



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UN PACIENTE CON UN OSTEOMA OSTEIOIDE BASADO EN EL
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Que para obtener el título de
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

Maricarmen Navarrete Aragón

ASESOR DE TRABAJO:

Mtra. Gandhi Ponce Gómez

México D, F., Junio del 2008.



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

INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS	2
III. METODOLOGIA DEL TRABAJO	3
IV. MARCO TEORICO	
4.1 CUIDADO	4
4.2 CONOCIMIENTO	5
4.3 PROCESO DE ENFERMERIA	7
4.5 ENFERMERIA	9
4.6 PERSONA	10
4.7 ENTORNO	10
4.8 SALUD	10
4.9 NECESIDADES DE ENFERMERIA	10
4.10 ROL DE ENFERMERIA	11
4.11 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL SISTEMA OSEO	12
4.12 OSTEOMA OSTEIOIDE	34
4.13 INTERVENCION DE ENFERMERIA	35
V. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA	
5.1 PRESENTACION DEL CASO	35
5.2 VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON	36
5.3 PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA	49
5.4 PLAN DE ALTA	
VI. OTROS	58
VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	61
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	64

INTRODUCCION

La enfermería desde sus orígenes ha sido parte esencial como un eslabón para brindar la atención al proceso salud enfermedad del ser humano, responde por si misma a la interrogante de porque existe, así como la medicina es cuantitativa, la enfermería se enfoca al cuidado de las personas sanas enfermas o conducirlos a una mejor muerte.

Muchas teóricas y profesionales de enfermería han centrado su atención en resolver o contribuir a un pronto restablecimiento ante las necesidades del paciente, para poder fomentar una independencia total de los cuidados, ya que la esencia de enfermería es el cuidado que brinda al individuo, a la familia y a la sociedad. Por eso para que enfermería, asiente su actuar se ha visto en la necesidad de crear y reforzar estrategias con las cuales incrementa su nivel y saber profesional mediante la creación y transmisión de generaciones a través de datos científicos y nuevos conocimientos, construyendo herramientas capaces de conducir y sustentar la legitimidad, autoridad y autonomía de enfermería.

Ante esta situación enfermería basa sus conocimientos y practica de los cuidados del enfermo, con un proceso atención de enfermería, basado en las catorce necesidades de Virginia Henderson que se presenta en el presente proceso de enfermería a un paciente con diagnostico de Osteoma Osteoide.

En este proceso atención de enfermería que se presenta la práctica de enfermería es de baja complejidad en los cuidados pero son cuidados específicos que se han marcado a través de los avances tecnológicos, teóricos y cambios presentes en la sociedad. Así la enfermería actual no escapa de estos fenómenos en los cuales debe de buscar el significado de los cuidados enfermeros, a través de procesos de enfermería basados en teorías, necesidades y diagnósticos; edificando así una profesión solida para el mundo de hoy y mañana explicando su que hacer profesional.

En el presente trabajo se muestra en el segundo capítulo los objetivos específicos y generales que se buscaron para la integración y ejecución de tal proceso, en un tercer capítulo se describe la metodología que se tomo en cuenta para la selección y obtención de información de acuerdo al modelo teórico utilizado. Catorce necesidades de Virginia Henderson. En el capítulo cuarto hablare del marco teórico, siendo gran parte del cuerpo del trabajo, se describe que es el proceso de atención de enfermería y cuáles son sus etapas, se habla del modelo de atención de Virginia Henderson y de la patología del caso osteoma Osteoide y al intervención de enfermería. El capitulo quinto presenta el plan de atención de enfermería enfocado en los diagnósticos y necesidades del paciente ante su problema de salud. Por último se muestran en los capítulos sexto y séptimo las conclusiones y referencias bibliográficas en las que me base para la integración del proceso de enfermería.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

2.1 Aplicar el proceso atención de enfermería a un individuo adulto joven, con alteración de salud (osteoma osteoide), basado en el modelo de cuidados de Virginia Henderson, cuya finalidad es contribuir a la recuperación de su salud para lograr una Independencia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.2 Identificar la problemática del paciente a través de los problemas reales y potenciales basados en las necesidades de Virginia Henderson.

2.3 Se realizara una valoración basada en las catorce necesidades de Virginia Henderson.

2.4 Se implementaran diagnósticos de enfermería que contribuyan a mejorar el estado de salud, para mejorar la calidad de vida del paciente.

2.5 Implementar un plan de cuidados que contribuyan a un adecuado y oportuno restablecimiento en el estado de salud del paciente.

2.6 Crear un plan de alta que favorezca a recuperar la independencia de necesidades que limitan su actividad del individuo.

III. METODOLOGIA DEL TRABAJO.

La realización del Proceso atención de enfermería se crea con la necesidad de planificar cuidados a un paciente con osteoma Osteoide de acuerdo a las catorce necesidades de Virginia Henderson.

El Proceso Atención de Enfermería se realiza en el servicio de Tumores Óseos en el Hospital de Ortopedia del IMSS. El tiempo en que se realiza este proceso es en dos etapas que cubren del 28 al 31 de marzo del presente año y del 1° al 4 de abril del mismo año. Para el análisis e implementación del PAE se considera a una paciente adulta femenina de la tercera década de la vida (31años) cuyas necesidades alteradas son:

- Nutrición
- Eliminación
- Moverse y mantener buena postura
- Descanso y sueño
- Usar prendas de vestir adecuadas
- Higiene y protección de la piel
- Evitar peligros
- Trabajar y realizarse

Para crear un diagnostico se realiza un valoración inicial y final, así como entrevistas subsecuentes que permiten llevar un listado de diagnósticos de enfermería de acuerdo a los marcados por la NANDA y las catorce necesidades de Virginia Henderson. En la planeación se enlistan los diagnósticos por prioridades de acuerdo a las necesidades de la paciente, implementando objetivos, para elaborar un plan de acciones para reducir o eliminar el problema existente y poder otorgar los cuidados de salud. Se crea una ejecución del trabajo en donde se pone en práctica el plan de trabajo, así como la recopilación de información del paciente, identificando un nuevo problema que llevara al final del proceso. Este final es la evaluación que contribuye a la analización del funcionamiento del plan de cuidados, para verificar que fueron los oportunos y fomentar su auto cuidado en su vida cotidiana.

IV. MARCO TEORICO

4.1 CUIDADO

NATURALEZA DE LOS CUIDADOS.

Para poder entender los cuidados de enfermería hay que mencionar que son un conjunto de actividades diarias y permanentes de la vida. La naturaleza del cuidado de enfermería es enfrenarse a un significado real, VIDA y MUERTE; englobando a todos los seres vivos incluyendo al hombre. Pero si nos preguntamos que es cuidar, cuidar es una cadena de actividades que nos permite conservar la vida para seguir reproduciéndose. Así mismo podemos sintetizar de la siguiente manera:

CUIDAR: es un acto individual que puede ser autónomo, así mismo este se puede proporcionar a las demás personas a corto o largo plazo, siendo temporal o definitivo para cubrir sus necesidades vitales. Esto ocurre cuando existe un limitante de la autonomía del individuo, ligada a los factores de riesgo y entonces se puede hablar de una curva de evolución de necesidades en función a la edad. Esta curva nos refleja que los cuidados se basan en las necesidades que van surgiendo, dependiendo del ciclo de la vida desde el nacimiento a la vejez. En algunas ocasiones nos podemos enfrentar a problemas de la vida que conllevan a un accidente, enfermedad o muerte, cuando se ha perdido la dependencia de la autonomía. Al enfrentarnos a ciertos factores ambientales que potencializan el riesgo a sufrir un daño. Por lo tanto la naturaleza del cuidado se basa en dos tendencias; una asegura la vida diaria del individuo y otra basada en la enfermedad.

NATURALEZA DE LOS CUIDADOS RELACIONADA A LA FUNCION A LA VIDA.

“Los cuidados de costumbre y habituales: care relacionados con las funciones de conservación de continuidad de la vida. Los cuidados de curación: cure relacionados con las necesidades de curar todo aquello que obstaculiza la vida.”¹ Care es hablar de costumbres hábitos y conservación de la vida diaria, a los cuales nos enfrentamos y realizamos continuamente. Cure se enfoca a la curación para frenar la enfermedad y dar tratamiento. Se deben de dirigir care y cure hacia la misma directriz para evitar consecuencias irreversibles que pueden limitar la enfermedad o llevar incluso a la muerte, por lo que se debe de considerar la naturaleza de los cuidados a los que nos enfrentamos.

Es importante resaltar que todo trabajo u oficio es una evolución que se lleva a cabo con sus diferentes medios para poder realizar sus actividades y lograr los objetivos que se tengan en meta. Por lo tanto toda actividad es encontrarse con algo nuevo, que se lleva a través de lo ya conocido. Al comparar el trabajo de enfermería con un oficio podemos decir que enfermería no es un oficio, la diferencia la hacen los conocimientos a través de la competencia y el uso de material e instrumentos, enfermería únicamente ha adoptado del oficio la técnica. Por lo tanto para poder llevar el proceso de cuidados de enfermería, se parte del trabajo constante, de los

conocimientos, tecnología, creencias y valores que nos lleven a identificar las necesidades de cada individuo.

4.2 CONOCIMIENTO

“Dominio previo o paralelo de los fundamentos teóricos de esta competencia.”² Es decir es el origen de conocimientos utilizados, basados en su organización y la forma de utilizarlos. Las fuentes de conocimiento se basan en la identificación de las necesidades vitales del individuo. El conocimiento se basa en la reflexión que puede ser de dos tipos: Al descubrir lo que se quiere decir a través de interrogatorios, pláticas etc., o disfrazando lo que el grupo social intenta decir.

Existen fuentes de conocimiento: Persona: Es aquella que nos expresa sus necesidades y es de la que debemos de aprender su lenguaje para poder entenderla. La comunicación no verbal; es decir conocer a la persona a través de la vista como viste, como se expresa, como se comporta, etc. Edward Hall nos simplifica diciendo “saber ver y dejarse guiar por el sentido de la vista aprendiendo a leer el lenguaje no verbal, el lenguaje silencioso”.³ Con ello definimos que la persona nos habla desde el momento en que se aprecia por medio de la vista.

Cuando existe un lenguaje profesional difícilmente entendemos el lenguaje coloquial; el profesional no entiende este lenguaje se basa en normas que le impide compartir el lenguaje corriente, por lo que debe de adoptar conocimientos que le permitan compartir el lenguaje coloquial del grupo social que requiere del cuidado. La renovación de la necesidad de conocimientos y tener una pluralidad de conocimiento nos dice “Hay un mundo entre la ignorancia inconsciente de sí misma, es decir la seguridad dogmática y la toma de conciencia de la ignorancia. Aun más, el conocimiento debe y puede en lo sucesivo trabajar y comerciar sin tregua con la ignorancia”.⁴ El profesional debe de cumplir un proceso de retroalimentación de sus conocimientos para no caer en la ignorancia y fortalecer su actuar profesional. El profesional debe de saber distinguir los conocimientos que lo lleven a comprender las distintas situaciones existentes. “Estoy cada vez más convencido de que nuestros conocimientos ocultan lo que en lo sucesivo va hacer vital conocer”⁵ Con esto se debe forjar la necesidad de ampliar cada vez más el campo de conocimientos por medio de distintas disciplinas que conlleven a conocer al hombre, en su esfera biológica, según sus estímulos y actividades, esto nos guía a que los cuidados de enfermería se basa a las interrogantes vida-muerte.

La búsqueda de conocimiento que el profesional realiza no solo es pedagógica también se encuentra en distintas fuentes como población, libros, revistar, películas, etc. “Todos estos medios pueden contribuir a ampliar considerablemente nuestra forma de ver la vida, a situarnos y a comprender mejor los problemas que se les plantean a los hombres y que dan lugar tanto a necesidades de salud como a procesos de deterioro, destrucción, de inadaptación o de quebrantamiento, como los que aparecen con una enfermedad o accidente”.⁶ El método dirige la organización de los conocimientos y su utilización debe ser compleja. Son principios operativos

que nos sirven para pensar por sí mismo, es un camino de conocimiento nuevo que viene de lo desconocido a lo nuevo. Todo cuidado que proporciona viene de lo desconocido a lo conocido de los seres vivos; los conocimientos solo nos sirven porque son la base del desarrollo que permite alcanzar la experiencia al comprender cada circunstancia que se nos presente.

Por mucho tiempo la enfermeras se han enfrentado al miedo de los conocimientos teniendo como limitante la sociedad quien marcaba la fijación femenina y religiosa en la que se encontraban esto las alejaba del saber. Actualmente los conocimientos modifican el criterio de comprender y entender a la profesión de enfermería, al nutrirse de distintos conocimientos que le han permitido seguir adelante en el proyecto de la vida; los conocimientos son un sendero que se mantiene abierto al mismo conocimiento. “El hombre necesita un instrumento con el que trabaja, no una maquina de trabajo por él. Necesita una tecnología que extraiga la mejor parte de la energía y de la imaginación personal y no una tecnología que le esclavice y le programe”.⁷ La tecnología es un arte que evoluciona de instrumentos que muestran la forma apropiada y la manera en que se puede servir de ella. Mientras que la técnica solo nos permite ver la forma de utilizar el instrumento, por lo tanto, ninguna profesión puede ser ejercida sin el uso de la tecnología.

Las tecnologías utilizadas por los profesionales de enfermería son: El cuerpo mismo ya que a travez de este mismo se puede proporcionar cuidados a otras personas. El tacto que nos transmite las acciones que se quieren dar en cuidado. El oído aquí se comprende el simbolismo de las palabras. La vista nos adentra al entorno de la persona. El hablar este no solo es el hablar sino también la sensibilidad de la persona a la cual nos enfrentamos. Tecnología del mantenimiento de la vida. Son los instrumentos que nos van a permitir dar la autonomía parcial o total al enfermo a travez de consejos enseñanzas de su propio cuidado. Tecnología de curación. Engloba los instrumentos con los cuales el personal va a dar el cuidado siempre que esté justificado el uso de cada uno. Tecnología de información. Enfermería se basa en los instrumentos fundamentales, historia de enfermería y acción sanitaria. La historia de enfermería es la expresión escrita de evolución, en donde ya hay bases de un proyecto establecido. La acción sanitaria es la situación escrita a travez del análisis del servicio cuyo instrumento son las diferentes actividades, reuniones de gestión, etc.

Los cuidados de enfermería se deben de retroalimentar con las tecnologías y campos de conocimientos que se tienen que transformar para utilizarlos en la aplicación de cuidados. El profesional basa sus conocimientos en tecnologías sencillas “para dispersar cuidados elementales es necesaria una tecnología elemental que pueda ser fácilmente comprendida por los especialistas. La identificación o la puesta a punto de esta tecnología forma parte de la revolución en salud de las personas y de los grupos”.⁸ Enfermería tiene sus cimientos en las creencias y valores que se han arrastrado desde tiempo atrás por ello ideológicamente entra en confusión con lo cotidiano sin analizar realmente que es enfermería. Las creencias es un conjunto integrado que se desglosa de las

creencias siendo estas formas de creer en lo bueno y lo malo de un grupo para mantener una estabilidad y permanencia asegurando la continuidad de vida. Los valores también se encuentran ligados a los costumbres y creencias teniendo la importancia y apreciación social que se le da a tal cual creencia. Las costumbres y creencias se pasan por medio de la herencia cultural, es decir es un ciclo que engloba las necesidades, costumbres, creencias, enfrentamiento a la realidad a través del nuevo conocimiento y conocimiento aplicado, la tecnología que nos llevarán nuevamente a las necesidades vitales.

Los cuidados de enfermería se sitúan en una empalmación de sistemas de creencias y valores que interactúan e interfieren mutuamente. Es decir, si esclarecen los factores que afectan a estas creencias y valores que hay en los cuidados de enfermería, la práctica de enfermería puede adoptar senderos equivocados y esto influirá en el medio laboral donde se lleva a cabo el trabajo enfermería. Es importante que cada enfermero o enfermera se concienticen en realzar adecuadamente su práctica en la aplicación de cuidados. También es esencial entender que las creencias costumbres y valores influyen en la realización de los cuidados de enfermería y a su vez en la incidencia de la práctica de enfermería

4.3 PROCESO DE ENFERMERIA

Es, “La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.”⁹ Según Fani Cisneros nos dice que el proceso de enfermería es: “Es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, **el PAE** configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, en la práctica las etapas se superponen.”¹⁰ El proceso de enfermería se puede representar de la siguiente forma, ver cuadro 1

4.4 VALORACION

La valoración es el primer paso del proceso, es el acto de identificación del problema de necesidades que da oportunidad de crear una idea precisa del estado de salud del paciente. La valoración recopila toda la información de datos, esto nos lleva ser profesionales críticos buscadores de información que nos lleva a entender los problemas deliberando el plan de cuidados. Esto se aprecia en el cuadro 2.

