



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



***PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A  
MASCULINO JOVEN CON ALTERACIÓN EN LA  
MOVILIDAD Y COMUNICACIÓN CON LA  
PERSPECTIVA DE VIRGINIA HENDERSON.***

---

Que para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

VERGARA SAUCEDO AMPARO MONTSERRAT.

No. de cuenta: 308300602

DIRECTOR DE TRABAJO.

LIC. MARIA DEL CONSUELO DE LOS REYES GARCIA



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.

# INDICE

AGRADECIMIENTO .....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
JUSTIFICACIÓN .....	5
OBJETIVOS .....	6
GENERAL.....	6
ESPECÍFICOS.....	6
MARCO TEÓRICO. ....	7
ORIGENES DE LA PRÁCTICA DEL CUIDADO.....	7
ANTECEDENTES DEL CUIDADO ENFERMERO.....	9
ASPECTOS GENERALES DEL PAE.....	13
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.....	13
VIRGINIA HENDERSON. ....	18
ASPECTOS RELEVANTES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON. ....	19
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO AL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON....	26
METODOLOGÍA.....	33
VALORACION INICIAL .....	34
LABORATORIOS.....	36
INDICACIONES MÉDICAS .....	37
CASO CLÍNICO Y VALORACION DE ENFEREMERIA .....	37
ANALISIS DE LA INFORMACION .....	39
ANÁLISIS DE NECESIDADES ALTERADAS.....	41
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	43
PLAN DE CUIDADOS .....	44
PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA.....	52
CONCLUSIÓN.....	53
SUGERENCIAS.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	54
ANEXOS .....	56
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN .....	64
ESTUDIOS DE LABORATORIO .....	71
ESCALAS.....	72

“La función de la Enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario para hacerlo y lo hace facilitando la independencia del individuo”.

V. Henderson.

## AGRADECIMIENTO

Lo difícil no es iniciar algo sino terminarlo, hoy al estar aquí y mirar atrás el camino recorrido quiero decirles que me siento satisfecha y orgullosa de la carrera que escogí, parece poco creíble que hace unos cuantos años esto apenas comenzaba y no le veía fin, la verdad es que no lo tiene, es algo que llevaré conmigo siempre y que seguiré forjando día a día.

Pero en este recorrido no estuve sola, es por eso que si tuviera que nombrar a todos los que pusieron algo en mi camino para que yo llegara a este punto no podría hacerlo, porque ha sido un trayecto muy largo, en el cual he tenido muchas experiencias. Todo lo bueno y malo que me brindaron me ha traído aquí, sin embargo son las personas que amo las más importantes en este momento, así como la esencia de los que ya no están o no pueden estar presentes pero que están en mi corazón, dentro de mis recuerdos y que sin saberlo me sostuvieron de alguna forma cuando yo quería caer.

Agradezco a mi mamá y a mi papá por el apoyo que de diversas formas me otorgaron en todos los años de vida y de escuela que hemos compartido, a pesar de las adversidades que se han presentado.

A mi Hermano por las palabras de aliento que me hacían seguir adelante y todos los momentos que desde niños compartimos.

A mi abuelita que aunque ya no está, siempre la llevo en mi corazón y me inspira a dar lo mejor de mí y brindar los mejores cuidados como cuando estábamos juntas.

A mi familia por inspirarme a ser enfermera.

A mis amigos por creer en mí, confiar, motivarme a seguir, escucharme y apoyarme.

A mis maestras, quienes no solo compartieron conocimientos sino experiencias con las que enriquecían el aprendizaje y especialmente a mi Tutora Consuelo quien en la enseñanza nos inspiraba a no perder el lado humano.

Han sido las personas más importantes para mí, por estar conmigo y formar parte de mi camino, GRACIAS.

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día la enfermería, o también llamada por Florence Nightingale “el arte de cuidar enfermos”, es un trabajo complejo de efectuar, en el que se demuestra una gran cantidad de conocimientos científicos y valores humanos que nos permite dar un enfoque filosófico al cuidado enfermero. Donde a través de estos cuidados dejamos un poco de nosotros en cada paciente que atendemos a la vez que ellos dejan en nuestra persona nuevas experiencias útiles para nuestro desarrollo profesional.

Esta vocación humanista enfocada a cuidar nos permite cuidar al individuo sano o enfermo basándonos en alguno de los diferentes modelos de atención que existen actualmente, (en este trabajo se aplicó el modelo de V. Henderson). Logrando mejorar la salud del individuo con la esperanza de potencializar su salud.

No debemos olvidar que una característica de la enfermería es el observar con cautela el estado y el avance físico y psicosomático de las personas para brindar el mejor cuidado posible, enfocándonos en las necesidades alteradas que puedan experimentar aplicando lo que a lo largo de nuestro desarrollo profesional hemos aprendido. Al proporcionar los cuidados adecuados y estar seguros de nuestro desempeño tendremos un rendimiento que fructificara en la salud del paciente y en nuestro futuro profesional.

En el proceso de atención de enfermería (PAE) podemos integrar un conjunto de actividades con la finalidad de lograr que el individuo recobre su independencia y esto lo haremos mediante la valoración que nos ayudara a formar diagnósticos una vez analizada la información obtenida de este modo podremos planificar y ejecutar una serie de cuidados para finalmente evaluar la mejoría del paciente.

El siguiente trabajo contiene los aspectos teóricos que sustentan el método enfermero y los aspectos teóricos del modelo de Virginia Henderson, la valoración del paciente y el desarrollo del cuidado de enfermería que se le proporciono a un adulto joven con alteración de la movilidad. Plasmando en este documento los cuidados que se le brindaron en el servicio de Cirugía Plástica del HGM Dr. Eduardo Liceaga.

## JUSTIFICACIÓN

El ejercicio de la enfermería desde sus inicios se enfoca en brindar un cuidado integral a la persona. Con ayuda de diferentes métodos, a través del tiempo se ha hecho posible llevar a cabo un proceso de atención de enfermería.

La enfermería se ha caracterizado por cuidar a las personas, es por ello que siempre debemos ver al paciente dentro de sus tres esferas y tratarlo de una manera holística.

En México la cifra de accidentes en vehículos en movimiento está en los primeros lugares de morbi mortalidad, Las motocicletas que circulan por las calles va en aumento, y así mismo el número de accidentes relacionados con el uso de este vehículo.

Por lo anterior es importante hacer hincapié en las nuevas generaciones sobre el cuidado que requiere el uso de este medio de transporte, por la falta de educación vial que existe en la Ciudad de México.

Se ha olvidado la orientación a los adultos jóvenes sobre cómo cuidar su salud para en un futuro evitar padecimientos que afecten su calidad de vida. A consecuencia de esto y al encontrar en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva 104 C del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga un paciente con Diagnostico medico de **colgajo de muslo derecho + injerto muslo izquierdo por área cruenta en dorso pie derecho**, se entablo una conversación con el paciente dándole a conocer los beneficios que podría obtener al realizar con él, un Proceso de Atención de Enfermería, donde se permitirá mostrar los cuidados que se le brindaron para la recuperación de su salud, al mismo tiempo que se utilizara para presentar el caso y obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

- ❖ Realizar un proceso de atención de enfermería con el modelo conceptual de Virginia Henderson a un paciente con alteración en la movilidad y comunicación. Para aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación académica de licenciado en Enfermería y Obstetricia.

### **ESPECÍFICOS**

- ❖ Valorar las 14 necesidades del paciente para identificar alteraciones, factores de riesgo y necesidades que presenta el paciente
- ❖ Realizar diagnósticos de enfermería para las alteraciones que se encuentren en las necesidades del paciente
- ❖ Elaborar un plan de cuidados específicos para la recuperación de las necesidades alteradas.
- ❖ Promover el autocuidado del paciente mediante la enseñanza de sus cuidados
- ❖ Elaborar un plan de alta para atender las necesidades afectadas en el paciente ayudando a su recuperación y buen mantenimiento



## **MARCO TEÓRICO.**

### **ORIGENES DE LA PRÁCTICA DEL CUIDADO.**

Desde épocas primitivas podemos decir que el acto de cuidar está presente, en este contexto debemos buscar el origen de las practicas del cuidado en las actividades de alimentación y de conservación del grupo, relacionadas esencialmente con los aspectos de supervivencia en los que se desarrollaba la vida de los primeros hombres, y enmarcadas dentro del concepto de ayuda que existía dentro de las sociedades primitivas.

Las diferencias biológicas son las que determinarían la participación y el reparto de las actividades en estas comunidades prehistóricas relacionando así la actividad de cuidar a la biológica femenina basándose en la fecundidad de esta forma las primeras actividades femeninas serían:

- El mantenimiento del fuego y sus secretos en cuanto a la preparación de alimentos “calor”
- Prácticas para procurar bienestar y alivio.
- El cuidado de las gestantes, de los partos y de la prole a través de la observación y el aprendizaje del comportamiento que perpetuó la continuidad de la especie.
- La recolección de vegetales que implica la selección de alimentos y la obtención de conocimientos relacionados con sus propiedades así como su repercusión en las prácticas de cuidados.

Así se va adecuando mediante la praxis de las tareas asignadas los cuidados de supervivencia proporcionados por las mujeres en las primeras comunidades.

A lo largo de la historia en las investigaciones hechas se han encontrado figuraciones humanas en las que llama la atención la valorización de la mujer, ya que aparece como iconográfico relacionado a la conservación de la especie, como representación de un ideal estético, imágenes de fecundidad y en otras ocasiones como magas y sacerdotisas, haciéndonos pensar con estos hechos el poder y el papel que las mujeres tenían en el seno de las sociedades prehistóricas.

Así podemos afirmar que la “mujer- madre” le corresponde por imperativos biológicos que la sitúen en el papel de “cuidadora intuitiva” a través de sus “recetas misteriosas” proporcionando el conocimiento a siguientes generaciones ocultando al hombre esos secretos.

Entonces el origen de la “práctica cuidadora” debemos situarlo en la observación directa de los animales; ya que estos realizan ciertas acciones significativas para su bienestar como lamerse las heridas o ingerir hojas con efectos eméticos y purgantes.

Este hecho fue generando un amplio conocimiento y las plantas fueron constituyendo la base de todas las prácticas, tanto curativas como cuidadoras, mejorando la actividad desempeñada por las mujeres.

Entre los siglos XV Y XX la historia ha recopilado lo que las civilizaciones guardaban sobre las practicas relacionadas con el cuidado en papiros como una fuente marcadas en de los conocimientos de esa época.

Evidentemente estas fuentes sugieren la existencia de libros más antiguos. Tampoco debemos olvidar que los cuidados estaban ambientados en el mundo mágico-religioso, circunscrito al ámbito de lo privado y lejos de las prescripciones racionales.

En Egipto existía una *cultura del cuidado* que a nuestro juicio, hubiera garantizado su desarrollo racional y su valor social, si este no hubiese estado condicionado por las relaciones de servidumbre y de género de las personas que tradicionalmente la practicaban.

Se tenía una amplia gama de costumbres como la actitud que se debía tener hacia los niños, basada en extremos de ternura y resaltando el papel de la nodriza, así como los cuidados relacionados con la gestación, el parto y la crianza.

El papel de la mujer en la Grecia antigua se reducía al hogar, ya que no podía iniciarse en los misterios de las artes.

Fue un arte aprendido en condiciones sociales de desventaja. No fue posible introducir los cuidados bajo la óptica de la filosofía natural, ya que quienes los practicaban eran considerados, en el caso de las mujeres, jurídicamente menores y sin posibilidad de desarrollo intelectual y, en caso de los esclavos y siervos, como objetos sobre los que se tenía la propiedad.

Esta situación socio-cultural hizo aún más difícil que nos quedara testimonio escrito por mujeres, lo que obstaculiza el estudio de “los cuidados de enfermería” aprendidos y desarrollados por ellas y por los esclavos.

En la Roma pagana, los “nosocomi” o subalternos, actuaban como enfermeros en la “valentudinarias”, hospitales situados en el campo de batalla. Estos nosocomi daban lugar a otras formas de ejercicio distintas a las propias de las mujeres, ya que los cuidados que proporcionaban estaban relacionados con la fuerza física y con las situaciones de enfrentamiento bélico.<sup>1</sup>

El nacimiento de la actividad de los cuidados humanos nos remite, en el contexto científico, a una idea mágico-religiosa, lejos de una intención propedéutica de sistematizar y organizar los fenómenos que los configuraban.

## **ANTECEDENTES DEL CUIDADO ENFERMERO.**

Existe un pasaje de Aristóteles en el que sugiere el fatal divorcio griego entre la práctica y la teoría, donde descubrimos pruebas evidentes del prejuicio que supuso a la mentalidad griega para el progreso y desarrollo de la idea de ciencia en enfermería.

