

00903
5 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

“ESTUDIO DE CASO DE UN ADULTO MAYOR CON ALTERACIÓN
EN LA NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA”

TRABAJO PRESENTADO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
“ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO”

PRESENTA: LEO: MARÍA TERESA SALINAS DURÁN.

ASESORA METODOLÓGICA: MAESTRA: TERESA SÁNCHEZ ESTRADA.

ASESORA ACADÉMICA: LICENCIADA: ROSA ELIA MENDOZA PÉREZ.

MÉXICO, D. F. 2003.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS EDUCATIVOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

PAGINACIÓN DISCONTINUA

2

ÍNDICE:

Pag.

Dedicatorias.....	i
Agradecimientos.....	ii
Introducción.....	1
1.- Objetivos.....	4
2.- Fundamentación Teórica.	
2.1 Barreras Epistemológicas en Enfermería.....	6
2.2 Algunas Reflexiones sobre el Modelo de Virginia Henderson.....	22
2.3 Desarrollo de Habilidades y Destrezas para Llevar a Cabo la Valoración en Enfermería.....	32
2.4 Reflexiones Sobre los Diagnósticos de Enfermería: una Construcción Racional o la Interpretación de un Significado.....	40
2.5 Aspectos Ético – Legales.....	46
2.6 Aspectos Clínicos Inherentes al Caso.	
2.6.1 Proceso de Envejecimiento del Sistema Musculoesquelético.....	49
2.6.2 Medio Ambiente y Movilidad.....	53
2.6.3 Marcha y Balance.....	59
2.6.4 Ciática.....	64
3.- Hallazgos del Estudio de Caso	
3.1 Valoración de Enfermería.....	78
3.2 Diagnósticos de Enfermería.....	82
3.3 Plan de Intervenciones.....	84
4.- Conclusiones.....	90
5.- Bibliografía.....	95
6.- Anexos.	

<p>TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>

DEDICATORIAS:

ESTE TRABAJO LO DEDICO A:

Mi querida hija, Lucero Ximena, por representar un apoyo invaluable en mi existencia.

Mis hijos a quienes amo y extraño profundamente y que siempre me han apoyado y han creído en mí: Rodrigo, Miguel Angel y Ricardo. Gracias.

Mis queridos nietos: Gabriel y Uriel.

Mi papá por su apoyo incondicional.

Mis hermanos, a quienes quiero mucho, especialmente a Gela y a Lalo, por su paciencia y apoyo constante.

Mis sobrinos y sobrinas.

Mis queridas niñas: Aranza y Zaira Isabel.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS:

Primeramente le doy gracias a Dios, por todo lo que tengo, lo que he recibido y lo que soy. Expreso mi más profundo agradecimiento a todas y cada una de las personas que creyeron en mí y que de una u otra forma me apoyaron y me orientaron.

Muy en especial a la Lic. Ana Bertha Jiménez Castro, por su apoyo incondicional y su estímulo continuo, durante toda la especialidad y la elaboración de este trabajo, muchas gracias a sus hijas Anayte y Neili por su compañía,

A la Maestra Teresa Sánchez Estrada, por su valioso apoyo y asesoría en el presente trabajo, ya que como asesora metodológica compartió sus invaluable conocimientos y por todas sus atenciones.

A la Licenciada Rosa Elia Mendoza, Profesora de la Especialidad, por todos los conocimientos transmitidos y su apoyo.

También expreso un agradecimiento muy especial al Dr. A. Dionisio Velasco Lucero Profesor de la UAM campus Xochimilco, por su orientación, asesoría y paciencia en cuanto a los aspectos técnicos, en la realización de este trabajo en la computadora.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, pretende transmitir una experiencia en la realización del trabajo clínico, en donde como especialista pretendo implementar la aplicación, previa revisión y análisis, en torno a la adecuación y utilización del modelo de Virginia Henderson, surgiendo la necesidad de profundizar en torno a este y sus diversos componentes teóricos, como una exhortación a considerar el abordaje de la práctica de enfermería geriátrica, que presenta características particulares y recientes en el desarrollo profesional de enfermería.

Tales consideraciones se enriquecen cuando se comparten tópicos poco claros abordados por la Teórica, en una reflexión grupal. Cabe destacar que cada tópico ha sido motivo de un artículo para publicación, con autorías principales alternadas. Esto con el ánimo de que el trabajo de reflexión sea socializado con quienes, comparten dudas epistémicas en la profesión de enfermería.

En el primer capítulo, se abordan las barreras Epistémicas en Enfermería que permiten confrontar parte del proceso de construcción del conocimiento enfermero, tomando como referente directo un artículo de Pablo Cazau; en el que señala éste obstáculo con características internas subjetivas e inconscientes que se dan en el acto mismo de conocer, limitando el conocimiento.