Existen actividades que nos permiten comprender esta valoración tales como: Recogida de datos: Se reúne información sobre el cliente, valoración de datos. Aquí la información tiene que ser veras, organización de datos: Organizar los datos, nos permite seleccionar una muestra de patrones, salud-enfermedad. La recogida de datos inicia en el momento de estar en contacto con el sistema de cuidados de

salud, y prevalece hasta requerir esos cuidados es decir crear un plan inicial de cuidados. Esta información nos lleva a entender esta situación existente.

Al iniciar la recogida de datos se debe de prever cuales son los recursos y vías con los que se cuentan para poder recabar la información de salud del individuo. Esta recabación de información de datos es basada fundamentalmente en la que proporciona el mismo paciente, el familiar, los registros de enfermería y médicos, las consultas verbales o escritas que se realicen, en los registros de estudios diagnósticos y en las biografías relevantes.

La recogida de datos se debe de llevar de la siguiente manera. Antes de ver al paciente, con su historia clínica o con los antecedentes del paciente. En el momento de estar con el paciente, se observa detalladamente durante la valoración para recabar todos, los hallazgos existentes. Y al terminar de ver al paciente, aquí podemos recabar información en el momento que se determina los recursos con los que se cuenta y así mismo poder buscar información adicional.

VALORACION DE DATOS

La valoración de enfermería puede ser de dos tipos: De datos básicos: se realiza al inicio de la entrevista con el paciente, para poder reunir la información que nos permita conocer el estado de salud del paciente, antes de crear un juicio. En este apartado utilizamos como instrumento de valoración las teorías o modelo que se establezca en el lugar que se va a trabajar, así como las necesidades a las que nos enfrentamos. Focalizada: en este apartado se recaba información más concreta de un problema específico. Es decir la valoración focalizada se basa en la evidencia que exista, en los factores que participan en el problema, en el sentir del manejo y como se va a frenar el problema. Estos factores que conllevan a recabar la información se realizan a través de la entrevista y la valoración física que se realice al cliente. Los datos deben de ser identificados cuando la información es objetiva y subjetiva. Los datos objetivos son aquellos que se observan son mensurables y medibles, por el examinador. Los datos subjetivos son los que el paciente expresa, son sus sentimientos y lo que el paciente siente, no son medibles. Esta recopilación de datos nos lleva a crear una validación de datos, que confirmen lo real y complementario de la información, al tener los datos se debe de analizar datos faltantes y realizar conclusiones.

ORGANIZACIÓN DE DATOS

La manera de organizar la información recabada se realizara dependiendo de las habilidades, conocimientos, a través de modelos de enfermería que centran a la identificación de diagnósticos de enfermería, así como los sistemas que permitan hacer llegar datos relevantes al médico. Cuadro III. Cita¹¹.

IDENTIFICACION DE PATRONES

Al haber reunido la información de datos tendrá una primera revisión de patrones los cuales servirán para analizar su veracidad. Con esta revisión de información se

escogerá lo que realmente pueda ayudar a explicar lo que se esté buscando. La llegada de identificación de patrones es como un rompecabezas en donde se descifra el problema real; a través de factores que nos permiten valorar lo relevante de lo irrelevante, así como determinar el principio que origina el problema y la causa que lo genere.

COMUNICACIÓN Y REGISTRO DE DATOS

Es la parte final de la valoración, que permite registrar y dar a conocer los resultados del problema, para poder dar a conocer un diagnóstico y un tratamiento, que permita crear un criterio para poder determinar lo que se va a informar y los datos que deben de registrarse.

4.5 ENFERMERIA.

Enfermería es una profesión que ha evolucionado y ha crecido a través de teóricas como Virginia Henderson; teórica de la enfermería que incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos al establecer un concepto de enfermería. “La función específica de enfermería es ayudar a la persona, enferma o sana a la realización de actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizara in ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y hacerlo de tal manera que le ayuda a ganar la independencia lo más pronto posible”.¹² Por lo tanto, enfermería asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz. Virginia Henderson introduce y desarrolla el criterio de independencia del paciente en al valoración de la salud considerando que la practica de la enfermería no es dependiente que la del médico, considerando además a la enfermería un arte. Identifica catorce necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros necesidades en las que se desarrollan los cuidados del paciente. Involucra algunos conceptos que nos permiten comprender que es enfermería tales como:

4.6 PERSONA

La persona es el individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la familia o persona son vistas como una unidad es decir; “la persona es una unidad corporal, física y mental, que esta constituida por componentes biológicos, socio ecológicos y espirituales”.¹³ La mente y el cuerpo son inseparables así el paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano como enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia, necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana. El concepto de persona es muy amplio por lo que Dorotea Orem, otra teórica de la enfermería, “concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante”.¹⁴ Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que afectan a el mismo, a otro y a su entorno, condiciones que la

hacen capaz de llevar a cabo su auto cuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que esta sometido a las fuerzas de la misma, lo que lo hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse que tiene facultad para utilizar las ideas las palabras y símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar acciones de auto cuidado y el cuidado dependiente.

4.7 ENTORNO

La persona influye en el entorno cuando este se define como la influencia de relaciones con la propia familia, así mismo incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados. Es decir, influyen factores tanto ambientales como socioculturales, entendiendo que entorno es “el conjunto de todas las condiciones externas y la influencia que afecta la vida y desarrollo de un organismo”.¹⁵

4.8 SALUD

La salud, más que la vida en si misma es ese margen de vigor física y mental, lo que permite a una persona trabajar a la máxima efectividad y alcanzar su nivel más alto de satisfacción en la vida. Cabe comprender que Henderson no expresa su propia definición de salud pero si lo marca como una dependencia es decir “considera a la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda de los catorce componentes de los cuidados de enfermería para llegar a la dependencia”.¹⁶ Salud es una cualidad de vida. Salud es elemental para el funcionamiento del ser humano. Salud requiere de dependencia e independencia.

El fomento de salud es más importante que el cuidado de la enfermedad “los individuos obtendrán o mantendrán la salud si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario”.¹⁷ Henderson considera que toda persona tiene diversas capacidades y recursos con ello buscan llegar a la independencia “la independencia puede ser definido como la capacidad de persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación”¹⁸ “La dependencia es la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades”.¹⁹

4.9 NECESIDADES BASICAS

Henderson identifica catorce necesidades básicas del paciente que comprende los componentes de los cuidados de enfermería.

Necesidades relacionadas con la fisiología:

1. Respirar con normalidad.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.

4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.

Necesidades relacionadas con la seguridad:

8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.

Necesidades relacionadas a la propia estima:

10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

Necesidad relacionada con la pertenencia:

11. Ejercer culto a dios, acorde con la religión.

Necesidades relacionadas con la auto-actualización:

12. Trabajar de forma que permite sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

4.10 ROL DE ENFERMERIA

Al identificar Henderson las catorce necesidades básicas en la que se basa la atención de enfermería establece e identifica los tres niveles siguientes de relaciones enfermera paciente en los que enfermería actúa de la siguiente manera:

1. Sustituta del paciente.
2. Colaboradora del paciente.
3. Compañera del paciente.

Afirma que la enfermera debe mantenerse en la piel de cada uno de sus pacientes con la finalidad de conocer sus necesidades a las que se enfrenta cada paciente. Al expresar esta clasificación podemos transmitirlo de la siguiente manera:

SUSTITUTO DEL PACIENTE Cuando hablamos de que el paciente se encuentra en un tiempo de enfermedad grave, la enfermera toma el papel de sustituto del paciente de lo que le hace falta para sentirse completo, entero o independiente, por falta de fuerza física, voluntad o conocimiento.

COLABORADORA DEL PACIENTE En este apartado se manifiesta que en condiciones de convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia. Pero el termino independencia es algo relativo, nadie es independiente de los demás, solo que luchamos por una independencia sana y no enfermiza.

EDUCADORA DEL PACIENTE La enfermera y el paciente buscaran juntos el plan de cuidados, basado en las necesidades básicas independientemente del diagnostico, la enfermera debe de ser capaz no solo de valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran. La enfermera y el paciente siempre están luchando por un objetivo que es el buscar la independencia o la muerte pacífica. Teniendo como principal objetivo el fomento a la salud.

4.11 ANATOMIA Y FISILOGIA DEL SISTEMA OSEO.

HISTOLOGIA DEL HUESO.

HUESO Son tejidos conjuntivos que se caracterizan porque sus células están rodeadas de una matriz intercelular sólida y relativamente rígida. La matriz intercelular ósea es más bien rígida y puede crecer sólo por depósito de nuevo material sobre las superficies óseas. El tejido óseo es una variedad de tejido conjuntivo que se caracteriza por su rigidez y su gran resistencia tanto a la tracción como a la compresión. Está formado por la matriz ósea, que es un material intercelular calcificado y por células, que pueden corresponder a:

- **OSTEOBLASTOS:** encargados de sintetizar y secretar la parte orgánica de la matriz ósea durante su formación. Se ubican siempre en la superficie del tejido óseo ya que este sólo puede crecer por aposición)
- **OSTEOCITOS,** responsables de la mantención de la matriz ósea, que se ubican en cavidades o lagunas rodeadas por el material intercelular calcificado. La nutrición de los osteocitos depende de canalículos que penetran la matriz ósea y conectan a los osteocitos vecinos entre sí y con canales vasculares que penetran al hueso o que se ubican en las membranas conjuntivas que revisten la superficie del hueso (periostio y endostio). De hecho ningún osteocito se encuentra a más de una fracción de mm de un capilar sanguíneo.
- **OSTEOCLASTOS,** células responsables de la reabsorción del tejido óseo, que participan en los procesos de remodelación de los huesos y pueden encontrarse en depresiones superficiales de la matriz ósea llamadas lagunas de Howship.

LA MATRIZ INTERCELULAR OSEA. La matriz intercelular ósea está formada por: Matriz orgánica u osteoide que corresponde al 50% del peso seco del hueso. Más del 90% de ella corresponde a fibrillas de colágeno I organizadas en laminillas de unos 5 μ m de grosor. En cada laminilla ósea, las fibrillas colágenas están paralelas entre sí, pero las laminillas sucesivas alternan ordenadamente la orientación de sus fibrillas en ángulos rectos. Esta disposición alternada de las fibrillas colágenas en laminillas sucesivas destaca particularmente al observar cortes de hueso con microscopía de luz polarizada. El resto de los componentes orgánicos son principalmente glicoproteínas como la osteonectina, proteínas ricas en ácido g-carboxiglutámico como la osteocalcina, y proteoglicanos de condroitín y queratán-sulfato. Son moléculas ricas en grupos ácidos con gran tendencia a asociarse entre sí, capaces de unirse a calcio y que juegan un rol importante en el proceso de mineralización de la matriz ósea. Sales minerales inorgánicas depositadas en el osteoide, que confieren al tejido su rigidez y dureza y actúan como una reserva de sales minerales, sensible a estímulos endocrinos. Las más abundantes son fosfato de calcio amorfo y cristales de hidróxidos de calcio y de fosfato llamados hidroxiapatita ($\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$). Los cristales de hidroxiapatita son aplanados

(30nm por 3 nm) y se adosan a lo largo de las fibrillas colágenas, a intervalos de unos 67 nm. La superficie del cristal está hidratada y existe una vaina de agua e iones rodeándolo, lo que facilita el intercambio de iones entre el cristal y el líquido intersticial.

CELULAS DEL TEJIDO OSEO

Células osteoprogenitoras

Células osteoprogenitoras: son células alargadas con citoplasma poco prominente, que proceden de las células mesenquimáticas primitivas y forman una población de células troncales capaces de dividirse y dar origen a células que se diferencian a osteoblastos.

Osteoblastos

Los osteoblastos son células diferenciadas que sintetizan el colágeno y la sustancia fundamental ósea.

Cuando están en plena actividad su forma es cuboide con un citoplasma basófilo, que refleja su ergastoplasma muy desarrollado, tienen además un prominente aparato de Golgi. Son células polarizadas que vacían sus productos de secreción por la zona del citoplasma en contacto con la matriz ósea ya formada, (matriz intercelular preósea u osteoide).

Los osteoblastos son células polihédricas con largas y delgadas prolongaciones citoplasmáticas que son rodeadas por el osteoide producido y que se asocian mediante uniones de la comunicación (nexos o gap junction) con prolongaciones similares de los osteoblastos vecinos.

Los osteoblastos participan también en el proceso de mineralización de la matriz orgánica ya que producen vesículas de matriz, de unos 100nm de diámetro, rodeadas de membrana celular, las que acumulan Ca^{++} y PO_4^- y son ricas además en fosfatasa alcalina y pirofosfatasa, enzimas que capaces de generar iones PO_4^- , elevando su concentración en el medio extracelular y creando centros de nucleación para el depósito de las sales minerales.

Los osteoblastos tienen dos destinos posibles: ser rodeados por la matriz ósea que producen y pasan a ser osteocitos o permanecer en la superficie del tejido óseo recién formado, aplanándose y constituyendo las células de revestimiento óseo.

Osteocitos

Son las células propias del tejido óseo formado. Su citoplasma presenta ergastoplasma, aparato de Golgi y puede presentar lisosomas. Son capaces de sintetizar y de reabsorber, en forma limitada, a componentes de la matriz ósea ("osteolisis osteocítica"), procesos que tienen importancia en la regulación de la calcemia. Cada osteocito, bañado por una delgada capa de líquido tisular, ocupa su laguna y proyecta sus prolongaciones citoplasmáticas por los canalículos, dentro de los cuales, toma contacto con prolongaciones de osteocitos vecinos mediante uniones de comunicación, o con células de revestimiento óseo bañadas por el líquido tisular del tejido conjuntivo que rodea a los capilares sanguíneos.

Células de revestimiento óseo

Son células aplanadas que revisten las superficies óseas del interior de los huesos, y en su mayor parte corresponden a osteoblastos inactivos que están asociados entre sí y con prolongaciones de los osteocitos.

Osteoclastos

Son células móviles, gigantes y multinucleadas y se localizan adosadas a la superficie de tejido óseo que debe ser removido.

Se originan por fusión de monocitos que han abandonado la sangre circulante y pertenecen de hecho al sistema de fagocitos mononucleares. Contienen numerosos lisosomas y en la superficie del osteoclasto que esta en contacto con la matriz a remover se distinguen dos zonas distintas: un anillo externo o zona clara que corresponde a una especialización de la superficie celular en que la membrana se asocia estrechamente al hueso que delimita el área que se va a reabsorber, y la región central o borde estriado que presenta profundos repliegues de la superficie celular bajo los cuales se concentran gran cantidad de lisosomas y mitocondrias, además de ergastoplasma y cisternas del Golgi.

La membrana de los lisosomas primarios se fusiona con la membrana celular que reviste a los repliegues del borde festoneado, liberando las enzimas lisosomales hacia el exterior y produciendo una acidificación del microambiente que baña al tejido óseo a reabsorber. El borde festoneado contiene además gran cantidad de vesículas endocíticas y lisosomas secundarios, indicando que ocurre además un proceso de fagocitosis del material parcialmente solubilizado por el ambiente ácido y la acción lítica de la enzima lisosomales.

Organización histológica de los huesos

En un hueso ya formado la disposición de los componentes del tejido óseo en cada zona de él está en estricta relación con las fuerzas de tracción y compresión a que esa zona está sometida habitualmente. Sin embargo el tejido óseo que se forma primero en el feto y luego en los huesos en desarrollo no se dispone de acuerdo a estos requerimientos mecánicos, sino que constituye un tejido óseo de base llamado hueso primario o reticular ("entrelazado") que posteriormente será reemplazado por el hueso secundario o laminillar. La principal diferencia entre el hueso reticular y el laminillar radica en la disposición de las fibrillas de colágeno I, las cuales en el hueso primario se disponen en forma de manojos dispuestos en forma irregular.

