



---

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

**PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA**  
**APLICADO A UNA PERSONA CON DESTRUCCIÓN VERTEBRAL ENT9**  
**CON EL REFERENTE FILOSÓFICO DE VIRGINIA HENDERSON.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA  
**MONSERRAT GABRIELA ROMERO LOBERA**

N° CUENTA 305147404

ASESORA

**E. E. C. V. SELENE MONTALVO ALVAREZ**

**MÉXICO DF**

**OCTUBRE 2013**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Universidad Nacional Autónoma de México  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia



**Proceso Atención Enfermería aplicado a una persona con destrucción vertebral en T9 con el referente filosófico de Virginia Henderson.**

Para obtener el Título de:

Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

**Montserrat Gabriela Romero Lobera**

N° cuenta 305147404

Asesora: E. E. C. V. Selene Montalvo Álvarez

México Distrito Federal

Octubre 2013

## **DIRECTIVOS**

MTRA. MARÍA DOLORES ZARZA ARIZMENDI

Directora

MTRA. PATRICIA GONZÁLEZ RAMÍREZ

Secretaria General

MTRA. GABRIELA GARZA INFANTE

Secretaría administrativa

## **JURADO**

LIC. IRMA VALVERDE MOLINA

LIC. ISABEL CRISTINA PERALTA

LIC. MA DEL CONSUELO DE LOS REYES GARCIA

LIC. VICTOR VALVERDE MOLINA

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A mi padre Ignacio Miguel Romero Miranda**

Porque desde pequeña ha sido para mí un hombre grande y maravilloso que siempre he admirado. Gracias por guiar mi vida con energía esto es lo que ha hecho de mí lo que soy.

### **A mi madre Zenaida Lobera Reyes**

Que es el ser más maravilloso del mundo. Gracias por el apoyo moral su cariño y su comprensión que desde pequeña me ha brindado, por guiar mi camino y estar siempre junto a mí en los momentos más difíciles.

### **A Oscar Luna Martínez**

Que siempre está junto a mí llenándome de cariño y amor apoyándome en toda decisión.

### **A mis hermanas Cyntia Nayeli Romero Lobera y Ana Karen Romero Lobera.**

Porque toda meta que nos proponemos la podemos cumplir.

### **A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y sus Profesores**

Por permitirme ser parte de sus orgullosos egresados brindándome valiosos conocimientos y habilidades. En especial a E. E. C. Selene Montalvo Alvarez por su tiempo y dedicación en la realización del presente trabajo.

**A dios**

Por concederme vida, salud y permitirme poder llegar a donde ahora estoy

**GRACIAS**

# INDICE

Introducción-----	1
Justificación-----	3
Objetivos -----	4
Metodología -----	5
Marco teórico	
• Proceso Atención Enfermería -----	6
• Modelo de Virginia Henderson -----	11
• Cuidados Básicos -----	16
Columna vertebral -----	19
Síndrome de Destrucción Vertebral	
• Concepto -----	21
• Etiología -----	22
• Fisiopatología -----	23
• Diagnostico -----	25



• Tratamiento -----	26
Plan de cuidados	
Ficha de identificación -----	29
• Diagnósticos	
• Intervenciones	
• Fundamentación-----	32
• Plan de Alta -----	59
Conclusión -----	61
Glosario -----	62
Referencias Bibliográficas -----	65
Anexos -----	67

## INTRODUCCIÓN

El proceso de atención Enfermería (PAE), es un método racional sistemático de planificación que proporciona cuidados de enfermería con el propósito de identificar el estado de salud de las personas incluyendo problemas de salud identificando si se trata de riesgo o reales para poder establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades. El proceso es un ciclo, en donde sus componentes siguen una secuencia cronológica y lógica.

Este Proceso Atención Enfermería fue aplicado en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en el servicio de Cirugía de Columna a una persona a la que se le nombrara como C. S. I, para la protección de su identidad.

La persona presenta una afección estructural en la columna vertebral específicamente denominado como destrucción vertebral de la novena vertebra torácica (T9), al cual se desarrollo una valoración en el segundo día de su ingreso hospitalario (1 de julio del 2013), esta valoración se baso en el modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson obteniendo datos de fuentes primarias y secundarias, además de una exploración física de la cuales se pudo obtener información y poder determinar aquellos diagnósticos de enfermería reales como de riesgo, así mismo se jerarquizo de acuerdo a la alteración en sus necesidades, estructurando un plan de cuidados en los que se buscaba el bienestar del C.S.I.

La implementación de estos cuidados fue en la misma institución, durante los días siguientes a su hospitalización, en la cual se le brindaron cuidados de calidad y calidez buscando el bienestar de la persona ya que estos fueron antes de la determinación de un tratamiento quirúrgico.

La persona C. S. I participo activamente con el equipo de salud en el plan de cuidados mostrando interés en las medidas para su pronta rehabilitación e integración social.

El Proceso Atención Enfermería le permite a los profesionales de Enfermería aplicar conocimientos teóricos, conceptuales, metodológicos y prácticos así como las aptitudes y actitudes humanas necesarias para que sean responsables y precursores del desarrollo de la cultura y práctica del cuidado de la vida de individuos, familias y comunidades sanas o enfermas en los diversos escenarios que se requiera para contribuir al progreso social.

## JUSTIFICACIÓN

El proceso atención enfermería PAE es realizado con el propósito de integrar los conocimientos teórico-práctico adquiridos en la formación académica siendo una guía en la atención que se le brinda a la persona con una afección en la columna vertebral, así mismo poder dar un cuidado de forma holística y con un fundamento científico.

Permite al personal de enfermería poder profundizar en el tema y a si mismo formar un juicio crítico clínico basado en cuidados y diagnósticos establecidos para poder proporcionar cuidados de enfermería de calidad y calidez.

Nos brinda la oportunidad de entrar y profundizar en el campo de la investigación ya que se aplica una metodología científica en la construcción y aplicación de los cuidados enfermeros que brindamos.

# **OBJETIVOS**

## **OBJETIVO GENERAL**

Analizar las intervenciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, aplicando el proceso de atención de enfermería con base en el modelo de Virginia Henderson a una persona con afección en la columna vertebral, integrando un marco de conocimientos básicos en enfermería de acuerdo a los aspectos anatómo-fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales dando una atención y cuidados de calidad.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los factores de riesgo para intervenir a través de estrategias propias encaminadas al cuidado enfermero
- Valorar los datos clínicos de la persona de acuerdo a las catorce necesidades de Virginia Henderson
- Desarrollar progresivamente la planeación y ejecución de los cuidados individualizados encaminados a la rehabilitación de la persona
- Establecer cuidados e intervenciones de enfermería de acuerdo a la priorización de las necesidades alteradas
- Realizar la evaluación identificando si hay beneficios para la persona con afección en la columna vertebral

# METODOLOGÍA

## **Variable**

- Dependiente: Intervenciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia
- Independiente: Persona con destrucción vertebral en la vertebra torácica (T9)

## **Tipo de Proceso Atención Enfermería**

- Documental
- Descriptiva: Se describen cuales serán las intervenciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia a la persona con afección en la columna vertebral a fin de poder aclarar la actuación profesional a personas con similar afección.
- Analítica: para poder estudiar la variable e intervenciones fue necesario analizarla en tres momentos: Prevención, Atención.

# MARCO TEÓRICO

## Enfermería

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

## PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

Concepto: Conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

El proceso atención enfermería es una forma sistémica y racional de facilitar los cuidados. Ofrece un marco conceptual para la planificación y actuación en enfermería ayudando a los profesionales a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión. Este método precisa técnicas y conocimientos específicos.

Actualmente se considera que está formado por las cinco fases siguientes.



## 1. VALORACIÓN

Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Se hará de acuerdo a

- **Una entrevista clínica.** Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados, facilitar la relación enfermera/paciente.
- **Observación** (En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.)
- **Exploración física** (Inspección, Palpación, Percusión, Auscultación)
  - **Inspección:** Es el examen visual, la valoración usando la vista. la enfermera inspecciona a simple vista y a través de un instrumento que da luz. Esta técnica sirve para valorar el color, las erupciones cutáneas, las cicatrices, la forma del

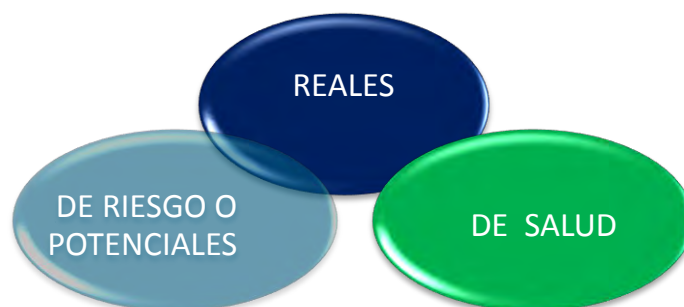


cuerpo, las expresiones faciales que pueden reflejar emociones, y las estructuras corporales por ejemplo el ojo

- Palpación: Es el examen del cuerpo mediante el uso del sentido del tacto, se utilizan las yemas de los dedos que por la concentración de terminales nerviosas son altamente sensibles. La palpación se utiliza para determinar: textura, temperatura, vibración, posición, distensión, presencia y frecuencia de pulsos periféricos, sensibilidad o dolor.
- Percusión: En la cual la superficie corporal se golpea para provocar sonidos audibles o vibraciones perceptibles.
- Auscultación: Es el proceso que consiste en escuchar los sonidos que se producen en el interior del cuerpo mediante el estetoscopio.

## 2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnóstico enfermero o diagnóstico de Enfermería, en el contexto de la Enfermería, es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud o el fin de la vida. Su objetivo es identificar el estado de salud de un paciente o cliente y los problemas relativos al cuidado de su salud.



- Reales: describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos), además de tener factores relacionados.
- De Riesgo o potenciales: describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidades vulnerables, no existen características definitorias, solo se apoya en factores de riesgo (etiología).
- De Salud: es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede alcanzar un nivel mayor.

### **3. PLANIFICACIÓN**

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

- Definiendo el problema (diagnóstico).
- identificando las acciones alternativas posibles.
- Seleccionando las alternativas factibles.

Esto servirá para:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades ,
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

#### **4. EJECUCIÓN**

Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

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

#### **5. EVALUACIÓN**

Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

- La persona ha alcanzado el resultado esperado.
- La persona está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- La persona no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

## **MODELO VIRGINIA HENDERSON.**

### **Virginia Henderson**

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas y falleció el 19 de marzo de 1996 a la edad de 98 años. Desarrolló su interés por enfermería a partir de la Primera Guerra Mundial. Es ahí donde se destacó por asistir a sus semejantes. Estudió en Washington D. C. en 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército y Se graduó en 1921 y trabajó en Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York como enfermera visitadora. Interesada en la docencia e investigación profesional, realizó un máster y luego la



Especialización .Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes universidades. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

### **Definición de la función de enfermería**

“Asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación(o a una muerte serena), actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, Todo esto de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”. (Virginia Henderson 1955)

## MODELO DE ENFERMERÍA

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano

(Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.) Para conceptualizar la persona, y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras.

### Meta paradigma Enfermero



- Enfermería

La enfermera tiene la función de ayudar a personas sanas y enfermas, es un miembro del equipo de salud, actúa independiente del médico pero apoya su plan si hay algún médico en servicio, puede apreciar las necesidades humanas básicas

- Persona

Las personas deben de mantener un equilibrio fisiológico y emocional, el paciente requiere ayuda para ser independiente, el paciente y la familia forman una unidad y la mente y cuerpo de la persona son inseparables

- Salud

La salud presenta calidad de vida, es necesaria para el funcionamiento del ser humano, la salud requiere independencia e interdependencia, la promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo, los individuos recuperan la salud o la mantendrán si tiene la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios

- Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo. Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad, la enfermera debe tener información en materia de seguridad, las enfermeras deben de proteger a las personas de las lesiones mecánicas, debe de conocer los hábitos sociales y la práctica religiosa para comprender los riesgos.

## **NECESIDADES HUMANAS**

Virginia Henderson identifica 14 necesidades humanas básicas de orden biopsicosocial que componen los cuidados enfermeros.

### **1. Respirar normalmente**

Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

### **2. Comer y beber de forma adecuada**

Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

### **3. Eliminar por todas las vías**

Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

### **4. Moverse y mantener una postura adecuada**

Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

### **5. Dormir y descansar**

Cantidad y la calidad de sueño y reposo necesarias para el individuo; planificación de periodos de reposo y de sueño; enseñanza de técnicas de relajación, de medios para favorecer el sueño y el reposo, de un modo de vida regular.

## **6. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse**

Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

## **7. Mantener la temperatura corporal**

La oscilación normal se sitúa entre 36,1°C y 38°C.

## **8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel**

Mantener los hábitos higiénicos del cliente; planificación de hábitos higiénicos con el cliente; enseñanza de medidas de higiene.

## **9. Evitar los peligros del entorno**

Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

## **10. comunicarse con los demás**

Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

## **11. Actuar de acuerdo con la propia fe**

Expresión del cliente de sus creencias y valores, actividades religiosas.

## **12. Llevar a cabo actividades con un sentido de autorrealización**

Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

## **13. Actuar en actividades recreativas**

Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

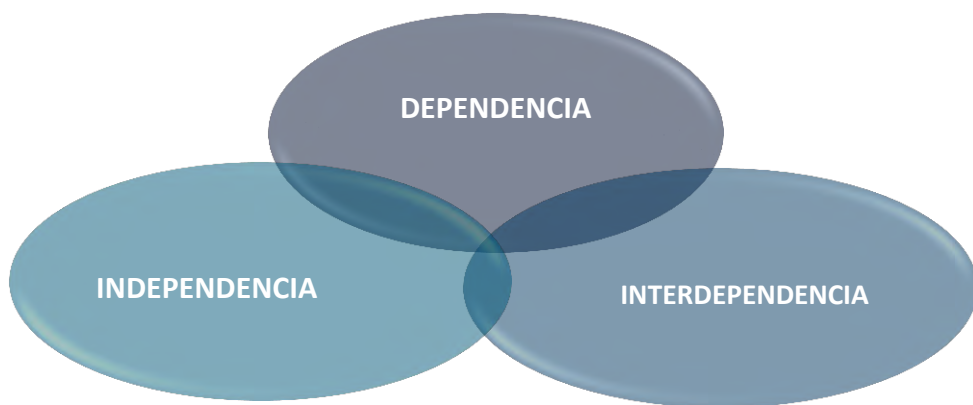


## 14. Aprender

Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos.