En el segundo capítulo se analiza el Modelo de Virginia Henderson y la propuesta de adecuación, para el abordaje clínico del caso. Este modelo incorpora una filosofía con componentes universales tales como necesidades humanas, persona, salud y entorno a partir de catorce necesidades, señalándolas como básicas, desde la cual sustentamos la reflexión y el análisis, excluyendo algunos componentes tales como: falta de voluntad,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

conocimiento, fuerza y causas de dificultad; estos componentes y algunos otros, son considerados de difícil interpretación y aplicación, siendo estos subjetivos e insuficientemente claros para la valoración geriátrica

En el tercer capítulo se plantea la necesidad de la Valoración de enfermería, como una herramienta de trabajo sustantivo en el ejercicio eficiente del proceso, se discute como recuperar las técnicas del examen físico: inspección, palpación, auscultación y percusión, asegurando las habilidades y destrezas que como enfermera especialista desarrollará en el proceso de valoración, representando uno de los retos que en el futuro mejorará la toma de decisiones dentro del equipo de salud de manera más horizontal en el cuidado.

El cuarto capítulo considera el Diagnóstico de Enfermería como una construcción racional o la interpretación de un significado. Se discute básicamente el proceso de construcción, el cual se ha caracterizado por la dificultad para la identificación y formulación de los diagnósticos en enfermería, encasillando características y etiquetas diagnósticas, identificando problemas que no pueden ser enunciados como diagnósticos o complicándolos aún más con taxonomías predeterminadas. Por su complejidad este aún se encuentra en proceso de reflexión y análisis, por diferentes expertas en instancias educativas y de investigación.

Con este marco teórico desde el cual se parte, se desarrolló el estudio de caso clínico, entre los hallazgos más relevantes, se observa que es de gran importancia el abordaje de un paciente geriátrico cuando se tiene alteración en la necesidad de movimiento y postura, ya que ésta es una de las más significativas por las consecuencias físicas, fisiológicas y sociales: por lo que la capacidad de movilizarse y del autocuidado representan la diferencia entre la independencia y la dependencia, resultando esencial valorar la capacidad funcional

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de los adultos mayores. conocer el proceso de envejecimiento y elaborar un plan de intervenciones individualizado.

Se realiza valoración del sistema musculoesquelético en general, utilizando la inspección y la palpación de articulaciones y tejidos que la rodean, se aborda el tema de ciática radicular y las maniobras especiales que se utilizan para su diagnóstico, se jerarquizan las necesidades del paciente y se formulan diagnósticos de enfermería para elaborar el plan de intervenciones individualizado, en el cual se hace la observación del cambio del concepto de evaluación por el de evolución clínica, concluyendo así este trabajo.

Se anexa la bibliografía consultada y por último se presentan como anexos los instrumentos utilizados en la valoración geriátrica, más comunes.

En la realización de este trabajo como ejercicio académico significativo, aprendí muchas cosas que serían difíciles de citar, una de las más relevantes me permitió tomar conciencia de que; **“Una práctica especializada se comprende en la medida en que se participa en ella desde todos sus elementos teóricos y prácticos”.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. OBJETIVOS:

GENERAL:

- * REFLEXIONAR COMO ESPECIALISTAS CLÍNICAS EN EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN TEÓRICO - METODOLÓGICO DE LA DISCIPLINA. EXPLICITANDO ÉSTE EN LA APLICACIÓN DEL MODELO DE HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. EN UN ESTUDIO DE CASO.

ESPECÍFICOS:

- * DESARROLLAR E IMPLEMENTAR ELEMENTOS TEÓRICOS NO CONSIDERADOS POR VIRGINIA HENDERSON A TRAVÉS DE LA INSTRUMENTACIÓN TEÓRICO - PRÁCTICA DE ENFERMERÍA, LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- * DESARROLLAR LA CAPACIDAD DE ANÁLISIS Y SÍNTESIS EN LA CONSTRUCCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

- * IMPLEMENTAR A TRAVÉS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y SU READECUACIÓN, UN PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADO A UN PACIENTE ANCIANO CON DIFERENTES ALTERACIONES DE SALUD.