De acuerdo al aspecto macroscópico que presentan se distinguen dos tipos de huesos: hueso cortical formado por tejido óseo compacto y hueso esponjoso en el cual el tejido óseo se dispone en trabéculas que delimitan cavidades, en las que se ubica normalmente la médula ósea.

En las superficies articulares la capa cortical de hueso compacto está cubierta por una capa de cartílago hialino: el cartílago articular, mientras que el resto de

la superficies del hueso están cubiertas por membranas de tejido conjuntivo que forman el periostio y el endostio, en los que existen abundantes vasos sanguíneos que se adosan ya sea a las trabéculas del hueso esponjoso o que penetran en el hueso cortical compacto a través de los conductos de Volkman y de Havers.

Estructura del hueso esponjoso o trabecular

Están formados por delgadas trabéculas, que, en los huesos ya formados, corresponden a tejido óseo laminillar rodeadas por células de revestimiento óseo. Los osteocitos de las trabéculas óseas se mantienen desde los capilares sanguíneos vecinos ubicados en la médula ósea. La orientación de cada trabécula y la disposición de sus laminillas óseas mineralizadas está determinada por las tensiones mecánicas locales con el objeto de resistir las compresiones y las tensiones a que es sometida. Si cambia la dirección de los requerimientos mecánicos a que es sometida una trabécula (aumento de peso del individuo, crecimiento u otro) ella debe cambiar su orientación. El cambio en la forma de una trabécula se realiza mediante dos procesos coordinados que ocurren en zonas precisas de la trabécula a remodelar:

crecimiento por aposición de la trabécula por acción de los osteoblastos los que que depositan laminillas sucesivas de tejido óseo en la zona en que existe una requerimiento mecánico, y

remoción del tejido óseo de la trabécula por acción de los osteoclastos en los sitios en que no está sometido a tracción ni compresión.

Organización del hueso compacto

En la diáfisis de los hueso largos el tejido óseo laminillar se organiza en tres formas distintas, formando los: sistemas de Havers, sistemas laminillares intersticiales, y sistemas circunferenciales externo (subperióstico) e interno (subendóstico).

El crecimiento de los huesos depende de:

Crecimiento en grosor

Ocurre a partir de las células presentes en la capa interna o celular del periostio en la cual existen, adosadas a la capa externa o fibrosa, células osteoprogenitoras las cuales al dividirse originan células que se diferencian a osteoblastos. Los osteoblastos se disponen en la superficie externa del hueso y sintetizan matriz ósea orgánica, la cual posteriormente se mializa. Los osteoblastos atrapados pasan a formar los osteocitos del nuevo tejido óseo. Mientras ocurre el crecimiento en grosor no se observa el sistema laminillar subperióstico el cual está bien desarrollado en el hueso adulto.

Crecimiento en longitud

Ocurre a expensas del cartílago de la placa epifisaria el cual por prolifera aumentando su longitud por crecimiento intersticial y luego se modifica y es reemplazada por hueso de acuerdo a los pasos del proceso de osificación

endocondral.

En ella se muestran los cambios que experimenta el tejido cartilaginoso durante este proceso. El cartílago hialino normal que se observa en la zona de reposo experimenta luego (bajo en control de la hormona somatotropa) un proceso de multiplicación celular, formando columnas paralelas de células apladas en el sentido longitudinal del hueso, tal como se observa en la zona de cartílago seriado.

Posteriormente los condrocitos aumentan notablemente su tamaño, acumulando glicógeno y grasa y produciendo colágeno X y fosfatasa alcalina. La matriz cartilaginosa queda reducida a tabiques delgados, tal como se observa en la zona de cartílago hipertrófico y posteriormente ocurre la calcificación de la matriz cartilaginosa, debida a la alteración en su composición por la presencia del colágeno X y de fosfatasa alcalina.

Luego ocurre la muerte de los condrocitos hipertrofiados, aislados en la matriz calcificada. La matriz calcificada es penetrada por vasos sanguíneos que provienen desde el canal medular y que se acompañan de osteoblastos los cuales se adosan a la superficie de la matriz cartilaginosa calcificada y sintetizan y secretan la matriz ósea orgánica (osteóide). Los osteoclastos que también acompañan a los vasos sanguíneos remueven parte de los tabiques de matriz cartilaginosa calcificada formando grandes cavidades delimitadas por espículas de matriz cartilaginosa que permanecen unidas al cartílago hepifisario y que están recubiertas por tejido óseo primario el cual se hace cada vez más grueso al continuar siendo depositado por los osteoblastos.

Aumento en diámetro de la diáfisis.

Este proceso va acompañado generalmente de un aumento también en el diámetro de la cavidad medular razón por la cuál ocurre de hecho un desplazamiento lateral del hueso cortical con un aumento proporcionalmente reducido del grosor de la pared ósea misma.

Esto implica la acción coordinada de tres procesos: Crecimiento en grosor del hueso a expensas de la capa osteogénica del periostio, absorción desde el endostio, por acción de osteoclastos y remodelación interna del hueso cortical para establecer una distribución de sistemas de Havers adecuada al requerimiento mecánico del hueso en cada etapa de su vida.

Histogénesis del hueso. El tejido óseo se desarrolla siempre por sustitución de un tejido conjuntivo preexistente. Osificación intramembranosa es la forma en la cual el feto forma básicamente los huesos planos. Tiene lugar en condensaciones de tejido mesenquimático muy vascularizado en las cuáles ciertas células mesenquimáticas se dividen formándose el blastema óseo. A partir de estas células se forman los osteoblastos que sintetizan y secretan al osteóide el cuál posteriormente se mineraliza y que va englobando a los osteoblastos los que se transforman en osteocitos. Las trabéculas de hueso primario así formada son posteriormente remodeladas de acuerdo al hueso que pertenezcan. Osificación endocondral. Es la forma en la cual el feto forma los

huesos largos y cortos. El proceso se produce en la siguiente forma: se desarrolla un modelo cartilaginoso que adopta una forma parecida a la del hueso que va a dar origen y que está rodeado de su pericondrio, en la zona media de la diáfisis se desarrollan en el pericondrio células osteoprogenitoras y de ellas se originan osteoblastos los que producen un collar óseo subperióstico mediante un proceso de osificación directa o membranosa, simultáneamente ocurren en el cartílago subyacente, modificaciones similares a los descritos previamente en el cartílago epifisario, formándose un centro de osificación endocondral primario (diafisario). Las epículas óseas formadas sobre restos de la matriz cartilaginosa calcificada se unen al mango de hueso cortical que sigue engrosándose a partir de la capa osteógena del periostio. Posteriormente se forman centros de osificación secundario a nivel del cartílago de las epífisis a partir del cual se formará el hueso esponjoso y cesará primero la osificación endocondral del cartílago hacia las epífisis. El cartílago que permanece constituye la placa cartilaginosa epifisaria o cartílago de crecimiento de los huesos ya formados.

OSTEOLOGÍA: GENERALIDADES.

- HUESOS LARGOS: son aquellos donde la longitud predomina. Se componen de cuerpo o diáfisis, que suele tener forma triangular, y los extremos o epífisis, que son más abultados. (MMSS: húmero, cúbito, radio, clavícula... MMII: fémur, tibia, peroné, metatarso...)
- HUESOS CORTOS: aquellos en que las tres dimensiones son similares. (carpo, tarso)
- HUESOS PLANOS: aquellos en los que predomina la longitud y la anchura sobre el grosor. (varios del cráneo, escápulas, esternón...).

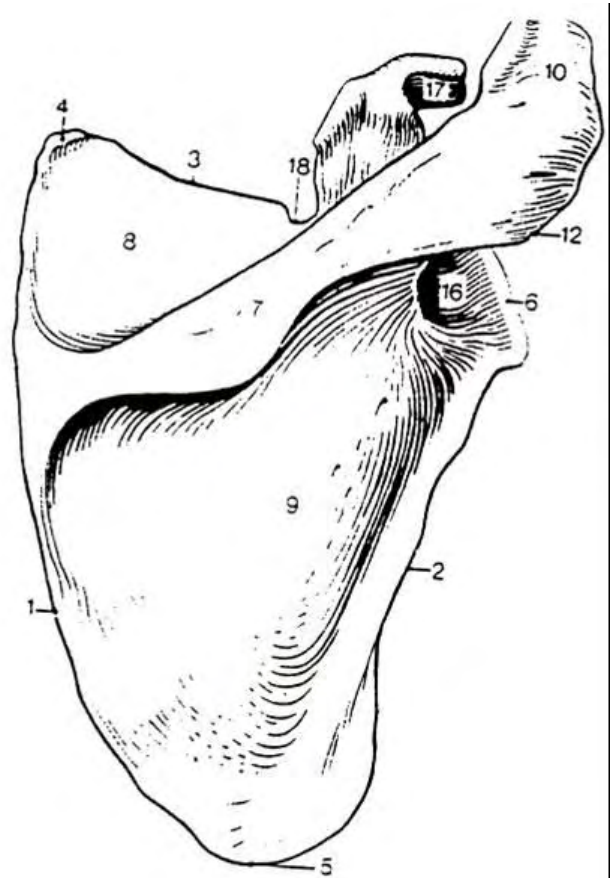
CINTURA ESCAPULAR: ESCÁPULA Y CLAVÍCULA.

ESCÁPULA. Es un hueso plano con forma de triángulo invertido que presenta dos caras.

- Cara anterior: es más lisa. Tiene una ligera concavidad denominada FOSA SUBESCAPULAR. En su parte inferior está el vértice o ÁNGULO INFERIOR DE LA ESCÁPULA. En su borde superior externo hay un saliente que se dirige hacia delante y hacia fuera denominado APÓFISIS CORACOIDES. Tienen un borde medial liso y un borde lateral que presenta una superficie articular llamada CAVIDAD GLENOIDEA donde se articula con el húmero.
- Cara posterior: ligeramente convexa. Presenta un relieve óseo alargado (recorriendo la base triangular) conocido como la ESPINA DE LA ESCÁPULA,

que va a dividir esta cara en dos fosas: una superior o FOSA SUPRAESPINOSA y otra inferior o FOSA INFRAESPINOSA. La espina termina en su extremo lateral en un ensanchamiento llamado ACROMION.

1. BORDE MEDIAL.
2. BORDE LATERAL.
5. ANGULO INFERIOR.
7. ESPINA ESCAPULAR.
8. FOSA SUPRAESPINOSA.
9. FOSA INFRAESPINOSA.
10. ACROMION.
16. CAVIDAD GLENOIDEA.
17. AP. CORACOIDES.



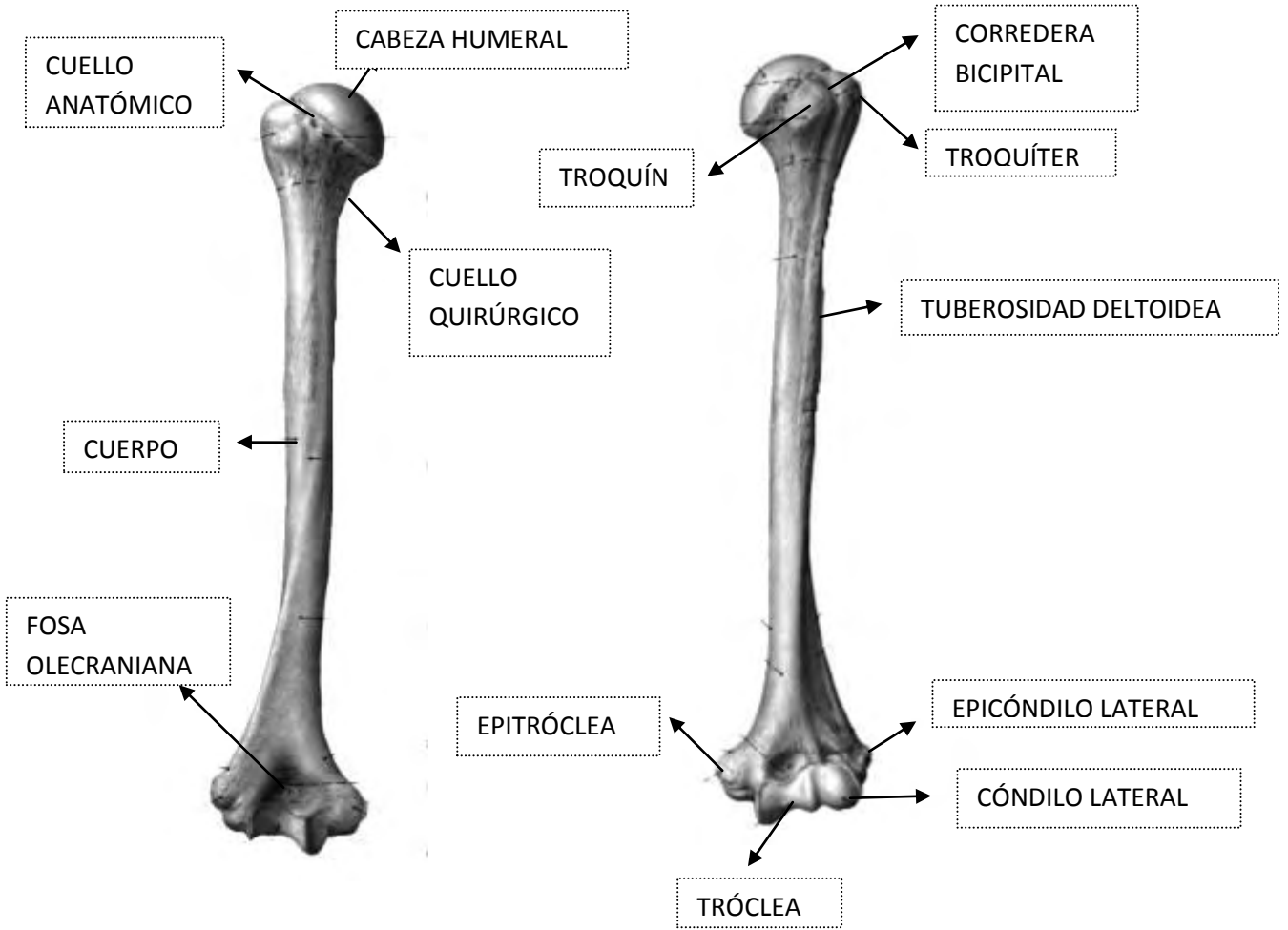
CLAVÍCULA Es un hueso alargado con forma de "S" que por un extremo se articula con el esternón (en el manubrio) y por el otro con el acromion escapular. La parte medial de la clavícula es convexa hacia delante.

HUESOS Y ARTICULACIONES DE LOS MMSS

MIEMBROS SUPERIORES (MMSS)

BRAZO: HÚMERO Es un hueso largo que forma el esqueleto del brazo. Epífisis proximal: (mas cerca de la raíz del miembro) **CABEZA DEL HÚMERO:** superficie redondeada que se articula con la escápula en la cavidad glenoidea formando la articulación del hombro. **CUELLO ANATÓMICO DEL HÚMERO:** estrechamiento que une la cabeza al resto de la epífisis. **APÓFISIS:** se encuentran a continuación del cuello anatómico. **TROQUITER** o tubérculo mayor: apófisis más lateral. **TROQUIN** o tubérculo menor: apófisis más anterior. **CANAL O CORREDERA BICIPITAL:** es una especie de surco o canal que queda entre ambas apófisis, por el cual pasa el tendón del músculo bíceps. **CUELLO QUIRÚRGICO:** estrechamiento que une la epífisis proximal con el cuerpo (lugar de frecuentes fracturas). **Cuerpo o diáfisis:** presenta una tuberosidad para la inserción del músculo deltoides. **Epífisis distal:** Tiene dos superficies articulares. **TRÓCLEA HUMERAL:** se articula con el cúbito. Tiene forma de diábolo y se puede ver tanto en la cara anterior como en la cara posterior. **CÓNDILO HUMERAL:** se articula con el radio. Tiene forma redondeada y sólo se ve por delante. **APÓFISIS:** se encuentran a ambos lados del hueso. **EPICÓNDILO:** apófisis externa que queda por encima del cóndilo. **EPITRÓCLEA:** apófisis interna que queda encima de la tróclea. **FOSA OLEOCRANIANA:** depresión en la cara posterior encima de la tróclea.