### CUIDADOS BÁSICOS

Derivan del concepto de necesidades y se refiere al conjunto de intervenciones de enfermería basadas en un juicio crítico razonable y científico que están dirigidas tanto a aumentar, mantener o recuperar la independencia.



- **Independencia:** Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros realizan en su lugar, según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos, para la que la persona logre su autonomía.
- **Dependencia:** No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- **Interdependencia:** Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.

## Fuente de Dependencia

Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

- **Fuerza:** Se entiende por ésta, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
- **Conocimientos:** los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- **Voluntad:** compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

## Relación con la persona en el proceso de cuidar

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar a la persona a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en las personas.

- Nivel suplencia: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
- Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.

- Nivel de orientación: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

### **Relación de la enfermera con el equipo de salud**

Será una relación de respeto y nunca de subordinación, puede ocurrir la solapación de las funciones de todos ellos. Equipo de atención incluye al paciente y a su familia ambos participan en el proceso de cuidar modificando su participación en función de las condiciones que se den en cada momento concreto. Siempre se trata de que ambos alcancen el máximo nivel de independencia en el menor tiempo posible.

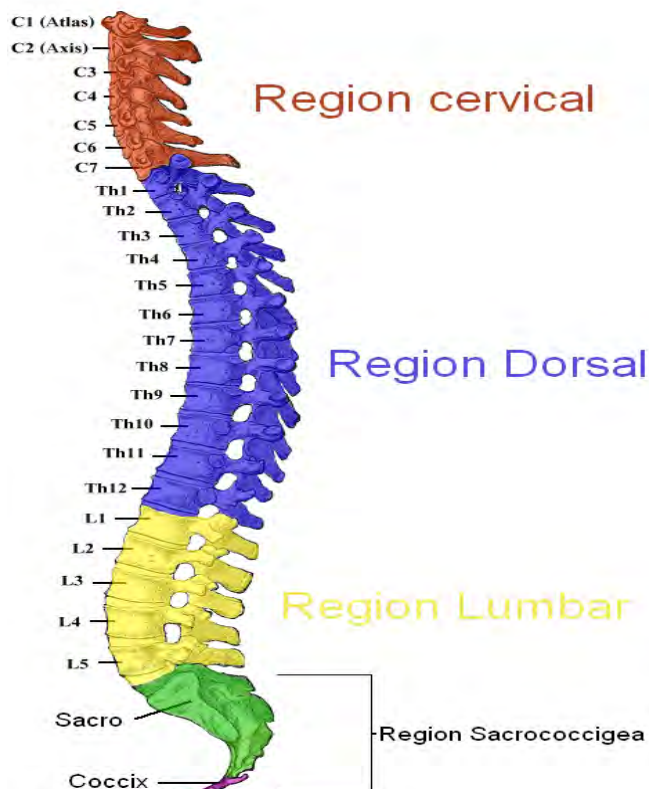
## COLUMNA VERTEBRAL

La columna vertebral, raquis, espina dorsal, estructura osteofibrocartilaginosa, articulada y resistente situada en la parte media y posterior del tronco y va desde la cabeza (la cual sostiene) pasando por el cuello y la espalda hasta la pelvis a la cual da soporte, constituye la porción posterior e inferior del esqueleto axial apendicular.

Constituida por 26 vertebras en el adulto, discos intervertebrales y ligamentos, mide aproximadamente 71 cm en el hombre.

La columna vertebral está formada por:

- 7 vertebras cervicales
- **12 vertebras torácicas**
- 5 vertebras lumbares
- 5 vertebras sacras fusionadas forman una (hueso sacro)
- 4 vertebras fusionadas que forman el coxis (hueso coxis)



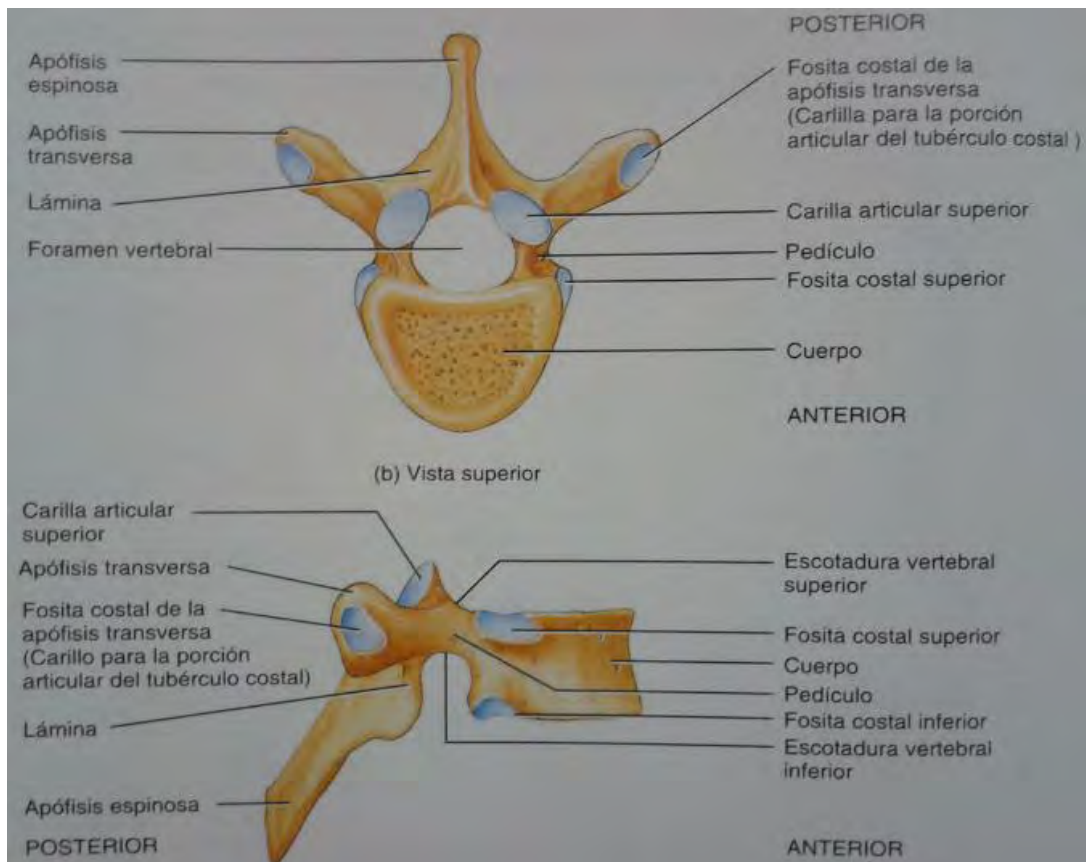
## **Funciones de las vertebras**

- Flexibilidad y amortiguación a impactos durante la locomoción normal del organismo
- Servir de pilar central del tronco
- Protección de la medula espinal
- Ayudan a mantener el centro de gravedad del cuerpo
- Puntos de unión para los músculos de la espalda y las costillas.

## **Características de las Vertebras torácicas o dorsales**

Las vertebras torácicas T1–T12 son considerablemente más grandes y resistentes que las vertebras cervicales. Además las apófisis espinosas de T1 y T2 son largas, aplanadas lateralmente y están dirigidas hacia abajo. En contraste, las apófisis espinosas de T11 a T12 son más cortas, gruesas y se proyectan más hacia atrás. Comparadas con las vertebras cervicales, las torácicas tienen apófisis transversas más largas y más grandes.

La característica que diferencia a las vertebras dorsales del resto es que se articulan con las costillas. Excepto por T11 y T12 las apófisis transversas presentan carillas articulares que se articulan con los tubérculos costales para las cabezas de las costillas. Las articulaciones entre la columna torácica y las costillas se denominan articulaciones costo vertebrales, y se encuentran a ambos lados de cada vertebra. T1 tiene una carilla articular superior a una hemicarilla articular inferior. T2 y T8 tiene hemicarillas superiores e inferiores y T10 tiene unas fositas costales superiores. Los movimientos de la región torácica están limitados por la unión de las costillas al esternón.



## SÍNDROME DE DESTRUCCIÓN VERTEBRAL

### CONCEPTO

Definición del padecimiento.- es la pérdida de la estructura ósea de uno ó más cuerpos vertebrales ocasionada por un proceso infeccioso ó tumoral. Puede también involucrar a los discos intervertebrales.

El síndrome de destrucción vertebral es la alteración de la estructura y ultraestructura en el hueso de la columna vertebral, con deformidad, aumento de volumen circunvecino en uno o más cuerpos vertebrales, que se acompaña de dolor e incapacidad funcional por alteraciones mecánicas y neurológicas

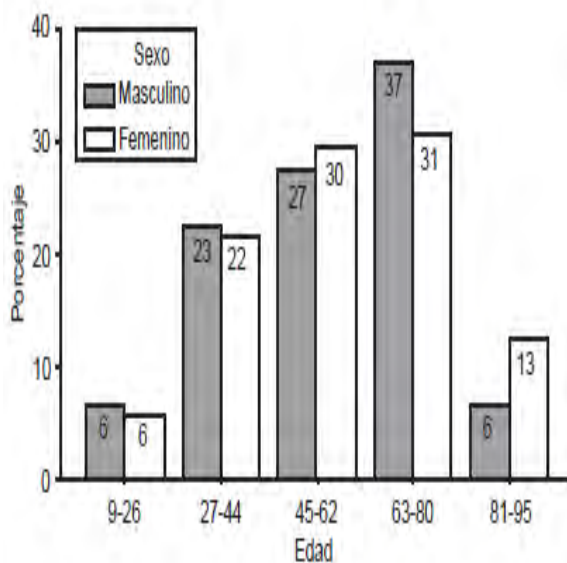
## ETIOLOGÍA

El síndrome de destrucción vertebral es una patología con etiología múltiple

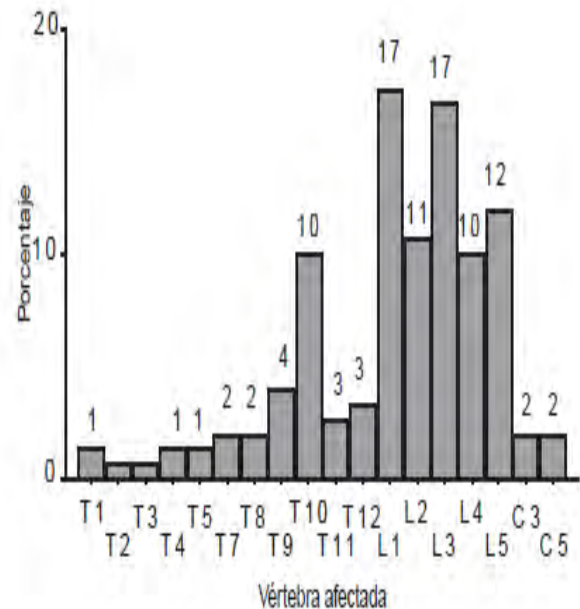
- Infecciones bacterianas o por hongos
- Infección tuberculosa
- Tumores primarios (malignos y benignos), Metástasis
- Enfermedades metabólicas (osteoporosis, enfermedad de Paget)

## EPIDEMIOLOGIA

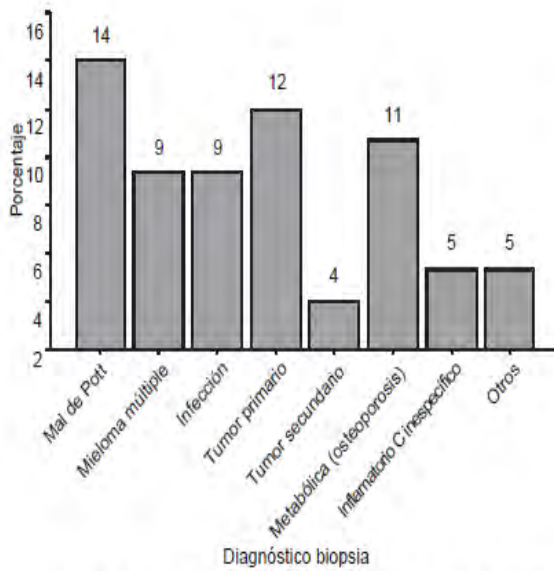
De acuerdo a los datos obtenidos en el estudio de destrucción vertebral, realizado en el Instituto Nacional de Rehabilitación, la “edad promedio en que se diagnostica esta patología fue de 56.7 +/- 19.4 años. El 58.7 % de los pacientes fue del sexo femenino y 41.3 %, del masculino. Las vértebras más afectadas fueron las lumbares (66.7 %), ocupando el primero y segundo lugar L1 y L3”. (INR 2008)



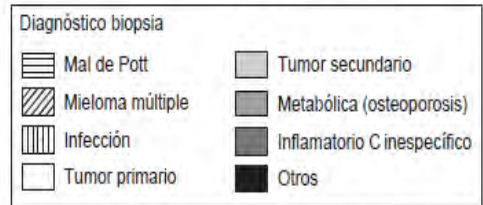
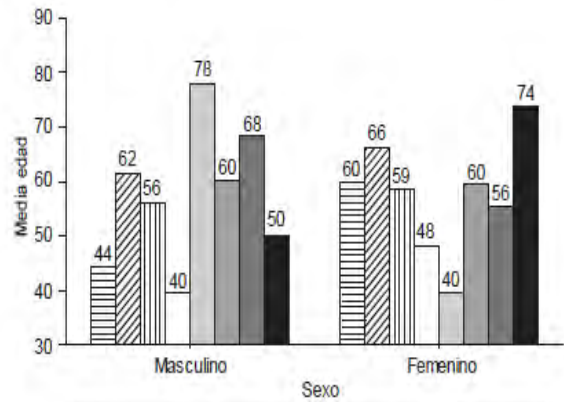
Distribución de casos por edad y sexo.