- * EJERCITAR EL PROCESO DE VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE LA ESPECIALIDAD DEL ANCIANO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN:

CONCEPTO FILOSÓFICO DE EPISTEMOLOGÍA: Del griego episteme – conocimiento. logos – teoría. Disciplina que trata de los problemas filosóficos planteados por la ciencia. Es en esencia el estudio crítico de los principios, las hipótesis y los resultados de las diversas ciencias, destinado a determinar su origen lógico, su valor y su alcance objetivo ¹

Para hablar de “**Barreras Epistémicas**”, se toma como referencia directa un artículo de Pablo Cazau ² quien sintetiza muy hábilmente, aquellos factores de riesgo para los procesos de pensamiento, mismos que “inconscientemente” no solo direccionan sino que determinan el ritmo e intensidad en el desarrollo del conocimiento

Obstáculo epistemológico es un término introducido por Gastón Bachelard para designar toda aquella creencia habitualmente inconsciente, que frena u obstaculiza el desarrollo del conocimiento científico.

Los filósofos y especialmente los epistemólogos advierten a los profesionales sobre factores que pueden frenar el desarrollo del conocimiento científico. Por ejemplo, Pablo Cazau sustenta su discurso sobre el obstáculo epistemológico a partir de Gaston Bachelard basándose en “**La formación del espíritu científico**”. ³

OBSTÁCULO EPISTEMOLÓGICO: CONCEPTO: es una creencia, generalmente inconsciente, que tiene el científico y que le impide avanzar en su conocimiento. Podríamos

¹ Runes Dagobert D. Diccionario Filosófico editorial Grijalbo México D. F. 1981.

² File://A: Pablo Cazau. El obstáculo epistemológico. htm

³ Ibidem

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

decir, el obstáculo epistemológico es interno subjetivo e inconsciente. Las barreras epistémicas son "confusiones, entorpecimientos, prejuicios que se dan en el acto mismo de conocer, generando una inercia que tiende a perpetuar lo ya conocido y cerrando las puertas al nuevo conocimiento".

La manera de identificar las barreras epistémicas según Cazau, es psicoanalizar el conocimiento científico, poniendo al descubierto esas creencias inconscientes para así comenzar a superarlas.

La concientización y superación de dichos obstáculos es lo que permite en última instancia, que la ciencia pueda progresar hacia nuevos horizontes e ideas, los que a su vez serán nuevos obstáculos epistemológicos que deberán ser superados, y así sucesivamente.

En palabras de Karl Popper citado por Cazau ⁴ el progreso científico no tiene un término final absoluto, ya que, detrás de cada obstáculo surge otro, y así indefinidamente. El progreso científico consiste más que nada en sucesivas refutaciones y aproximaciones a la verdad (falsacionismo) sin ser ésta nunca alcanzada.

Es muy importante destacar qué según Bachelard y Cazau se puede "desarrollar el pensamiento científico a partir de una mentalidad pre-científica, operando sobre sus obstáculos epistemológicos. Tras una ruptura epistemológica se torna posible ir pasando de un conocimiento meramente sensible a un conocimiento más científico".

Para fundamentar lo anterior recurrimos a Cazau, quien establece que la libido es la "carga afectiva" que subyace bajo las creencias precientíficas, cargas que hacen que nuestros conocimientos aparezcan "libidinizados" o "valorizados" afectivamente y que por ende, se les mantenga sin modificación, en forma dogmática.

⁴ Ibidem



“El origen de los obstáculos epistemológicos se enraizan, ocasionando parálisis y un conocimiento fraccionado, no sólo en lo que fuera transmitido por los maestros, portadores del mismo error, sino también en sus primeras experiencias infantiles produciéndose con ello una detención del conocimiento”.

La ponderación entre el hecho y su significado será un criterio que guíe hacia la coherencia entre entendimiento y la realidad. partiendo de que el entendimiento **“interpreta el hecho objetivamente y entendiendo por interpretación objetiva el análisis de movimientos psicológicos afectivos que por naturaleza pervierten el proceso de observar la realidad”**

Las barreras epistémicas subyacen y están sutilmente veladas detrás de los conocimientos acabados de una creencia o tradición largamente legitimada, detrás de las premisas aceptadas, defendidas y permeadas por el afecto y la identificación.

Los obstáculos de carácter semántico de los significados y su expresión a través del lenguaje, merecen un análisis introspectivo a fin de su identificación e intento por trascenderlos. Los conocimientos derivados de una praxis concreta y la interpretación que hacemos de ésta, exigen una autorevisión para descubrir o redescubrir esa base teórica que lo sustenta a fin de evaluar su vigencia.

Dice Cazau que ⁵ **“buscar guías prácticas de acción es aceptable, pero esto se transforma en obstáculo pragmatista cuando se pretende usar tal guía como principio explicativo, como idea que intenta explorar no sólo la utilidad sino también la verdad de las cosas”.**

A este respecto se nos alerta sobre el riesgo de considerar que la experiencia básica puede atender a una descripción desordenada de lo que se observa, **“destacando sólo lo más**

⁵ Ibidem

llamativo, curioso, pintoresco o barroco, de algo que llamamos vivencia significativa; buscando la diferencia, pero no la variación”.