HUMERO



VISIÓN POSTERIOR
HÚMERO IZQUIERDO

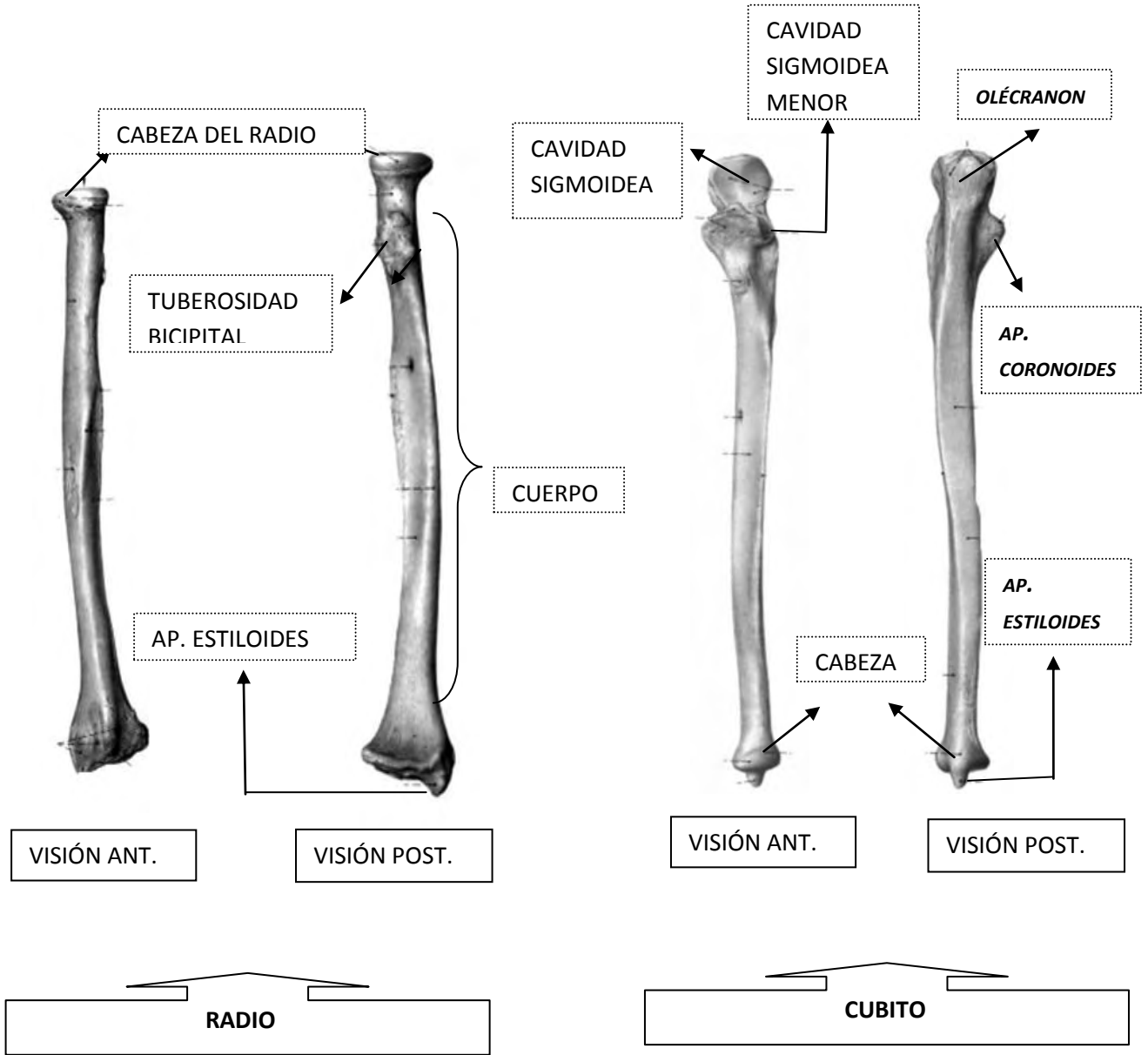
VISIÓN ANTERIOR
HÚMERO IZQUIERDO

ANTEBRAZO: CUBITO Y RADIO

CÚBITO El cubito es el hueso interno o medial del antebrazo, constituido por: Epífisis proximal formado por: OLÉCRANON: apófisis dirigida hacia arriba, en su cara posterior, que constituye la prominencia dorsal del codo. APÓFISIS CORONOIDES: apófisis dirigida hacia delante, en su cara anterior. CAVIDAD SIGMOIDEA MAYOR: es una cavidad articular abierta hacia delante que se encuentra entre las dos apófisis anteriores. Aquí se articula con la tróclea humeral. CAVIDAD SIGMOIDEA MENOR: es otra cavidad que sale desde la anterior hacia la parte externa o radial del cúbito para articularse con el radio. Cuerpo o diáfisis: ligeramente curvado y más voluminoso por arriba que por abajo. Epífisis distal: Es más pequeña y menos voluminosa. CABEZA DEL CUBITO: que se articula con el radio. APÓFISIS ESTILOIDES DEL CÚBITO: es una prolongación hacia abajo que se conoce como el hueso redondeo de la muñeca que se puede palpar en su cara dorsal...

RADIO Es el hueso más externo del antebrazo, constituido: En la epífisis proximal tenemos la CABEZA DEL RADIO. Es una superficie redondeada y plana, que se articula en su cara superior con el cóndilo del húmero y en su cara interna con el radio. A continuación y hacia abajo sobresale una zona llamada TUBEROSIDAD BICIPITAL (donde se inserta el bíceps). En la epífisis distal hay una superficie articular en la cara interna para unirse a la cabeza del cúbito, y otra superficie articular en su cara inferior para articularse con el carpo. En esta cara inferior existe una prolongación hacia abajo llamada APÓFISIS ESTILOIDES DEL RADIO (menos sobresaliente que la del cubito).

CUBITO Y RADIO



LA MANO: CARPO; METACARPO Y FALANGES

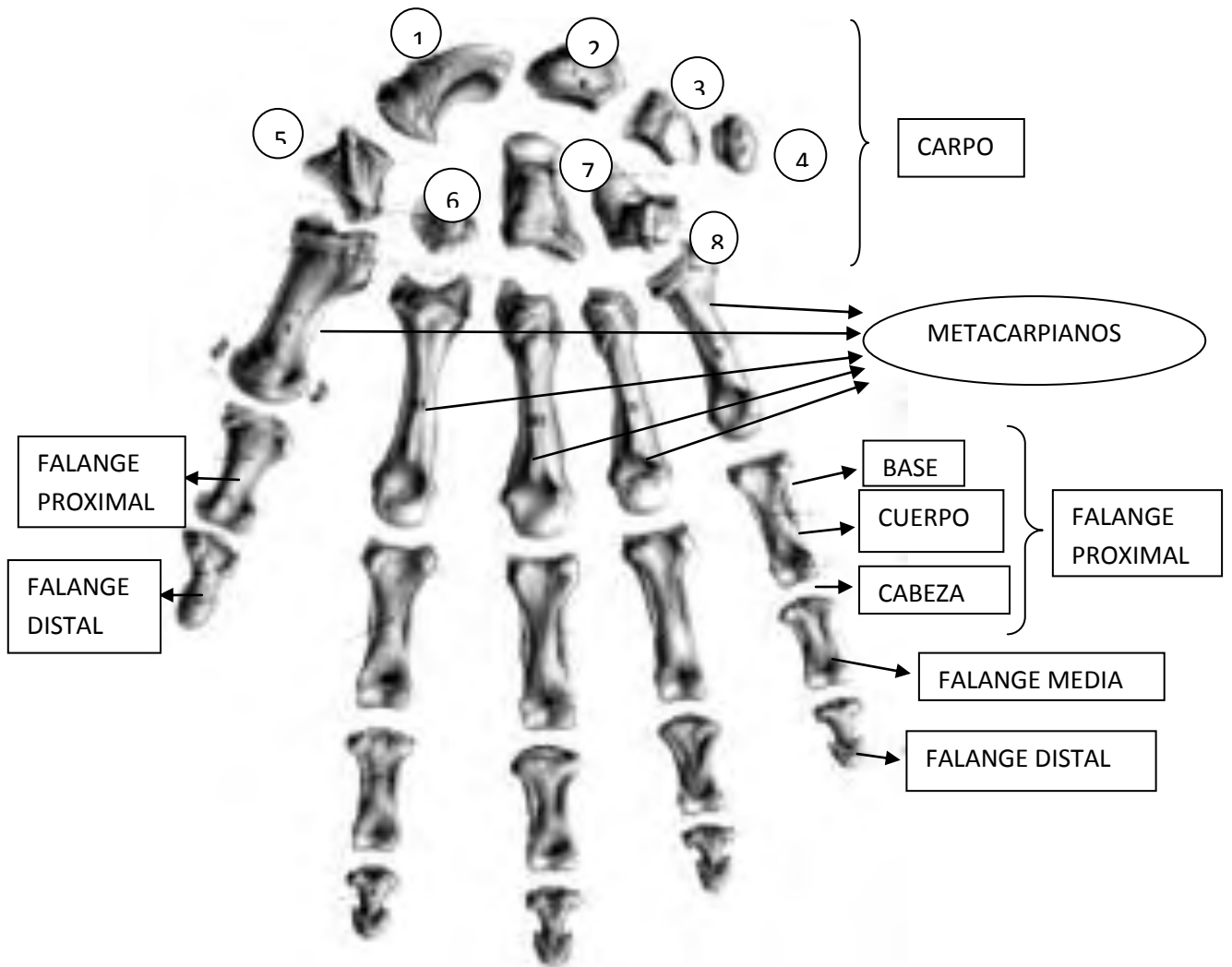
Al hablar de la mano vamos a describir: el Carpo, que esta formado por varios huesos pequeños y el Metacarpo, que esta formado por cinco huesos largos, y los dedos (son los más anteriores) formados por sus tres falanges.

CARPO Es la parte más proximal de la mano y está formada por ocho huesos cortos, articulados entre sí, que podemos dividir en dos filas para su mejor estudio: una fila posterior más proximal y una fila anterior más distal. Fila posterior, de lateral a medial (desde el dedo gordo hacía adentro) tenemos: **ESCAFOIDES**: hueso arqueado y más o menos largo que presenta forma de barquilla. **SEMILUNAR**: con forma de semiluna. **PIRAMIDAL**: con forma de pirámide, es el más medial de la fila posterior. **PISIFORME**: se encuentra delante del piramidal articulándose solo con este y no con el semilunar. Fila anterior, de lateral a medial: **TRAPECIO**: se articula con el primer metacarpiano (dedo gordo o primer dedo) **TRAPEZOIDE**: es más pequeño que el trapecio. **HUESO GRANDE**: está situado en el centro del carpo y es el más grande de todos, de ahí su nombre. **GANCHOSO**: se llama así porque hacia delante tiene un saliente en forma de gancho. El carpo se articula directamente con la cara inferior del radio e indirectamente con el cúbito, ya que entre ambos existe un ligamento triangular. Esta articulación se llama muñeca, y está reforzada por ligamentos y tendones al igual que el resto de articulaciones sinoviales.

METACARPO Esta formado por cinco huesos largos que se enumeran del 1 al 5 siendo el primero el dedo gordo. La parte más proximal se llama base y se articula con el carpo y la parte más distal se llama cabeza y se articula con las falanges formando los nudillos del puño.

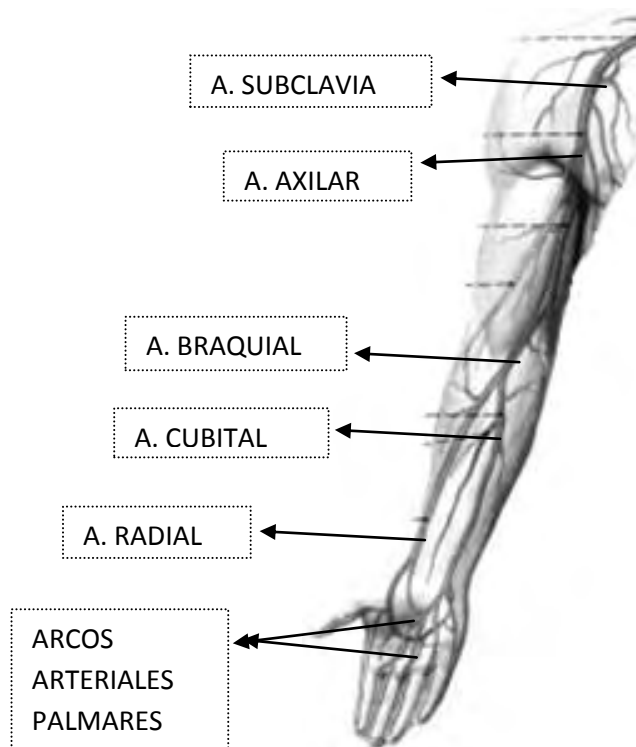
FALANGES Las falanges forman los dedos. Cada dedo tiene 3 falanges: proximal o 1ª, media o 2ª y distal o 3ª, a excepción del pulgar o primer dedo que solo tiene dos, proximal y distal. Cada falange tiene 3 partes: base (proximal), cuerpo y cabeza (distal).

HUESOS DE LA MANO



VASCULARIZACIÓN DEL MIEMBRO SUPERIOR

Las arterias llevan la sangre oxigenada desde la parte más proximal del brazo hasta la parte más distal. Tanto la ARTERIA SUBCLAVIA IZQUIERDA (que viene del cayado aórtico) como la ARTERIA SUBCLAVIA DERECHA (que viene del tronco braquiocefálico) pasan por debajo de la clavícula y se continúan con la ARTERIA AXILAR, que atraviesa el hueco axilar y recorre el brazo con el nombre de ARTERIA BRAQUIAL O HUMERAL. Al llegar al codo se bifurca en ARTERIA RADIAL y ARTERIA CUBITAL que descienden por el antebrazo para llegar a la mano y unirse formando dos **ARCOS** ARTERIALES PALMARES de los que salen ramas hacia los dedos.



Toma de pulso: se puede tomar en distintos puntos.

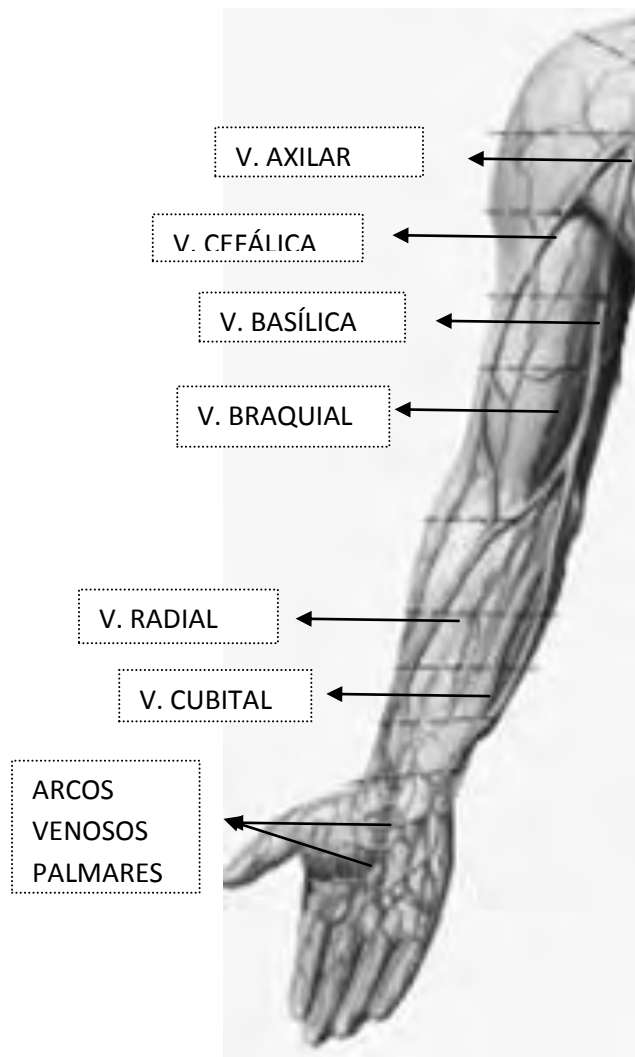
1. En el lado externo de la muñeca se nota bastante la arteria radial.
2. Si se profundiza un poco también se puede notar la cubital en el lado interno de la muñeca.
3. La arteria braquial o humeral se utiliza para poner el fonendoscopio. Se suele poner en la zona medial.
4. Profundizando un poco en la axila se localiza la arteria axilar.