De esta manera, la influencia de las conceptualizaciones mágico-religiosas primero, y los enfoques lógico-rationales aristotélicos, que se sumaron después, impidieron que el cúmulo de conocimientos técnico-prácticos heredados de las sociedades primitivas y de viejas civilizaciones, entre los que se encontraban las Actividades de los Cuidados Humanos, enfocadas a cubrir las necesidades básicas del hombre, pudieran desarrollarse plenamente y traducirse en interpretaciones

---

<sup>1</sup> Historia de la enfermería. Cap 2. LOS ORIGENES DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA.

racionales de lo natural, porque la “esfera de la naturaleza” ya estaba ocupada por una laboriosa mitología que custodiaban corporaciones de sacerdotes.

El cristianismo institucionaliza, por la naturaleza, los Cuidados de Enfermería a través de la caridad, la humildad y el concepto de salvación del alma mediante buenas obras.<sup>2</sup>

Como consecuencia de esta orientación la idea de enfermería se ve nuevamente enmarcada en una concepción humilde y modesta en cuanto a la transmisión y elaboración de conocimientos relativos al “saber” y al “que hacer” enfermero, relegándolos a un sistema de transmisión oral y no estructurado ya que su fin último no será la propedéutica de una incipiente disciplina, sino que tan solo será una actividad enmarcada y definida desde las connotaciones evangélicas de las obras buenas.

La idea de ciencia en enfermería delata la importancia de los cuidados humanos tanto en la conformación del mantenimiento de la vida y la especie, como en el alivio de los padecimientos, contrastando en cierto sentido, con la escasa atención que hasta época muy reciente se ha prestado al análisis científico de los fenómenos que los integran.

En líneas generales se puede afirmar que el corpus doctrinal de los cuidados de enfermería alcanza su forma genuina y definitiva a partir de la edad media y hasta el siglo XIX es entonces, en suma, cuando se inicia la profesionalización de la enfermería como resultado de un saber latente, producto histórico –antropológico y social, resultado a su vez de un contexto político-social específicamente anglosajón. Con posterioridad, será el desarrollo de la filosofía y la ciencia la que procurará el inicio de una idea de ciencia en la enfermería con la intención propedéutica de construir en principio su propia definición.

Hasta ahora las corrientes teoréticas de la enfermería actual se han de entender como modelos teóricos potenciales, que han sido adaptados de teorías generales

---

<sup>2</sup> L.Prunel. *L'Eglise et les pauvres, Dictionnaire Apologetique de la Foi Catholique, XVIII. Paris 1922, págs. 1655-1735, así mismo Guglielmi, Marginalidad en la Edad Media, pág. 47*

de otras disciplinas para explicar los fenómenos de la realidad objeto de estudio en enfermería, desde sus diferentes orientaciones.

Fue necesario, pues, un nuevo concepto de la actividad económica y del trabajo humano, como tareas libres y dignificadas, para que se produjera un desbloqueo efectivo entre los saberes prácticos inmediatos y el de los saberes teóricos generales. Es entonces, en suma, cuando se inicia la profesionalización de la Enfermería como resultado de un saber latente, producto histórico-antropológico y social, resultado a su vez de un contexto político-social específicamente anglosajón.<sup>3</sup>

La visión de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar (del latín *coidar*).

Cuidar: Es un acto de vida, en el sentido que representa una variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, permitiendo que esta se reproduzca sin olvidar el proceso de vida y muerte.

Los cuidados de enfermería, por lo tanto, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

Para Virginia Henderson los cuidados básicos son un conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional razonado y, dirigidas a satisfacer las necesidades de la persona, para que alcance su independencia o supliendo su autonomía. El objetivo de los cuidados es ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades, siendo el papel de la enfermera suplir la autonomía de la persona o ayudarle a lograr la independencia.

---

<sup>3</sup> FUNDAMENTOS DE LA ENFERMERIA: TEORIA Y METODO. LA IDEA DE CIENCIA EN ENFERMERIA.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano".

Relación transpersonal de cuidado: para comprender dicho proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son:

-Transpersonal: ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente

-Cuidado transpersonal: intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.

La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud.

## **ASPECTOS GENERALES DEL PAE.**

En un principio, el ejercicio de la enfermería abarcaba numerosos papeles. El profesional de enfermería se centraba en las medidas de consuelo y en el mantenimiento de un entorno higiénico, desempeñar los papeles del farmacéutico, dietista, fisioterapeuta y asistente social formaban parte de la práctica de la enfermería.<sup>4</sup> Además de realizar actividades médico delegadas.

Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso; sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la fase de diagnóstico, dando lugar a un proceso de cinco fases.<sup>5</sup> Éste como instrumento, herramienta o método para la práctica, ha sido el modelo predominante en la clínica en enfermería desde hace veinticinco años y es uno de los temas por considerar en el análisis de teorías y modelos teóricos de enfermería.<sup>6</sup>

## **PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.**

Un proceso es una serie de actuaciones planificadas u operaciones dirigidas hacia un resultado en particular. El término PAE es relativamente nuevo, ya que fue Hall su creador en el año de 1955.

---

<sup>4</sup> Iyer PW, et al. *Proceso y diagnóstico de enfermería*. 3 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1997.

<sup>5</sup> Alfaro LR. *Aplicación del Proceso de Enfermería*. En: Díaz Zamora W, Nieto Galvis C. *Utilización del proceso de enfermería en el ejercicio clínico profesional en seis instituciones prestadoras de servicios de salud en Santafé de Bogotá*. 2 ed. Barcelona: Doyma Editores; 1996

<sup>6</sup> Orrego Silvia. *Métodos de trabajo en el quehacer del profesional de enfermería: reflexiones acerca del proceso*. Inves Educ Enf. Medellín; 1999.

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

El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ES:

- Sistemático. Como el método de solución de problemas, consta de cinco fases que son: *valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación* en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para obtener los resultados esperados.
- Dinámico. A medida que adquiera más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre las distintas fases del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final. Por ejemplo, las enfermeras principiantes con frecuencia necesitan valorar metódicamente a un usuario antes de llegar a formular un diagnóstico, mientras que las enfermeras expertas con frecuencia sospechan de inmediato la presencia de un determinado diagnóstico y luego valoran más estrechamente a la persona para determinar si es correcto o no.
- Humanístico. Porque los cuidados se planifican y se ejecutan teniendo en cuenta las necesidades, intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad. Como enfermeras debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu, ver el ser humano de una manera holística. Nos esforzaremos por comprender los problemas de salud de cada individuo y el correspondiente impacto del mismo en la percepción de bienestar de la persona y en su capacidad para las actividades de la vida diaria<sup>7</sup>. Centrado en

---

<sup>7</sup> Alfaro Lefevre R. *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. 5 ed. Barcelona: Elsevier doyma, S.L; 2003. p. 4



los objetivos (resultados). Las fases del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente. Los requerimientos más específicos de documentación proporcionan los datos clave que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas en situación similar<sup>8</sup>.

Para desarrollar el PAE deben participar al menos dos personas, el cliente y la enfermera. Si el cliente es incapaz de tomar parte en la planificación y en el proceso de decisión, se le puede preguntar a un miembro de la familia, que participe en bien del cliente. La enferma requiere capacidades técnicas, intelectuales y de relación para utilizar el PAE. Las capacidades de relación incluyen comunicación, escucha, expresión de interés, comprensión, conocimientos e información, desarrollando confianza y obteniendo datos, de manera que respete la individualidad del cliente, promocióne la integridad de la familia y contribuya a la auto eficiencia de la comunidad.

Al aplicar el proceso, las enfermeras (os) emplean el pensamiento crítico, logran satisfacción profesional, brindan una atención holística e individualizada y comprometen a los usuarios en el cuidado de la salud (Rodríguez 1998).

El proceso del enfermero (a) consta de cinco etapas:

1. Valoración del paciente
2. Diagnóstico
3. Planeación
4. Ejecución
5. Evaluación del cuidado

Se comparan con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

---

<sup>8</sup> *Leininger M. La Enfermería Transcultural: conceptos, teorías y prácticas. Greyden; 1994. 532 p.*

### **Etapa de Valoración del Paciente.**

Consiste en recolectar la información sobre el enfermo y su estado de salud, así como de la familia y comunidad. “La valoración debe aportar datos correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas, por lo que requiere del empleo de un modelo o teoría de enfermería” (Rodríguez 1998). Los pasos para realizar la valoración son: Recolección, validación, organización y comunicación de los datos. Es un proceso continuo que debe llevarse a cabo durante todas las actividades que la enfermera (o) hace para y con el paciente.

### **Etapa de Diagnóstico.**

El sistema más utilizado actualmente para realizar los diagnósticos de enfermería es el de las categorías diagnósticas de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), para aquellos problemas de salud que se encuentran dentro del campo específico de enfermería. “Es importante diferenciar un diagnóstico de enfermería de un problema interdependiente, ambos son problemas de salud, pero los diagnósticos de enfermería únicamente hacen referencia a situaciones en que la enfermera (o) puede actuar en forma independiente” (Rodríguez 1998). Para la NANDA, el diagnóstico de enfermería es un “juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas reales o potenciales de salud o procesos de vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la elección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por lo que es responsable”. Se trata entonces de la identificación de un problema de salud, susceptible de prevenirse, mejorarse o resolverse con el cuidado de enfermería.

### **Etapa de Planeación.**

Es la tercera etapa del proceso que da inicio después de formular los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes. Durante esta etapa se elaboran planes de cuidados que integran: El problema de salud (diagnóstico de enfermería o problema interdependiente), objetivos, acciones de enfermería independiente e interdependiente y evolución. “Es requisito, durante la etapa de planeación, definir

la prioridad para decidir qué problemas de salud se deben atender primero por poner en peligro la vida del usuario, y posteriormente establecer objetivos centrados en su familia y comunidad para dar solución al problema, así como acciones de enfermería que traten la etiología del problema de salud” (Rodríguez 1998).

### **Etapa de Ejecución.**

Es la fase de las acciones en el proceso de enfermería. Durante esta etapa se identifica la respuesta del paciente y de la familia a las atenciones de enfermería. Se debe conceder prioridad a la ayuda que se presta al paciente para que adquiera independencia y confianza en atender sus propias necesidades. Las recomendaciones al salir del hospital son parte importante de las intervenciones de enfermería. Desde la etapa de valoración se debe obtener la información relativa a la forma de ayudar al paciente para que sea lo más autosuficiente posible, dentro de los límites ambientales, físicos y emocionales del momento que vive. Algunos individuos requieren de mayor información que otros y la respuesta a los diferentes métodos educativos es distinta. Es facultad de la enfermera (o) identificar las necesidades de cada persona y proporcionar la información adecuada para llenar estos vacíos de conocimientos significativos.

### **Etapa de Evaluación del Cuidado.**

Esta etapa del proceso de enfermería, debe estar presente durante la ejecución del cuidado, por lo tanto, es un proceso continuo que se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera (o) valora la efectividad de las actuaciones de enfermería. El proceso de evaluación tiene dos etapas: 1. La recolección de los datos sobre el estado de salud del paciente. 2. La comparación de los datos recogidos con los resultados esperados y el juicio sobre la evaluación del paciente hacia la consecución de los resultados esperados<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> [http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/2\\_2.htm](http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/2_2.htm) citado: 17 Agosto 2016. 7:22

## **VIRGINIA HENDERSON.**

Virginia Henderson nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City, Missouri. Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher College revisó la cuarta edición del Textbook of Principles and Practice of Nursing, de Bertha Hamer, después de la muerte de ésta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson.

Henderson fue la autora y coautora de otros trabajos importantes.

### **Fuentes teóricas**

En The Nature of nursing identifica las fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería. Entre estas influencias se encuentra:

**ANNIE W. GOODRICH:** Era decana de la Army School of nursing, donde Henderson adquirió su educación básica en enfermería, fue su gran inspiradora.

**CAROLINE STACKPOLE:** Fue profesora de fisiología en el Teachers College de la Universidad de Columbia cuando Henderson era estudiante. Inculcó en Henderson la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

JEAN BROADHURST: Fue profesora de microbiología en el Teachers College. La importancia de la higiene y la asepsia hicieron mella en Henderson.<sup>10</sup>

## **ASPECTOS RELEVANTES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. La aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que viva el cliente. Sin embargo, para llegar a planificar los cuidados a partir del concepto de cuidados de enfermería de Virginia Henderson, hay que profundizar en los conceptos claves de este modelo. La definición del rol fundamental de la enfermera elaborado por esta autora, permite precisar los principales conceptos del modelo, dado que esta definición refleja de forma clara, precisa y completa, el pensamiento de esta enfermera.