En el conocimiento general el obstáculo epistémico consiste en generalizar sin análisis, es decir, concluir sin confrontar datos y experiencia, lo que lleva a una sub-valoración de la experiencia, y consecuentemente, a un desinterés por el soporte empírico que debe tener toda ciencia. Según Bachelard, citado por Cazau: “la excesiva generalización inmoviliza el pensamiento, recordándonos que los obstáculos se presentan en pares y donde de uno se tiende a pasar al otro para superar cualquiera de ellos”.

La tendencia a un conocimiento unitario conlleva a la exigencia de filtrar las múltiples creencias y por lo tanto los variados conocimientos y las diversas interpretaciones, derivadas de las complejas barreras epistémicas: lo anterior nos llevaría de manera natural a entender el pensamiento como un aparato procesador de ideas, y en tanto su técnica de proceso sea la correcta y tendrá un nivel correspondiente de pertinencia y temporalidad a partir de la cual se vuelva a percibir la necesidad de reprocesarla o actualizarla.

BARRERAS EPISTÉMICAS EN ENFERMERÍA.

Debe aclararse que, el descubrimiento y ruptura de las “barreras epistémicas” en el ámbito de Enfermería se asume que tal ruptura será gradual, tan gradual como se lo permita su capacidad, disposición y flexibilidad, para “renunciar a lo conocido que no es lo mismo que renunciar al conocimiento”.

Esta es la idea central que Bachelard puede aportarnos a las Enfermeras interesadas en la construcción del pensamiento científico disciplinar.

Realmente “nos mueve el tapete” y hasta resulta divertido percibir en los obstáculos epistemológicos, todas esas creencias que hemos defendido, para luego descubrir que son, en palabras de Cazau, “Adhesiones afectivas, libidinales”. Las anteriores tendrán razón de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ser en tanto que las enfermeras, en un ejercicio de autoanálisis; procuremos canalizar esa afectividad en una dirección constructiva, es decir, productora de un conocimiento disciplinar objetivo.

Los obstáculos epistemológicos: constituyen uno de los riesgos de la investigación en Enfermería y también son propios de la actividad educativa ya que aparecen durante la transmisión del conocimiento a través de la enseñanza.

Solo cabe una nota de advertencia, este artículo no está dirigido para aquellos que están convencidos de su saber o su método, o para aquellos que creen que ya han encontrado un método de pensamiento que les permite tamizar ideas correctamente.

La intención es ayudar a descubrir aquellos prejuicios, dogmas y falsos conceptos que "disfranzados" de conocimiento científico permean la vida de las personas y en especial de las enfermeras, en lo individual y en lo colectivo, condicionándoles a una particular forma de ver la realidad.

Este artículo va dedicado a los que aprendimos a partir de un consciente colectivo institucionalizado, y que después de un tiempo hemos identificado como poco suficiente para sustentar nuestra realidad. Está más bien pensado para aquellos que como nosotros nos reconocemos producto de un conocimiento transmitido y creído como cierto, sin habernos resguardado del riesgo de creer y habernos perdido del placer de cuestionar la validez y vigencia de tales conceptos.

Finalmente una frase:

"Lo más difícil pero no imposible, a menos que intervenga el entendimiento es dejar de creer en nuestras creencias"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CLASIFICACIÓN DE LAS BARRERAS EPISTÉMICAS EN ENFERMERÍA SEGÚN BACHELARD DESDE LA VISIÓN DE PABLO CAZAU ⁶

OBSTÁCULOS EPISTEMOLÓGICOS PEDAGÓGICOS

Los obstáculos pedagógicos aparecen en el acto de enseñar, y como tales van transmitiéndose de generación en generación, contribuyendo a una lentificación o, a una detención del conocimiento.

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

Los mecanismos de transmisión de las barreras epistémicas se perciben en los procesos pedagógicos de la carrera de enfermería ya que además de los contenidos que enseñamos, está el llamado "currículum oculto" que inconscientemente transmitimos respecto a la manera de pensar, de hacer y de decir todo aquello relacionado con la forma de enseñar y la manera de investigar sobre nuestra práctica.

Se trata, de un proceso de contaminación y transmisión inadvertida de los obstáculos epistemológicos, tanto en el profesor como en los estudiantes. Esto puede leerse entre líneas entre otros ejemplos cuando observamos que ciertos alumnos piensan, se expresan y hasta adoptan el porte de su profesor o investigador predilecto.