Existen dos grupos de venas: las venas profundas y las venas superficiales.

Las venas profundas tienen los mismos nombres que las arterias que las acompañan, VENAS SUBCLAVIAS, VENAS AXILARES, VENAS BRAQUIALES O HUMERALES, VENAS RADIALES, VENAS CUBITALES Y LOS ARCOS VENOSOS DE LA MANO. Son dos venas por cada arteria. La vena subclavia derecha se une a la vena yugular interna derecha formando el tronco venoso braquiocefálico derecho, que desembocara en la vena cava superior. La vena subclavia izquierda se une a la vena yugular interna izquierda formando el tronco venoso braquiocefálico izquierdo, que desembocarán en la vena cava superior. Las venas superficiales se originan por una red de pequeñas venas localizadas en el dorso de la mano. Es la zona donde muchas veces se hacen extracciones y se coloca el suero. Es una zona más sensible al pinchazo. Un grupo de estas venas se dirigen hacia la cara anterior del antebrazo y

se unen en la VENA CEFÁLICA que sube por la cara externa del brazo hasta desembocar en la vena axilar. Otro grupo de venas se dirigen hacia arriba uniéndose en la VENA BASÍLICA que sube por la cara interna del brazo hasta desembocar en la vena braquial. En la cara anterior del codo hay una red venosa que comunica la cefálica con la basílica. Se llama VENA MEDIANA CUBITAL O CUBITAL MEDIA. Es donde se realizan normalmente las extracciones y por donde se administra la medicación IV (intravenosa).

El recorrido de la sangre en las venas es contrario al de las arterias, va desde la parte distal del brazo a la parte más proximal.



INERVACIÓN DE LOS MIEMBROS

Los nervios motores llegan al músculo para hacer que éste se contraiga.

La médula va por el conducto raquídeo de la columna vertebral y de ella salen unos nervios a través de los agujeros de conjunción de las vértebras denominados NERVIOS RAQUÍDEOS. Estos nervios se agrupan formando unos entramados que se conocen como plexos nerviosos y se dirigen hacia los diferentes músculos para inervarlos.

INERVACIÓN DEL MIEMBRO SUPERIOR El miembro superior está inervado por el Plexo Braquial, que está formado por raíces nerviosas que salen desde C5 hasta la T1 y que llegan hasta la axila.

Los principales nervios que salen del Plexo Braquial para inervar el miembro superior son: NERVIO MUSCULO CUTÁNEO: es un nervio que llega hasta la cara anterior del brazo. Está entre el bíceps y el braquial anterior, ramificándose para inervar a estos músculos. NERVIO MEDIANO: sale del plexo braquial y va por el borde interno del brazo. Pasa por delante del codo y va por la cara anterior del antebrazo. Se ramifica para inervar la mayor parte de los músculos de la cara anterior del antebrazo. NERVIO CUBITAL: sale del plexo braquial y va por el borde interno del brazo, pasando entre la epitróclea y el olécranon (zona donde nos dan los calambres). Sigue por el lado interno del antebrazo inervando los músculos de la mano, el cubital anterior y también el flexor común de los dedos. NERVIO RADIAL: sale del plexo braquial y va por la cara posterior del brazo y el antebrazo ramificándose para inervar los músculos extensores, músculos de la cara posterior del brazo y del antebrazo. Pasa pegado al húmero entre el vasto interno y el vasto externo del tríceps braquial.

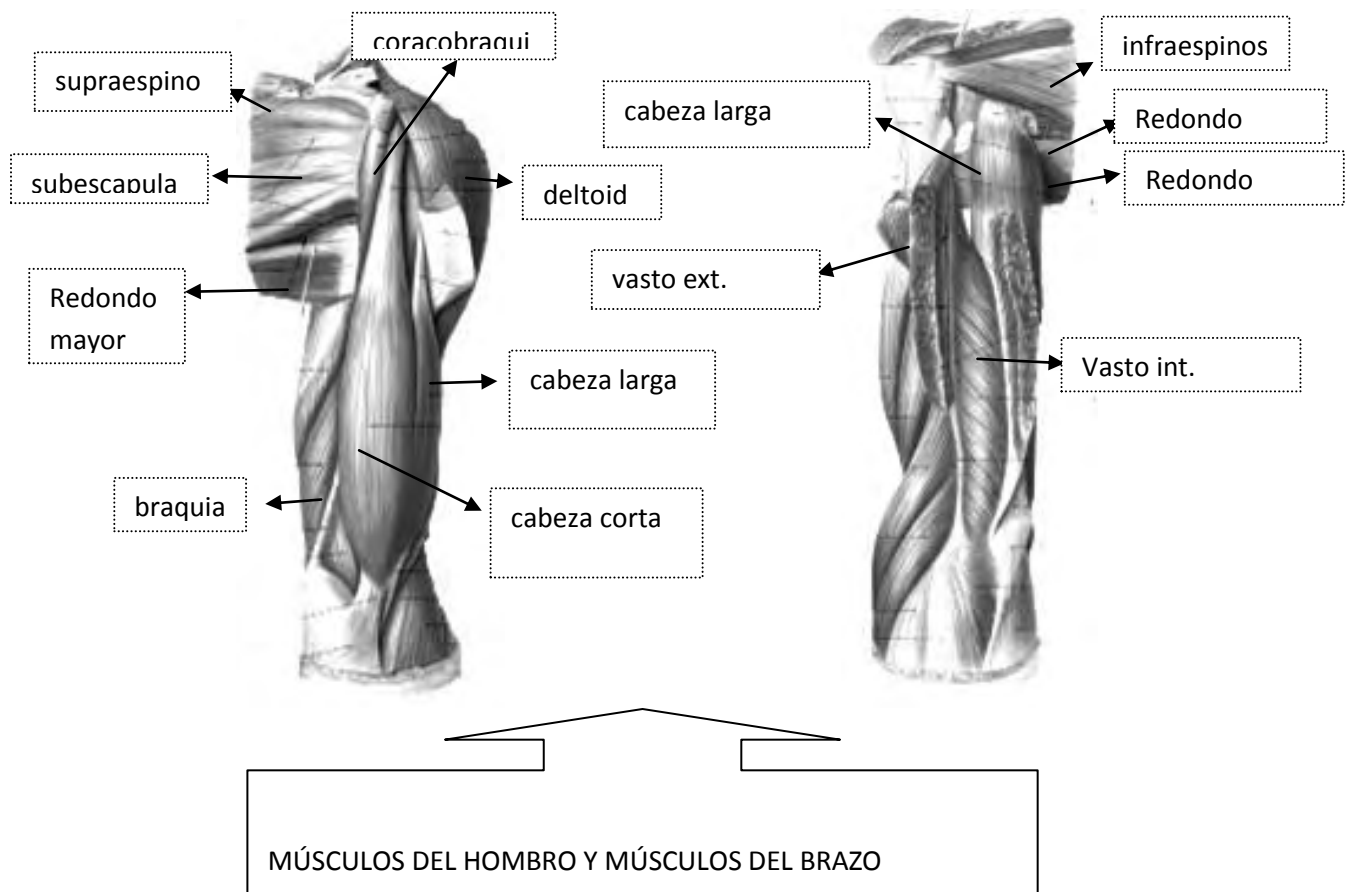
MÚSCULOS DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR.

MÚSCULOS DEL HOMBRO Son músculos que mueven el brazo:

Músculos de la cara dorsal o posterior. MÚSCULO SUPRA ESPINOSO: va desde la fosa supra espinosa (localizada por encima de la espina escapular) hasta el troquiter del húmero. Participa en la abducción del brazo. INFRA ESPINOSO: va desde la fosa infra espinosa (por debajo de la espina escapular) hasta el troquiter del húmero. Contribuye a la rotación externa. REDONDO MENOR: Situado por debajo del infra espinoso, va desde el borde lateral de la escápula hasta el troquiter humeral. Contribuye a la rotación externa y a la estabilización del hombro. REDONDO MAYOR: Situado por debajo del redondo menor, va desde el ángulo inferior de escápula hasta la cara anterior del húmero. Contribuye a la aducción y rotación interna del brazo.

Músculos de la cara ventral o anterior. SUBESCAPULAR: va desde la cara anterior de la escápula (fosa subscapular) hasta el troquín del húmero. Se desplaza sobre los músculos del dorso. Contribuye a la rotación interna. DELTOIDES: es un músculo

grande de forma triangular que es superficial a los descritos anteriormente. Su parte inferior se inserta en la cara externa del húmero (V deltoidea). La parte superior se divide dando lugar a tres porciones: La PORCIÓN ESCAPULAR, que se inserta en la espina de la escápula, es la parte posterior del músculo. Contribuye a la extensión del brazo. La PORCIÓN ACROMIAL (se inserta en el acromion) es la parte media. Contribuye a la abducción del brazo. La PORCIÓN CLAVICULAR es la parte anterior y contribuye a la flexión del brazo.



MÚSCULOS DEL BRAZO

Músculos de la cara anterior: los músculos que están en esta cara son músculos flexores.

- **CORACOBRAQUIAL:** es un músculo profundo que va desde la apófisis coracoides de la escápula hasta la cara anterior del húmero. Su contracción provoca la flexión del brazo.
- **BRAQUIAL ANTERIOR:** Es el más profundo. Va desde la mitad de la cara anterior del húmero hasta la apófisis coronoides del cubito. Su contracción provoca la flexión del antebrazo en pronación.
- **MÚSCULO BÍCEPS BRAQUIAL:** es superficial al braquial anterior. Su parte inferior se inserta en la tuberosidad bicipital del radio. En la parte superior se divide

en dos porciones o cabezas: la más interna es la CABEZA CORTA DEL BÍCEPS que se inserta en la apófisis coracoides de la escápula, y la más externa es la CABEZA LARGA DEL BÍCEPS que tiene un tendón largo que pasa por la corredera bicipital para insertarse en el borde superior de la cavidad glenoidea de la escápula. Contribuye a la flexión del brazo y del antebrazo en supinación.

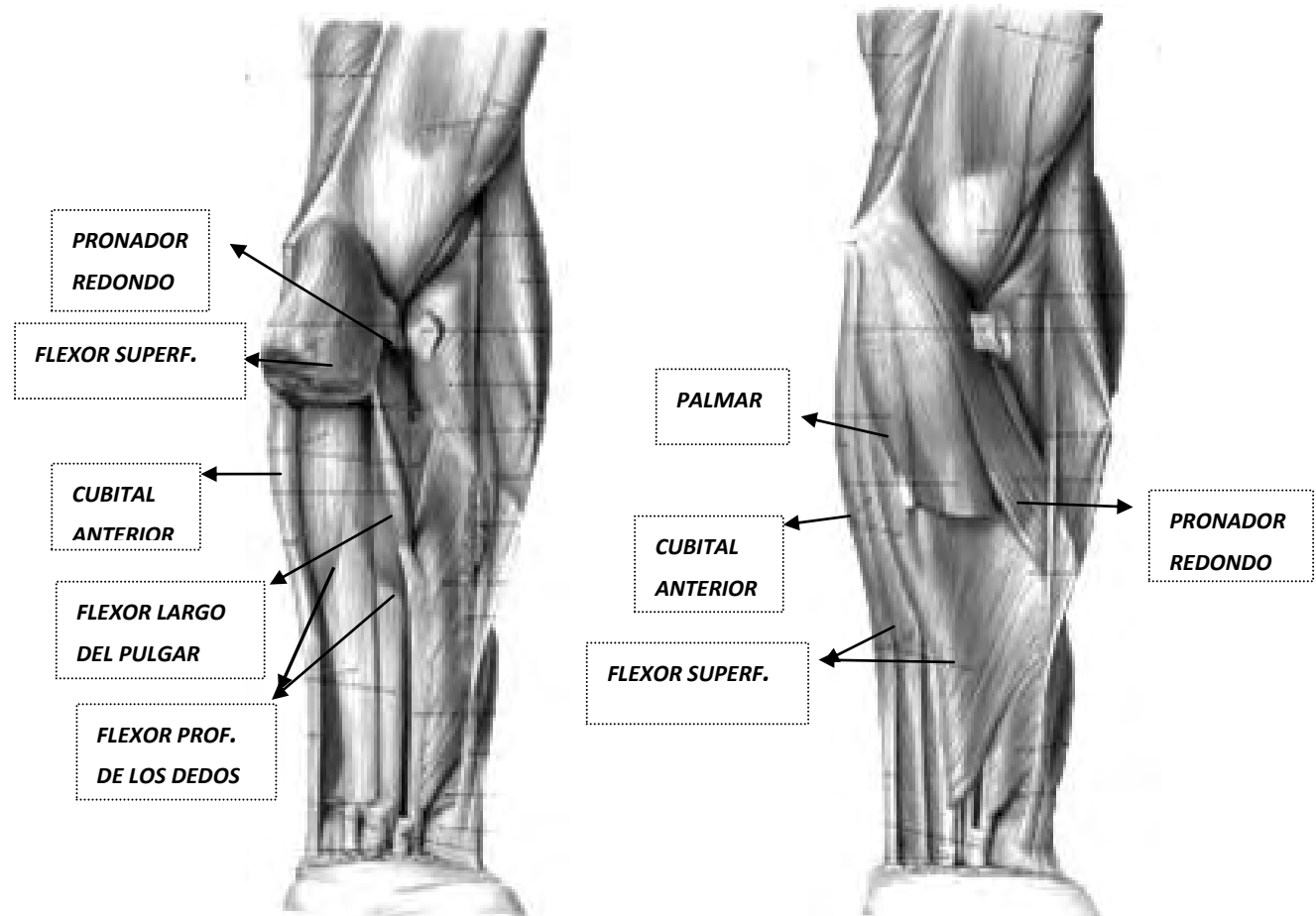
Músculos de la cara posterior: los músculos que están en esta cara son extensores. TRÍCEPS BRAQUIAL: tiene tres porciones que comparten inserción inferior en el olecranon. En su parte superior, la porción más interna es la CABEZA LARGA DEL TRÍCEPS que se inserta en el borde inferior de la cavidad glenoidea de la escápula. La porción intermedia o VASTO INTERNO DEL TRÍCEPS se inserta por encima del surco del nervio radial en la cara posterior del húmero y la porción externa o VASTO EXTERNO DEL TRÍCEPS se inserta por debajo del surco del nervio radial en la cara posterior del húmero. Contribuye a la extensión del brazo y del antebrazo.

MÚSCULOS DEL ANTEBRAZO

Músculos de la cara anterior: son músculos flexores. Profundos:

- FLEXOR COMÚN PROFUNDO DE LOS DEDOS: va desde la cara anterior del cúbito hasta la base de las falanges distales, dividiéndose en tendones para todos los dedos excepto para el pulgar. Producen la flexión de los dedos (articulaciones interfalángicas distales).
- FLEXOR LARGO DEL PULGAR: se sitúa al lado del anterior y va desde la cara anterior del radio hasta el dedo pulgar. Produce la flexión del pulgar.
- FLEXOR COMÚN SUPERFICIAL DE LOS DEDOS: es superficial a los anteriores y va desde la cara anterior del radio hasta la inserción de sus tendones en todos los dedos excepto el pulgar. Producen la flexión de los dedos.
- Superficiales: estos músculos reciben el nombre de músculos epitrocleares por tener su origen en la epitróclea. Participan en la flexión de la muñeca.

- **PRONADOR REDONDO:** va hasta el radio y es el más externo. Junto al pronador cuadrado realizan la flexión y pronación del antebrazo (llevar la palma de la mano hacia arriba).
- **PALMAR MAYOR:** es el siguiente músculo que va hasta el metacarpo.
- **PALMAR MENOR:** llega hasta la aponeurosis de la palma de la mano.
- **CUBITAL ANTERIOR:** es el más interno y llega hasta el carpo y el metacarpo.