Definición del Rol de la enfermera según Virginia Henderson:

El rol fundamental de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que pueda cumplir las tareas que realizaría él solo si tuviera la fuerza, la voluntad o poseyera los conocimientos deseados, y cumplir con sus funciones, de forma que le ayudemos a reconquistar su independencia lo más rápidamente posible.

### **Postulados, valores, conceptos.**

#### **a) Postulados.**

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades

---

*10 Virginia Henderson. [Internet]. [acceso 19 mar.2009]. Disponible en: <http://www.ulpgc.es/descargadirecta.php>*

fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

\* Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

\* 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.

\* Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.

\* Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

\* Fuente de dificultad: 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.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

#### **b) Valores.**

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson. Donde también afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar. La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

**c) Conceptos.** Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

- \* **Objetivos**: Conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades.
- \* **Cliente/paciente**: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial:

1. Necesidad de respirar.
2. Necesidad de beber y comer.
3. Necesidad de eliminar.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de dormir y descansar.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
9. Necesidad de evitar los peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad según sus creencias y sus valores.
12. Necesidad de ocuparse para realizarse.
13. Necesidad de recrearse.
14. Necesidad de aprender



La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

\* Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él, aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

\* Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente: falta de fuerza, de voluntad y conocimientos.

\* Intervenciones: El centro de intervención es la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el paciente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

\* Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del paciente en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

“Establecer una relación significativa con el cliente ayudándolo a vivir una situación difícil”.

A continuación, se expondrán los cuatro elementos del metaparadigma.

## **METAPARADIGMA**

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes.

### **a) Salud.**

Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida.

La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.

Requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

### **b) El Entorno.**

Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición del Websters New Collegiate Dictionary 1961).

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

### **c) Persona.**

Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia conforman una unidad.

### **d) Enfermería.**

Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

## **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO AL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

En el sentido filosófico del término, el método, ligado al dominio específico de la enfermería, en la actualidad es el Proceso de Enfermería, que comporta fines particulares y una forma de proceder que le es propia.

El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Existen otras teorías, todas ellas mantienen como constantes la conservación y el progreso de salud de la persona, mediante acciones organizadas. Es decir, conseguir la calidad en los cuidados y la calidad de vida.

### **Fases del proceso de enfermería**

Las fases constituyen las etapas de actuación concretas que tienen carácter operativo. El Proceso de Enfermería es un todo cíclico, dinámico e inseparable, pero estructurado en secuencias lógicas. Tal y como en el presente está concebido el Proceso de Enfermería, se distinguen cinco etapas:

1. Valoración: Esta fase incluye la recopilación de datos de la persona, sus necesidades y problemas y las respuestas humanas, limitaciones, incapacidades, etc., que se producen ante ellos. También incluye la validación y la organización de los datos.
2. Diagnóstico: En esta etapa se produce la identificación de los Diagnósticos de enfermería y de los problemas interdependientes .
3. Planificación: Es la etapa en la que se elabora el plan de cuidados adecuado con base en los diagnósticos de enfermería.
4. Ejecución: Es la etapa de puesta en práctica del plan de cuidados.

5. Evaluación: Las actividades de esta fase determinan el progreso del paciente hacia los objetivos. Actúa como mecanismo de retroalimentación y de control para todo el proceso. La evaluación posibilita el movimiento en el ciclo completo del proceso y da idea de globalidad.

## **VALORACIÓN**

Es el punto de partida del Proceso de Enfermería. Es la base de todas las fases siguientes, lo que la convierte en el banco de datos imprescindible para tomar decisiones. Su objetivo es recoger datos sobre el estado de salud del paciente, estos datos han de ser confirmados y organizados antes de identificar los problemas clínicos y/o diagnósticos de enfermería.

La valoración incluye diferentes acciones: obtención de la información, su interpretación y posterior organización de toda la información obtenida.

### **1. Obtención de la información.**

En la fase de valoración, la enfermera evalúa a los pacientes a partir de cada uno de los 14 componentes de los cuidados básicos de Enfermería. Para recoger la información, la enfermera utiliza la observación, el olfato, el tacto y el oído. Para completar la fase de valoración, la enfermera debe analizar los datos reunidos. Esto requiere conocimientos sobre lo que es normal en la salud y en la enfermedad.

Según Virginia Henderson la enfermera y el paciente idean juntos el plan de cuidados.

La enfermera debe ser capaz no sólo de valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran.

## **DIAGNÓSTICO**

Para Virginia Henderson un diagnóstico de enfermería es un problema de dependencia que tiene una causa que las enfermeras pueden tratar para conseguir aunque sea una milésima de independencia.

Una enfermera puede diagnosticar o emitir un dictamen sobre las necesidades alteradas que tienen las personas a las que atiende.

El diagnóstico comprende varias acciones:

Análisis de datos, identificación de los problemas de enfermería, formulación de diagnósticos de enfermería, identificación de los problemas interdependientes.

\* Análisis de datos.

\* A partir de estas manifestaciones de dependencia se propone el diagnóstico de enfermería.

\* Valorar como incide el problema en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales.

## **PLANIFICACIÓN**

Henderson, en la fase de planificación sugiere, que el plan de cuidados debe responder a las necesidades de la persona, actualizarlo periódicamente de acuerdo a los cambios, utilizarlo como un historial y asegurarse de que se adapta al plan prescrito por el médico. En su opinión un buen plan integra el trabajo de todos los miembros del equipo de salud. En esta etapa hay que pensar por adelantado lo que vamos a hacer.

\* Fijación de prioridades.

"En la etapa diagnóstica puede detectarse en la persona más de un problema para intervenir que no siempre es posible abordarlos todos a la vez, entonces será

necesario dar prioridad a alguno (os). Para facilitar esta tarea, se pueden aplicar algunos criterios como:" <sup>11</sup>

- Problemas que amenacen la vida de la persona.
- Problemas que para la persona/familia sean prioritarios porque pueden impedir la atención de problemas más urgentes que no son percibidos como tales.
- "Problemas que coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas"
- "Problemas que por tener una misma causa pueden abordarse conjuntamente, optimizando la utilización de los recursos y aumentando la eficiencia enfermera"
- Problemas que tienen una solución sencilla y su solución sirve de base para resolver otros más complejos.

Consiste en colocar el orden en el que vamos a resolver el problema, esto se hará según:

- Amenaza de muerte.
- La persona (cliente).

El impacto del problema (el que más influye en las 14 necesidades).

\* Establecimiento de los objetivos.

Estos pueden ser a corto o a largo plazo siempre que se pueda deberán concertarse con el paciente.

La enfermera y el paciente siempre están luchando por la consecución de un objetivo, ya sea la independencia o la muerte pacífica. Una meta de la enfermera

---

<sup>11</sup> 2. Luis MT, Fernández M, Navarro M. *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. 2 ed. Barcelona: Masson; 2003. pag. 8-9

debe ser lograr que la cotidianidad del paciente transcurra dentro de la normalidad posible. El fomento de la salud es otro objetivo importante para la enfermera.

\* Determinación de las actividades de enfermería.

Las actividades surgen de la causa que genera esas manifestaciones de dependencia.

Los modos de intervención o suplencia son clave para las actividades de los diagnósticos de enfermería.

Estos pueden ser:

- Realizar una actividad por él: sustituir, reemplazar.
- Ayudarlo a realizar la actividad: completar.
- Enseñarlo a realizar la actividad: asesorar.
- Supervisar la actividad: reforzar.

## **EJECUCIÓN**

En la fase de ejecución, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o para conseguir una muerte pacífica. Las intervenciones son individualizadas según los principios fisiológicos, la edad, los antecedentes culturales, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales.

Aunque toda la documentación se realiza en las fases anteriores del proceso, adquiere un valor fundamental en la ejecución; quizás ello sea debido a un principio jurídico muy extendido y de aplicabilidad a nuestro contexto asistencial: lo no escrito no forma parte de la realidad.



## EVALUACIÓN

Una vez ejecutado el plan de cuidados, la etapa siguiente es la evaluación; por tanto, es la etapa final del proceso de enfermería.

Según Henderson se evaluará al paciente según el grado de capacidad de actuación independiente.

En esta fase la enfermera, al final del Proceso de Enfermería, compara el estado de salud del paciente con los resultados definidos en el plan de atención.

Según Henderson los objetivos se han conseguido, si se ha mejorado aunque sea una milésima de independencia, si se ha recuperado la independencia o el paciente recibe una muerte apacible.

En resumen:

1. Valoración. Recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal de riesgo que pueden generar problemas de salud .
2. Diagnóstico (identificación de los problemas). Analizar los datos e identificar los problemas reales y potenciales, que constituyen la base del plan de cuidados.
3. Planificación. Aquí hay que realizar cuatro cosas clave, que son:
  - Determinar las prioridades inmediatas. ¿Qué problemas requieren una atención inmediata? ¿Cuáles pueden esperar? ¿En cuáles debe centrarse la enfermera? Cuáles puede delegar o referir a otros? ¿Cuáles requieren un enfoque multidisciplinar?
  - Fijar los objetivos (resultados) esperados. Exactamente, ¿Cómo se beneficiará la persona de los cuidados enfermeros? ¿Qué podrá hacer el usuario y cuándo?

- Determinar las intervenciones. ¿Qué intervenciones, acciones enfermeras, prescribirá para prevenir o tratar los problemas y lograr los objetivos?
  - Anotar o individualizar el plan de cuidados. ¿Escribirá su propio plan o adaptará un plan estándar o computarizado para responder a la situación específica del usuario?
4. Ejecución. Puesta en práctica del plan –pero no solo actuar-. Piense y reflexione sobre lo que está haciendo.
  5. Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Continúe con su planeación o modifíquela si es necesario<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Programa Integración de Tecnología a la Docencia Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia 2012 Disponible en:  
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971>

## METODOLOGÍA.

El Proceso de atención de Enfermería “PAE” aplicado a masculino joven con alteración en la movilidad y comunicación con la perspectiva de Virginia Henderson se realizó durante el periodo de servicio social 2015- 2016 en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se eligió a un paciente masculino EVBI de 24 años de edad en el servicio de Cirugía Plástica reconstructiva 104 –C quien se encontraba con el diagnóstico de **área cruenta en dorso de pie derecho.**

Se le explico sobre el Plan de cuidados que realiza el personal de enfermería cuando se elabora un Proceso de atención de enfermería y solicitando consentimiento verbal, recurriendo a los aspectos éticos y legales en el manejo y uso de la información.

El paciente después de escuchar la explicación accedió al interrogado; se aplicó el cuestionario de valoración realizando exploración y se revisó el expediente médico para obtener mayor información.

Con la información obtenida se siguieron los pasos del PAE para lograr distinguir las necesidades mayormente alteradas y poder “valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar” dando como resultado los cuidados de enfermería que se le darían al paciente.

## **VALORACION INICIAL**

Se hace la valoración por parte de enfermería en la unidad 104 CPyR deL HGM Dr Eduardo Liceaga.

Paciente masculino de 24 años de edad EIVB quien se encuentra consciente y orientado en sus tres esferas, cooperador en posición semifowler y con palidez de tegumentos.

### **VALORACION DE NECESIDADES.**

Paciente sin dificultad respiratoria se ha expuesto a humo de leña ya que le gusta acampar con sus amigos en vacaciones, en algún momento de su vida “reuniones” ha fumado pero no es algo que haga frecuentemente fumando quizá dos cigarros por ocasión. Actualmente no tiene mascotas.

Hace poco tiempo comenzó a vivir con su novia pero ahora debido al accidente regresara a casa de su madre para que lo ayude con sus cuidados al salir del hospital. Su casa tiene buena ventilación y se limpia cada tercer día o una vez por semana ya que a veces no tiene tiempo. No tiene familiares con problemas para respirar. Niega problemas cardiacos y no toma ningún medicamento solamente cuando se enferma y si asiste al médico sigue su tratamiento por los días indicados.

Normalmente su ingesta de comida es mucha pero en poca frecuencia ya que por los horarios de la escuela y algunos trabajos ( no especificados) que a veces le salen le es imposible comer de manera “formal”, asiste por las tardes a la escuela y en las mañanas duerme y hace tareas escolares , desayuna aproximadamente a las 11 am, algo “ligero”, y a las 3 o 4pm, realiza su comida, la cena no tiene un horario fijo a veces NO consume alimentos y entre comidas consume alimentos chatarra en su mayoría carbohidratos. En la comida y cena su alimentación es variada no tiene algo que acostumbre comer. Acostumbra comer con su madre, novia o solo en la calle.

