenta la posibilidad de otras complicaciones graves.

- PSICOLOGIA:

Velocidad de reacción es excelente.

*Realizar evaluación morfofuncional al menos dos veces al año.**

Los resultados y las recomendaciones se realizaron de acuerdo a lo referido en los diferentes laboratorios y a lo encontrado en los exámenes practicados, por lo que dependen de la veracidad de sus respuestas.

En caso de dudas o aclaraciones, comunicarse con el DR. JORGE R. MARTÍNEZ GALARZA, Diagnóstico Integral 56-22-05-40 ó 43.