VISIÓN ANTERIOR DEL ANTEBRAZO IZQUIERDO

Músculos de la cara posterior: son músculos extensores.

Profundos: El SEPARADOR LARGO, el EXTENSOR CORTO y el EXTENSOR LARGO se originan en el cúbito y llegan hasta el pulgar. El separador actúa en la separación del pulgar de la línea media. Los extensores actúan en la extensión del pulgar.

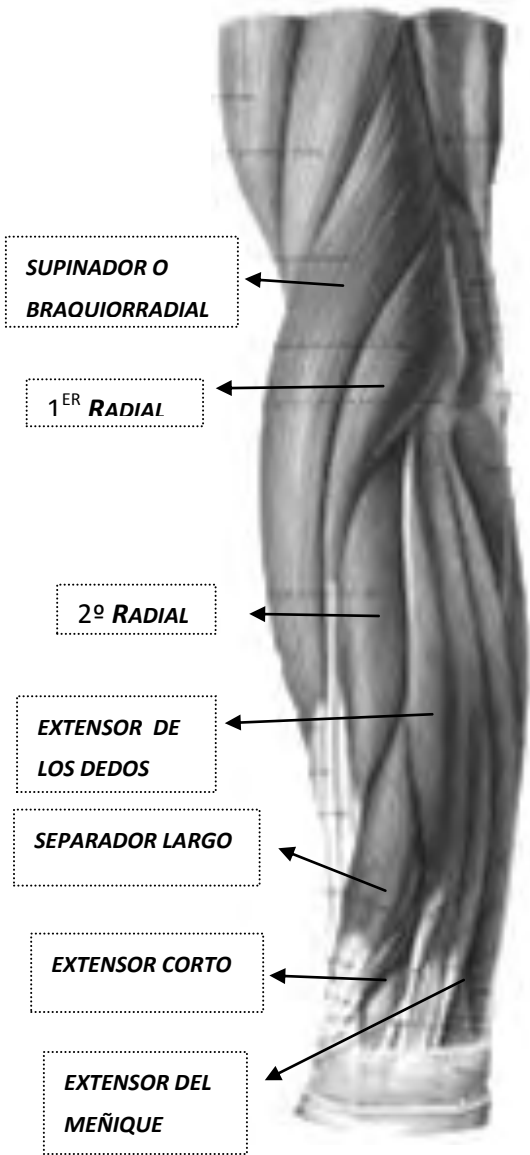
El EXTENSOR ÍNDICE se origina en el cúbito y llega hasta el índice, actuando en la extensión del mismo.

Plano superficial: estos músculos reciben el nombre de músculos epicondíleos por tener su origen en el epicóndilo

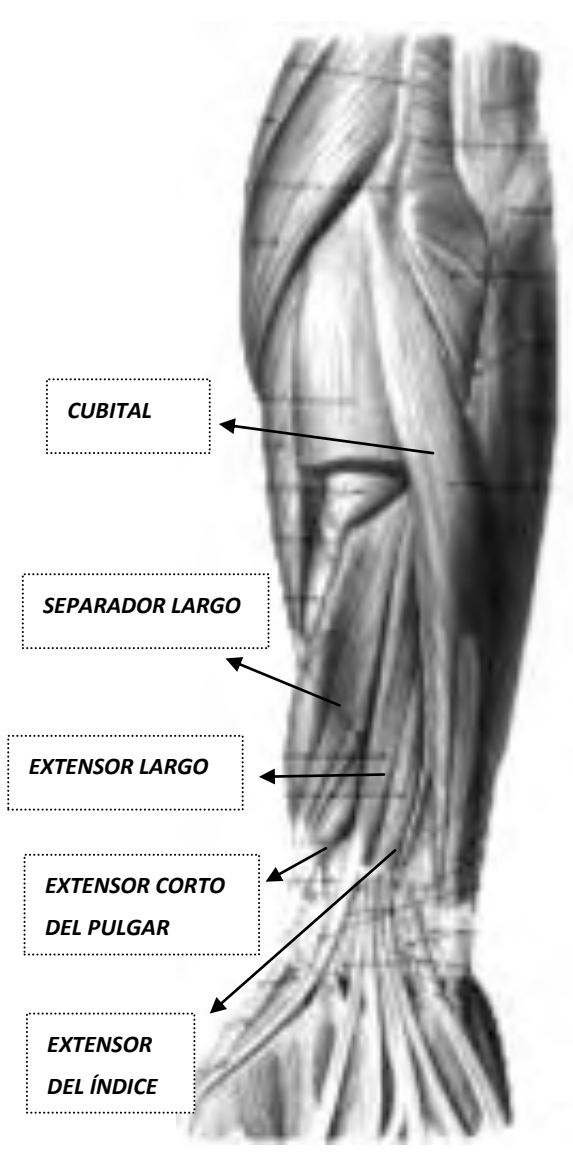
- CUBITAL POSTERIOR: llega hasta el metacarpo pasando por la cara posterior del cúbito.
- EXTENSOR DEL MEÑIQUE: es más pequeño y sólo va hasta el dedo meñique.
- EXTENSOR COMÚN DE LOS DEDOS: va hasta la aponeurosis posterior de los dedos dividiéndose en cuatro tendones que van hasta los dedos, exceptuando el 1º. Actúa en la extensión de los dedos.

Músculos de la cara lateral:

- SUPINADOR LARGO O BRAQUIORRADIAL: es el músculo que forma el relieve lateral del antebrazo. Va desde la cara lateral del húmero hasta la apófisis estiloides del radio. Actúa en la supinación del antebrazo.
- PRIMER RADIAL y SEGUNDO RADIAL: están por detrás del supinador largo y junto con éste forman el relieve posterior del antebrazo. El 2º radial es más profundo que el 1º y van desde el húmero hasta el metacarpo. Los radiales son extensores de la mano.



VISIÓN LATERAL DEL ANTEBRAZO IZQUIERDO



VISIÓN LATERAL Y POSTERIOR DEL ANTEBRAZO IZQUIERDO

4.12 OSTEOMA OSTEÓIDE

INTRODUCCION.

Los tumores óseos son relativamente poco frecuentes, siendo los benignos el doble más frecuentes que los malignos. La mayoría se presentan en los huesos que más crecen (fémur, tibia, húmero), en los sitios que más crecen (metáfisis), y a la edad en que más se crece (14 a 20 años). En estas condiciones, los tumores adoptan sus características típicas. A continuación hablaremos del osteoma osteoide, siendo un tumor benigno que con mayor frecuencia se presenta en menores de 30 años, en huesos largos y vertebras, cuya topografía es intercortical.

Osteoma osteoide. Generalmente es único, se ubica en el espesor de la corteza, de preferencia en columna y huesos largos. Sería típico su agudo dolor nocturno y su respuesta al ácido acetilsalicílico oral. Hay importante reacción esclerótica alrededor de un foco central menos denso, radio lúcido, llamado nido lesional, de no más de 1 centímetro de diámetro. Histológicamente el tumor (el nido) está constituido por trabéculas algo gruesas, desordenadas, en forma de encaje; los espacios intertrabeculares muestran tejido conectivo laxo, vasos aumentados, osteoblastos y osteoclastos prominentes. Es benigno y según algunos autores puede involucionar y desaparecer.

El osteoma osteoide es un tumor óseo benigno propio de niños y adolescentes, de tamaño muy pequeño que provoca dolor continuo, predominantemente nocturno, que mejora con antiinflamatorios como la aspirina. Su pequeño tamaño y escasa frecuencia son responsables de que muchas veces no se piense en esta posibilidad, por lo tanto se retrasa el diagnóstico y tratamiento. Los síntomas deben de sospecharse cuando el paciente despierta durante la noche por dolor intenso, o se aficiona a tomar antiinflamatorios para poder dormir.

La extirpación quirúrgica del tumor ha sido el tratamiento clásico de esta lesión, sin embargo desde hace varios años esta toma auge el tratamiento percutáneo de esta lesión bajo control de la TAC.

En cuanto al tratamiento, una primera opción sería la terapia médica mediante aspirina o antiinflamatorios no esteroideos. No obstante, esta opción presenta los inconvenientes derivados de los efectos secundarios de estos fármacos y de la baja tolerancia de los pacientes a mantener tratamientos temporalmente prolongados. El método terapéutico tradicionalmente utilizado ha sido la escisión quirúrgica, no sólo del osteoma osteoide sino también del hueso normal que lo rodea. La cirugía presenta, sin embargo, una dificultad importante a la hora de localizar e identificar exactamente la posición del tumor, lo que provoca recidivas. En otras ocasiones, la localización del osteoma osteoide provoca una

aproximación quirúrgica complicada y agresiva. También se han descritos complicaciones tales como fracturas de estrés y las propias de cualquier cirugía, incluyendo una estancia hospitalaria y un período de recuperación prolongados .

La ablación percutánea de mediante radiofrecuencia es una técnica segura, eficaz y mínimamente invasiva y debería ser considerada como el procedimiento de elección en la mayoría de los pacientes con este tipo de tumor. La técnica se realiza en una sala del Departamento de Radiología, concretamente en la de tomografía computada (TAC). En niños y pacientes poco colaboradores el procedimiento se realiza bajo los efectos de la anestesia general, aunque en adolescentes y adultos se puede realizar usando únicamente anestesia local.

1.13 INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON OSTEOMA

OSTEOIDE

Valor el estado de dolor mediante la escala de EVA.

Limitar el movimiento y esfuerzo del miembro afectado, para evitar riesgos de lesiones óseo musculares.

Utilizar dispositivos que mejoren el confort del miembro afectado.

Segur la terapéutica medica para disminuir el malestar.

Alentar al enfermo a realizar sus actividades y expresar sus inquietudes.

Aconsejar al paciente a que reinicie su actividad tan pronto sea posible, evitando que se pierda la función.

Exhortar al paciente a que realice su rehabilitación.

Fomentar actividades que ayuden a conciliar el descanso y sueño.

Promover el uso de prendas de vestir adecuadas para el miembro afectado.

Asistir en el baño y aseo personal, así como cuidado de lubricación y piel.

V. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

5.1 PRESENTACION DEL CASO

Paciente femenina que cursa la cuarta década de la vida, quien acude con su medico familiar por referir dolor en MS Izq. El cual se acentúa por las noches, así como haber perdido fuerza muscular. A la exploración física se palpa masa tumoral en tercio medio de miembro torácico izquierdo, se complementa estudios con RM, TAC, y laboratorios clínicos, durante los estudios se inicia tratamiento para el dolor con aspirina cada seis horas. Al obtener resultados de gabinete se confirma diagnóstico de inicio, los laboratorios presentan leucocitosis de más de 10 mil leucocitos siendo característica de tal diagnóstico, por lo que se programa para cirugía para realizar toma de biopsia, resección de tumor y colocación de injerto.

5.2 VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON.

VALORACION 1

VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL INDIVIDUO DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES DE HENDERSON.

FECHAS EN LAS QUE SE REALIZA EL CUIDADO ENFERMERO: 28 al 31 de abril.

IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: M.N.A. EDAD: 31 Años. SEXO: Fem. FECHA DE NACIMIENTO: 1976.

ORIGINARIO DE: México D, F.

NOMBRE Y PARENTESCO DEL INFORMANTE: Ella misma OCUPACIÓN: Enfermera ESCOLARIDAD: Licenciatura EDAD 31 años

DOMICILIO: Coacalco TELÉFONO: _____

II. VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON.

ALIMENTACIÓN.

NECESITA AYUDA PARA COMER: SI ___ NO X

HORARIO DE LOS ALIMENTOS: 8:30, 13:30, 18:30.

ALIMENTOS Y BEBIDAS PREFERIDOS: Té, fruta, verduras, agua natural.

ALIMENTOS Y BEBIDAS RECHAZADOS: Pollo hervido, atole de agua

INTOLERANCIA A ALGUN ALIMENTO: A la lactosa

INGESTA DE ALIMENTOS/ SEMANA (FRECUENCIA): CEREALES: 4
FRUTAS: 3 JUGOS Y LÍQUIDOS: 7 CARNES: 5 HUEVO: 2

PREPARACIÓN DE ALIMENTOS:

HIERVE AGUA O AGREGA ALGUNA SUSTANCIA: No LAVA FRUTAS Y VERDURAS: Si

CUECE O FRIE LAS CARNES: Si.

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE Y LAS RESPUESTAS DEL ENTREVISTADO: Las respuestas fueron adquiridas en base a la estancia hospitalaria de la paciente

ELIMINACIÓN.

No. veces que ORINA: 8 EVACUA 3

CARACTERÍSTICAS DE EVACUACIÓN:

URINARIA: Ámbar claro y sin alteraciones macroscópicas.

INTESTINAL: Café formado.

REPOSO Y SUEÑO.

HÁBITOS PARA DORMIR: En decúbito ventral

No. TOTAL DE HORAS DE SUEÑO: 6 ININTERRUMPIDO: Si NO TRANQUILO: Si

SIESTAS: Si NO Si DURACIÓN DE LAS SIESTAS: Si

VESTIDO.

SE VISTE SOLO O CON AYUDA: Sola CAMBIO DE ROPA: TOTAL Si

PARCIAL No, CARACTERÍSTICAS EN LA LIMPIEZA Y CUIDADO DE LA ROPA Limpia y planchada

HIGIENE.

Fo. BAÑO TOTAL: Si LAVADO DE MANOS: Si LAVADO DE DIENTES:
Si

CORTE DE UÑAS: Si OBSERVACIONES ACERCA DE LA HIGIENE
DEL PACIENTE Y RESPUESTAS DEL ENTREVISTADO: Las respuestas
fueron adquiridas en base a la estancia
hospitalaria

TEMPERATURA.

VENTILACIÓN EN LA RECAMARA DEL PACIENTE: Si ILUMINACIÓN EN
LA RECAMARA DEL PACIENTE: Si. MANIFIESTA CONSTANTEMENTE
FRÍO No CALOR Si TEMPERATURA AXILAR: 36.5°C

MOVILIDAD Y POSTURA.

- PUEDE TOMAR UNA POSICIÓN LIBREMENTE ESCOGIDA: SI X NO :
¿Por qué?
- NECESITA DE ALGUN DISPOSITIVO ORTOPÉDICO PARA
MOVILIZARSE: No

OXIGENACIÓN.

RESPIRA POR NARIZ SI X NO FUMADORES EN CASA No
ALTERACIÓN AL RESPIRAR (CARACTERÍSTICAS) No
eupneico SE ASOCIA CON
PRESENCIA DE CIANOSIS (ZONAS) No

COMUNICACIÓN.

- PERSONA CON LA QUE TIENE MÁS COMUNICACIÓN: Enfermera y
esposo.
- SU PACIENTE ES: ALEGRE Si TÍMIDO No AGITADO No AGRESIVO
No INDEPENDIENTE Si DEPENDIENTE No
- PROBLEMAS AUDITIVOS Y/O VISUALES: Miopía y
astigmatismo.
- PROBLEMAS DE LENGUAJE: Ninguno

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA ACERCA DE LA COMUNICACIÓN
FAMILIARES-PTE.

Es buena y estrecha

REALIZACIÓN.

EN LOS ACTIVIDADES DE DEPORTES O DISTRACCIÓN: PARTICIPA No SE
AÍSLA No,

PERTENECE A ALGUN GRUPO SOCIAL:
No

SE SIENTE A GUSTO CON SU ACTIVIDAD LABORAL:
Si.

TRABAJA EN: En el sector privado

SU HORARIO DE LABORES ES: Turno matutino (7:00 a 15:00)

SI ES AMA DE CASA SUS LABORES COTIDIANAS Y HORARIO SON:

RECREACIÓN.

PREFERENCIAS RESPECTO A:

JUEGO Y DEPORTES: Bicicleta

OBJETOS: _____

ANIMALES: perro

PERSONAS: _____

TELEVISIÓN: Si

SEGURIDAD.