Porcentaje de casos según vértebras afectadas.



Porcentaje de casos de diagnóstico por biopsia.



Promedio de edad por diagnósticos y sexo.

## FISIOPATOLOGÍA

El síndrome de destrucción vertebral es una patología de etiología múltiple que ocasiona alteraciones de la estructura del raquis, produciendo deformidad con alteraciones mecánicas y neurológicas.

- Dolor local de moderado a severo
- Disminución de la fuerza y de la sensibilidad de miembros torácicos y pélvicos, dependiendo de su localización y si invade el conducto raquídeo.
- Se puede acompañar de incontinencia de esfínteres.



Efectos de una lesión espinal

Nivel de la lesión	Efecto*
C1 a C5	Parálisis de los músculos utilizados para respirar y de los músculos de brazos y piernas; habitualmente es mortal.
C5 a C6	Piernas paralizadas, ligera capacidad para flexionar los brazos.
C6 a C7	Parálisis de las piernas y parte de las muñecas y manos; los movimientos del hombro y de flexión del codo están relativamente preservados.
C8 a T1	Parálisis de las piernas y del tronco; párpados caídos; pérdida de sudación en la frente (síndrome de Horner), brazos relativamente normales, manos paralizadas.
T2 a T4	Parálisis de piernas y tronco; pérdida de sensibilidad por debajo de los pezones.
T5 a T8	Parálisis de piernas y tronco; pérdida de sensibilidad por debajo de la caja torácica.
T9 a T11	Piernas paralizadas, pérdida de sensibilidad por debajo del ombligo.
T12 a L1	Parálisis y pérdida de sensibilidad por debajo de la ingle.
L2 a L5	Diferentes patrones de debilidad y entumecimiento de piernas.
S1 a S2	Diferentes patrones de debilidad y entumecimiento de piernas.
S3 a S5	Pérdida de control del intestino y de la vejiga urinaria, entumecimiento en el perineo.

\*La pérdida de control del intestino y de la vejiga urinaria puede producirse como consecuencia de una lesión grave en cualquier punto de la columna vertebral.

## **DIAGNOSTICO**

Ya que la destrucción vertebral está integrada por varias patologías que llevan a inestabilidad vertebral mecánica y neurológica, los métodos diagnósticos deben incluir.

### Exámenes de laboratorio

- Biometría hemática
- Química sanguínea
- VSO
- TP y TTP
- Calcio
- Fosfatasa acida y alcalina
- Proteína "C" reactiva

### Exámenes de gabinete

- Radiografías simples
- Mielografía
- Tomografía Axial Computarizada
- Resonancia magnética
- Gammagrafía
- EMG/PESS
- Electrocardiograma
- Biopsia

### Tumoral

- Proteínas totales
- Albumina/ globulina

- Bil total/ directa / indirecta
- TGO/TGP
- Electroforesis de proteínas
- Antígeno prostático
- Proteína de Bence Jones
- Aspirado / Frotis Medula Ósea

### Infección

- HIV
- BAAR
- Anti TB
- Reacciones febril
- Uro cultivo
- Hemocultivo
- Cultivo de absceso

## **TRATAMIENTO**

### Manejo Médico

- Medicamentos
- AINES, antiinflamatorios, relajantes musculares.
- En caso de ser necesario corsé
- Evaluación de la escala visual análoga al dolor

### Quirúrgico

Técnica sugerida

Su tratamiento quirúrgico definitivo depende del diagnóstico definitivo. Cuando se trata de un proceso infeccioso que afecta varios segmentos de la columna

vertebral se realiza un abordaje anterior de la columna para desbridamiento de las vértebras afectadas, descompresión del conducto raquídeo y colocación de un soporte anterior, ya sea con un injerto óseo ó con una malla de titanio rellena de injerto. En un segundo tiempo se realiza una instrumentación posterior con tornillos transpediculares y varillas

Manejo Preoperatorio

Reposo, ayuno, soluciones, analgésicos y antibióticos.

Manejo Post operatorio

Ayuno, reposo relativo, soluciones, AINES, antibióticos.

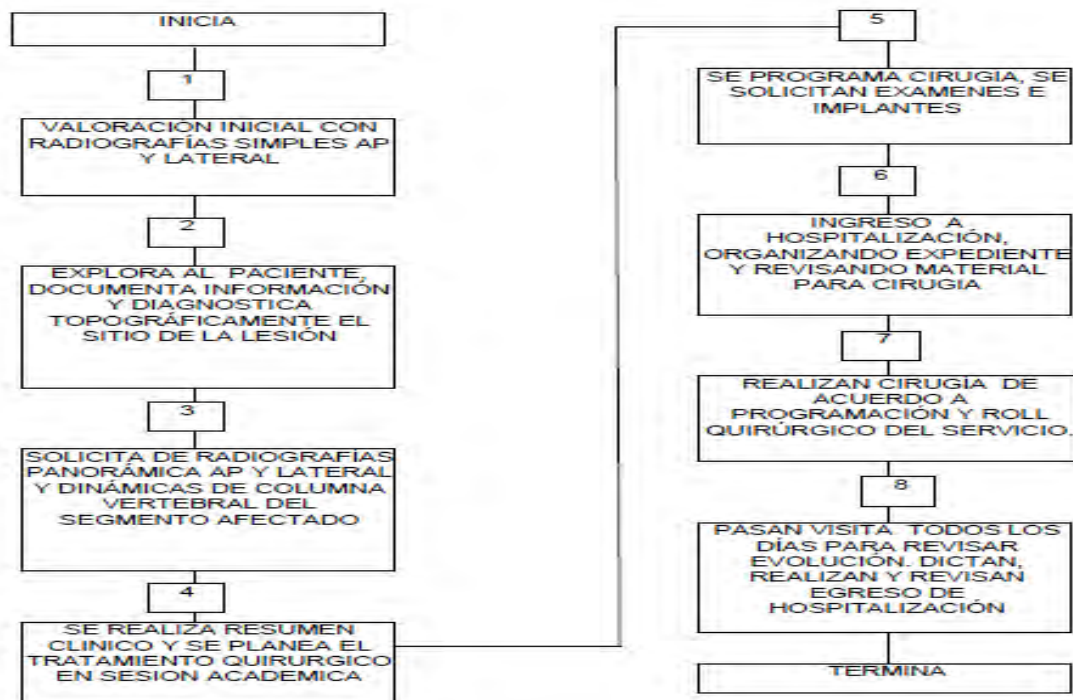
Criterios de alta

Tolerancia de la vía oral

Dolor controlado

Herida quirúrgica en buenas condiciones

Realiza la marcha sin problemas



Cuadro de esquematización de protocolo de para afección en columna vertebral del INR

# **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: (C.S.I) Edad: 29 años

Fecha de nacimiento: 29 enero 1984

Sexo: Masculino Ocupación: Desempleado (supervisor en construcción)

Estado civil: Casado Religión: Católica Escolaridad: Preparatoria

Domicilio: Av. matamoros núm. 32 col. Calayuco Edo de México

Unidad donde se atiende: Instituto Nacional de Rehabilitación

Fuente de información: Con consentimiento de la persona C.S.I, se realizo una exploración física, además de una entrevista en base al instrumento de valoración de las catorce necesidades (Virginia Henderson) de la cual se obtuvieron datos de fuentes; Primaria (persona), Secundaria (familiar pareja), se complemento la información con los datos del expediente clínico.

Número de expediente: N-263241/2013

<b>AHF</b> <b>Antecedentes</b> <b>Heredo</b> <b>Familiares</b>	Cáncer de colon (tío materno) Diabetes Mellitus tipo II (Madre)
<b>APP</b> <b>Antecedentes</b> <b>Personales</b> <b>Patológicos</b>	Tabaquismo (desde los 24 años) Alcoholismo (desde los 18 años) Alergias : negadas Transfusiones sanguíneas: negadas Tratamiento quirúrgico: hernio plastia inguinal izquierda a los 17 años.

<p><b>APNP</b> <b>Antecedentes</b> <b>Personales no</b> <b>Patológicos</b></p>	<p>Habita en casa propia que cuenta con todos los servicios básicos de urbanización, habita con tres personas más, no cuenta con cartilla de inmunizaciones.</p>
<p><b>PA</b> <b>Padecimiento</b> <b>Actual</b></p>	<p>Persona que refiere inicio de dolor desde hace 6 meses( Abril 2012), acude con el médico general donde se le diagnostica con contractura de hombros por hipertensión, 5 meses después (septiembre2012)durante un viaje se eleva el dolor haciéndose incapacitante el médico lo diagnostica con fibrosis vertebral, el tratamiento que recibe es Tens en 6 sesiones y masaje donde la persona refiere que le trono la columna, continua el dolor durante el mes de diciembre 2012 y enero 2013 acude con otro medico el cual le da tratamiento con ozonoterapia durante tres meses, el dolor continua y se vuelve discapacitante</p> <p>Desde hace dos meses la persona nota adormecimiento de las piernas de manera bilateral, desde hace tres semanas presenta pérdida de fuerza en ambas piernas, durante las noches presenta diaforesis, y ha tenido una pérdida de peso es por lo que acude al INR, es ingresado para protocolo de destrucción vertebral</p>
<p><b>Exploración</b> <b>física</b>  <b>Signos vitales</b> <b>T/A:</b> <b>Sistólica (120),</b></p>	<p>Paciente consiente orientado en las tres esferas. cráneo normo encefálico, isocora pupilar, mucosas hidratadas ,dentadura completa sin presencia de caries, campos pulmonares ventilados, con movimientos torácicos normales, sin alteración cardiopulmonar, buena coloración tegumentaria, piel limpie e hidratada, llenado capilar de 2 “,</p>

<b>Diasistolica (80)</b> <b>mmHg</b> <b>FC: 80 ppm</b> <b>FR: 16 rpm</b> <b>T°: 36°C</b> <b>Peso: 82.000Kg</b> <b>Talla: 1.78 m</b> <b>I.M.C: 28.37</b> <b>Kg/m2</b>	miembros torácicos íntegros y simétricos, abdomen blando depreciable doloroso a la palpación, no se perciben masas abdominales ni globo vesical, columna sin masas ni aumento de volumen con presencia de dolor en T7-T8, hipoestesia a nivel de T9, genitales de acuerdo a edad y genero, miembros pélvicos íntegros simétricos con movilidad y tono muscular conservado, presenta falta de fuerza en miembros pélvicos, marcha bipodalica claudicante asistida con bastón bilateral.
--	--





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



**Hoja Proceso Atención Enfermería**

Tipo de valoración:	Fecha:	Hora:	Servicio:
Exhaustiva	5 de Julio del 2013	7:00 a 14:00	CIRUGIA DE COLUMNA INR
Necesidad alterada:		Causas de dificultad :	Grado de Dependencia:
Movimiento y buena postura		Falta de Fuerza	Total
Datos Objetivos:		Datos subjetivos:	Datos complementarios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de dolor EVA 7/10</li> <li>• Marcha bipodalica claudicante lenta, asistida con bastones bilateral</li> <li>• Postura cifosis torácica</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor en cadera que irradia a miembro pélvico derecho MPD</li> <li>• Refiere dolor en escala de EVA 7 /10</li> </ul>	
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> <b>Tipo : Riesgo</b>	<p><b><u>DOLOR CRÓNICO:</u> R/C:</b> Incapacidad física crónica. <b>M/P:</b> Escala EVA 7/10, Mascara facial de dolor, irritabilidad, reducción de interacción con los demás, respuestas medidas por el sistema nervioso simpático (Diaforesis nocturna).</p> <p><b>Definición:</b> Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión esquelética real (vertebra torácica T9) de inicio súbito o lento de cualquier intensidad leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o predesible y una duración mayor a 6 meses</p>		
<b>Objetivo:</b> <b>Enfermera Persona</b>	Disminuir y evitar el dolor.		