No ve relación en su forma de comer con su estado anímico aunque dice que luego no se fija ni que come porque sus actividades lo mantienen muy ocupado. No le disgusta ningún alimento pero prefiere la comida rápida. Niega alergia a medicamentos y comida.

Su dentadura es completa sin caries y con adecuada higiene, se cepilla los dientes después de comer y cenar, no usa prótesis ni tiene problemas con la sensibilidad. Su ingesta de agua es poca por sus actividades solo consume agua durante su comida. Considera que esta bajo de peso por estar en el hospital y se ve preocupado por recuperar su peso normal. Su higiene es diaria procura bañarse y su cambio de ropa es completo.

El paciente refiere dormir incomodo en el hospital, habitualmente duerme 8 horas sin un horario fijo, cuando duerme no se despierta fácilmente, no tiene pesadillas, pero en su estancia hospitalaria su sueño es ligero, necesita estar calmado y sin ruido para dormir bien como en su casa. Presenta ojeras, su atención es buena al igual que su concentración, con presencia de bostezos, se encuentra cansado por dormir poco la noche anterior ya que su compañero de habitación se estuvo quejando frecuentemente y le dificulto el poder dormir normalmente.

Su esquema de inmunización está completo, durante el último año no había ido a revisiones médicas ni dentales hasta su estancia actual en el hospital, no se realiza auto exploración mamaria ya que no sabía que debía realizarlo y solo revisa sus genitales al bañarse pero no con mucho detalle, utiliza como método de prevención el condón y sabe que hay otros métodos para cuidarse en pareja pero se mostró apenado al tocar el tema y un poco evasivo, refiere seguir su plan terapéutico por los días prescritos pero el horario es variable. No usa las medidas de seguridad como el cinturón de seguridad del carro porque se le olvida pero cree que si es importante llevarlo a cabo.

No cree tener algún tipo de sufrimiento, solo le preocupa su estancia hospitalaria por sus estudios y el trabajo pero se encuentra motivado a seguir adelante.

## **LABORATORIOS**

GLUCOSA 100 mg/dl

UREA 29,0 mg/dl

CREATININA 1.5 mg/dl

PROTEINAS TOTALES 4.8 mg/dl

Albumina 2.48 g/dl

Sodio 135.50 mmol/L

Potasio 4.2 mmol/L

Cloro 101 mmol/L

Tiempo de protrombina 13. 1 seg

Tiempo de trombina 13.9 seg

### **BIOMETRIA HEMATICA**

Leucocitos 6.77 10<sup>3</sup> / $\mu$ l

Neutrófilos 70.81%

Linfocitos 17.34%

Monocitos 11.40%

Eosinofilos 1%

Basófilos 0.27%

Neutrófilos 4.79 10<sup>3</sup> / $\mu$ l

Linfocitos 1.17 10<sup>3</sup> / $\mu$ l

Hemoglobina 9.27g/dl

Hematocrito 29.23%

Volumen corpuscular medio 83.97fL

Plaquetas 346.60 x 10<sup>3</sup>

Volumen plaquetario medio 7.49 fL

## **INDICACIONES MÉDICAS**

Dieta normal

Sol. Fisiológica 1000ml p/24 hrs

Omeprazol 40 mg IV C/24 HRS

Paracetamol IV 1gr PRN

Levofloxacin 1 tab 500mg c/8 hrs

Ibuprofeno 400mg c/8 hrs

## **CASO CLÍNICO Y VALORACION DE ENFERMERIA**

A la valoración física cefalopodal se observa:

Cabeza: cabello con adecuada implantación cejas simétricas, pupilas isocóricas, normorreflexicas. Pabellones auriculares simétricos con adecuada implantación. Narinas permeables sin dificultad respiratoria “aparente”, mucosas orales semi hidratadas.

Cavidad oral: Dentadura completa, sin prótesis dentaria., sin dificultad para masticar, lengua saburral sin lesiones. Semi hidratado.

Cuello: cilíndrico sin dolor al movimiento, tráquea central y móvil sin dolor a palpación, pulsos carotídeo presente sincrónicos.

Tórax: Normolíneo, simétrico con amplexión y amplexación, (respiraciones prolongadas). Campos pulmonares ventilados. Ruidos cardiacos rítmicos de adecuada frecuencia e intensidad.

Abdomen: blando depresible, no doloroso a la palpación profunda y superficial sin dato de presión de rebote, sin hepatomegalia. con ruidos peristálticos presentes. Piel apiñonada uniforme.

Columna vertebral: central con curvas normales sin dolor a la palpación sin contracturas musculares.

Genitales: íntegros, adecuados a edad y sexo, sin presencia de infección.

Extremidades: superiores integras simétricas con pulso presente, reflejos osteotendinosos, con acceso venos periférico en miembro torácico derecho, sin edema.

Extremidades inferiores: Se encuentra herida quirúrgica por área cruenta en dorso de pie derecho. Sin datos de infección. Con limitación para moverse.

Escala de EVA: 4

Escala de Glasgow: 15

Escala riesgo de caída: 3

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: Negados

ANTECEDENTES PATOLOGICOS: Negados.

Con inmunizaciones completas.



## ANALISIS DE LA INFORMACION

Necesidad	Datos de Dependencia	Datos de Independencia
Oxigenación	Fumador social	FR: 20 x' Ritmo regular Campos pulmonares sin alteración
Nutrición e Hidratación	Pérdida de peso.	Alimentación oral sin dificultad Digestión normal: masticación y deglución
Eliminación	No hay datos de dependencia	Frecuencia de eliminación normal Abdomen depresible Heces normales
Movimiento y Postura	Movilidad limitada de miembro pélvico derecho	Puede movilizar miembro superiores sin alteración y miembro izquierdo
Descanso y Sueño	Manifiesta alteraciones en su patrón del sueño por la estancia hospitalaria	Sueño de 6-8 horas al día
Vestido	Paciente con ropa cómoda.	Realiza actividades de vestirse y desvestirse sin dificultad
Termorregulación	El paciente ha tenido una curva térmica variable	Alteración en independencia
Higiene	No hay datos de dependencia	Puede realizar su higiene sin dificultad

Evitar Peligros	Requiere vigilancia constante de signos vitales (termorregulación), estado de catéter periférico, administración de medicamentos, movilización, medidas higiénicas.	No hay datos de independencia
Comunicación	Se encuentra falta de comunicación, sobre su actual estado en relación con su pareja y familia	El paciente se comunica adecuadamente
Creencias Valores	No hay datos de dependencia	El paciente es creyente
Trabajo y Realización	El paciente por el momento está incapacitado para realizar actividades (movilidad de miembro pélvico izquierdo)	El paciente tiene movilidad sin dificultad de miembros superiores.
Aprendizaje	No hay datos de dependencia	Le gusta estar actualizado en lo posible y cree que siempre se puede aprender un poco más

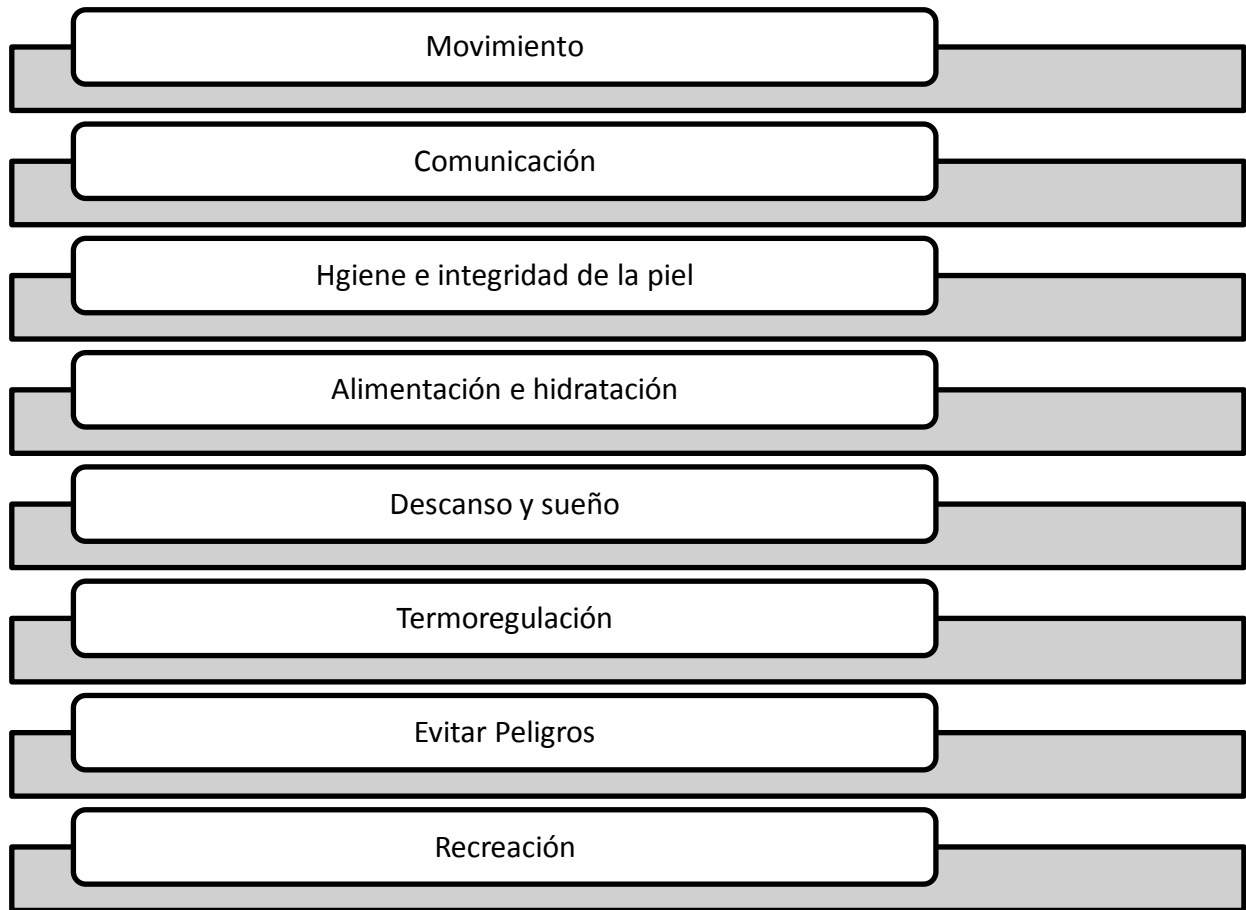
## ANÁLISIS DE NECESIDADES ALTERADAS.

	Necesidad	I	TD	PD
1	Oxigenación	x		
2	Nutrición y Eliminación			X
3	Eliminación	X		
4	Moverse y mantener buena postura			X
5	Descanso y Sueño			x
6	Uso de prendas de vestir adecuadas	x		
7	Termorregulación	x		
8	Higiene y Protección de la piel			X
9	Evitar peligros			X
10	Comunicarse			X
11	Vivir según las características y Valores	x		
12	Trabajar y Realizarse		x	
13	Jugar y Participar en actividades recreativas			X
14	Aprendizaje	X		

- I: Independiente
- TD: Totalmente independiente
- PD: Parcialmente independiente

Haciendo el análisis general, se jerarquizaran las necesidades trabajando en aquellas que se encontraron alteradas.

NECESIDADES ALTERADAS.



## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Etiqueta Diagnostica	Factores Relacionados	Manifestaciones
Ansiedad	Relacionado con Cambio en: la situación económica, el entorno, el estado de salud	Pendientes del desarrollo., Disminución de la productividad., Insomnio
Deterioro de la integridad cutánea	relacionado con herida quirúrgica	Manifestado por alteraciones de la piel.
Deterioro de la movilidad física	relacionado con herida quirúrgica	manifestado por cambios en la marcha y limitación de la amplitud de movimientos en miembro pélvico
Desequilibrio nutricional .	relacionado con factores biológicos	manifestado por pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado.
Déficit de las actividades recreativas	relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas	manifestado por los pasatiempos habituales no pueden realizarse en el hospital
Riesgo de infección	Relacionado con destrucción tisular.	
Riesgo de caída	Relacionado con deterioro de la movilidad física.	

## PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD ALTERADA	MOVILIDAD
<p>DIAGNOSTICO: Deterioro de la movilidad física relacionado con herida manifestado por cambios en la marcha y limitación de la amplitud de movimientos en miembro pélvico</p>	
OBJETIVO	<p>Mejorar la amplitud de movimientos en miembros pélvicos dentro de las posibilidades del paciente y favorecer su calidad de vida en la recuperación de su independencia</p>
PLANEACION Y EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la respuesta al movimiento del paciente</li> <li>• Planear ejercicios de rehabilitación por periodos de frecuencia e intensidad baja</li> <li>• Valorar escala de dolor al realizar los ejercicios de rehabilitación</li> <li>• Fomentar que el paciente intervenga en la planeación de la programación de actividades</li> <li>• Animar al paciente a seguir con las rutinas diarias para mejorar su salud</li> </ul>	<p>Al realizar los ejercicios de rehabilitación se estimula</p> <p>Efectos locales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora la circulación (bomba mecánica).</li> <li>• Aumento del volumen muscular.</li> <li>• Favorece la potencia muscular (ejercicios activos)</li> <li>• Distensión de estructuras fibrosas (ejercicios pasivos).</li> <li>• Estimula los nervios periféricos.</li> </ul> <p>Efectos generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del trabajo cardíaco.</li> <li>• Aumento de la circulación general (favorece el intercambio vascular).</li> <li>• Conlleva a efectos psíquicos favorables, conduciendo a un estado físico satisfactorio.<sup>13</sup></li> </ul>
EVALUACION	
<p>Se realizan ejercicios periódicamente para mantener su movilidad Adquiere mayor habilidad para moverse conforme pasan los días</p> <p>Al tener mayor movilidad su ánimo va mejorando</p>	

<sup>13</sup> Dr. Leovy Edrey Semino García: Editor Principal, Especialista de I Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas <http://www.sld.cu/sitios/rehabilitacion/temas.php?idv=1029>

NECESIDAD ALTERADA	COMUNICACIÓN / DESCANSO Y SUEÑO
DIAGNOSTICO: Ansiedad relacionado con cambio en la situación económica., el entorno, el estado de salud pendientes del desarrollo., disminución de la productividad e insomnio	
OBJETIVO	Disminuir la carga de ansiedad identificando los factores que están alterando al paciente
PLANEACION Y EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer o fortalecer una red de apoyo</li> <li>• Implementar técnicas cognitivas para determinar y poder explicar las necesidades del individuo de la manera más positiva posible.</li> <li>• Respiraciones profundas</li> </ul>	<p>La mayoría de los individuos que tienen éxito en su manejo de estrés tienen una rica red de contención social. Aún el apoyo que pueden brindar extraños puede ser útil. Tener un animal doméstico ayuda a reducir los problemas agravados por el estrés.</p> <p>Los métodos de exploración cognitiva son las formas más efectivas para reducir el estrés. Incluyen identificar las fuentes de estrés, reestructurar las prioridades, cambiar las respuestas del individuo frente al estrés y encontrar métodos para manejar y reducir el estrés .</p> <p>El concepto de comunicación y "mostrar tus sentimientos" ha sido tan promocionado y parodiado que prácticamente ha perdido su valor como consejo de apoyo psicológico.</p> <p>Durante el estrés, la respiración se vuelve superficial y rápida. Respirar hondo es una técnica efectiva para "bajar las revoluciones".<sup>14</sup></p>

<sup>14</sup> Cautela, J.R y Groden, J. "técnicas de relajación. Manual práctico". Martínez Roca.Barcelona. 1986

## EVALUACION

Se revierten ideas negativas y se enfoca a buscar el lado positivo ayudando a reducir tensiones por medio de la comunicación para mostrar los sentimientos de ira o frustración que no sean expresados de una forma aceptable y que pueden llevar a hostilidad, desaliento y depresión en el paciente.

Con sesiones de respiración se desarrollaron patrones saludables, aumentando la capacidad y los niveles de energía, reduciendo el estrés y estabilizando la reactividad emocional



NECESIDAD ALTERADA	ALIMENTACION E HIDRATAACION
DIAGNOSTICO: Desequilibrio nutricional relacionado con factores biológicos manifestado por pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado.	
OBJETIVO	Lograr que el paciente conozca la importancia de llevar una dieta saludable e identificar los factores que están provocando su bajo peso
PLANEACION Y EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Fomentar el aumento de ingesta de calorías.</p> <p>Proporcionar alimentos nutritivos de alto contenido calórico, variados para poder seleccionar algunos</p> <p>Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C</p> <p>Recomendar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente.</p> <p>Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.</p> <p>Fomentar un tiempo adecuado para la ingesta de alimentos manteniendo alejadas las preocupaciones</p>	<p>El proceso de cicatrización es complejo y múltiples factores influyen en él, como es la nutrición. La nutrición y la cicatrización están íntimamente unidas, de esta manera deficiencias nutricionales específicas podrán provocar un retraso en la progresión de la cicatrización.<sup>15</sup></p> <p>La causa más frecuente en la relación entre estrés y la alimentación, es en torno a la rapidez en cual se vive, esto lleva a comer muy rápido, a no desayunar y a cenar más abundantemente, hábitos que, además de por el estrés, están culturalmente inculcados en la sociedad. Las necesidades nutritivas se satisfacen inadecuadamente desde el punto de vista calórico y nutritivo.</p>
EVALUACION	
Con la ayuda del plato del buen comer se explica al paciente sobre cómo llevar una dieta adecuada, informando también que debe tener un ambiente agradable al consumir sus alimentos.	

<sup>15</sup><https://addi.ehu.es/bitstream/10810/16049/1/Papel%20de%20la%20nutricion%20en%20la%20cicatrizacion%20de%20las%20heridas.pdf>

NECESIDAD ALTERADA	SEGURIDAD PROTECCIÓN
DIAGNOSTICO: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con herida quirúrgica manifestado por alteraciones de la piel.	
OBJETIVO	Facilitar la regeneración de las capas de la piel con los cuidados de enfermería
PLANEACION Y EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Valoración de escala de dolor</p> <p>Cuidados de las heridas</p> <p>Cuidado y vigilancia de la piel</p> <p>Cambio de posición</p> <p>Prevenir de las úlceras por presión</p> <p>Precauciones circulatorias</p> <p>Garantizar un adecuado nivel nutricional</p> <p>Enseñar al paciente y familiar como realizar la curación de la herida</p> <p>Enseñar el lavado de manos</p>	<p>Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes en la asistencia sanitaria.</p> <p>La higiene de manos es la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes.</p> <p>La desnutrición juega un papel fundamental en la aparición de complicaciones, que ensombrecen la actividad quirúrgica, entorpeciendo los mecanismos de respuesta inmune, con lo que se ven dañados los procesos de síntesis y regeneración de tejidos, así como la lucha contra la infección.<sup>16</sup></p> <p>La enseñanza para el autocuidado es muy importante, de esta forma el paciente se compromete con el cuidado de su salud</p> <p>El cambio constante de posición ayuda a liberar la presión externa favoreciendo el flujo sanguíneo</p>
EVALUACION	
<p>Se ministraron los medicamentos de acuerdo a indicación medica</p> <p>Se mantuvo un plan con el paciente sobre los momentos en los cuales podía cambiar de posición para evitar un mayor daño en su herida y la inmovilización para ayudar a que el injerto se integrara adecuadamente valorando la piel constantemente</p>	

<sup>16</sup> Nutrición en el paciente quirúrgico: inmunonutrición. J. M. Culebras-Fernández\*, R. de Paz-Arias\*\*\*, F. Jorquera-Plaza\*\* y A. García de Lorenzo\*\*\*\*

NECESIDAD ALTERADA	TERMOREGULACION
DIAGNOSTICO: Riesgo de infección relacionado con destrucción tisular.	
OBJETIVO	Disminuir el riesgo de infección
PLANEACION Y EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Seguir indicación médica:</p> <p>Dieta normal  Sol. Fisiológica 1000ml p/24 hrs  Omeprazol 40 mg IV C/24 HRS  Paracetamol IV 1gr PRN  Levofloxacino 1 tab 500mg c/8 hrs  Ibuprofeno 400mg c/8 hrs</p> <p>Vigilancia de la curva térmica</p> <p>Cuidados circulatorios (posición de la pierna para favorecer el retorno sanguíneo)  vigilancia de la piel  Cuidado de las herida  Manejo de la nutrición  Manejo del estrés  Lavado de manos</p>	<p>La fiebre es el aumento temporal en la temperatura del cuerpo en respuesta a alguna enfermedad o padecimiento el llevar un balance térmico nos puede dar datos de alarma para pensar que hubiese una infección.</p> <p>La higiene de manos es la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes.</p> <p>El estrés produce en el organismo una respuesta endocrina aguda, mediada por la liberación de adrenocorticotrofina (ACTH) que induce, a su vez, la liberación de corticoesteroides, o crónica, mediada por catecolaminas. Este mecanismo fisiológico, necesario para la supervivencia, en caso de resultar excesivo por intensidad, duración o ambos, produce enfermedad.<sup>17</sup></p>
EVALUACION	
Se lleva a cabo un monitoreo de la temperatura corporal y valoración de la piel en búsqueda de datos de infección	

<sup>17</sup> Ibidem

NECESIDAD ALTERADA	EVITAR PELIGROS
DIAGNOSTICO: Riesgo de caída relacionado con deterioro de la movilidad física.	
OBJETIVO	Disminuir riesgo de caída por desconocimiento de la nueva condición y entorno
PLANEACION Y EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
Identificación de riesgos Valoración escala de caídas Enseñanza: individual Cuidados del paciente encamado Manejo ambiental: seguridad Prevención de caídas Terapia de ejercicios: equilibrio, movilidad articular, control muscular Fomento de ejercicios: extensión	La prevención ha de ser considerada como la actividad prioritaria de los cuidados del paciente en relación a las caídas. Una vez identificados los factores de riesgo tanto extrínsecos como intrínsecos, las actividades de prevención se planifican de forma individualizada y relacionadas con cada uno de los factores identificados.  La promoción de la salud y la prevención de enfermedades implican, entre otros factores, el mantenimiento de la seguridad de los enfermos.  La promoción de la seguridad reduce la frecuencia de accidentes, los costes del tratamiento, de la hospitalización y los costes sociales, constituyendo, en los centros asistenciales, un indicativo de la calidad asistencial. <sup>18</sup>
EVALUACION	
Se realiza la valoración por día con la escala Dowton de caídas, se enseña al familiar y paciente la forma de como moverse , fomentando el uso de recursos disponibles como barandales, bancos etc.	

<sup>18</sup> RECOMENDACIÓN CIENTÍFICA 10/02/10 DE 25 DE JUNIO DE 2009 DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS  
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/CAIDAS.pdf>

NECESIDAD ALTERADA	RECREACION
DIAGNOSTICO: Déficit de las actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas manifestado por los pasatiempos habituales no pueden realizarse en el hospital	
OBJETIVO	Aumentar las actividades recreativas dentro del ámbito hospitalario
PLANEACION Y EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
<p>Fomentar la interacción con la familia</p> <p>Potenciación de la socialización</p> <p>Terapia de actividad</p> <p>Terapia de entretenimiento</p> <p>Motivar al paciente a integrarse con los compañeros de cuarto</p>	<p>La familia, como núcleo básico de la sociedad, constituye el principal entorno para el desarrollo de los determinantes críticos y comunes de la salud.</p> <p>Las actividades se enfocan a distraer la mente para no hacer rutinarios los días dentro del hospital, manteniendo una mejoría en su ánimo.</p>
EVALUACION	
Mediante distractores como música, dispositivos con redes sociales se ayudó al paciente a mantenerse ocupado durante su estancia hospitalaria, motivándolo a hacer diversas actividades para despejar su mente.	

## PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: EBI	Edad: 24 años	Servicio: Cirugía Plástica Reconstructiva
No. ECU: -----	Cama: 20	DX de enfermería: Disposición para mejorar el auto cuidado

Signos y síntomas de alarma	Recomendaciones terapéuticas no medicamentosas	Recomendaciones Higiénicas	Recomendaciones dietéticas	Cuidados en casa	Ejercicio y reposo
Temperatura mayor a 38° C Sudoración abundante Mareos Secreción de la herida Dolor	Ingesta de abundantes líquidos  Ir al médico si presenta alguna sintomatología de alerta	Lavado de manos Lavado dental Baño diario Curación de heridas Hidratación en la piel Limpieza en su hogar Cambio de ropa	Alimentación variada (asistencia nutricional para regular el peso corporal) No irritantes  Evitar comidas grasosas.  Ingerir 2 litros de agua x día	Ventilación adecuada del hogar, limpieza.  Evitar exposición a cambios bruscos de temperatura.	Guardar reposo para evitar fatiga. Evitar movimientos bruscos. Llevar acabo ejercicios de rehabilitación  No cargar objetos pesados.

## **CONCLUSIÓN.**

El objetivo de realizar un PAE y brindar los cuidados necesarios durante la práctica fue cumplido al igual que hacer un diagnóstico de las necesidades alteradas del paciente y orientar de alguna manera para recuperar su estado de salud.

Otorgando educación para la salud se notó el interés del paciente por cambiar los aspectos que dañan su salud y el apoyo por parte de su familia para potenciar la salud del paciente con los cuidados necesarios.