ALGUN PROBLEMA DE SALUD AGREGADO AL DE
HOSPITALIZACIÓN Ninguno

PROGRAMACIÓN DE VISITAS (QUIEN Y CUANDO) De 11:00 a 20:00
esposo

OBSERVACIÓN DE ENFERMERÍA ACERCA DEL CUIDADO Y PREOCUPACIÓN
DEL FAMILIAR POR SU PACIENTE: El familiar se muestra interesado y
preocupado por el estado de salud de su paciente

ALGUN MIEDO EN EL PTE.: Ninguno

CAMBIOS IMPORTANTES EN LA FAMILIA (MUDANZA, DESEMPLEO, SEPARACIÓN, ENFERMEDAD) EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES: Ninguno-

ALGUNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA EN QUIENES LE RODEAN
No

ALGUN MEDICAMENTO TOMADO EN CASA Y FORMA DE PROPORCIONARLOS Ninguno

APRENDIZAJE.

CONOCIMIENTOS EN RELACIÓN A LA HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO DEL PACIENTE:

si

NECESIDADES DE APRENDIZAJE:

Se le explico a la paciente cual era su diagnostico y cual era el tratamiento y cuidados a seguir aunque la paciente tenia conocimientos de su diagnostico y los cuidados que debería de continuar antes y después del procedimiento, acepto la orientación para cubrir las necesidades que le modificarían temporalmente su rol de vida

RELIGIÓN.

RELIGIÓN E IMPORTANCIA PARA SU RECUPERACIÓN:

Catolica

VALORACIÓN Y EXPLORACIÓN FÍSICA:

CABEZA Y CUELLO: Sin problema a la exploración y acorde a la edad cronológica

MUCOSAS:
hidratadas

PIEL: buena coloración de tegumentos

TORAX Sin problema a la exploración física y acorde a la edad cronológica

ABDOMEN blando depresible, con movimientos peristálticos

EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES MSIzq que a la exploración se encuentra de tamaño y aspecto normal, a la palpación se encuentra dato de masa tumoral en humero izquierdo que irradia de hombro a mano de tipo somático en donde la paciente refiere que se acentúa en las noches limitando parcialmente la movilidad del miembro alterando el patrón del sueño. En MSI sin problema adecuado para la edad cronológica.

EFEECTO	CAUSA	MANIFESTACIÓN
---------	-------	---------------

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

DOLOR	Al movimiento, cambio	Dolor somático
	De temperatura y actividad	
	Física.	

RIESGO DE	Reposo	
-----------	--------	--

ESTREÑIMIENTO	Diete baja en fibra	
	Dificultad para evacuar	

TRANSTORNO DE LA	Masa tumoral de tercio	Apariencia física
IMAGEN CORPORAL	medio de humero izquierdo	

DETERIORO DEL	Dolor	Dificultad para conciliar
PATRON DE SUEÑO	Rutina clínica	el sueño

TEMOR	Procedimiento quirúrgico	Perdida de sueño y
	a realizar	nerviosismo

VALORACION 2

VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL INDIVIDUO DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES DE HENDERSON.

FECHAS EN LAS QUE SE REALIZA EL CUIDADO ENFERMERO: 28 al 31 de abril.

IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: M.N.A. EDAD: 31 Años. SEXO: Fem. FECHA DE NACIMIENTO: 1976. ORIGINARIO DE: México D.F.

NOMBRE Y PARENTESCO DEL INFORMANTE: Ella misma

OCUPACIÓN: Enfermera ESCOLARIDAD: Licenciatura EDAD: 31 años

DOMICILIO: Coacalco TELÉFONO: _____

II. VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON.

ALIMENTACIÓN.

NECESITA AYUDA PARA COMER: SI ___ NO X

HORARIO DE LOS ALIMENTOS: 8:30, 13:30, 18:30.

ALIMENTOS Y BEBIDAS PREFERIDOS: Té, fruta, verduras, agua natural.

ALIMENTOS Y BEBIDAS RECHAZADOS: Pollo hervido, atole de agua

INTOLERANCIA A ALGUN ALIMENTO: A la lactosa

INGESTA DE ALIMENTOS/ SEMANA (FRECUENCIA):

CEREALES: 4 FRUTAS: 3 JUGOS Y LÍQUIDOS: 7 CARNES: 5 HUEVO: 2

PREPARACIÓN DE ALIMENTOS:

HIERVE AGUA O AGREGA ALGUNA SUSTANCIA: No LAVA FRUTAS Y VERDURAS: Si

CUECE O FRIE LAS CARNES: Si.

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE Y LAS RESPUESTAS DEL ENTREVISTADO: Las respuestas fueron adquiridas en base a la estancia hospitalaria de la paciente

ELIMINACIÓN.

No. veces que ORINA: 8 EVACUA 3

CARACTERÍSTICAS DE EVACUACIÓN:

URINARIA: Ámbar claro y sin alteraciones macroscópicas.

INTESTINAL: Café formado.

REPOSO Y SUEÑO.

HÁBITOS PARA DORMIR: En decúbito ventral

No. TOTAL DE HORAS DE SUEÑO: 6 ININTERRUMPIDO: Si NO TRANQUILO: Si

SIESTAS: Si NO No DURACIÓN DE LAS SIESTAS: _____

VESTIDO.

SE VISTE SOLO O CON AYUDA: Sola CAMBIO DE ROPA: TOTAL Si

PARCIAL No, CARACTERÍSTICAS EN LA LIMPIEZA Y CUIDADO DE LA ROPA Limpia y planchada

HIGIENE.

Fo. BAÑO TOTAL: Si LAVADO DE MANOS: Si LAVADO DE DIENTES: Si

CORTE DE UÑAS: Si

OBSERVACIONES ACERCA DE LA HIGIENE DEL PACIENTE Y RESPUESTAS DEL ENTREVISTADO: Las respuestas fueron adquiridas en base a la estancia hospitalaria

TEMPERATURA.

VENTILACIÓN EN LA RECAMARA DEL PACIENTE: Si ILUMINACIÓN EN LA RECAMARA DEL PACIENTE: Si. MANIFIESTA CONSTANTEMENTE FRÍO No CALOR Si TEMPERATURA AXILAR: 36.5°C

MOVILIDAD Y POSTURA.

- PUEDE TOMAR UNA POSICIÓN LIBREMENTE ESCOGIDA: SI X NO: _____ ¿Por qué? _____
- NECESITA DE ALGUN DISPOSITIVO ORTOPÉDICO PARA MOVILIZARSE: No

OXIGENACIÓN.

RESPIRA POR NARIZ SI X NO _____ FUMADORES EN CASA No
ALTERACIÓN AL RESPIRAR (CARACTERÍSTICAS) No,
eupneico SE ASOCIA CON _____
PRESENCIA DE CIANOSIS (ZONAS) No

COMUNICACIÓN.

- PERSONA CON LA QUE TIENE MÁS COMUNICACIÓN: Enfermera y esposo.
- SU PACIENTE ES: ALEGRE Si TÍMIDO No AGITADO No AGRESIVO No INDEPENDIENTE Si DEPENDIENTE No
- PROBLEMAS AUDITIVOS Y/O VISUALES: Miopía y astigmatismo.
- PROBLEMAS DE LENGUAJE: Ninguno

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA ACERCA DE LA COMUNICACIÓN FAMILIARES-PTE.

Es buena y estrecha

REALIZACIÓN.

EN LOS ACTIVIDADES DE DEPORTES O DISTRACCIÓN: PARTICIPA No SE AÍSLA No,

PERTENECE A ALGUN GRUPO SOCIAL:
No

SE SIENTE A GUSTO CON SU ACTIVIDAD LABORAL:
Si.

TRABAJA EN: En el sector privado

SU HORARIO DE LABORES ES: Turno matutino (7:00 a 15:00)

SI ES AMA DE CASA SUS LABORES COTIDIANAS Y HORARIO SON:

RECREACIÓN.

PREFERENCIAS RESPECTO A:

JUEGO Y DEPORTES: Bicicleta

OBJETOS: _____

ANIMALES: perro

PERSONAS: _____

TELEVISIÓN: Si

SEGURIDAD.

ALGUN PROBLEMA DE SALUD AGREGADO AL DE
HOSPITALIZACIÓN Ninguno

PROGRAMACIÓN DE VISITAS (QUIEN Y CUANDO) De 11:00 a 20:00
esposo

OBSERVACIÓN DE ENFERMERÍA ACERCA DEL CUIDADO Y PREOCUPACIÓN
DEL FAMILIAR POR SU PACIENTE: El familiar se muestra interesado y
preocupado por el estado de salud de su paciente

ALGUN MIEDO EN EL PTE.: Ninguno

CAMBIOS IMPORTANTES EN LA FAMILIA (MUDANZA, DESEMPLEO,
SEPARACIÓN, ENFERMEDAD) EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES: Ninguno-

ALGUNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA EN QUIENES LE RODEAN
No

ALGUN MEDICAMENTO TOMADO EN CASA Y FORMA DE
PROPORCIONARLOS Ninguno

APRENDIZAJE.

CONOCIMIENTOS EN RELACIÓN A LA HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO DEL
PACIENTE:

si

NECESIDADES DE APRENDIZAJE:

Se le explico a la paciente cual era su diagnostico y cuál era el tratamiento y cuidados a seguir aunque la paciente tenia conocimientos de su diagnostico y los cuidados que debería de continuar antes y después del procedimiento, acepto la orientación para cubrir las necesidades que le modificarían temporalmente su rol de vida

RELIGIÓN.

RELIGIÓN E IMPORTANCIA PARA SU RECUPERACIÓN:

Catolica

VALORACIÓN Y EXPLORACIÓN FÍSICA:

CABEZA Y CUELLO: Sin problema a la exploración y acorde a la edad cronológica

MUCOSAS:
hidratadas

PIEL: buena coloración de tegumentos

TORAX Sin problema a la exploración física y acorde a la edad cronológica

ABDOMEN blando depresible, con movimientos peristálticos

EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES MSIzq que a la exploración se encuentra con herida quirúrgica limpia buena coloración de tegumento, buena circulación distal y temperatura, edema en miembro superior izquierdo con dolor

que irradia de hombro a mano de tipo somático refiriendo sentir tensión en musculo y nervios limitando la movilidad del miembro alterando el patrón del sueño, la herida se encuentra cubierta con guata, vendaje y cabestrillo para el sostén del miembro En MSI sin problema adecuados para la edad cronológica.

EFECTO	CAUSA	MANIFESTACIÓN
--------	-------	---------------

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

RIESGO DE CAIDA	limitante a la movilidad	
	Física ocasionado por	
	procedimiento quirúrgico	

DETEREORO DE LA	Limitación a la movilidad	Dificultad para la
DEAMBULACION	física ocasionada por el	
	procedimiento quirúrgico	
	y medidas terapéuticas	
	invasivas en MSI	

RIESGO DE DISFUNCION	Probabilidad de sufrir una	Sensibilidad en MSI y
NEUROVASCULAR	alteración en la circulación	falta de movilidad
PERIFERICA	sensibilidad o movilidad de	
	la extremidad ocasionado	
	Por la cirugía	

DIFICULTAD PARA EVACUAR	Reducción en la frecuencia	Estreñimiento
	Normal de evacuación	

ocasionado por el reposo

TRASTORNO DE LA	Confusión en la imagen	Rechazo a la
IMAGEN CORPORAL	del yo y físico	apariciencia física

RIESGO DE INFECCION	HxQx disminución de	Traumatismo
	Defensas inmunológicas	de la lesión

DISPOSICION PARA EL	Patrón de la regularización	Deseos de manejar
MANEJO DEL REGIMEN	e integración de la vida	el tratamiento de la
TERAPEUTICO	diaria para el tratamiento	enfermedad y la
	de la enfermedad y sus	prevención de las
	secuelas	secuelas

DETERIORO DE LA	Limitación del movimiento	Deterioro de la habilidad
MOVILIDAD FISICA	del miembro afectado	durante la ejecución de
		las actividades

DETERIORO DEL PATRON	Alteración en el rol de	Dificultad para conciliar
DE SUEÑO	sueño ocasionado por	el sueño
	dolor y rutina clínica	

5.3 PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

TIEMPO ANTERIOR A LA CIRUGIA

PLAN DE CUIDADOS I

NECESIDAD	DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	DEPENDIENTE			INDEPENDIENTE
			F	C	V	
MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA	ALTERACION AL MOVIMIENTO POR DOLOR EN MIEMBRO AFECTADO	FAVORECER LA MOVILIDAD FISICA	X X			
DESCANSO Y SUEÑO	ALTERACION EN EL PATRON DE SUEÑO RELACIONAD O AL MALESTAR FISICO	FOMENTAR ACTIVIDADES QUE FAVORESCAN EL DESCANSO Y SUEÑO	X X			

USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	DETERIORO DE LA CAPACIDAD PARA REALIZAR POR SI MISMA LAS ACTIVIDADES DE VESTIDO Y ARREGLO PERSONAL	AUXILIAR EN LAS ACTIVIDADES DE VESTIDO Y ARREGLO PERSONAL.	X X			
HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL POR LA LIMITACION FISICA	ALTERACION EN LA HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL POR LA LIMITACION FISICA	AUXILIAR EN EL BAÑO Y LUBRICACION DIARIA				

INTERVENCION DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.</p> <p>Utilizar dispositivos que mejoren el confort del miembro afectado.</p>	<p>Se limito el movimiento y esfuerzo del miembro afectado siguiendo indicaciones terapéuticas.</p>
<p>DESCANSO Y SUEÑO</p> <p>Se fomentaron actividades que ayudaron a conciliar el sueño.</p>	<p>La paciente realizo las actividades como lectura, logrando relajarse y dormir sin problema.</p>
<p>USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS</p> <p>Se sugirió el uso de prendas de vestir adecuadas para el miembro afectado.</p>	<p>Se logro que la paciente usara prendas que le hacían sentirse más cómoda y segura de si misma.</p>
<p>HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL</p> <p>Se asistió en el baño y aseo personal, así como cuidado de lubricación y piel.</p>	<p>La piel conservo su integridad y lubricación.</p>

POSTQUIRURGICO
PLAN DE CUIDADOS II

NECESIDAD	DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	DEPENDIENTE			INDEPENDIENTE
			F	C	V	
NUTRICION	LIMITANTE EN LA AUTOALIMENTACION RELACIONADA AL DEFICIT DE MOVIMIENTO DEL MIEMBRO AFECTADO	FOMENTAR LA ALIMENTACION	XX			
ELIMINACION	ALTERACION DE LA ELIMINACION POR FALTA DE LA MOVILIDAD	AUXILIAR EN LA MOVILIDAD PARA LA ELIMINACION	XX			

USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	DETERIORO DE LA CAPACIDAD PARA REALIZAR POR SI MISMA LAS ACTIVIDADES DE VESTIDO Y ARREGLO PERSONAL	AUXILIAR EN LAS ACTIVIDADES DE VESTIDO Y ARREGLO PERSONAL.	XX			
HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL POR LA LIMITACION FISICA	ALTERACION EN LA HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL POR LA LIMITACION FISICA	AUXILIAR EN EL BAÑO Y LUBRICACION DIARIA	XX			
MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA	ALTERACION AL MOVIMIENTO POR EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	FAVORECER LA MOVILIDAD FISICA	XX			

DESCANSO Y SUEÑO	ALTERACION EN EL PATRON DE SUEÑO RELACIONADO AL MALESTAR FISICO	FOMENTAR ACTIVIDADES QUE FAVORESCAN EL DESCANSO Y SUEÑO		XX		
<p>INTERVENCION DE ENFERMERIA</p> <p>NUTRICION</p> <p>Se contribuyo en la asistencia de la alimentación por la limitante del procedimiento quirúrgico y suero.</p> <p>ELIMINACION</p> <p>Se alentó a realizar actividades entre de ambulación y reposo para lograr buen funcionamiento intestinal.</p> <p>USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS</p> <p>Promover el uso de prendas de vestir adecuadas para el confort del miembro afectado.</p> <p>HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL</p> <p>Asistencia de l baño y aseo personal</p> <p>MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA</p> <p>Sugerir dispositivos que mejoren el confort</p>			<p>EVALUACION</p> <p>La asistencia en la alimentación ayudo conservar sus hábitos alimenticios.</p> <p>La de ambulación y el reposo ayudaron a mejorar el transito intestinal.</p> <p>El uso de prendas de vestir adecuadas evito la presencia de dolor y un mejor control en el movimiento</p> <p>Se logro fomentar la confianza y mejorar su bienestar personal en relación al aseo personal.</p> <p>Se mejoro el movimiento y disminuyo el dolor.</p>			

<p>del miembro afectado siguiendo la terapeuta medica.</p> <p>DESCANSO Y SUEÑO</p> <p>Fomentar actividades que ayudaron a conciliar el descanso y sueño alentando a expresar inquietudes.</p>	<p>La confianza y seguridad del personal de enfermería fomentaron el descanso y sueño.</p>
--	--

5.4 PLAN DE ALTA

NUTRICION Es importante alimentarse en forma equilibrada ya que le permite al individuo mantenerse saludable, esto equivale a poder realizar las actividades diarias sin sensaciones desagradables de embotamiento mental y agotamiento físico. Es decir la paciente fue orientada referente a los alimentos que podía consumir en menor a mayor cantidad ya que los alimentos ricos en fibra le ayudarían a regular su metabolismo digestivo causado por el reposo, así como las proteínas favorecerían al crecimiento del tejido, también se asistió en la ingesta de alimentos y se oriento de que forma podía recobrar su independencia en la ingesta ocasionada por el proceso quirúrgico.