**Plan de Intervenciones.**

<b>Plan de Intervenciones.</b>				
<b>Intervenciones de Enfermería</b>		<b>Nivel de relación</b>		<b>Evaluación</b>
<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación científica</b>	<b>Enfermera – Persona</b>	<b>Enfermera – Equipo de salud</b>	
1. Valorar la presencia de indicadores no verbales de dolor, tales como la tensión, agitación, contorciones, diaforesis, posición de defensa, taquipnea, taquicardia o bradicardia e hipotensión. Estar atento a los horarios de los analgésicos prescritos por los médicos.	1. La persona puede que no verbalice su dolor, pero la observación de las expresiones faciales, postura, tensión corporal y otros signos físicos que puedan ayudar a valorar la gravedad del dolor con su relación con la actividad y postura los signos y síntomas resultan de la estimulación del sistema nervioso simpático.	1. Ayuda	1. Interdependiente	1. El grado de lesión y respuesta, proporciona tensión, diaforesis nocturna, posición de defensa (cifosis torácica), en los diagnósticos de enfermería se realizo planeación de actividades encaminadas a la recuperación de los mismos. Se tendrá que analizar nuevamente para la identificación de disminución de los signos.
2. Administrar fármacos, según las pautas, observando la efectividad terapéutica y controlando lo siguiente.	2. Los protocolos farmacológicos pueden variar significativamente, dependiendo de la preferencia del	2. Suplencia	2. Dependiente	2. Verbaliza el alivio de dolor

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relajantes musculares- Observar si existe excesiva somnolencia y alertar a la persona que tenga precaución cuando comience a deambular</li> <li>• Antiinflamatorios- Si se utilizan fármacos no esteroides controlar los signos de hepatotoxicidad, si se utilizan esteroides, vigilar el desarrollo de la infección.</li> <li>• Analgésicos- Observar si estos efectos colaterales de acuerdo al uso de determinados fármacos.</li> </ul>	<p>médico y de los estados subyacentes que afectan el estado de la persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los relajantes musculares reducen el espasmo doloroso y promueven la curación.</li> <li>• Las medicaciones antiinflamatorias disminuyen el edema y presión de los tejidos y estructuras adyacentes.</li> <li>• Los analgésicos controlan el dolor y promueven la relajación. la dependencia puede ser un problema del uso de analgésicos</li> </ul>			
---	--	--	--	--

<p>3. Evaluar y documentar las pruebas a las medidas para el alivio del dolor, según las necesidades.</p> <p>4. Trabajar con el paciente para identificar formas de controlar el dolor. Probar distintos métodos para el control del dolor. Usar términos positivos y el poder de la sugestión.</p> <p>5. Reducir los factores que puedan aumentar el dolor, como la ansiedad, el aislamiento, el temor de verse abrumado por el dolor, la fatiga.</p>	<p>de acción prolongada.</p> <p>3. Controlar la efectividad del alivio del dolor determina la adecuación del método usado.</p> <p>4. Implicar a la persona en las estrategias para el control del dolor promueve una sensación de control.</p> <p>5. Escuchar a la persona con respeto e implicado a una ayuda para controlar con el dolor ayuda a reducir con la ansiedad. Sentirse descansado aumenta la tolerancia del dolor. los factores ambientales pueden exacerbar el dolor: el ruido constante,</p>	<p>3. Suplencia</p> <p>4. Ayuda</p> <p>5. Ayuda</p>	<p>3. Interdependiente</p> <p>4. Independiente</p> <p>5. Independiente</p>	<p>3. La prescripción de medicamentos aliviara el dolor y se identificarán efectos adversos, si es que se presentan.</p> <p>4. La persona enumerara las condiciones con las en las que persiste el dolor y con qué estrategias disminuye.</p> <p>5. De acuerdo a la aplicación de medidas de control del dolor verbalizara disminución de este.</p>
--	--	---	--	---

<p>6. Colocar al paciente en posición adecuada (decúbito dorsal) para evitar el dolor. Evitar la presión o tensión sobre el área dolorosa. Elevar el miembro pélvico derecho con una almohada. Animar al paciente a adoptar una posición cómoda, pero a cambiar por lo menos cada dos horas.</p>	<p>irritante pueden causar aumento de la tensión muscular e irritabilidad.</p> <p>6. La posición adecuada de la persona evitan añadir otras fuentes de posible dolor a una zona ya dolorida. Los cambios posturales son necesarios para aumentar el aporte sanguíneo a los tejidos lesionados y para prevenir las complicaciones de la disminución de la movilidad.</p>	<p>6. Ayuda</p>	<p>6. Independiente</p>	<p>6. Adoptada las posiciones recomendadas</p>
<p>7. Enseñar al paciente técnicas de relajación.</p>	<p>7. Las técnicas de relajación ayudan a disminuir la tensión, ayudan al paciente a centrarse y relajar ciertas partes corporales y promueven la liberación de endorfinas.</p>	<p>7. Ayuda</p>	<p>7. Independiente</p>	<p>7. Realiza medidas de relajación.</p>

<p>8. Animar a la persona a usar la distracción como método para el control del dolor (diagnostico de enfermería deterioro de la interacción social )</p>	<p>8. La distracción ayuda a controlar el dolor reduciendo la monotonía, cambiando el centro de atención (dolor) y promoviendo la liberación de endorfinas.</p>	<p>8. Ayuda</p>	<p>8. Independiente</p>	<p>8. Participara en actividades de interacción con el equipo de salud, mostrando interacción.</p>
<p>9. Probar técnicas de control del dolor como la estimulación nerviosa eléctrica transcutanea.</p>	<p>9. Es una técnica de electrodos colocados cerca del área dolorosa y una caja generadora para transmitir impulso eléctrico (una sensación de golpeteo suave o masaje). Esta técnica estimula la liberación de endorfinas y encefalinas, estimulando la transmisión del impulso de las fibras largas para bloquear los impulsos dolorosos transmitidos por las fibras pequeñas.</p>	<p>9. Ayuda</p>	<p>9. Interdependiente</p>	<p>9. Verbalizara disminución o alivio del dolor</p>



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



**Hoja Proceso Atención Enfermería**

Tipo de valoración:	Fecha:	Hora:	Servicio:
Focalizada	5 de Julio del 2013	7:00 a 14:00	CIRUGIA DE COLUMNA INR
Necesidad alterada:	Causas de dificultad :	Grado de Dependencia:	
Movimiento y buena postura	Falta de fuerza	Total	
Datos Objetivos:	Datos subjetivos:	Datos complementarios	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcha bipodalica claudicante lenta, asistida con bastones bilateral</li> <li>• Movimientos involuntarios en miembro pélvico derecho</li> <li>• Postura cifosis torácica</li> </ul>	Cadera y miembros pélvicos <ul style="list-style-type: none"> <li>• adormecimiento</li> <li>• calambres</li> <li>• dolor</li> <li>• hormigueo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rx AP Lateral: destrucción y compresión lateral del 95% en cuerpo vertebral de T9</li> </ul>	
Diagnóstico de Enfermería: Real	<p><b>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA: R/C:</b> Dolor, disminución de la fuerza muscular, deterioro estructural T9. <b>M/P:</b> cambios en la marcha, movimientos espasmódicos en MPD, inestabilidad postural.</p> <p><b>Definición:</b> Limitación del movimiento independiente</p>		
Objetivo: Enfermera Persona	Promover la curación Prevenir las complicaciones asociadas a la inmovilidad Preparar al paciente para la participación en un programa de rehabilitación		

Plan de Intervenciones.				
Intervenciones de Enfermería		Nivel de relación		Evaluación
Intervenciones	Fundamentación científica	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar diariamente la función neurológica de las extremidades inferiores e informar los hallazgos nuevos o incremento de anomalías (fuerza-sensibilidad).</li> <li>2. Administración de fármacos, observando la efectividad terapéutica (se describirán en el diagnóstico de enfermería de dolor crónico).</li> <li>3. Aplicar medias elásticas si es oportuno hasta que el paciente deambule. retirarlas previo al baño. ayudar y orientar al familiar para en el aseo (baño de</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El desarrollo o extensión de los signos neurológicos indican la necesidad de reevaluar el régimen terapéutico</li> <li>2. Los protocolos farmacológicos pueden variar significativamente de los estados subyacentes que afectan el estado de la persona.</li> <li>3. Las medias elásticas tienen la función de ayudar el retorno venoso, proporcionando soporte a los grupos musculares afectados.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suplencia</li> <li>2. Suplencia</li> <li>3. Suplencia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interdependiente</li> <li>2. Interdependiente</li> <li>3. Interdependiente.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expresara verbalmente los cambios neurológicos significativos específicos a informar.</li> <li>2. Manifestara disminución o ausencia de dolor.</li> <li>3. Ausencia de complicaciones cardiovasculares.</li> </ol>



<p>regadera) inspeccionar e informar de cualquier zona enrojecida ( prevención de úlceras por presión)</p> <p>4. Supervisar los cambios posturales, como mínimo cada 2 horas.</p> <p>5. Mientras la persona este en reposo en cama, mantener un aporte diario alto en volumen, líquidos y fibras y más inferior en calorías que lo normal. (consultar con dietología para desarrollar un plan dietético que incorpore las necesidades y preferencias de la persona, tanto como sea posible</p>	<p>4. Las lesiones cutáneas se previenen suprimiendo, la presión sobre las prominencias óseas.</p> <p>5. La inmovilización disminuye el peristaltismo. los requerimientos diarios pueden necesitar ser alterados para mantener los hábitos intestinales normales de la persona. Las necesidades metabólicas son inferiores cuando la persona hace reposos en cama; si la dieta no está regulada, puede haber un aumento de peso. la incorporación de alimentos preferidos aumentan la conformidad a las limitaciones</p>	<p>4. Ayuda</p> <p>5. Suplencia</p>	<p>4. Interdependiente</p> <p>5. Interdependiente</p>	<p>4. Participar activamente en el plan de cuidados.</p> <p>5. Tendrá una eliminación intestinal normal</p>
--	--	-------------------------------------	---	---



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

**Hoja Proceso Atención Enfermería**



Tipo de valoración:	Fecha:	Hora:	Servicio:
Exhaustiva	5 de Julio del 2013	7:00 a 14:00	CIRUGIA DE COLUMNA INR
Necesidad alterada:	Causas de dificultad :	Grado de Dependencia:	
Alimentación e hidratación	Falta de Voluntad - Conocimiento	Parcial	
Datos Objetivos:	Datos subjetivos:	Datos complementarios	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abdomen blando depresible con dolor a la palpación.</li> <li>• No se palpan masas abdominales, ni globo vesical</li> <li>• Ruidos peristálticos normales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refiere “adormecimiento abdominal”</li> <li>• Consumo de 1 L de agua/ día</li> <li>• Consumo de comida rápida ( tiempo – trabajo)</li> <li>• No consume alimentos cuando se encuentra deprimido</li> </ul>		
Diagnóstico de Enfermería: Real	<p><b><u>DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO</u></b> R/C: Referencia de “no ingerir alimentos nutritivos”.  M/P: informe de falta de alimentos nutritivos (tiempo – trabajo), dolor abdominal.</p>		
Objetivo: Enfermera Persona	<p>Enseñar a la persona los factores de riesgo y medidas para prevenir la recurrencia en dieta “comida chatarra”</p>		

Plan de Intervenciones.				
Intervenciones de Enfermería		Nivel de relación		Evaluación
Intervenciones	Fundamentación científica	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar y anotar las características del dolor: Aparición, localización, duración, gravedad, irradiación, relación con los cambios posturales, relación con los patrones de alimentación y eliminación intestinal.</li> <li>2. Auscultar y palpar el abdomen y observar la presencia del dolor creciente. Anotar las señales de distensión y cambios en sonidos intestinales</li> <li>3. Enseñarle y reforzar el papel de la dieta. Ayudar al paciente a identificar alimentos específicos que puedan causarle aumento de molestias.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La valoración exacta es importante para ayudar al médico a determinar la causa del dolor y formular un diagnóstico y tratamiento.</li> <li>2. La distensión súbita aguda, aumento del dolor, disminución o pérdida de este pueden ser indicadores tempranos de una lesión intestinal importante.</li> <li>3. La identificación de las intolerancias alimentarias facilita la planificación dietética.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ayuda</li> <li>2. Ayuda</li> <li>3. Orientación</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interdependiente</li> <li>2. Interdependiente</li> <li>3. Independiente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expresara verbalmente la ausencia de dolor a la palpación</li> <li>2. Demostrara interés en las medidas de una dieta balanceada.</li> <li>3. Identificara agentes estresantes personales. Identificara intolerancias dietéticas.</li> </ol>



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



**Hoja Proceso Atención Enfermería**

Tipo de valoración:	Fecha:	Hora:	Servicio:
Exhaustiva	5 de Julio del 2013	7:00 a 14:00	CIRUGIA DE COLUMNA INR
Necesidad alterada:	Causas de dificultad :	Grado de Dependencia:	
Eliminación	Falta de conocimiento	Parcial	
Datos Objetivos:	Datos subjetivos:	Datos complementarios	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dolor a la palpación abdominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evacuación 1/día NL</li> <li>Consumo de fibra para ayudar a la evacuación</li> <li>Retención de orina</li> <li>Diaforesis activa por las noches.</li> <li>Estrés</li> <li>Consumo de alimentos bajos en fibra</li> </ul>		
Diagnóstico de Enfermería: Real	<p><b>ESTREÑIMIENTO: R/C:</b> Hábitos de defecación irregulares, estrés emocional, tipo de alimentos ingeridos, aporte insuficiente de fibras, aporte insuficiente de líquidos <b>M/P:</b> Dolor abdominal, disminución de la frecuencia para eliminar</p> <p><b>Definición :</b> Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal</p>		
Objetivo: Enfermera Persona	Recuperar su habito intestinal normal		

Plan de Intervenciones.				
Intervenciones de Enfermería		Nivel de relación		Evaluación
Intervenciones	Fundamentación científica	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
<p>1. Enseñar y reforzar los cambios requeridos en el estilo de vida para la reducción del estrés físico y emocional. Considerando la educación sanitaria, relacionada con las técnicas de relajación, ejercicio, establecimiento de prioridades, manejo del tiempo/ organización personal. Desarrollar un plan dietético que incorpore las necesidades y preferencias de la persona, tanto como sea posible</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tome todos los días verduras (preferentemente crudas), frutas y pan integral. Esta alimentación es rica en fibra y ayuda a retener agua, con lo que las heces son más líquidas.</li> <li>• Beber mucha cantidad de líquidos, al menos dos litros.</li> <li>• Coma despacio y mastique bien los alimentos. Procure comer a</li> </ul>	<p>1. Las situaciones vitales estresantes como los problemas económicos, laborales o familiares se ha informado que son más frecuentes, la identificación de la relación causa / efecto ayuda a la persona a hacer los cambios necesarios en su estilo de vida. Las necesidades metabólicas son inferiores cuando la persona hace reposos en cama; si la dieta no está</p>	<p>1. Orientación</p>	<p>1. Interdependiente Enfermera – Dietista</p>	<p>1. Demostrara interés en las medidas de una dieta balanceada Adecuará sus hábitos higiénico-dietéticos a los requerimientos actuales.</p>

<p>horas regulares.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educar al intestino, no reprimir nunca la necesidad de evacuar, habituarse a ir al sanitario a un horario regular, procurando ir con tiempo y nunca con prisas.</li> <li>• Evite esfuerzos excesivos en la evacuación, el intestino el mismo se encarga de este trabajo.</li> <li>• Hacer ejercicio físico de forma moderada diariamente, sobre todo en el que intervienen los músculos abdominales.</li> </ul> <p>2. Masaje marco colónico 20 minutos después de los alimentos, a favor de las manecillas del reloj.</p>	<p>regulada, puede haber un aumento de peso. La incorporación de alimentos preferidos aumenta la conformidad a las limitaciones.</p> <p>2. Son maniobras que refuerzan el programa de reeducación del intestino; se realizan con masaje sobre el abdomen, presionando sobre el marco colónico, en el sentido de las manecillas del reloj, simulando el recorrido del colon hasta la porción recto sigmoidea</p>	<p>2. Orientación</p>	<p>2.- Independiente</p>	<p>2. Expresar verbalment e hábito intestinal normal.</p>
--	---	-----------------------	--------------------------	---



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



**Hoja Proceso Atención Enfermería**

Tipo de valoración:	Fecha:	Hora:	Servicio:
Exhaustiva	5 de Julio del 2013	7:00 a 14:00	CIRUGIA DE COLUMNA INR
Necesidad alterada:	Causas de dificultad :		Grado de Dependencia:
Termorregulación	Falta de fuerza		Total
Datos Objetivos:	Datos subjetivos:		Datos complementarios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura dentro de los 36-37.5°C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refiere alteraciones en la temperatura, presentando diaforesis por las noches</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen General de Orina (EGO)</li> <li>• EGO Sedimento 400x cent.7ml</li> <li>• Leucocitos 2 – 4 (VR neg)</li> <li>• Eritrocitos 2 – 3 ( VR neg)</li> </ul>
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo	<p><b><u>RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LA TEMPERATURA CORPORAL:</u> R/C:</b> Proceso de termogénesis alterado.  <b>Definición:</b> riesgo de sufrir un fallo de los mecanismos reguladores de la temperatura corporal.</p>		
Objetivo: Enfermera Persona	Mantener la temperatura corporal dentro de los parámetros normales		
Plan de Intervenciones.			