El diagnóstico de enfermería final quedó de la siguiente manera:

### ***Dx Disposición para mejorar el auto cuidado***

Se buscó proporcionar una atención de enfermería con calidad, calidez basada en los conocimientos previos y los adquiridos durante la formación académica.

## **SUGERENCIAS.**

Seguir el plan de alta, mantener revisión periódica del paciente en sus consultas médicas correspondientes, seguir proceso de vacunación en los periodos adecuados y asistir a consulta a los primeros síntomas de malestar.

## BIBLIOGRAFIA.

- <sup>1</sup> Historia de la enfermería. Cap 2. Los ORIGENES DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA.
- <sup>2</sup> L. Prunel. L'Eglise et les pauvres, Dictionnaire Apologetique de la Foi Catholique, XVIII. Paris 1922, págs. 1655-1735, así mismo Guglielmi, Marginalidad en la Edad Media, pág. 47
- <sup>3</sup> FUNDAMENTOS DE LA ENFERMERIA: TEORIA Y METODO. LA IDEA DE CIENCIA EN ENFERMERIA.  
Iyer PW, et al. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1997.
- <sup>4</sup> Alfaro LR. Aplicación del Proceso de Enfermería. En: Díaz Zamora W, Nieto Galvis C. Utilización del proceso de enfermería en el ejercicio clínico profesional en seis instituciones prestadoras de servicios de salud en Santafé de Bogotá. 2 ed. Barcelona: Doyma Editores; 1996
- <sup>5</sup> Orrego Silvia. Métodos de trabajo en el quehacer del profesional de enfermería: reflexiones acerca del proceso. Inves Educ Enf. Medellín; 1999.
- <sup>6</sup> Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5 ed. Barcelona: Elsevier doyma, S.L; 2003. p. 4
- <sup>7</sup> Leininger M. La Enfermería Transcultural: conceptos, teorías y prácticas. Greyden; 1994. 532 p.
- <sup>8</sup> Manual. [http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/2\\_2.htm](http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/2_2.htm) citado: 17 Agosto 2016. 7:22
- <sup>9</sup> Virginia Henderson. [Internet]. [acceso 19 mar.2009]. Disponible en: <http://www.ulpgc.es/descargadirecta.php>
- <sup>10</sup> Luis MT, Fernández M, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2 ed. Barcelona: Masson; 2003. pag. 8-9
- <sup>11</sup> Programa Integración de Tecnología a la Docencia Universidad de Antioquia Medellín, Colombia 2012 Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971>
- <sup>12</sup> Dr. Leovy Edrey Semino García: Editor Principal, Especialista de I Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas <http://www.sld.cu/sitios/rehabilitacion/temas.php?idv=1029>
- <sup>13</sup> Cautela, J.R y Groden, J. "Técnicas de relajación. Manual práctico". Martínez Roca.Barcelona. 1986
- <sup>14</sup> Nutrición en el paciente quirúrgico: inmunonutrición. J. M. Culebras-Fernández\*, R. de Paz-Arias\*\*\*, F. Jorquera-Plaza\*\* y A. García de Lorenzo\*\*\*\*



<sup>15</sup> Miren Begoña Asla. EL PAPEL DE LA NUTRICIÓN EN LA CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS. Mayo 2015. Disponible en:  
Arruza<https://addi.ehu.es/bitstream/10810/16049/1/Papel%20de%20la%20nutricion%20en%20la%20cicatrizacion%20de%20las%20heridas.pdf>

<sup>16</sup> RECOMENDACIÓN CIENTÍFICA 10/02/10 DE 25 DE JUNIO DE 2009 DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS  
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/CAIDAS.pdf>  
Nutrición en el paciente quirúrgico: inmunonutrición. J. M. Culebras-Fernández\*, R. de Paz-Arias\*\*\*, F. Jorquera-Plaza\*\* y A. García de Lorenzo\*\*\*\*

<https://addi.ehu.es/bitstream/10810/16049/1/Papel%20de%20la%20nutricion%20en%20la%20cicatrizacion%20de%20las%20heridas.pdf>

Ibdem

RECOMENDACIÓN CIENTÍFICA 10/02/10 DE 25 DE JUNIO DE 2009 DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS  
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/CAIDAS.pdf>

Gerard J. Tortora / Bryan Derrickson. Principios de Anatomía y Fisiología, 11ª edición. Material Complementario Docente. Pág.

Jesús Merino Pérez y María José Noriega Borge. Tema 11. Bloque II Fisiología General. LA PIEL: ESTRUCTURA Y FUNCIONES. Universidad de Cantabria. Disponible en  
<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/fisiologia-general/materiales-de-clase-1/bloque-ii/Tema%2011-Bloque%20II-La%20Piel.%20Estructura%20y%20Funciones.pdf>

Apuntes de cirugía V. COLGAJOS Dr. Sergio Sepúlveda y Dr. Patricio Andrades pag 62.  
<https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/colgajos.pdf> citado 22 Agosto 2016 15:44 hrs.

keck medicine of usc Disponible en:  
<http://keckmedicine.adam.com/content.aspx?productId=118&pid=5&gid=002982> 23 Agosto 2016. 17:26

<sup>1</sup> Presentado en el 82º Congreso Argentino de Cirugía, Buenos Aires, Noviembre de 2011. Utilidad del colgajo anterolateral de muslo en cirugía reconstructiva de cabeza y cuello. Sergio D. Quildrán\* MAAC, Roque S. Adán\*\* MAAC, M. Gabriela Vega\*\* MAAC, Pedro A. Saco\*\*\* MAAC. Del Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello - Instituto de Oncología "Ángel H. Roffo" Facultad de Medicina- Universidad de Buenos Aires

## **ANEXOS**

## ÁREA CRUENTA EN DORSO PIE DERECHO.

### ANATOMIA DE LA PIEL

La piel o membrana cutánea, que cubre la superficie extrema del cuerpo, es el órgano más importante tanto en superficie como como en peso. En los adultos, la piel abarca una superficie de alrededor de 2 metros cuadrados y pesa 4.5-5 kg, aproximadamente el 16% del peso corporal total. Su espesor varía entre 0,5 mm en los párpados hasta 4 mm en el talón. Sin embargo, en gran parte del cuerpo mide 1-2 mm. Desde el punto de vista estructural, la piel consta de dos partes principales. La superficial, porción más fina compuesta por tejido epitelial, es la epidermis. La parte más profunda y más gruesa de tejido es la dermis.<sup>19</sup>

Desde afuera hacia dentro, se distinguen tres capas de tejido, cuyo origen embriológico es totalmente distinto, perteneciendo cada capa a una capa embriológica diferente: • La epidermis. • La dermis o corion. • El tejido subcutáneo o también denominado hipodermis o subcutis.

**EPIDERMIS** La epidermis es un epitelio plano poliestratificado y queratinizado que cubre la totalidad de la superficie corporal. Es la capa de la piel con mayor número de células y con una dinámica de recambio extraordinariamente grande. Presenta un espesor variable, con un valor medio de 0,1 mm., pudiendo alcanzar en zonas como las plantas de los pies y las palmas de las manos espesores de hasta 1 ó 2 mm.

Está normalmente compuesta por cuatro capas diferentes que desde el exterior hacia el interior serían:

- Capa córnea (stratum corneum).
- Capa granular (stratum granulosum).
- Capa de células espinosas (stratum spinosum).
- Capa basal (stratum basale).

En aquellas zonas donde se presenta con un mayor grosor, la epidermis tiene cinco capas al contar con la capa lúcida (stratum lucidum), la cual está situada entre la capa córnea y la granular.

a) Las capas de células espinosas y basales están formadas por células vivas que continuamente se reproducen por división mitótica. Estas células ocuparán el

---

<sup>19</sup> Gerard J. Tortora / Bryan Derrickson. Principios de Anatomía y Fisiología, 11ª edición. Material Complementario Docente. Pág.

espacio de las células erosionadas en la capa córnea y se les llama conjuntamente la capa germinativa.

b) Las otras tres capas constituyen la capa córnea y comprenden ya a células muertas. En la capa granular, las células sintetizan la queratohialina, la sustancia precursora de la queratina, la cual se acumula en gránulos en el citoplasma dando esta característica la denominación a esta capa. La capa lúcida, que se encuentra normalmente en la parte gruesa de la piel de las palmas de las manos y plantas de los pies, no existe en la piel delgada. Consiste entre tres y cinco filas de células muertas, claras y planas que contienen aún actividad enzimática. El estrato córneo está formado por células aplanadas y restos de células situadas unas sobre otras en forma de tejas y fuertemente empaquetadas, que han perdido núcleo y orgánulos citoplasmáticos quedando compuestas casi exclusivamente por filamentos de queratina agrupados en haces denominados monofilamentos. Está formado por 15 a 20 estratos celulares, de los cuales el último se va perdiendo por descamación. Este proceso de continuo desgaste y reemplazo renueva la totalidad de la capa epidérmica en un periodo aproximado de 30 días, desde que se produce la división celular hasta que la célula cae desprendida de la superficie de la piel.

Se considera que la epidermis está formada por queratinocitos, debido a la capacidad de estas células de sintetizar queratina. Las queratinas son una familia de proteínas estructurales insolubles en agua y con una gran resistencia frente a cambios en el pH y a elevadas temperaturas. También presentan una fuerte resistencia a la degradación enzimática. Globalmente se subdividen en dos grupos, las queratinas duras o  $\alpha$  (alfa) que forman parte del pelo y uñas; y las blandas o  $\beta$  (beta) que son el elemento esencial de la capa córnea.

Aunque los queratinocitos constituyen el 80% de las células epidérmicas, también se encuentran otros tipos celulares:

a) Los melanocitos, que suponen alrededor del 10% de las células epidérmicas y que son las células encargadas de la síntesis de melanina, pigmento que da color a la piel y protección frente a los rayos ultravioletas (UVA).

b) Las células de Langerhans, que son células provenientes de la médula ósea, emigradas a la piel y que forman parte del sistema inmunitario. Tal como hemos comentado anteriormente una de las funciones que desarrolla la piel es la defensa inmunitaria.

c) Las células de Merkel, son células sensoriales, situadas en el estrato basal y contactan con terminaciones de neuronas sensoriales para transmitir información de tacto.

**DERMIS** La dermis es la estructura de soporte de la piel y le proporciona resistencia y elasticidad. Está formada básicamente de tejido conectivo fibroelástico. La matriz extracelular contiene una elevada proporción de fibras, no muy compactadas, de colágeno (>75%), elastina y reticulina. Es un tejido vascularizado que sirve de soporte y alimento a la epidermis. Constituye la mayor masa de la piel y su grosor máximo es de unos 5 mm.

Histológicamente, se divide en dos capas, que desde el exterior al interior son:

- La capa papilar (stratum papillare).
- La capa reticular (stratum reticulare).

La capa papilar recibe ese nombre por la presencia de proyecciones hacia el interior de la epidermis, estas proyecciones se denominan papilas dérmicas y se alternan con los procesos interpapilares de la epidermis. En las papilas se encuentran las asas capilares (sistema circulatorio) que proporcionan los nutrientes a la epidermis avascular. La capa papilar también contiene numerosas terminaciones nerviosas, receptores sensoriales y vasos linfáticos.

La capa reticular es más gruesa que la papilar, y recibe ese nombre por el entramado o retícula de las fibras colágenas que forman gruesos haces entrelazados con haces de fibras elásticas. Esta estructura es la que proporciona elasticidad y capacidad de adaptación a movimientos y cambios de volumen.

#### Células de la dermis

Las células del tejido conectivo son escasas y comprenden los fibroblastos, macrófagos, mastocitos o células cebadas, linfocitos, células plasmáticas, eosinófilos y monocitos. Los fibroblastos móviles se diferencian en fibrocitos, que se enlazan mediante elongación y forman un entramado tridimensional. Los fibroblastos sintetizan y liberan los precursores del colágeno, elastina y proteoglucanos para construir la matriz extracelular.

#### Matriz extracelular o sustancia fundamental

El espacio libre entre los elementos celulares y fibrosos está relleno con un fluido gelatinoso en el que las células se pueden mover libremente. Es una sustancia amorfa compuesta principalmente por proteoglucanos (heteropolisacáridos y proteínas), antiguamente denominados mucopolisacáridos, que debido a su gran capacidad de absorción de agua, forman una materia pegajosa y gelatinosa, que no sólo sirve como elemento de unión entre el resto de elementos tanto celulares como fibrosos, sino que influye en la migración, la cementación y la diferenciación celular.