ELIMINACION La mala eliminación comprende la alteración en la evacuación a nivel intestinal y urinario, en distintos grados y formas de presentación, que pueden ser asociados a alguna patología o procedimiento clínico o mental. Ante la paciente el factor causante era el procedimiento quirúrgico y mental que le impedía auto realizarse fue orientada de la importancia de las necesidades fisiológicas que la limitaban se asistió y enseñó de que manera podía lograr su independencia.

MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA El movimiento y la postura alineada se deben de mantener activo para poder hablar de una buena salud. La buena postura y movimiento es una manera de hacer cosas con más energía, menos tensión y fatiga. Sin una buena postura y movimiento, no podemos realmente ser cabido físicamente. En la mayoría de los casos, la postura y movimiento pobre resulta de una combinación de varios factores, que pueden incluir: como en este

caso a factores quirúrgicos que limitan la movilidad propia del individuo, la paciente regreso a casa con limitante en el miembro afectado que con rehabilitación física recobrara en un par de meses la movilidad al 100% logrando su independencia.

DESCANSO Y SUEÑO El sueño y descanso es un acto restaurador en el que, a pesar de su aparente pasividad, el organismo humano lleva a cabo titánicas labores que dan continuidad a nuestra existencia: las funciones orgánicas se regeneran y estabilizan, los tejidos se reparan, el sistema nervioso se desarrolla y los procesos mentales se ordenan, sobre todo los relacionados con inteligencia, la paciente recobro su rol de sueño y al llegar a casa recobrara el descanso y sueño ya que el factor causante de su alteración (hospitalización, rutina clínica, rol de enfermería estrés postquirúrgica) había sido afrontado. Ante los cuidados de enfermería y aportaciones a sus dudas pronto estabilizara su rutina de descanso y sueño.

USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS El aspecto de una persona dice mucho sobre su personalidad y forma de ser, igual que los gestos o la manera de expresarse, por eso debemos aprender cómo actuar para sacarle el mayor provecho posible. Aunque sólo tenga un miembro superior lesionado es imposible ponerse prendas de mangas ceñidas o pantalones estrechos, por lo que es necesario modificar el vestuario. Será más fácil llevar ropas amplias y sueltas, estén o no de moda. La paciente acepto muy bien este hecho, se le explico que era por un período corto. La adquisición de soltura para la independencia de las actividades relacionadas con el vestido a las que se enfrento la paciente la llevaron a exigir un funcionamiento adecuado del sistema nervioso, no sólo un control del movimiento de las extremidades inferiores y una precisión de movimientos en los superiores, sino también un aprendizaje racional del movimiento. Es necesario además que el sistema musculo esquelético pueda llevar a cabo todas las rutinas necesarias. Cualquier anomalía del sistema puede impedir que una persona sea independiente, hasta el punto de hacerle dependiente en una o más de las actividades relacionadas con el arreglo personal, la paciente recobrara su independencia al realizar la terapia física.

HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL Estar limpio aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actué como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc. Se le invito a la paciente a concientizarse de que la higiene y protección de la piel es una actividad que consiste en un mantenimiento, o cuidado que la gente toma sobre si mismo para conservar su salud., que algunas veces existen limitantes que permiten que se realicen por si mismo, como el procedimiento quirúrgico que enfrentaba.

Se asistió y fomentaron actividades que ayudaran a lograr la independencia al llegar a su casa, como:

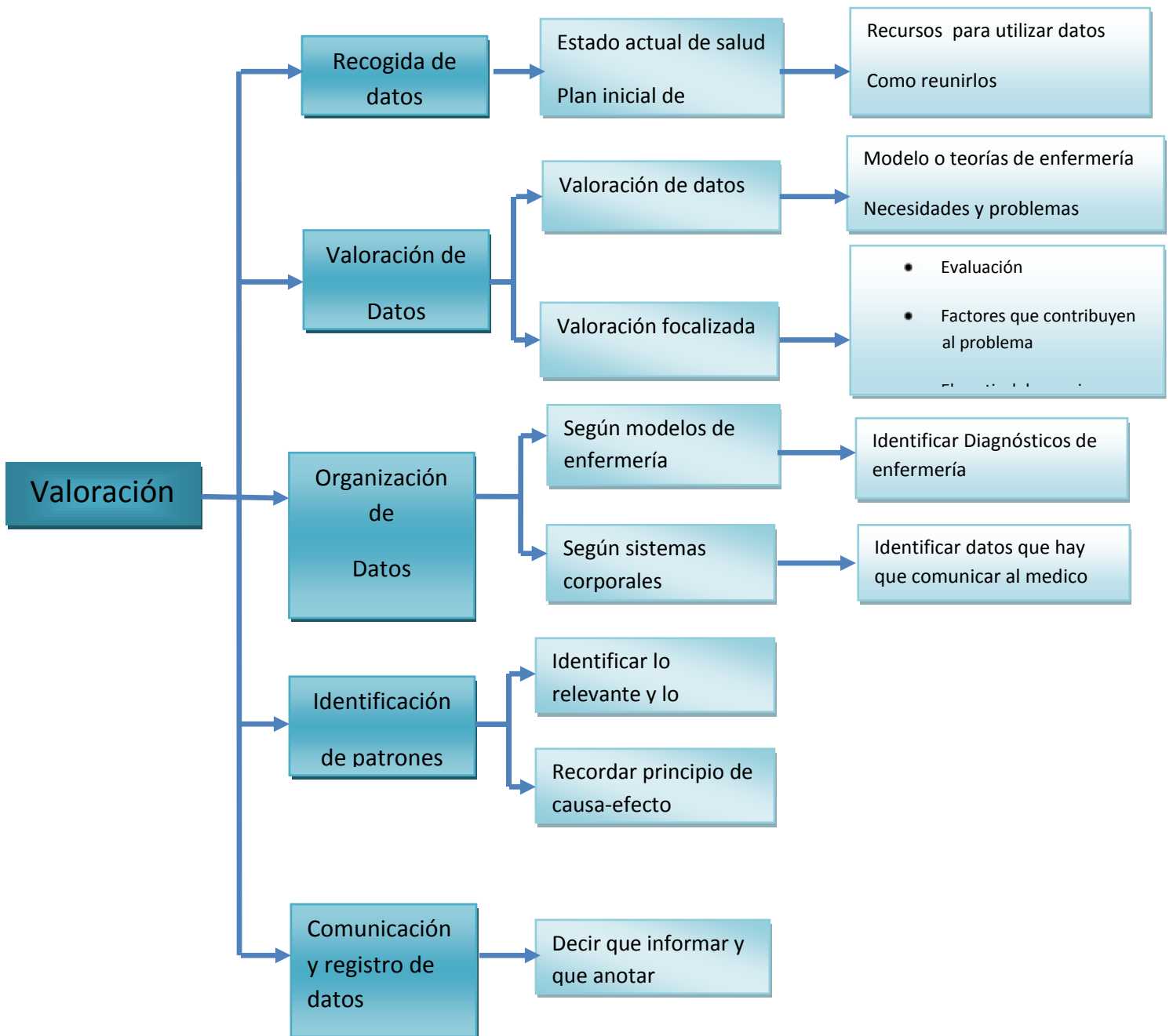
- Habituarse en la limpieza, para eliminar microorganismos, secreciones y excreciones corporales.
- Promover el descanso y el relax ya que refresca y relaja la tensión y el cansancio muscular.
- Mejora la autoimagen para favorecer el aspecto físico y eliminando malos olores.
- Habituarse al acondicionamiento de la piel, para favorecer la circulación sanguínea.

EVITAR PELIGROS Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano, debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física psicológica y social. El medio ambiente contiene muchos peligros tanto visibles como no visibles. La necesidad de un ambiente seguro es un interés nacional, comunitario e individual. El ser humano al verse amenazado utilizará mecanismos de defensa para mantener su integridad social. Por lo que es importante que se le enseñe a la paciente las medidas preventivas que la conducen a situaciones de riesgo, ante este factor se orientó consiguiendo una respuesta favorable logrando parcialmente su independencia.

VI OTROS

ANEXOS

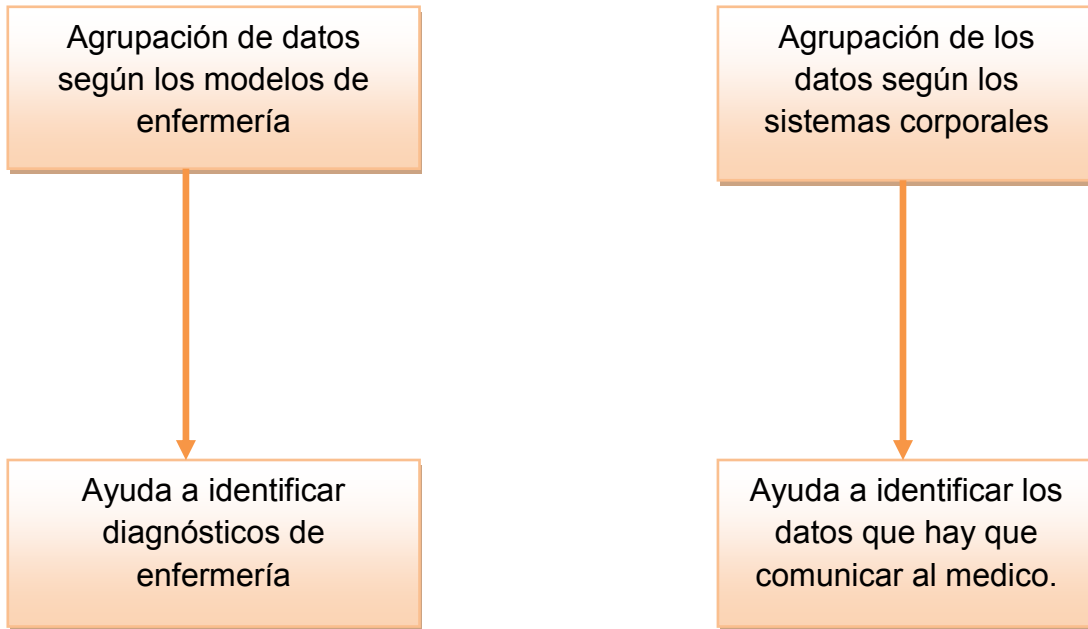
Cuadro No. 1



Cuadro No.2



Cuadro No. 3



VII CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSION

Para concluir este presente trabajo, considerando que El Osteoma Osteoide es un tumor de baja frecuencia que en muchas ocasiones como profesionales de la salud no le damos la importancia o nos damos la tarea de investigar cual es nuestro papel en este tipo de casos debemos de considerar que actualmente enfermería le exige a sus profesionales ya no sustentar mas su que hacer en la practica y conocimientos empíricos, sino mas bien en condiciones mas sustentadas en una base conceptual y teoría que oriente sus metas para, proveer medios a mejorar la calidad de atención y acceso a la información.

Por lo que los enfermeros y enfermeras debemos de comprometernos a no buscar sino más bien dar a conocer la importancia del rol de enfermería y del que hacer enfermero ante cualquier situación clínica a la cual nos enfrentemos.

La paciente que colaboro conmigo para la elaboración de este PAE tuvo la satisfacción de tener una atención integral que le permitió expresar sus inquietudes saciando sus necesidades que la limitaban, al presentarse un plan de cuidados y de alta logro independizarse de gran parte de sus limitantes y en las que no logro la totalidad el plan de cuidados y alta la encamino a que pronto recobrara esa independencia para seguir con su vida diaria.

SUGERENCIAS

Como enfermeros debemos de promover la difusión y aplicación del modelo de Virginia Henderson, junto con el proceso atención de enfermería como un método científico que guía los cuidados de enfermería.

Los enfermeros debemos de darnos a la tarea de hacer parte de nosotros diagnósticos enfermeros que fundamenten la atención de calidad que estamos otorgando a cada uno de nuestros pacientes.

Debemos de hacer parte de nosotros los enfermeros la actualización continua para un aprendizaje holístico que nos permitirá ser críticos para ofrecer actividades que despierten un activo y verdadero interés de cada uno de los diagnósticos del paciente.

Enfermería debe de crearse el habito de tener un pensamiento critico que le permita reflejar sus conocimientos en una valoración clínica para poder plasmar la información obtenida en las habilidades y poder integrar su trabajo enfermero en un proceso atención de enfermería.

VIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Collier, F. 1993. Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería. Cap. 12, en: Promover la Vida. España. Ed. Mosby. P 34.
2. Collier, F. 1993. Elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados. Cap. 13, en Promover la Vida. España. Ed. Interamericana, Mc-Graw Hill. P 42.
3. Ibídem P44.
4. Ibídem. P 45.
5. Ibídem. P 46.
6. Ibídem. P. 48.
7. Ibídem. P. 51.
8. Ibídem. P. 57.
9. Raúl Dueñas José. La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera. Consultado el 16 de Marzo de 2008 de <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>
10. Fanny Cisneros G. Proceso atención de enfermería. Consultado el 16 de Marzo de 2008 de <http://atenea.unicauca>
11. Alfaro, R. 1999. Valoración. Cap. 2, en Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía Practica. España. Ed. Mosby. P 287.

- 12.**Callistas Roy Martha. Enfermeras Teóricas. Consultado el 17 de Marzo de 2008 de <http://www.Terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>
- 13.**Ibídem. Enfermeras Teóricas.
- 14.**Ibídem. Enfermeras Teóricas.
- 15.**Ibídem. Enfermeras teóricas.
- 16.**Reyes Isidora. Tendencias y Modelos utilizados en enfermería, el Proceso Atención de Enfermería. Consultado en <http://www.aibarra.org>
- 17.**Marriner. T.A. Raile, A.M. Modelos y Teorías en Enfermería Ed. Harcourt Brance 6ta Ed. P.55
- 18.**Ibídem. P. 55
- 19.**Ibídem. P. 56
- 20.**Leeson, T.S. Atlas de Histología. México. Ed. Interamericana 6ta Ed. 1990. Pp. 741.
- 21.**Guyton. A. 1998. Tratado de Fisiología Medica. México. Ed. Interamericana. 8va. Ed. Pp. 1063.
- 22.**Tortora G. 1997. Principios de Anatomía y Fisiología. México. Ed. Harla. 6ta. Ed. Pp. 1205.
- 23.**William, F. 2000. Fisiología Medica clínica. México. Ed. Manual Moderno. 17va. Ed.. Pp. 944.
- 24.**Harrison. Principios de Medicina Interna. España. Ed. Interamericana. 13ª. Ed. Tomo II. España. Pp. 3028.

- 25.**Cecil. 1998. Tratado de medicina Interna. México. Ed. Interamericana. 18ª. Ed. Vol. II. Pp. 2668.
- 26.**Kozier, B 2005. . Fundamentos de Enfermería. España. Ed. Interamericana. 7ª. Ed. Vol. I. Pp. 1022.
- 27.**Marrinier, A. Modelos y Teorías de Enfermería. España. Ed. Mosby. 6ª. Ed. Pp. 828.
- 28.**NANDA. Diagnósticos Enfermeros: definición y clasificación. Ed. ELSEVIER. España. 2003-2004. Pp. 287.
- 29.**Falconer. 1999. Farmacología y Terapéutica. México. Ed. Interamericana 6ª. Ed. Pp. 585.