Intervenciones de Enfermería		Nivel de relación		Evaluación
Intervenciones	Fundamentación científica	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
1. Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipertermia Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.	1. La sudoración periódica en las noches sin una causa obvia puede ser causada por una infección o malignidad subyacente Después de un episodio de sudoración inusual, se deben secar la cara y el cuerpo y cambiar las ropas, tanto de vestir como de cama que esté mojado.	1. Suplencia	1. Independiente	1. Se identificara los cambios de temperatura y condiciones en las que se presenta la diaforesis para poder mantener los signos vitales dentro de los rangos normales.
2. Ministración de medicamentos para tratar la causa de la fiebre.	2. Es necesario reemplazar los líquidos corporales perdidos tomando bastante agua. La temperatura ambiente debe mantenerse moderada para evitar sudoraciones adicionales.	2. Suplencia	2. Dependiente	2. Se evaluarán los efectos de la reposición de líquidos y ministración de medicamentos previniendo una deshidratación.





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

**Hoja Proceso Atención Enfermería**



Tipo de valoración:	Fecha:	Hora:	Servicio:
Focalizada	5 de Julio del 2013	7:00 a 14:00	CIRUGIA DE COLUMNA INR
Necesidad alterada:	Causas de dificultad :		Grado de Dependencia:
Descanso y sueño	Falta de fuerza		Parcial
Datos Objetivos:	Datos subjetivos:		Datos complementarios
<ul style="list-style-type: none"> <li>Inmovilización corporal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteraciones del sueño (nerviosismo)</li> <li>Permanece en decúbito dorsal 20 h del día.</li> <li>Dolor a la movilización</li> </ul>		
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo	<p><b><u>RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO:</u></b> R/C: Inmovilización corporal, dolor a la movilización.  <b>Definición:</b> riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculo – esquelética inevitable.</p>		
Objetivo: Enfermera Persona	<p>Planificar y utilizar estrategias para mantener la motivación.</p>		

<b>Plan de Intervenciones.</b>				
<b>Intervenciones de Enfermería</b>		<b>Nivel de relación</b>		<b>Evaluación</b>
<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación científica</b>	<b>Enfermera – Persona</b>	<b>Enfermera – Equipo de salud</b>	
1. Facilitar el contacto con el equipo de salud de terapia ocupacional a fin de realizar actividades, mientras la actividad de la persona está limitada	1. Las actividades de diversión adecuadas proporcionan la oportunidad para cubrir objetivos y sentirse productivo a pesar de su incapacidad. Estas actividades también pueden ayudar a promover la relajación y a disminuir el aburrimiento durante los periodos prolongados de descanso en sueño.	1. Orientación / Compañía	1. Interdependiente	1. La persona participara en actividades de diversión.



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



**Hoja Proceso Atención Enfermería**

Tipo de valoración:	Fecha:	Hora:	Servicio:
Exhaustiva	5 de Julio del 2013	7:00 a 14:00	CIRUGIA DE COLUMNA INR
Necesidad alterada:	Causas de dificultad :	Grado de Dependencia:	
Trabajar y Realizarse	Voluntad	Temporal	
Datos Objetivos:	Datos subjetivos:	Datos complementarios	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesita cuidados</li> <li>• Duelo (negación)</li> <li>• Estrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidad para laborar</li> <li>• No se puede movilizar libremente</li> <li>• Refiere problemas para la comunicación ya que se irita con facilidad por el dolor</li> </ul>		
Diagnóstico de Enfermería: Real	<p><b><u>DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL:</u></b> R/C: Limitación de la movilidad física, Aislamiento terapéutico (Hospitalización). M/P: percepción de empleo de conductas de interacción social ineficaces.  <b>Definición:</b> Intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente.</p>		
Objetivo: Enfermera Persona	Fomentar la interacción social aceptando el proceso de su enfermedad.		

Plan de Intervenciones.				
Intervenciones de Enfermería		Nivel de relación		Evaluación
Intervenciones	Fundamentación científica	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
<p>1. Incluir al paciente como participante en las reuniones de planificación de cuidados fomentando la participación activa de la persona en realizar actividades</p> <p>2. Facilitar el contacto con el departamento de terapia ocupacional a final de realizar actividades de socialización mientras la actividad del paciente está limitada</p>	<p>1. La participación en la planificación y realización de las actividades del tratamiento de la salud a reducir la frustración debida a la perdida de los roles normales y fomentar un incremento del sentimiento de independencia y autocontrol.</p> <p>2. Las actividades de relación personal adecuadas proporcionan la oportunidad para cubrir objetivos y sentirse relacionado a pesar de su situación. Estas actividades también pueden ayudar a promover la relajación y a disminuir el aburrimiento durante los periodos prolongado de descanso en cama.</p>	<p>1. Ayuda</p> <p>2. Ayuda</p>	<p>1. Interdependiente</p> <p>2. Interdependiente</p>	<p>Participara en actividades de interacción con el equipo de salud, mostrando interacción.</p>



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



**Hoja Proceso Atención Enfermería**

Tipo de valoración:	Fecha:	Hora:	Servicio:
Exhaustiva	5 de Julio del 2013	7:00 a 14:00	CIRUGIA DE COLUMNA INR
Necesidad alterada:		Causas de dificultad :	
Recreación		Fuerza	
Datos Objetivos:		Grado de Dependencia:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Percepción negativa de su persona y entorno</li> <li>Duelo (fase negación)</li> </ul>		Parcial	
Datos subjetivos:		Datos complementarios	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteración de la imagen corporal</li> <li>Refiere sentirse inferior por su incapacidad de laborar y su movilidad física</li> </ul>			
Diagnóstico de Enfermería: Real	<p><b>BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL: R/C:</b> Alteración de la imagen corporal, deterioro funcional musculo - esquelético, cambio de rol social. <b>M/P:</b>Referencia de sí mismo como “incapaz de afrontar la situación o los acontecimientos, informes de que la situación actual desafía su valía personal”</p> <p><b>Definición:</b> Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta de una situación actual, dificultad para la movilización.</p>		
Objetivo: Enfermera Persona	Fomentar un auto concepto positivo		

Plan de Intervenciones.				
Intervenciones de Enfermería		Nivel de relación		Evaluación
Intervenciones	Fundamentación científica	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
1. Discutir los sentimientos positivos y negativos que la persona pueda experimentar durante las fases de cuidados. Sobre su papel de enfermo, recuperado o rehabilitado.	1. La exploración de sentimientos experimentados durante las fases de incapacidad ayuda a preparar al paciente para los problemas potenciales y le facilita la adaptación a las alteraciones al estilo de vida, en los roles de enfermedad y recuperación pueden proporcionar a la persona ciertas recompensas, tales como un incremento de tiempo con la familia. la identificación temprana de los factores en la planificación de cuidados puede ayudar a que la persona cuando este recuperada, se planifique de otras formas para cubrir esas necesidades.	1. Compañía / Orientación.	1. Interdependiente	Participara activamente en actividades de motivación, adaptación y diversión, procurando así un concepto auto concepto positivo.
2. Ayudar al paciente a	2. Identificar recursos y	2. Compañía / Orientación.	2. Interdependiente	

<p>identificar recursos de adaptación y reenfocar los sentimientos negativos. (Ver las dificultades como un reto, más que como obstáculos.</p> <p>3. Identificar con la persona estrategias para mantener la motivación durante el tratamiento. considerar el uso de sistema de recompensa, descomponiendo los objetivos a largo plazo en corto plazo para mantener el interés de la persona.</p>	<p>enfoques positivos es un gran compromiso para la recuperación.</p> <p>3. El mantenerse motivado es un factor clave para el éxito del tratamiento. la capacidad para planificar estrategias de motivación refleja el nivel de autoestima de la persona y la aceptación.</p>	<p>3. Compañía / Orientación</p>	<p>3. Interdependiente</p>	
---	---	----------------------------------	----------------------------	--



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



**Hoja Proceso Atención Enfermería**

Tipo de valoración:	Fecha:	Hora:	Servicio:
Focalizada	5 de Julio del 2013	7:00 a 14:00	CIRUGIA DE COLUMNA INR
Necesidad alterada:	Causas de dificultad :	Grado de Dependencia:	
Evitar Peligros	Voluntad	Parcial	
Datos Objetivos:	Datos subjetivos:	Datos complementarios	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquema de inmunizaciones incompleto</li> <li>• No se cree capaz de mantener su seguridad física.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Automedicación</li> <li>• Uso de drogas (Marihuana) refiere cuando el dolor crónico</li> <li>• Percepción del estrés</li> </ul>		
Diagnóstico de Enfermería: Real	<p><b><u>PROTECCIÓN INEFECTIVA:</u> R/C:</b> Toxicomanía (Uso de Marihuana) <b>M/P:</b> Diaforesis, Inmovilidad, Debilidad.  <b>Definición:</b> Disminución de la capacidad para auto protegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades.</p>		
Objetivo: Enfermera Persona	Promover el auto cuidado en la persona		



Plan de Intervenciones.				
Intervenciones de Enfermería		Nivel de relación		Evaluación
Intervenciones	Fundamentación científica	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
<p>1. Valorar la comprensión de la persona evaluando la capacidad de la persona para la toma de decisiones acerca de su enfermedad.</p> <p>2. Animar a la persona a realizar actividades ajustadas a su capacidad.</p>	<p>1. La preocupación, sobre todo cuando se trata de enfermedades que implican algún riesgo o peligro. El dolor y molestias físicas que son parte de dicha enfermedad.</p> <p>2. Las actividades adecuadas proporcionan la oportunidad para cubrir objetivos y sentirse productivo a pesar de su incapacidad</p>	<p>1. Ayuda</p> <p>2. Orientación / Compañía</p>	<p>1. Dependiente</p> <p>2. Interdependiente</p>	<p>1. Expresara verbalmente el afrontamiento de su enfermedad y su auto cuidado.</p> <p>2. Participara activamente en las actividades</p>



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



**Hoja Proceso Atención Enfermería**

<b>Tipo de valoración:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Hora:</b>	<b>Servicio:</b>
Focalizada	5 de Julio del 2013	7:00 a 14:00	CIRUGIA DE COLUMNA INR
<b>Necesidad alterada:</b>	<b>Causas de dificultad :</b>		<b>Grado de Dependencia:</b>
Oxigenación	Voluntad		Parcial
<b>Datos Objetivos:</b>	<b>Datos subjetivos:</b>		<b>Datos complementarios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llenado capilar de 2"</li> <li>• Ruidos pulmonares normales</li> <li>• Movimientos torácicos simétricos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fumador desde hace 5 años</li> <li>• Fuma 2 cigarrillos al día</li> <li>• Exposición al humo de leña</li> <li>• Exposición al polvo de cemento (laboraba en construcciones)</li> </ul>		
<b>Diagnóstico de Enfermería: Riesgo</b>	<p><b><u>RIESGO DE CONTAMINACIÓN</u></b> R/C: Exposición a materiales de construcción (Lugar donde laboraba), más tabaquismo.  <b>Definición:</b> acentuación del riesgo de exposición a contaminantes ambientales en una dosis suficiente para causar efectos adversos para la salud.</p>		
<b>Objetivo: Enfermera Persona</b>	Disminuir los factores de riesgo para la contaminación de vías aéreas. Proporcionando un entorno optimo para la función adecuada		

Plan de Intervenciones.				
Intervenciones de Enfermería		Nivel de relación		Evaluación
Intervenciones	Fundamentación científica	Enfermera – Persona	Enfermera – Equipo de salud	
<p>Orientar a reducir o eliminar los irritantes ambientales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animarle a dejar de fumar</li> <li>• Uso de cubre bocas o mascarillas en el lugar de trabajo</li> </ul>	<p>Numerosas sustancias ambientales pueden causar irritación de las vías aéreas en la persona</p> <p>El tabaco aumenta la producción de moco, irrita la mucosa respiratoria</p>	Orientación	Independiente	<p>Manifestara tener menor irritación ambiental</p> <p>Evitara los factores de riesgo</p>