## TEJIDO SUBCUTÁNEO O HIPODERMIS

La dermis se integra con la capa de tejido subcutáneo no teniendo un límite definido. Esta capa está formada de tejido conectivo laxo y muchas de sus fibras se fijan a las de la dermis, formando franjas de anclaje, fijando así la piel a las estructuras subyacentes (fascia, periostio o pericondrio). Si estas franjas de retención están poco desarrolladas, la piel se mueve en su sustrato formando plegamientos. Si están muy desarrolladas o son muy numerosas, como es el caso de la planta de los pies o del cuero cabelludo, la piel es casi inamovible.

El espesor de la hipodermis es muy variable dependiendo de la localización, el peso corporal, el sexo o la edad. Está formada por tejido adiposo (de ahí las denominaciones de grasa subcutánea o panículo adiposo) que forma lobulillos separados por tabiques de tejido conectivo, continuación del conectivo de la dermis reticular y por donde discurren vasos y nervios. El tejido subcutáneo sirve de almacén de energía, además de aislante térmico y de protector mecánico frente a golpes.<sup>20</sup>

## AREA CRUENTA

**Etimología:** Del latín cruentus.

Que comporta o provoca gran efusión de sangre

Herida.

- Pérdida de la continuidad de los tejidos.
- Agresión a la integridad de la cobertura cutánea y de las estructuras subyacentes.
- Toda herida es un daño o lesión provocado por un corte, perforación, golpe o desgarró, de modo accidental o provocado

Cicatrización.

- Es la regeneración de una herida a expensas del tejido conjuntivo o por regeneración de los propios tejidos afectados.

**COLGAJO:** Transporte de tejido desde un área dadora hasta un área receptora, manteniendo su conexión vascular con el sitio de origen.

---

<sup>20</sup> Jesús Merino Pérez y María José Noriega Borge. Tema 11. Bloque II Fisiología General. LA PIEL: ESTRUCTURA Y FUNCIONES. Universidad de Cantabria. Disponible en <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/fisiologia-general/materiales-de-clase-1/bloque-ii/Tema%2011-Bloque%20II-La%20Piel.%20Estructura%20y%20Funciones.pdf>

La excepción es el colgajo libre, en el cual el nexa vascular es interrumpido, pero luego restituido con técnicas microquirúrgicas en el área receptora<sup>21</sup>

Entendemos como *colgajo* una masa de tejido vivo separado de su lecho y que mantiene una conexión principal a través de la cual recibe la nutrición después del trasplante. Un colgajo cutáneo consistirá en piel y tejido celular subcutáneo trasplantado de una parte del cuerpo a otra, manteniendo un pedículo vascular, o un punto de unión al organismo.

En la confección de un colgajo cutáneo simple es necesario: La incisión de la piel (epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo), su despegamiento, la cauterización o sutura hemostática, la movilización del tejido y la sutura.

Todos estos pasos suponen una serie de agresiones a los tejidos cuyos efectos inmediatos se suman a los provocados por la alteración de la circulación e inervación del tejido del colgajo. Pero la lesión tisular sólo nos transmite macroscópicamente y de manera grosera aquello que está ocurriendo a nivel celular y bioquímico.

La lámina del bisturí corta los tejidos destruyendo células, seccionando vasos sanguíneos, linfáticos y ramas nerviosas. Se produce la salida al espacio de la lesión del contenido celular, células sanguíneas y plasma. Aparece un espasmo vascular que contrae las bocas de los vasos y comienzan los complejos procesos de inflamación, coagulación y cicatrización. La cantidad de tejido destruido y daño celular provocado por éste acto dependerá directamente de la delicadeza, cuidado y pulcritud de la técnica quirúrgica del cirujano.

Por otra parte, al realizar un colgajo los vasos cutáneos quedan seccionados parcialmente y su vascularización dependerá de la circulación de las colaterales persistentes y de los vasos indemnes del pedículo. Al terminar la intervención el colgajo siempre estará isquémico pues, por buena que sea la circulación colateral, nunca será igual que la inicial.

Los colgajos recientes son isquémicos pero viables, puesto que resisten muchas horas de isquemia, e incluso de ausencia total de circulación a la temperatura del cuerpo<sup>22</sup>

## INJERTO.

Es un parche cutáneo que se extrae quirúrgicamente de un área del cuerpo y se trasplanta o se pega a otra área<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> Apuntes de cirugía V. COLGAJOS Dr. Sergio Sepúlveda y Dr. Patricio Andrades pag 62.  
<https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/colgajos.pdf> citado 22 Agosto 2016 15:44 hrs.

Segmento de epidermis y dermis que se separa de la región de la superficie corporal privándolo completamente de su aporte sanguíneo antes de transferirla al lecho receptor del que se deberá nutrir.

## ETIOLOGIA

El colgajo libre anterolateral de muslo está poco difundido en Occidente dado lo complejo de su anatomía y las características morfológicas de nuestra población.<sup>24</sup>

En la actualidad, se considera que el éxito de los colgajos microquirúrgicos aumentó del 76% al 95% en la mayoría de los centros especializados, debido a la mayor experiencia de los cirujanos y a las mejoras en las técnicas e instrumental microquirúrgico. Por tal motivo, el objetivo actual del cirujano no se debe restringir solamente a lograr el éxito del colgajo sino que debe ir dirigido al mejoramiento de la función y apariencia de los sitios dador y receptor. En este contexto, las ventajas que ofrece el colgajo anterolateral de muslo lo hacen particularmente atractivo, ya que el mismo puede proveer una cantidad suficiente de piel, músculo y eventualmente fascia con relativamente poca morbilidad en el sitio dador. Este colgajo está basado en las perforantes musculocutáneas y septocutáneas de la rama descendente de la arteria femoral circunfleja lateral. Fue descrito inicialmente por Song y cols, en 1984 pero se popularizó posteriormente con el trabajo de Koshima et al, a causa de la mayor comprensión de su complicada anatomía

EPIDEMIOLOGIA: variable

FAC RIESGO.

Algunas enfermedades o condiciones podrían retrasar el proceso de cicatrización. Estas enfermedades y condiciones podrían incluir diabetes, vasos sanguíneos estrechos u obstruidos, condiciones del hígado, riñón, pulmón o corazón y cáncer. Una infección o un sistema inmunológico débil podría disminuir el proceso de cicatrización. Un sistema inmunológico débil podría ser causado por la radiación, nutrición deficiente y algunos medicamentos como esteroides o medicamentos

---

<sup>23</sup> keck medicine of usc Disponible en: <http://keckmedicine.adam.com/content.aspx?productId=118&pid=5&gid=002982> 23 Agosto 2016. 17:26

<sup>24</sup> Presentado en el 82° Congreso Argentino de Cirugía, Buenos Aires, Noviembre de 2011. Utilidad del colgajo anterolateral de muslo en cirugía reconstructiva de cabeza y cuello. Sergio D. Quildrán\* MAAC, Roque S. Adán\*\* MAAC, M. Gabriela Vega\*\* MAAC, Pedro A. Saco\*\*\* MAAC. Del Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello - Instituto de Oncología "Ángel H. Roffo" Facultad de Medicina- Universidad de Buenos Aires



utilizados para combatir cáncer. La edad avanzada también podría disminuir la capacidad del cuerpo de curarse.

#### TRATAMIENTO.

Los injertos de piel se utilizan para ayudar a sanar las heridas más graves como:

- Heridas que son demasiado grandes para sanar por sí solas.
- Quemaduras.
- Pérdida de piel a raíz de una infección cutánea grave.
- Cirugía para cáncer de piel.
- Úlceras venosas, úlceras de decúbito o úlceras diabéticas que no sanan.
- Después de una mastectomía o una amputación.

Los sitios donantes para injertos y colgajos se escogen con base en:

- Qué tanto coincide la piel con el área de la herida.
- Qué tan visible será la cicatriz del sitio donante.
- Qué tan cerca está el sitio donante de la herida.

Con frecuencia, el sitio donante puede presentar más dolor después de la cirugía que la herida, debido a las terminaciones nerviosas recién expuestas.

## INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE  
NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON  
ACADEMIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

### Datos de identificación:

Nombre EBI Edad: 24 años Sexo: Masculino Ocupación: Estudiante Estado civil: Soltero Religión: Católico Escolaridad: Universidad

### Signos vitales:

Respiración: Frecuencia: 20 Ritmo: regular Expansión torácica: Simétrica  
Profundidad: Superficial \_\_\_\_\_ Profunda \_\_\_\_\_ Eupnea X

Pulso: Frecuencia 80x' Ritmo: Regular X Irregular \_\_\_\_\_ Intensidad: Fuerte X Débil \_\_\_\_\_

Temperatura 36° Tensión arterial 120/80 mm Hg.

Posición decúbito dorsal Región anatómica de valoración: Valoración cefalopodal

Somatometría: Peso 69 kg Talla 1.90 cm IMC **Kg/m<sup>2</sup>**

### VALORACION DE NECESIDADES:

#### 1. Oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar? No Describa: buena respiración

¿Se ha expuesto a humo de leña? No ¿ha fumado en algún momento de su vida? si ¿Cuántos

Cigarros al día? ocasional ¿Convive con fumadores? No ¿Ha convivido con aves? NO

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

Explore: Región cardio pulmonar: ( ruidos pulmonares, movimientos torácicos) movimientos torácicos simétricos, campos pulmonares bien ventilados sin presencia de ruidos anormales.

Dificultad respiratoria: No Fatiga: No Tos: No Expectoración: No Coloración de la piel: pálida Llenado capilar: 2 sg.

Observaciones: Sin alteraciones, ruidos pulmonares normales en la respiración, movimientos torácicos sin alteración "simétricos", sin dificultad respiratoria, con adecuado llenado capilar.

## 2. Alimentación e hidratación:

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno?

Cantidades en raciones: Fruta variable,

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida?

Cantidades en raciones: Guisado, frijoles, tortillas y agua o refresco

¿Qué alimentos acostumbra comer durante la cena? Cantidades en raciones: Pan y leche

¿Come entre comidas? Si ¿Qué alimentos consume? Fruta, papas ¿En dónde acostumbra comer? Casa y trabajo ¿Con quién acostumbra comer? Amigos, novia, mamá ¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? Si ¿Por qué? Le da hambre cuando hay cambios de ánimo ¿Cuáles son los alimentos que le agradan? La carne y los frijoles ¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? La coliflor ¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? Ninguno ¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? Ninguno ¿Tiene problemas para masticar? No ¿Por qué? ---- ¿Tiene dentadura completa? si ¿Usa prótesis? no ¿Tiene problemas con su peso? si ¿Por qué? Bajo de peso a raíz de la estancia hospitalaria ¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? Si ¿Por qué? "Porque no tengo problemas" ¿Cuántos vasos de agua toma al día? 6 vasos ¿Acostumbra tomar refrescos? si Cantidad 600 ml aprox ¿Acostumbra tomar café? Poco ¿Acostumbra tomar alcohol? No ¿Toma suplementos alimenticios? No

### Explore:

Cavidad oral: Dentadura completa, sin dificultad para masticar, sin caries, lengua rosada. Sin lesiones en garganta, paredes bucales y labios. Con buena hidratación.

Región abdominal: Piel apiñonada uniforme sin hepatomegalia. Blando, no doloroso a la palpación superficial y profunda.

### 3. Eliminación.

¿Cuántas veces evacua al día? 3 ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: Esfuerzo para defecar: No Dolor anal al evacuar No dolor abdominal al evacuar No Características del dolor: sin dolor Flatulencias No Tenesmo No Meteorismo No Incontinencia No Prurito No Hemorroides No Cuando presenta problemas para evacuar ¿qué recursos utiliza? Tomar jugo de naranja o leche ¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? Tomar agua y caminar ¿Qué hábitos le dificultan la evacuación? Nada ¿Qué características tiene su evacuación? Café pastosa ¿Cuántas veces orina al día? 5 ¿De qué color es su orina? Ámbar ¿Qué olor tiene su orina? Aromático débil ¿Presenta alguno de estos síntomas? Disuria No Poliuria No Nicturia no Retención de orina No Urgencia para orinar No ¿Qué recursos utiliza cuando tiene problemas para orinar? Tiempo y tomar agua ¿Usted suda? No ¿Cómo es su sudoración? Normal ¿Bajo qué condiciones suda? Con ejercicio

#### En caso de hombres

¿Presenta alguna alteración en la eyaculación? Ninguna

**Explore:** Región abdominal, fosas renales, genitales: Genitales Adecuados a edad y sexo

### 4. Movimientos y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulte la de ambulación? Si Especifique: Actualmente lesión en pierna derecha ¿Este problema que tiene repercute en sus actividades diarias? Si ¿Cómo? La estancia hospitalaria ¿Tiene dificultad para moverse? Si, moverme con cuidado ¿Utiliza apoyos para desplazarse? Si, muletas ¿Cuál es la postura habitual relacionada con su ocupación? "Caminar" ¿Cuántas horas del día pasa usted en esta postura? 6 hrs , es variado. ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: dolores óseos, musculares, articulares, contracturas o presenta temblores. No lo refiere como dolor Especifique cuales: cansancio y molestia al moverse Movimientos involuntarios No Edema, ardor, comezón o hematomas en alguna parte del cuerpo No Mareos, pérdida del equilibrio o desorientación No ¿Realiza usted alguna actividad física? No ¿Cuál?