La adopción irreflexiva de adoptar modelos y conceptos instrumentados y operacionalizados en circunstancias distintas a nuestra realidad y a nuestra práctica, lo que limita aún más nuestra definición y concepción de trabajo. En el actual nivel de desarrollo conceptual de la profesión en México se percibe el optar generalmente por un modelo, ya sea en la formación o en el servicio que, atendiendo a razones de interés individual, más

⁶ Adaptado de Pablo Cazau Lic. en Psicología y Prof. de Enseñanza Media y Superior en Psicología Buenos Aires, Enero 1996..

que a metas epistemológicas y éticas, que permitan explicar el cómo se puede intervenir profesionalmente, con base en marcos de referencia filosóficamente sustentados.

Desde este enfoque es deseable que las enfermeras iniciemos ya, el ciclo de análisis de barreras epistémicas que, como se acepta, inconscientemente hemos grabado y estamos transmitiendo en el inconsciente colectivo que se refleja en el nivel de nuestro saber, nuestro quehacer y nuestro ritmo al crecer.

Ubicándonos en una dependencia teórica con el equipo de salud como dependientes y subordinadas en el ejercicio horizontal del profesional de la salud, en la que aún continuamos en desventaja en el trabajo multiprofesional al no clarificar nuestro quehacer y saber.

La concepción de "conocimiento" que prevalece en la clínica se traslada a las unidades complejas como: cuidados intensivos o quirófano reforzando el modelo médico hegemónico que hace que la sofisticación se confunda y se trastoque con el conocimiento científico. "no es lo mismo tecnología que ciencia". En cambio se subvalora el desempeño de una enfermera comunitaria quién sin uniformé "blanco" porque en general es verde o azul marino, sin una toca o cofia y sin una imagen muy cuidada, parece que sabe menos, que hace menos y que comprende menos: cuando en realidad trabaja con autonomía, su quehacer es socio-antropológico y la evidencia de su productividad está plasmada en el sector salud. Situación que lamentablemente no queda plasmada en sus reportes en las instancias clínicas especializadas.

Cuando se trata del método enfermero el Proceso de Atención de Enfermería se señala; éste "ya se hizo, siempre se ha hecho aunque no se ha documentado", o bien tal método "no se puede llevar a la práctica clínica, es solo para principiantes, pero no para la operación en la práctica del cuidado"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Formación profesional: La formación universitaria en enfermería sustentada desde la diversidad de planes y programas de estudio en donde la diversidad curricular, coexisten en factores de índole biológicos y sociales no siempre articulados y consecuentemente poco sustentados pedagógicamente. De hecho existen tantos planes de estudio como escuelas de enfermería en el país.

OBSTÁCULOS EPISTEMOLÓGICOS EN LA CIENCIA.

Aparecen cuando el científico se resiste a abandonar ciertas hipótesis, justamente por existir una adhesión afectiva a ellas. Puede inferirse entonces que los obstáculos epistemológicos en la ciencia aparecen en el acto de investigar y se socializan entre los grupos de investigadores a través de los marcos de referencia

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

Las experiencias significativas en los diferentes escenarios de formación y de práctica no se concibe ni se constituye con un sustento teórico práctico suficiente para la atención en enfermería, limitando las posibilidades para que los diferentes recursos permitan construir un marco de atención e intervención más congruente con la función social a la que desempeña.

Sobre los conceptos de enfermería: Desde diversos modelos conceptuales se ha intentado sistematizar el pensamiento desarrollado por enfermería, orientando las acciones en este campo hacia una imagen profesional, desde su contribución dentro del equipo de salud y delineando la naturaleza del servicio que presta a la sociedad. Lo más común es encontrar definiciones sumarias de enfermería en las que quedan poco implícitas las actividades profesionales teórico – prácticas siendo estas insuficientes.

Sobre los conceptos en torno al cuidado: Los valores y creencias sobre el rol de la enfermera perfilan diferentes versiones del cuidado que, en estos últimos diez ó tal vez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

veinte años, han desdibujado a la enfermera y a la enfermería, lo que nos ha llevado a definir múltiples conceptos y modelos teóricos, que conformarán probablemente en el futuro: en eso confiamos, un concepto de enfermería más universal y de estos el **Paradigma y Metaparadigma de Enfermería**, que sustente y guíe el método enfermero con mayor homogeneidad y posibilidad de abordaje en donde no separemos la teoría de la práctica, el proceso de atención de la realidad operativa, en donde la salud, y por que no, lo Ideológico lo político y lo filosófico, sean los ejes dentro de los cuales ubiquemos el rol que al interior del equipo de salud hemos de jugar al lado del cuidado en el proceso **Salud-Enfermedad**.