## PLAN DE ALTA

<b>Actividades</b>	Fundamentación científica
<b>Ausencia de dolor</b>	El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular que se está producido por la activación de los nociceptores de la piel, hueso y partes blandas.
<b>Capacidad para controlar el dolor utilizando medicación oral.</b>	<p>Los protocolos farmacológicos pueden variar significativamente, dependiendo de la preferencia del médico y de los estados subyacentes que afectan el estadio de la persona.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Los relajantes musculares reducen el espasmo doloroso y promueven la curación.</li><li>– Las medicaciones antiinflamatorias disminuyen el edema y presión de los tejidos y estructuras adyacentes.</li><li>– Los analgésicos controlan el dolor y promueven la relajación. la dependencia puede ser un problema del uso de analgésicos de acción prolongada.</li></ul>
<b>Iniciación del programa de ejercicios de rehabilitación y</b>	La rehabilitación post operatoria inmediata es realizada en el instituto nacional de rehabilitación, como C. S. I. habita en el estado de México se realizara una referencia

<b>planificación del programa de tratamiento externo.</b>	a un centro de rehabilitación más cercano a su domicilio.
<b>Capacidad para realizar las AVD independientemente o con mínima ayuda.</b>	Cuando C. S. I sea capaz de realizar actividades de la vida diaria que son todas aquellas tareas y estrategias que llevamos a cabo diariamente encaminadas a favorecer la salud física, psíquica y social y que realice de manera lo más autónoma posibles basadas en sus propias capacidades, habilidades e intereses entonces no dependerá de nadie.
<b>Capacidad para trasladarse y deambular con un mínimo de dificultades.</b>	Conjunto de actividades primarias de la persona encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros.
<b>Ausencia de complicaciones intra hospitalarias</b>	El reposo prolongado en cama, conlleva a procesos adversos como el Síndrome de Descondicionamiento Físico, además de eventos tales como enfermedades nosocomiales, que son propias y atribuibles a los procesos de hospitalización.
<b>Ausencia de problemas o lesiones cutáneas.</b>	Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo
<b>Pronostico de C.S. I</b>	El pronóstico de la persona es favorable ya que se puede someter a una intervención quirúrgica, la cual le permita movilizarse y recuperar las actividades de la vida diaria con algunas limitaciones. Afortunadamente no se ve comprometida la integridad de la medula espinal y esto no le afecta en una lesión medular

## CONCLUSIÓN

El Proceso Atención Enfermería (PAE), es una herramienta muy importante para los Profesionales en Enfermería y Obstetricia ya que le permite hacer una valoración integral a la persona, no solo tomando en cuenta la patología, sino que también los aspectos biológicos psicológicos y sociales permitiéndole realizar diagnósticos de Enfermería de tipo real, riesgo, y bienestar. Así mismo nos permite de acuerdo a la actitud crítica planificar cuidados de acuerdo a las necesidades alteradas, permitiendo implementarlos y valorar así como la persona recupera su bienestar.

Gracias a que el paciente mostro interés en la recuperación de sus necesidades, se presento la oportunidad de ver algunos cambios, desgraciadamente la estancia de la persona fue corta ya que en el momento de la recolección de datos la persona ingreso a un protocolo de investigación con una duración larga, en el cual egresaba constantemente a su domicilio antes de una intervención quirúrgica, dado esto solo se pudo valorar antes de un tratamiento quirúrgico y por un tiempo corto.

Con lo antes descrito se puede concluir que con la teoría y práctica que obtenemos en la formación académica nos permite no solo plasmar en un proceso escrito si no también tener en mente desde que observamos a la persona que ingresa a una institución de salud y empezamos a valorar, diagnosticar, planificar, implementar y evaluar en sus necesidades alteradas, como podemos intervenir para prevenir, cuidar y acompañar a la persona.

## GLOSARIO

- **Afección:** Proceso y, también, el estatus consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración perjudicial de su estado de salud. El estado o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo.
- **Agonía:** Del Griego *αγωνία*, agonía "el sufrimiento extremo", es el estado experimentado por un ser vivo antes de la muerte.
- **Audible:** También denominado campo tonal, se halla conformado por las audiofrecuencias, es decir, toda la gama de frecuencias que pueden ser percibidas por el oído humano.
- **Autonomía:** Tiempo que una persona con una fuente de alimentación independiente puede permanecer en activo, hasta el agotamiento de la fuente o mejor dicho cuando uno puede responder por si solo.
- **Calidad:** Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten caracterizarla y valorarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Que está hecho con el mejor material o de la mejor manera posible.
- **Cuidado:** Atención para hacer bien una cosa. esmero poner interés por la preservación de algo.
- **Destrucción:** Daño muy grande en una cosa material o inmaterial.
- **Diagnóstico:** Análisis que se realiza para determinar cualquier situación y cuáles son las tendencias. Esta determinación se realiza sobre la base de datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente, que permiten juzgar mejor qué es lo que está pasando.
- **Discapacidad:** O incapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, y en igualdad de condiciones con las demás.
- **Distensión:** Es el cambio en el tamaño o forma de un tejido u órgano tras aplicar una tensión externa.
- **Enfermería:** Profesiones dedicadas al cuidado de la salud del ser humano. Se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales o potenciales. El

singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud. Desde otra perspectiva, puede suplir o complementar el cuidado de los pacientes desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico.

- **Enfermo:** El estado o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo.
- **Factible:** Que puede ser hecho o realizado.
- **Factores:** Elemento o circunstancia que contribuye, junto con otras cosas, a producir un resultado.
- **Fisiología:** Parte de la biología que estudia los procesos, actividades y fenómenos de las células y tejidos de los organismos vivos y que explica los factores físicos y químicos causantes de las funciones vitales.
- **Holístico:** Es una posición metodológica y epistemológica que postula que los sistemas (ya sean físicos, biológicos, sociales, económicos, mentales, lingüísticos, etc.) y sus propiedades, deben ser analizados en su conjunto y no a través de las partes que los componen, consideradas éstas separadamente. Es el sistema como un todo integrado y global el que en definitiva determina cómo se comportan las partes; mientras que un mero análisis de estas no puede explicar por completo el funcionamiento del todo.
- **Independencia:** Capacidad para elegir y actuar con libertad y sin depender de un mando o autoridad extraña.
- **Metabolismo:** Conjunto de reacciones que se producen continuamente en las células vivas, mediante las cuales esta obtiene y transforma materia y energía.
- **Necesidad:** Deseo o impulso que una persona siente de hacer una cosa.
- **Objetivo:** Fin al que se dirige una acción u operación.
- **Persona:** Individuo de la especie humana, Hombre o mujer cuyo nombre se ignora o se omite.
- **Psicopatología:** Estudio sistemático de las causas y factores psicológicos que influyen en las enfermedades mentales.
- **Rehabilitación:** Conjunto de técnicas y métodos que sirven para recuperar una función o actividad del cuerpo que ha disminuido o se ha perdido a causa de un traumatismo o de una enfermedad.
- **Restablecimiento:** Acción de recuperar la salud una persona tras haber estado enferma o haber sufrido alguna dolencia.



- **Riesgo:** Posibilidad de que ocurra un peligro.
- **Sintético:** Que procede componiendo o que pasa de las partes al todo.
- **Sistemática:** Ciencia que estudia los principios, métodos y fines de la clasificación.
- **Subjetivo:** Relativo al modo personal de pensar o de sentir.
- **Suplir:** Sustituir a una persona para realizar su trabajo, generalmente de forma temporal.
- **Técnica:** Conjunto de procedimientos o recursos que se usan en una ciencia o en una actividad determinada. Habilidad que tiene una persona para hacer uso de estos procedimientos o recursos.
- **Vulnerables:** Se aplica a la persona, al carácter o al organismo que es débil o que puede ser dañado o afectado fácilmente porque no sabe o no puede defenderse.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

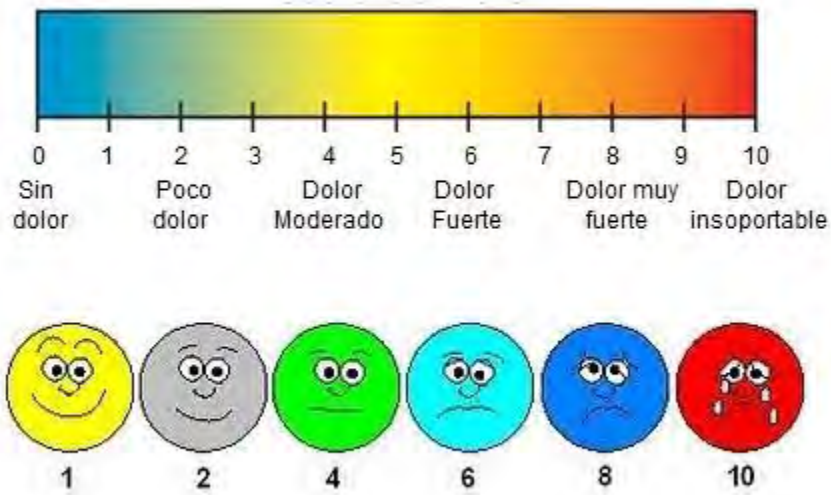
1. Alpizar, A., Escobedo, A., Rosales, L., Miramontes, V., Reyes, A. (2008). Síndrome de destrucción vertebral, sistemas de evaluación en su diagnóstico. *Cir Ciruj* 2008; 76: 205-211. Vol 76, No.3, Mayo-Junio.
2. Alvarez, Z. (2012). Masaje al marco cólico e intervención de enfermería en el autocuidado. Fecha de consulta (20/08/2013), de la base de datos <http://es.scribd.com/doc/82368154/Masaje-Al-Marco-Colico>
3. Anónimo. (2006). American Spinal Injury Association. Fecha de consulta (20/09/2013), de la base de datos [http://www.imedir.udc.es/participa/?page\\_id=119](http://www.imedir.udc.es/participa/?page_id=119)
4. Anónimo. (2009). Enfermeras Teóricas: Virginia Henderson. Fecha de consulta (11/07/2013), de la base de datos [www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm).
5. Anónimo. (2012). Manual de Guías Clínicas del servicio de cirugía columna vertebral. Fecha de consulta (22/08/2013), de la base de datos <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MG-SOR-08.pdf>
6. anónimo. Anexo 2: Escalas. Fecha de consulta (21/09/2013), de la base de datos [http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo\\_2\\_Escalas.pdf](http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo_2_Escalas.pdf)
7. Arias, C. Enfermería en el manejo del dolor y valoración. Fecha de consulta (2/09/2013), de la base de datos <http://www.reeme.arizona.edu/materials/Enfermeria%20y%20Dolor%20Valoracion.pdf>
8. Carpenito, L. (1995). Diagnóstico de enfermería. (5 ed). México: Mc Graw Hill.
9. Fernández, M. (2003). De la teoría a la Práctica: el Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. (2 ed). Barcelona: Masson.
10. Gutiérrez, A., Peralta, A., Sánchez, L., (2008). Modelo de atención en el paciente postoperado de Columna vertebral en el Instituto Nacional de Rehabilitación. *revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*: Vol5. Año 5. 4 Octubre 2008.
11. Heatrer, H., Heat, C., Meyer, G., Scroggins, L., Vasallo, B. (2007). NANDA-I Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. España: Elsevier.
12. Holloway, M. (1990). Planes de cuidados de Enfermería Médico-Quirúrgica. (1 ed). España. Doyma.

13. Kozier, B. (1990). Enfermería Fundamental: Conceptos, Procesos y Práctica. (2 ed.). Madrid: Mc Graw Hill
14. Luckmann, J. (2000). Cuidados de enfermería: Vol 1. (1 ed). Mexico D. F. : Mc Graw Hill.
15. Marcos, J., De la Torre, M., Zuurbano, L. Dolor Generalizado. Fecha de consulta (20/09/2013), de la base de datos [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/clinica-medica/presentaciones/DOLORGENER\\_expos.pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/clinica-medica/presentaciones/DOLORGENER_expos.pdf)
16. Martí, P., Moreno, G., Escoda, M., Anento, N., Menasanch, M., Brull, G., Franch, L. (2011). Entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes sometidos a cirugía. Rev Asociación Española de Enfermería. núm. 117. enero/febrero/marzo 2011
17. Oku, ( ). Actualizaciones en cirugía ortopédica y traumatología en columna 2. (2 ed). España. Ars Médica
18. Potter, P., Perry, A. (2002). Fundamentos de Enfermería. (5 ed). España. Elsevier.
19. Prado, A., Anarades, P., Benitez, S, ( ). Ulceras por presión. Fecha de consulta (20/09/2013), de la base de datos [http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/CONTROLS/NEOCHANNELS/Neo\\_C\\_H6258/Deploy/8\\_ulceras\\_presion.pdf](http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/CONTROLS/NEOCHANNELS/Neo_C_H6258/Deploy/8_ulceras_presion.pdf)
20. Rosales, S., Reyes, E. ( ). Proceso Enfermero: Aplicación Actual. (3 ed.). Mexico: Manual Moderno.
21. Tortora, G., Derrickson, B. (2006). Principios de Anatomía y Fisiología. (11 ed). España. Panamericana.

## ANEXOS

### Escala Visual Análoga (EVA)

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.



### Escala ASIA (AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION)

Describe la exploración de la sensibilidad y movilidad evaluando: nivel sensitivo, nivel motor (lados izquierdo y derecho) y zonas de preservación parcial. Nos permite determinar la extensión de la lesión definiéndola como completa o incompleta.

Establece las definiciones básicas de los términos usados en la valoración de la lesión medular y establece una clasificación de acuerdo a cinco grados determinados por la

ausencia o preservación de la función motora y sensitiva, indicando la severidad de dicha lesión y su posible pronóstico.

<b>Grado de lesión</b>	<b>Descripción</b>
<b>Grado a</b>	Ausencia de función motora y sensitiva que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5.
<b>Grado b</b>	Preservación de la función sensitiva por debajo del nivel neurológico de la lesión que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5 y con ausencia de función motora.
<b>Grado c</b>	Preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico y más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel neurológico tienen un balance muscular menor de 3.
<b>Grado d</b>	Preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico y más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel neurológico tienen un balance muscular de 3 o más.
<b>Grado e</b>	Las funciones sensitiva y motora son normales.