\*\*\*\*\*

#### **Explore:**

Postura, marcha, movimientos, flexibilidad, resistencia articular, reflejos: Postura semifowler, catéter venoso periférico en miembro torácico derecho, movimientos libres de miembros superiores y miembro izquierdo, buena flexibilidad de articulaciones superiores, resistencia articular adecuada, buenos reflejos osteo-tendinosos superiores. Miembros pélvicos limitados por herida quirúrgica por área cruenta en dorso de pie derecho. Sin datos de infección.

## 5. Descanso y sueño

¿Usted descansa durante el día? Si ¿Cómo? Recostado viendo tv Después de descansar cómo se siente bien ¿Cuántas horas duerme habitualmente? 8 hrs ¿Presenta alguna de estas alteraciones del sueño?: Dificultad para conciliar el sueño Actualmente si ¿Se despierta fácilmente? No Sueño agitado No Pesadillas No Nerviosismo No ¿Se levanta durante la noche? No El lugar que usted utiliza favorece su sueño? En casa si, aquí se dificulta un poco ¿Porqué? La rutina del hospital ¿Acostumbra tomar siesta? Si ¿Qué hace para conciliar el sueño? Ver televisión

### Explore:

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

No presenta ojeras, su atención es buena al igual que su concentración, no hay presencia de bostezos, se encuentra cansado por dormir poco la noche anterior ya que su compañero de habitación se estuvo quejando frecuentemente y le dificulto el poder dormir normalmente.

## 6. Vestido

¿Qué ropa utiliza cuándo?: hace frio abrigada hace calor ligera Cuando llueve “NO SALGO” pero uso paraguas ¿Su ropa le permite libertad de movimiento? Si ¿Expresa sus sentimientos a través de su ropa? Si ¿La ropa que usa usted la elige? Si ¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? Si

### Explore:

(Características de la ropa de acuerdo a su género, edad, uso de distintivos, limpieza y aliño): ropa de acuerdo a su género, edad, ropa limpia, alineado, sin uso de distintivos, con buen estado.

Observación: Usa la ropa de acuerdo al clima que se presenta. Durante su estancia en el hospital usa bata o si traen ropa de casa usa la pijama

## 7. Termorregulación

¿Sabe cómo medir la temperatura? No ¿Presenta alteraciones de la temperatura? Si ¿Qué medidas toma para controlar la temperatura cuando tiene alteraciones? Bañarse y tomar paracetamol

### Explore:

Signos y síntomas relacionados con hipertermia o hipotermia (bochornos): Al momento de la exploración no presenta alteración sin embargo su temperatura en hojas de enfermería a estado variable

Observación: temperatura adecuada 36° no presenta ninguna alteración, (no sabe cómo utilizar un termómetro)

## 8. Higiene

¿Con que frecuencia se baña? Diario ¿Cada cuando se lava el cabello? Diario Después del baño ¿el cambio de ropa es? Total ¿Cada cuando lava sus manos? Diariamente cada que es necesario sobre todo antes de comer y después de ir al baño ¿Cada cuando realiza el cuidado de sus uñas? Pies manos cuando es necesario ¿Cada cuando cepilla sus dientes? 2 veces al día ¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? No ¿Utiliza prótesis dental? No ¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal? No

### Explore:

(Estado de piel y mucosas, uñas, cabello, cavidad bucal, limpieza, coloración, estado de hidratación y presencia de lesiones) Piel adecuadamente hidratada con adecuada coloración sin lesiones, uñas limpias sin presencia de hongo, adecuada implantación de cabello, cavidad bucal con un poco de sarro sin alteraciones en garganta y paredes bucales, buena limpieza corporal.

Observación: Falta de higiene bucal por presencia de sarro

## 9. Evitar peligros

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de inmunización completo: Si Toxoide diftérico Si Toxoide tetánico Si Hepatitis Si Neumocócica Si Influenza Si Rubeola/Sarampión Si Revisiones periódicas en el último año: No había tenido necesidad Exploración prostática No debido a la edad Autoexploración mamaria No Protección contra enfermedades de transmisión sexual (uso de condón) No Seguimiento de plan terapéutico prescrito NO ¿Consumo de drogas de uso no medico? No Uso de medidas de seguridad: cinturón de seguridad Si Uso de pasamanos Si Uso de lentes de protección Si . Aparatos protectores para la audición No Bastón No Percepción de su imagen corporal: ¿Cómo se ve, y se siente físicamente? Bien, normal ¿Es capaz de dar solución a sus problemas? Si ¿Es capaz de mantener su seguridad física? Si ¿Cuenta con las medidas de seguridad?: En el trabajo Si ¿Las utiliza? Si Casa: Si ¿Las utiliza? Si Otros lugares: Si ¿Cuáles? Restaurantes ¿Percibe algún tipo de sufrimiento? No

Observación: Al hacer el interrogatorio se muestra un poco desinteresado en “evitar” peligros para la vida, al ser joven no hace consciente que en cualquier momento puede suceder algo que afecte nuestra salud, se mostró asombrado sobre la pregunta de la exploración mamaria pues se cree es un tema solo de mujeres a lo cual se le explico que esto no es así y que posteriormente se le hablaría del tema. Utiliza como medio de protección el condón se mostró apenado al tocar estos temas. Debido al accidente que tuvo se le hicieron algunas

preguntas sobre si volvería a usar la moto como medio de transporte a lo que emocionado dijo que sí .

## 10. Comunicación

Idioma materno: castellano ¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? No ¿Afectación verbal? No Tipo de carácter: tranquilo Auto percepción: Optimista, realista ¿tiene dificultad para? Comprender No Aprender No Concentrarse No Lectoescritura: No ¿Cómo es la comunicación con su familia? Buena

Explore:

(Características del lenguaje verbal, modelos de expresión, costumbres, cambios de expresión verbal, humor, apoyos como aparatos auditivos etc. y estado de conciencia) Acorde a cambios de expresión verbal, lenguaje fluido, actitud tranquila con buen humor sin cambios bruscos de ánimo

Observación: sin uso de apoyos auditivos, consciente, orientado y concentrado, comprende todo lo que se le dice, con buena actitud para sociabilizar, disfruta la soledad como la compañía, trata de no decaerse por su personalidad positiva, se lleva bien con su novia y es amable, mantiene buena comunicación con su madre quien lo visita también en el hospital y esta al tanto de su atención medica al igual que su novia.

## 11. Creencias y valores

¿Qué es importante para usted en la vida? El trabajo y la familia ¿Además de ese valor que otras cosas son importantes para usted? La economía ¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas?: ejemplo en caso de desastre: Buena, labor altruista ¿Siente que la vida le ha dado lo que ha esperado de ella? Si, lo que he anhelado lo he tenido ¿Sus creencias sobre la vida o su religión le ayudan a enfrentar problemas? Si

### Explore datos subjetivos

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

- Leer con frecuencia
- Usar estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros
- Prácticas de oración y rezo
- Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo
- Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias
- Solicita la presencia del sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual

Describe: Lee pero no es su hobby favorito, tiene creencias religiosas más no es parte del fanatismo lo define como una cuestión personal, cree que hay algo más pero no es tan apegado.

## 12. Trabajar y realización

¿Qué actividades realiza diferentes a su trabajo? Varias lo normal que se hace en un hogar, salir con amigos y actividades escolares ¿Tiene alguna ocupación no remunerada? Si ¿Cuál? Estudiar ¿Tiene alguna capacidad diferente o limitación? No ¿Necesita algún cuidado especial? No ¿Puede trabajar? Si ¿considera usted que tiene algún tipo de dependencia? No ¿Tiene dificultad para integrarse socialmente? No ¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? Actualmente si, por la cirugía ¿Requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente? Cuidados postquirúrgicos ¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? Siempre ¿Cuáles son sus metas en la vida? Vivir bien, disfrutar cada día ser feliz.

**Explore:** (actitud) buena actitud para realizar actividades, muy cooperador, simpático, con ganas de reír, le gusta estar activo

Observaciones: Muy positivo para trabajar y cooperador

## 13. Recreación

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse? Siempre ¿A qué atribuye usted este estado de ánimo? A ser alegre ¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar usted para divertirse? Tv, música, bailar, asistir a fiestas y reuniones con amigos y familiares, andar en moto ¿Con que frecuencia tiene usted cambios bruscos de ánimo y fácilmente pasa de la risa al enojo o llanto? Nunca ¿Le han diagnosticado síndrome depresivo? No ¿Su estado de ánimo influye para realizar alguna actividad? Si Especifique ir con gusto a cualquier lugar

Observación: Tiene una personalidad positiva, le gusta divertirse ahora debido a su padecimiento informa que a veces se aburre por el entorno hospitalario sin embargo a su estancia prolongada le ha sido permitido traer bajo su responsabilidad dispositivos para entretenerse, además de las visitas por parte de su novia y familia.

## 14. Aprendizaje

¿Considera usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? Si ¿Por qué? Por la edad, Siempre puede aprenderse algo ¿Cómo considera usted que es su capacidad para aprender? No me cuesta ningún trabajo ¿De qué fuente adquiere conocimientos? Lectura, televisión y cine ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? Si ¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? Si

**Explore:**

Su estado de receptividad es bueno, esta alerta y al tanto de lo que sucede a su alrededor. Observación: Se encuentra interesado en aprender sobre todo de su salud y cómo llevar buenos cuidados ahora en el proceso de recuperación.



## **ESTUDIOS DE LABORATORIO**

GLUCOSA 100 mg/dl

UREA 29,0 mg/dl

CREATININA 1.5 mg/dl

PROTEINAS TOTALES 4.8 mg/dl

Albumina 2.48 g/dl

Sodio 135.50 mmol/L

Potasio 4.2 mmol/L

Cloro 101 mmol/L

Tiempo de protrombina 13. 1 seg

Tiempo de trombina 13.9 seg

### **BIOMETRIA HEMATICA**

Leucocitos 6.77 10<sup>3</sup> / $\mu$ l

Neutrófilos 70.81%

Linfocitos 17.34%

Monocitos 11.40%

Eosinofilos 1%

Basófilos 0.27%

Neutrófilos 4.79 10<sup>3</sup> / $\mu$ l

Linfocitos 1.17 10<sup>3</sup> / $\mu$ l

Hemoglobina 9.27g/dl

Hematocrito 29.23%

Volumen corpuscular medio 83.97fL

Plaquetas 346.60 x 10<sup>3</sup>

Volumen plaquetario medio 7.49 fL

## ESCALAS.

Escala de Glasgow.

Abre los ojos	Puntuación
Espontáneamente	4
Por orden verbal	3
Por estímulo doloroso	2
No respuesta	1
<b>Mejor respuesta verbal</b>	
Orientado y conversa	5
Desorientado pero conversa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
No respuesta	1
<b>Mejor respuesta motora</b>	
Obedece órdenes (se le indica hacer un movimiento)	6
Localiza el dolor (lleva la mano al sitio doloroso)	5
Retirada en flexión (retira la extremidad del sitio doloroso)	4
Flexión anormal (rigidez tipo decorticación)	3
Extensión (rigidez tipo descerebración)	2
No respuesta	1

Escala de Dolor.

### Wong-Baker FACES Pain Rating Scale



From Wong D.L., Hockenberry-Eaton M., Wilson D., Winkelstein M.L., Schwartz P.: Wong's Essentials of Pediatric Nursing, ed. 6, St. Louis, 2001, p. 1301. Copyrighted by Mosby, Inc. Reprinted by permission.

**ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWNTON)**

<b>CAIDAS PREVIAS</b>	NO	0
	SI	1
<b>USO DE MEDICAMENTOS</b>	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES/SEDANTES	1
	DIURETICOS	1
	HIPOTENSORES NO DIURETICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS MEDICAMENTOS	1
<b>DEFICIT SENSORIALES</b>	NINGUNO	0
	VISUALES	1
	AUDITIVOS	1
	EXTREMIDADES (ECV, PARESIAS..)	1
<b>ESTADO MENTAL</b>	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
<b>DEAMBULACION</b>	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1
<b>PUNTAJE</b>		<b>0/14</b>
<b>ALTO RIESGO DE CAIDA</b>		<b>&gt;2/14</b>