¿Qué definición de la enfermería es más coherente con la formación y las necesidades de la atención de salud? El esfuerzo por clarificar esa función social que realiza reviste especial interés para transformar los esquemas de formación, para producir y desarrollar conocimientos en el propio campo, para cualificar la prestación de servicios y clarificar el aporte específico del trabajo multiprofesional en el campo de la salud. **"Enfermería es una disciplina práctica"**

Sobre la pertinencia de una **METATEORÍA**, parece que existe dificultad de los abordajes teóricos en enfermería, así como su orientación y diseño. Esto ha planteado la necesidad de la construcción de una **METATEORÍA** que guíe el conocimiento enfermero y su práctica, facilitando el logro e impacto que se requiere en el cuidado, trascendiendo hacia un abordaje objetivo que clarifique los planteamientos y determinen los elementos de modelo de práctica idóneo. Se asiste a una crisis de paradigmas del conocimiento que afecta los perfiles profesionales. Es necesario desarrollar teorías y metodologías en el campo de enfermería que permitan enriquecer y vincular lo conceptual y lo práctico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sobre los diagnósticos de enfermería. su estructura y el arte de interpretar no es clara, no obstante las recomendaciones de las expertas, cabe recordar que la redacción de un diagnóstico de enfermería sigue siendo un objeto de investigación que no solo será profundizada; sino que dará lugar, en tanto que su esencia es interpretar; a un replanteamiento epistemológico y por lo tanto paradigmático hacia lo fenomenológico; desde luego faltan muchos ejercicios para consolidar tal propósito, la estrategia sugerida es comentar más a menudo con las expertas clínicas y ante todo aprender a interpretar los significados de las personas en situaciones de enfermedad.

OBSTÁCULOS EPISTEMOLÓGICOS FUNDAMENTALES

Son en la denominación Bachelardiana, identificada por Cazau aquellos relacionados con la experiencia básica y el conocimiento general. La experiencia básica nos puede aferrar a lo singular o anecdótico de los fenómenos, sin captar lo esencial y sin ejercer una crítica sobre los datos percibidos directamente por los sentidos

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

Sobre los saberes interdisciplinares: Desde diversos modelos la enfermera tiene una función social que realizar, una función independiente, que no está clara ni para el público en general ni para todas las profesionales. De ahí la importancia en clarificar el trabajo interdisciplinario sobre su campo de intervención, sus posibilidades y limitaciones así como las de los demás, reconociendo y respetando la diferencia de saberes; recordando, que un equipo de salud se denomine interdisciplinario, no necesariamente garantiza que funcione como tal.

Es cierto que no existe un solo enfoque acerca del cuidado, por ser un objeto complejo que se ubica en un área de gran diversidad ideológica y política como lo es el campo de la salud. Por eso los cuidados que proporcionan los profesionales de enfermería tienen que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

encontrar sus individualidades en relación a la red de pertenencias del cuidado, porque la identidad no puede concebirse más con respecto al otro, hay que separar su finalidad original y poner en evidencia las circunstancias específicas de este tipo de cuidado.

¿En que medida tanta complicación e incoherencia obstaculiza el desarrollo de la enfermera? ¿Está la enfermería en transición y evoluciona con ritmo variable hacia un orden y una coherencia universal? o ¿acaso está destinada por su misión particular, sus diferentes circunstancias, o por una falta de espíritu unificador y carencia de identidad a mantenerse en un estado de fragmentación y diversidad? ¿será que la aparente fragmentación no es sino un indicador saludable de desarrollo disciplinar?

Dentro de la clasificación que Bachelard señala en torno a los obstáculos epistemológicos anteriores, considera los especiales, de los cuales también se describen particularmente a continuación.

DESCRIPCIÓN DE LOS OBSTÁCULOS EPISTEMOLÓGICOS ESPECIALES, SEGÚN BACHELARD DESDE LA VISIÓN DE PABLO CAZAU ⁷

OBSTÁCULO VERBAL

Consiste en una sobrevalorización de las metáforas empleadas para explicar los hechos, donde estos quedan explicados por las metáforas y no por las leyes, por recursos verbales y no por recursos matemáticos.

SON
FALLA DE ORIGEN

⁷ Adaptado de Pablo Cazau Lic. en Psicología y Prof. de Enseñanza Media y Superior en Psicología Buenos Aires, Enero 1996.