La información del examen neurológico se registra en una hoja estandarizada y ayuda a determinar los niveles motor, sensitivo y neurológico; el carácter completo e incompleto de la lesión y a clasificar el grado de deterioro.

## STANDARD NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY

### MOTOR

**KEY MUSCLES**

C2		
C3		
C4		
C5		
C6		
C7		
C8		
T1		
T2		
T3		
T4		
T5		
T6		
T7		
T8		
T9		
T10		
T11		
T12		
L1		
L2		
L3		
L4		
L5		
S1		
S2		
S3		
S4		
S5		

Elbow flexors  
Wrist extensors  
Elbow extensors  
Finger flexors (distal phalanx of middle finger)  
Finger abduction (5th finger)

Tib flexors  
Knee extensors  
Ankle dorsiflexors  
Long toe extensors  
Ankle plantar flexors

Voluntary anal contraction (Yes/No)  
 MOTOR SCORE

TOTALS: (MAXIMUM) (R) (L) (50) (50) (100)

### SENSORY

**KEY SENSORY POINTS**

0 = absent  
 1 = impaired  
 2 = normal  
 NT = not testable

Any anal sensation (Yes/No)  
 PIN PRICK SCORE (max 112)  
 LIGHT TOUCH SCORE (max 112)

TOTALS: (MAXIMUM) (50) (50) (50) (50)

NEUROLOGICAL LEVELS <small>The skin levels correspond with sensory levels</small>	R L		COMPLETE OR INCOMPLETE? <input type="checkbox"/>	ZONE OF PARTIAL PRESERVATION <input type="checkbox"/>	R L	
	SENSORY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		SENSORY	<input type="checkbox"/>
	MOTOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASIA IMPAIRMENT SCALE <input type="checkbox"/>	MOTOR	<input type="checkbox"/>

### Dermatomas

En el organismo existen lugares determinados inervados por un nervio raquídeo, ya que desde su origen embrionario va a su punto clave, por tanto existen tres de estas inervaciones:

Dermatomas: Piel (Es un área de la piel inervada por una raíz o nervio raquídeo).

Miótomas: Músculos (Es un área muscular inervada por uno o más de un nervio raquídeo).

Esclerotomas: Huesos

Un dermatoma es el área de la piel inervada por una raíz o nervio dorsal de la médula espinal. Los nervios cutáneos son los que llegan a la piel, recogiendo la sensibilidad de ésta. Cada nervio cutáneo se distribuye en una cierta zona de piel, llamada dermatoma.

Los dermatomas se distribuyen de forma horizontal descendente a lo largo del tronco y de forma mapa de dermatomas sensitivos nos ayudará en la localización de la lesión medular cuando en la exploración encontramos una hipoestesia o anestesia hasta un nivel sensitivo. Este hallazgo nos indicará que la lesión puede estar en dicho nivel medular o superior, debido a la disposición de las fibras espinotalámicas.

<b>C2</b>	<b>Protuberancia Occipital</b>
<b>C3</b>	Fosa supraclavicular
<b>C4</b>	En el muñón del hombro
<b>C5</b>	Lado lateral de la fosa cubital ( delante del pliegue del codo lateral)
<b>C6</b>	Pulgar
<b>C7</b>	Dedo mayor
<b>C8</b>	Dedo meñique
<b>T1</b>	Lado medial de la fosa cubital (delante del pliegue del codo medial)
<b>T2</b>	Vértice de la axila
<b>T3, T5-T9, T11</b>	En su correspondiente espacio intercostal
<b>T4</b>	Pezón y cuarto espacio intercostal con línea clavicular media
<b>T10</b>	Ombiligo y decimo espacio intercostal
<b>T12</b>	Punto media del ligamento inguinal
<b>L1</b>	Cara anterior del muslo
<b>L2</b>	Cara lateral del muslo
<b>L3</b>	Cóndilo femoral medial
<b>L4</b>	Maléolo medial
<b>L5</b>	Dorso del pie en la tercera unión metatarso falángica
<b>S1</b>	Porción lateral del talón
<b>S2</b>	Parte media de la fosa poplítea
<b>S3</b>	Tuberosidad isquiática
<b>S4, S5</b>	Área perineal





## **Masaje marco colonico**

Es una actividad que va a favorecer el movimiento del intestino grueso para permitir el vaciamiento de las heces.

Como se realiza

- Se lubrica con aceite o crema la región abdominal
- Se coloca el dedo pulgar e índice en la región baja del abdomen del lado derecho
- El masaje se realiza en sentido de las manecillas del reloj
- A cada porción del intestino se le realiza masaje de 3 a 4 minutos hasta completar 10 minutos.

El masaje debe de ser:

- Enérgico
- Profundo
- Con movimientos en sentido de la aguja del reloj
- Ascendente
- Transverso
- Descendente

La finalidad de este masaje es favorecer la evacuación, en un horario establecido, en pacientes que permanecen en reposo, para evitar alteración intestinal.

## **Ulceras por presión**

Lesión provocada por presión mantenida en una determinada región corporal que resulta en daño al tejido subyacente. Se produce una isquemia del tejido blando por compresión entre dos estructuras rígidas (prominencia ósea y superficie exterior).

Existen muchos términos utilizados para referirse a la misma entidad: escaras por decúbito, heridas de la cama y úlceras por presión. No todas estas úlceras se producen por el decúbito o por el estar postrado en una cama, por lo que el término preferido es úlceras por presión ya que además, hace referencia al mecanismo fisiopatológico más importante.

La producción de una úlcera por presión está determinada por la aplicación de presión y por la disminución de la tolerancia tisular mediada por factores intrínsecos y extrínsecos.

Se determina de acuerdo a:

- Intensidad: debe exceder la presión capilar de los tejidos (32 mmHg), lo que produciría isquemia, muerte celular y ulceración.
- Duración: relación parabólica inversa entre presión y tiempo, es decir, a mayor tiempo de aplicación de la presión, menor es la presión necesaria para generar una úlcera.

Efecto: hipoxia y trombosis a nivel de la microcirculación. En orden de severidad, el plano muscular es el más afectado siendo la epidermis la estructura más resistente a la hipoxia prolongada y por ende, la última en mostrar signos de isquemia.

La tolerancia tisular

Además del mecanismo de isquemia-presión, existen múltiples factores que contribuyen en el proceso, disminuyendo la tolerancia tisular y creando las condiciones para que se genere la úlcera. Estos factores pueden ser extrínsecos o intrínsecos.

Factores extrínsecos (externos al paciente)

- Maceración, incontinencia, transpiración, exudado de la herida producen un exceso de humedad de la piel, haciéndola más blanda y susceptible de lesionarse.
- Fricción: el roce con otra superficie daña la epidermis y causa abrasiones superficiales.
- Fuerzas cortantes o cizallamiento: la fricción en combinación con la gravedad mueve el tejido blando sobre un hueso fijo produciendo disrupción de vasos, lo que genera

más isquemia. Se produce al elevar la cabecera más de 30° y el paciente se desliza hacia abajo.

#### Factores intrínsecos (determinados por el paciente)

- Edad: en pacientes añosos, la piel es más seca, menos elástica y con reducción de la masa tisular lo que favorece la ulceración.
- Nutrición: la baja ingesta oral o la desnutrición favorecen la producción de estas úlceras.
- Movilidad: en circunstancias normales, las personas se mueven cuando la presión produce incomodidad y dolor. La parálisis, los trastornos sensoriales, la debilidad extrema, apatía, falta de lucidez mental y la sedación excesiva afectan esta respuesta.

#### **Prevención de las úlceras por presión**

##### Principios de la prevención

- Reconocimiento de pacientes en riesgo.
- Disminuir los efectos de la presión.
- Evaluación y mejora del estado nutricional.
- Preservar la integridad de la piel.

##### Reconocimiento del paciente en riesgo

Existen varias escalas probadas para detectar pacientes en riesgo. Las más conocidas son las de Braden, Norton y Gosnell.

- Disminuir la presión, fricción y cizallamiento
- Cambios posturales programados para pacientes en decúbito cada 2 horas y para pacientes en silla, cada 1 hora.
- Evitar el apoyo sobre prominencias óseas.

- Reforzamiento musculares y medidas para mejorar el retorno venoso.
- Manejo nutricional
- Completa del estado nutricional (antropometría y laboratorio).
- Cálculo de requerimientos adecuado.
- Aporte de proteínas no inferior a 1-1.5 gr./Kg./día. Otros suplementos: vitaminas y oligoelementos.

### Cuidados de la piel

- Evitar humedad y sequedad excesiva.
- Mantener higiene genitourinaria y perianal.
- No usar agentes irritantes (alcohol, jabones no neutros, etc.).
- Cuidado en la movilización y traslado del paciente para evitar injuria mecánica.
- Evaluación diaria del estado de la piel por personal entrenado en manejo de heridas.
- Educación del paciente y familiares en medidas preventivas.

### Índice de Norton

Riesgo de úlceras por presión

Estado General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Caminando	4. Total	4. Ninguna
3. Débil	3. Apático	3. Con ayuda	3. Disminuida	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Sentado	2. Muy limitada	2. Urinaria
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble Incontinencia

La puntuación máxima de la escala de Norton es de 20, quedando establecido el riesgo de padecer una úlcera cuando la puntuación total es de 14 o inferior.

Puntuación de 5 a 9 – riesgo muy alto

Puntuación de 10 a 12 – riesgo alto

Puntuación de 13 a 14 – Riesgo medio

Puntuación mayor de 14 – riesgo mínimo/no riesgo

### **Técnicas de relajación**

La relajación es un estado del organismo en el que hay una ausencia de tensión o activación que se manifiesta en los tres niveles de respuesta: fisiológico, con bajo nivel de tensión muscular, frecuencia respiratoria lenta y pausada, ritmo cardíaco lento, etc. A nivel conductual, con expresiones faciales relajadas, hipo actividad, movimientos controlados y reposados, etc. Y a nivel cognitivo, con pensamientos de calma, de bienestar, imágenes de escenas o situaciones tranquilas, percepción de sentimientos de placer, etc.

Teniendo en cuenta que el estado de relajación es incompatible con el estado de tensión, ansiedad o estrés, los beneficios potenciales de la relajación pueden ser numerosos, y entre ellos nos interesa especialmente el control emocional y el control del dolor.

### **Objetivo**

Proporcionar habilidades personales para hacer frente al estrés que representa estar ingresado en un hospital

### **Técnicas**

Facilitar el ambiente, proporcionándole una pequeña almohada para que pudiese recargar su cabeza, además de ropa cómoda para su movimiento.

Proporcionar intimidad necesaria para realizar sus actividades de aseo diario.

Realice baño y después el desayuno para que pudiese dormir más fresco y sin sensación de hambre.

Respiraciones profundas: el ciclo completo de una respiración profunda es inspirar, retener el aire entre 3-5 segundos y espirar lentamente concentrándose en las sensaciones de relajación que ello le produce. Partiendo de un número inicial, que varía según la persona, se contabiliza el tiempo total de espiración como la suma de la inspiración más el tiempo de retención, por ejemplo se inspira mientras se cuenta del 1 al 4, se retiene el aire mientras se cuenta del 1 al 4 y se espira contando mentalmente del 1 al 8.

Visualización: es la imaginación simple dirigida, es un trabajo más mental, que consiste en crear imágenes agradables y saberlas dirigir, en este caso a la zona torácica, siempre en sentido positivo y con finalidad terapéutica. Para potenciar aún más la relajación emplearemos una música suave, lenta y con sonido agradable. Se le enseñará a ver la contracción o espasmo torácico como una ola que va llegando fuerte a la playa, pero que cada vez tiene menos fuerza y se va yendo poco a poco, dejando pequeñas olas, finas, tranquilas, relajadas... y que a medida que se van alejando son más tranquilas, más finas, más relajadas... hasta que el mar se va quedando tranquilo, suave, relajado...

Método de relajación progresiva (Jacobson): consiste en aprender la diferencia que existe entre la tensión y la relajación, tensando y relajando de manera secuencial diversos grupos de músculos de todo el cuerpo y al mismo tiempo tomar conciencia de las sensaciones asociadas a la tensión y a la relajación. De esta forma se aprende a discriminar, capacitando a la persona para saber pasar de la tensión a la relajación rápidamente.

Para empezar se le darán instrucciones de tensar el brazo derecho, apretando el puño fuertemente, tomando conciencia de la parte del cuerpo que estamos tensando, contar hasta 6 y destensarlo por lo menos el doble de tiempo que en la tensión. Esta técnica es muy sencilla y los efectos beneficiosos de la relajación, muy rápidos.

Si aprende la diferencia entre sentirse tenso y sentirse relajado, cuando en el posoperatorio le venga un espasmo (tensión), sabrá pasar a la relajación casi automáticamente.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA  
HENDERSON**

**ACADEMIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA**

**Datos de identificación:**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Unidad de salud donde se atiende \_\_\_\_\_

**Signos vitales:**

Respiración: Frecuencia \_\_\_\_\_ Ritmo \_\_\_\_\_ Expansión torácica: Simétrica \_\_\_\_\_

Profundidad: Superficial \_\_\_\_\_ Profunda \_\_\_\_\_

Pulso: Frecuencia \_\_\_\_\_ Ritmo: Regular \_\_\_\_\_ Irregular \_\_\_\_\_ Intensidad: Fuerte \_\_\_\_\_ Débil \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_ Tensión arterial \_\_\_\_\_ mm Hg.

Somatometría: Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Índice de Masa Corporal \_\_\_\_\_

Perímetro abdominal \_\_\_\_\_

**VALORACIÓN DE NECESIDADES:**

**1. Oxigenación:**

¿Tiene algún problema para respirar? No, Sí. Describa \_\_\_\_\_

¿Se ha expuesto al humo de leña? \_\_\_\_\_ ¿ha fumado en algún momento de su vida? No, Sí. ¿Cuántos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_ ¿Convive con fumadores? No, Sí. ¿Ha convivido con aves? \_\_\_\_\_

¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina? No, Si ¿Tiene la sensación de que le falta el aire al subir escaleras? No, Si. ¿Su casa está ventilada? No, Si. ¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? No, Sí. ¿Tiene familiares con problemas para respirar? No, Si. ¿Le han diagnosticado hipertensión? No, Sí. ¿Tiene problemas cardiacos? No, Sí. ¿Tiene familiares con

problemas del corazón? No, Sí. ¿Toma algún medicamento? No, Sí.  
Especifique: \_\_\_\_\_

**Explore:**

Región cardio pulmonar: (ruidos pulmonares, movimientos torácicos) \_\_\_\_\_

Dificultad respiratoria: No, Si Fatiga: No, Si, Tos: No, Sí Expectoración: No, Sí. Coloración de la piel \_\_\_\_\_ Llenado capilar \_\_\_\_\_ segundos.

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Alimentación e hidratación:**

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno? Cantidades en raciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida? Cantidades en raciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena? Cantidades en raciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Come entre comidas? No, Sí ¿Qué alimentos consume? \_\_\_\_\_ ¿En donde acostumbra comer? \_\_\_\_\_ ¿Con quien acostumbra comer? \_\_\_\_\_



¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? No, Sí ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los alimentos que le agradan? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? \_\_\_\_\_ ¿Tiene problemas para masticar? No, Sí. ¿Por qué? \_\_\_\_\_ ¿Tiene dentadura completa? No, Sí. ¿Usa prótesis? No, Sí ¿Tiene problemas con su peso? No, Sí ¿Por qué? \_\_\_\_\_ ¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? No, Sí. ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Cuántos vasos de agua toma al día? \_\_\_\_\_ ¿Acostumbra tomar refrescos? No, Sí

Cantidad \_\_\_\_\_ ¿Acostumbra tomar café? No, Sí ¿Acostumbra tomar alcohol? No, Sí. ¿Toma suplementos alimenticios? No, Sí.

### Explore:

Cavidad oral:

Región abdominal:

Observación:

### 3. Eliminación.

¿Cuántas veces evacua al día? \_\_\_\_\_ ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: Esfuerzo para defecar: No, Sí. Dolor anal al evacuar No, Sí. Dolor abdominal al evacuar No, Sí. Características del dolor \_\_\_\_\_ Flatulencias No, Si. Tenesmo No, Si. Meteorismo No, Si. Incontinencia No, Si. Prurito No, Si. Hemorroides No, Si. Cuando presenta problemas para evacuar, ¿que recursos utiliza? \_\_\_\_\_ ¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? \_\_\_\_\_ ¿Qué hábitos le dificultan la evacuación? \_\_\_\_\_ ¿Qué características tiene la evacuación? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces orina al día? \_\_\_\_\_ ¿De qué color es su orina? \_\_\_\_\_ ¿Qué olor tiene su orina? ¿Presenta algunos de estos signos o síntomas?: Disuria No, Sí. Poliuria No, Sí. Nicturia No, Sí. Retención de orina No, Si. Urgencia para orinar No, Sí. ¿Qué recursos utiliza cuando tiene problemas para

orinar? \_\_\_\_\_ ¿Usted suda? No, Si. ¿Cómo es su sudoración? \_\_\_\_\_ ¿Bajo que condiciones suda?

En caso de Mujeres

¿Fecha de Última menstruación? \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto menstrua? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos días dura su menstruación? \_\_\_\_\_ ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: Dismenorrea No, Si. Pérdidas intermenstruales No, Si. Flujo vaginal No, Si. ¿Qué características tiene? \_\_\_\_\_ ¿Qué hace para controlar la dismenorrea? \_\_\_\_\_

En caso de hombres

¿Presenta alguna alteración en la eyaculación? \_\_\_\_\_

**Explore:**

Región abdominal, fosas renales, genitales \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 4. Movimiento y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulación? No, Si. Especifique: \_\_\_\_\_ ¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida diaria? No, Sí. ¿Cómo? \_\_\_\_ ¿Tiene dificultad para moverse? No, Si Especifique: \_\_\_\_\_ ¿Utiliza apoyos para desplazarse? No, Si. ¿Cuáles la postura habitual relacionada con su ocupación? \_\_\_\_\_  
¿Cuántas horas del día pasa usted en esta postura? \_\_\_\_\_

¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: dolores óseos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores. No, Si. Especifique cuales: \_\_\_\_\_

Movimientos involuntarios No, Si. Describa: \_\_\_\_\_ Le falta fuerza o Debilidad muscular No, Si. Describa: \_\_\_\_\_ Edema, ardor, comezón o hematomas en alguna parte del cuerpo. No, Si. Describa: \_\_\_\_\_ Mareos, perdida del equilibrio o desorientación. No, Si. Describa: \_\_\_\_\_ ¿Realiza usted alguna actividad física? No, Sí. ¿Cuál? ¿Qué tiempo le dedica a la semana? \_\_\_\_\_

#### Explore:

Postura, marcha, movimientos, flexibilidad, resistencia articular, reflejos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 5. Descanso y sueño

¿Usted descansa durante el día? No, Sí. ¿Cómo? \_\_\_\_\_ Después de descansar ¿Cómo se siente? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas duerme habitualmente? \_\_\_\_\_ ¿Presenta alguna de estas alteraciones del sueño?: Dificultad para conciliar el sueño No, Si.

¿Se despierta fácilmente? No, Si. Sueño agitado, No, Si. Pesadillas, No, Sí. Nerviosismo, No, Si.

¿Se levanta durante la noche? No, Si. ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? No, Si. ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Acostumbra tomar siesta? No, Si. ¿Qué hace para conciliar el sueño? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Explore:

(Ojeras, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio, adinamia)

Observaciones: \_\_\_\_\_

## 6. Vestido

¿Qué ropa utiliza cuando?: hace frío \_\_\_\_\_ hace calor \_\_\_\_\_

cuando llueve \_\_\_\_\_ ¿Su ropa le permite libertad de movimiento? No, Si ¿Expresa sentimientos a través de su ropa? No, Si. ¿La ropa que usa usted la elige? No, Si. ¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? No, Si.

### Explore:

(Características de la ropa de acuerdo a su género, edad, uso de distintivos, limpieza y aliño \_\_\_\_\_

Observación: \_\_\_\_\_

## 7. Termorregulación

¿Sabe cómo medir la temperatura? Si\_\_\_ No\_\_\_ ¿Presenta alteraciones de la temperatura? No, Si. Especifique\_\_\_\_\_ ¿Qué medidas toma para controlarla la temperatura cuando tiene alteraciones?\_\_\_\_\_

### Explore:

Signos y síntomas relacionados con hipertermia o hipotermia (bochornos,)\_\_\_\_\_

Observación:\_\_\_\_\_

## 8. Higiene

¿Con que frecuencia se baña?\_\_\_\_\_ ¿Cada cuando se lava el cabello? \_\_\_\_\_ Después del baño ¿el cambio de ropa es? Parcial\_\_\_ Total\_\_\_\_\_ ¿Cada cuando lava sus manos?\_\_\_\_\_ ¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas? Pies\_\_\_\_\_ manos\_\_\_ ¿Cada cuando cepilla sus dientes? \_\_\_\_\_ ¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? No, Si. ¿Utiliza prótesis dental? No, Si. ¿Cada cuando las asea?\_\_\_\_\_ ¿Cuando realizó la última visita al Dentista? \_\_\_\_\_ ¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal No, Si. ¿Porqué?\_\_\_\_\_

### Explore:

(Estado de la piel y mucosas, uñas, cabello, cavidad bucal, limpieza, coloración, estado de hidratación y presencia de lesiones)\_\_\_\_\_

Observacion\_\_\_\_\_

## 9. Evitar peligros

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de inmunizaciones completo No, Si. Toxoide Diftérico No, Si. Toxoide tetánico No, Si. Hepatitis No, Si. Neumocócica No, Si. Influenza No, Si. Rubéola Sarampión No, Si. Otra \_\_\_\_\_ Revisiones periódicas en el último año: \_\_\_\_\_ Exploración prostática No, Si.

Resultado \_\_\_\_\_ Autoexploración mamaria No, Si. ¿Cada cuanto tiempo la realiza? \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_, Mamografía No, Si. Resultado \_\_\_\_\_ Papanicolaou No, Si. Resultado \_\_\_\_\_, Protección contra Infecciones de Transmisión Sexual (uso de condón) No, Si. Seguimiento del plan terapéutico prescrito No, Si. Automedicación No, Si. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ ¿Consumo de drogas de uso no médico? No, Si. ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Uso de medidas de seguridad: Cinturón de seguridad No, Si.

Uso de pasamanos No, Si. Uso de asideras No, Si. Uso de lentes de protección No, Si.

Aparatos protectores para la audición No, Si. Bastón No, Si. Percepción de su imagen corporal: ¿Cómo se ve, y se siente físicamente? \_\_\_\_\_ ¿Es capaz de dar solución a sus problemas? No, Si. ¿Es capaz de mantener su seguridad física? No, Si. ¿Cuenta con las medidas de seguridad?:

En el trabajo No, Si. ¿Las utiliza? No, Si.

Escuela: No, Si. ¿Las utiliza? No, Si.

Casa: No, Si. ¿Las utiliza? No, Si. Otros lugares No, Si. ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Percibe algún tipo de sufrimiento? No, Si. ¿Cuál es la causa? \_\_\_\_\_

Observación: \_\_\_\_\_

## 10. Comunicación

Idioma materno ¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? No, Si. ¿Cuál? Vista\_\_\_\_\_oído\_\_\_\_\_olfato\_\_\_\_\_ gusto\_\_\_\_\_ tacto \_\_\_\_\_  
¿Afectación verbal? No, Si. Especifique: \_\_\_\_\_

Tipo de carácter: \_\_\_ Autopercepción: Optimista \_\_\_\_\_ Pesimista \_\_\_\_\_

Realista \_\_\_\_\_ Introverso \_\_\_\_\_ Extroverso \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene dificultad para? Comprender No, Si. Aprender No, Si. Concentrarse: No, Si.

Lectoescritura: No, Si. ¿Cómo es la comunicación con su familia?

\_\_\_\_\_  
-

### Explore:

(Características del lenguaje verbal, modelos de expresión, costumbres, cambios de expresión verbal, humor, apoyos como aparatos auditivos etc. y estado de conciencia).

\_\_\_\_\_  
-

Observación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 11. Creencias y sus valores

¿Qué es importante para usted, en la vida? \_\_\_\_\_ ¿Además de ese valor que otras cosas son importantes? ¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas?: Ejemplos en casos de desastre \_\_\_\_\_ ¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella? \_\_\_\_\_ ¿Sus creencias sobre la vida o su religión que le ayudan a enfrentar problemas? \_\_\_\_\_

### Explore datos subjetivos:

Observar coherencia entre lo que la persona dice, lo que realmente hace. Ejemplo:

- a) Lee con frecuencia
- b) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros
- c) Prácticas de oración y rezos
- d) Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo
- e) Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias
- f) Solicita la presencia de: Sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual.

Describe:

---



---

## 12. Trabajar y realización

¿Qué actividades realiza diferentes a su trabajo? \_\_\_\_\_ ¿Tiene alguna ocupación no remunerada? No, Si. ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Tiene alguna capacidad diferente o limitación? No, Si. ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Necesita algún cuidado especial? No, Si. ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Su limitación es temporal? No, Si. ¿Puede trabajar? No, Si. ¿Considera usted que tiene algún tipo de dependencia? No, Sí. ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿A qué atribuye usted la dependencia? \_\_\_\_\_ ¿Esto afecta su estado emocional? \_\_\_\_\_ ¿Tiene dificultad para integrarse socialmente? (familia, amistades, compañeros o grupos y comunidad) \_\_\_\_\_ ¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? No, Si. ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente? No Si. ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? \_\_\_\_\_ ¿A que lo atribuye? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles son sus metas de vida?

---

**Explore:** (actitud)

---

Observaciones \_\_\_\_\_



### 13. Recreación

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse? Nunca \_\_\_\_\_ Pocas veces \_\_\_\_ Casi siempre \_\_\_\_\_ Siempre \_\_\_\_\_ ¿A qué atribuye Usted este estado de ánimo? \_\_\_\_\_ ¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar usted para divertirse? Cine \_\_\_\_ teatro\_\_ Lectura\_\_\_\_ TV\_\_Música\_\_ Baile\_\_ Fiesta\_\_\_\_ Reuniones con amistades y familiares\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia tiene usted cambios bruscos de su estado de ánimo y fácilmente pasa de la risa al enojo o llanto? Nunca \_\_\_\_\_ Pocas veces \_\_\_\_\_ Casi siempre \_\_\_\_\_ Siempre \_\_\_\_ ¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? No, Si. ¿Qué medicamento le indicaron? \_\_\_\_\_ ¿Su estado de ánimo influye para realizar alguna actividad recreativa? No, Sí Especifique \_\_\_\_\_

Observación:

---

### 14. Aprendizaje

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? No , Sí.¿Por qué? \_\_\_\_\_ ¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender? Muy Baja \_\_\_\_\_ Me cuesta trabajo pero sí aprendo \_\_\_\_ Regular\_\_\_\_ Casi no me cuesta trabajo \_\_\_\_ No me cuesta ningún trabajo\_\_ ¿De qué fuente adquiere conocimientos? Lectura otras personas \_\_\_\_\_ Televisión\_\_\_\_ Radio\_\_\_\_ Cursos\_\_\_\_ Conferencias\_\_ Otros\_\_\_\_ ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? No, Si. ¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud ) No, Si.

#### Explore:

(Expresión del deseo de aprender, manifestación del interés de aprender, estado de receptividad)

---

---

Observación: \_\_\_\_\_