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

En el desempeño profesional se percibe un discurso y clima emocional que dificulta la demarcación del territorio del quehacer enfermero y que impide demostrar exclusividad en su saber y ejercicio y que en el conjunto institucional se describe repetitivamente; como: condiciones de trabajo agotadoras, prolongadas, rotatorias y nocturnas, con escasas horas de descanso, así como limitadas posibilidades para la formación, capacitación personal, profesional y actualización, frases con las que justificamos y hasta utilizamos como pretexto racional para la no reflexión disciplinar.

Es más esto, lo reforzamos con esa construcción social bajo el estereotipo femenino atravesada por la cultura y los roles de género confrontada en la práctica dentro de las complejas relaciones que se establecen con el equipo de salud, con el usuario de sus servicios y con las instituciones donde se labora, condicionando una sub-valoración y desventaja profesional a nuestro modo de ser, decir y hacer.

Sin dejar fuera el hecho de que defenderemos el conocimiento más que nuestras creencias que defendidas con la pasión que acostumbramos, nos han ubicado en el terreno de la imaginación y de la reactividad acompañada de la clásica "respuesta visceral" que tanto autocriticamos, lejos de plantear los argumentos lógicos y propios del pensamiento racional.

Cabe destacar que desde la perspectiva transcultural y ética son los valores y creencias los determinantes de la visión de la persona y del cuidado cuya influencia es obvia en el desarrollo de los modelos. Sin embargo; y paradójicamente es cada vez más frecuente escuchar que es necesario que los modelos teóricos seleccionen lenguajes comunes de manera que la comunicación fluya plenamente con el equipo de trabajo y con aquellos a los que sirven.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONOCIMIENTO UNITARIO

Tendencia del conocimiento pre-científico a considerar que todo está regido por un único principio general de la naturaleza, o bien que todas las cuestiones deben encuadrarse desde una única cosmovisión o manera de ver las cosas o de percibir el mundo.

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

En enfermería existe la creencia que exclusivamente desde esta se puede construir el objeto de estudio, desconociendo las herramientas filosóficas y antropológicas para definir el conocimiento científico.

Quizá guiadas por el deseo de saber, estamos o pretendemos construir un cuerpo de conocimientos únicos, con un lenguaje único, con un practica única. Esto nos confunde cuando sabemos que el conocimiento universal es único.

CONOCIMIENTO PRAGMÁTICO

Obstáculo que hace desarrollar indebidamente una hipótesis de tal forma que pueda ser simplemente útil, proceso reconocido como inducción utilitaria. Desde esta perspectiva, todo lo que no es útil es irracional, es anticientífico.

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

¿Qué es la enfermería? y ¿Qué es una enfermera?

La enfermería no tiene un significado universal y quizá aún más sorprendente que la palabra "enfermera", aparentemente no tiene un significado único en la mayoría de los idiomas y países, éste vocablo comprende una mezcla de niveles y grupos que incluyen: estudiantes, auxiliares, técnicos, profesionales, generalistas y especialistas, lo cual revela una falta de coherencia en el seno de la profesión, respecto a las figuras que la representan.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

dificultando también una definición de su función en los diferentes escenarios de intervención.

Esto ha llevado a procesos de nivelación de auxiliares de enfermería a enfermeras generales o bien permite la contratación de licenciados en enfermería como auxiliares. Es decir, esto es útil, práctico y económico cabe la pregunta ¿para quién?

SUSTANCIALISMO

Creencia según la cual la noción de sustancia es suficiente para explicar los fenómenos observados, noción a la que se apela en virtud de su familiaridad, su sencillez y su contundencia. Sustancializar un fenómeno es considerarlo simplemente una sustancia, y como tal ésta por sí sola explica dicho fenómeno.

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

Existe una tendencia a explicar todos los fenómenos desde una perspectiva teórica única no importando el comportamiento del fenómeno en sí, ni los requerimientos metodológicos para ser abordados, es decir, el estilo es único, el perfil es único y el modelo teórico es estático

REALISMO

Desde una mentalidad científica debe reconocerse que el conocimiento implica trascender lo fenoménico y emprender la búsqueda de relaciones esenciales y no quedarse con un realismo ingenuo, según el cual la realidad, es tal cual, como se nos presenta a los sentidos y que estos no nos engañan

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

La precisión y pericia para interpretar los resultados son esenciales y constituyen la piedra angular de la sistematización del cuidado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cabe destacar que éste ha sido poco abordado y desarrollada en la teoría, tanto en la formación, como en lo operativo, lo que verdaderamente ha dejado al margen de esta cualidad que se señala como fundamental y poco se retoma.

Esta barrera epistémica la percibimos y es un estilo de los principiantes cuyo desempeño está guiado por observaciones fraccionadas de un fenómeno más complejo, cuya descripción exige de una capacidad interpretativa y global del contexto de habilidades que ya han desarrollado los expertos. Ejemplo: es el desempeño de un estudiante que guía sus observaciones y por lo tanto su cuidado por lo que ve y escucha de otros o del paciente, pero no valora, no ausculta, no palpa, no inspecciona, no interroga y por lo tanto no interpreta

ANIMISMO

Tendencia del espíritu pre-científico a explicar los fenómenos biológicos o psicológicos, y aún los físico-químicos, a partir de la existencia de un impulso vital, o un fluido vital, que de por sí solo es capaz de explicar fenómenos como la reproducción, el metabolismo, el crecimiento, etc. La palabra "vida" aparece como una expresión que puede explicarlo todo.

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

En proceso de investigación y construcción

CONOCIMIENTO CUALITATIVO

Obstáculo epistemológico por el cual consideramos solamente los aspectos cualitativos de los fenómenos, sin intentar indagar en las relaciones cuantitativas entre las variables correspondientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

Las barreras epistémicas cualitativas se ubican en ponderar los significados por encima de los datos clínicos, por ejemplo dar mayor significado a las experiencias de proceso salud – enfermedad que a los factores que la determinan.

Encontrándose serios espacios y limitaciones en los que no hemos encontrado nuestros elementos cualitativos que nos caractericen uniforme y universalmente, en el nivel en que estemos, en la práctica que realicemos y en el lugar en que estemos, las preconcepciones de los significados están atrás de las acciones.

CONOCIMIENTO CUANTITATIVO

En el otro extremo, este obstáculo implicará cuantificarlo todo en una forma obsesiva, o bien cuantificarlo mal.

BARRERAS EPISTEMOLÓGICAS EN ENFERMERÍA

Este tipo de barreras se hace evidente cuando estamos sustentando las acciones del cuidado con base en cantidades, sin considerar los atributos de cualidad y calidad que acompañan a todo fenómeno, ejemplo: toma y registro de signos vitales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2 ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA FILOSOFÍA DE VIRGINIA

HENDERSON

Desde los años setenta surgió en México la preocupación por incorporar "MODELOS DE ENFERMERÍA" y por sustentar la práctica desde un método propio denominado "PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA". No obstante que hay experiencias documentadas al respecto se reconoce que tales propósitos constituyen dos de las preocupaciones contemporáneas a fin de delimitar el espacio del saber y la práctica del cuidado.

Algunos expertos clínicos han hecho esfuerzos por hacer una conceptualización del cuidado de Enfermería, éste se ejerce aun con relativo consenso disciplinar. Lo anterior se hace evidente durante la formación Universitaria sustentada desde una diversidad de planes y programas de estudio de las carreras de Enfermería. No obstante la diversidad curricular coexiste en éstos factores de índole biológica y social no siempre articuladas y consecuentemente poco sustentadas pedagógicamente. Lo anterior explica él por qué y el cómo es que los alumnos aprenden técnicas y procesos instrumentales ahistorizados y desarticulados de una visión comprensiva del quehacer profesional; Ya sea porque el modelo médico se concibe como el único referente cognoscitivo, se ubica a lo biológico como el epicentro de la científicidad y a lo social se le percibe como un adjetivo para calificar algunos eventos patológicos.

En consecuencia las representaciones sociales y conceptos que debieran ser únicos sobre el cuidado enfermero tienen tendencia y matices diferentes tanto en los múltiples modelos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

propuestos teóricamente para la práctica de las enfermeras y sus diversos espacios de trabajo. Desde diversos modelos conceptuales se ha intentado sistematizar el pensamiento desarrollado por enfermería, orientando las acciones en este campo la imagen profesional, su contribución dentro del equipo de salud y delineando la naturaleza del servicio que presta a la sociedad.

Parece que la diversidad de los abordajes teóricos en Enfermería, así como su orientación y diseño, plantean la necesidad de la construcción de una METATEORÍA que guíe el conocimiento enfermero y su práctica, facilitando el logro del impacto que se requiere en el cuidado, trascendiendo hacia un abordaje objetivo que clarifique los planteamientos y determinen los elementos de modelo de práctica.

En el actual nivel de desarrollo conceptual de la profesión en México se percibe el optar generalmente por un modelo, ya sea en la formación o en el servicio que presta, a razones de interés individual, más que a metas epistemológicas y éticas, que permitan explicar el cómo se puede intervenir profesionalmente, con base en marcos de referencia filosóficamente sustentados.

"El empleo de un modelo conceptual se basa en la utilidad que este presta para la práctica y que proporciona los componentes y planteamientos teóricos que puedan llevar acciones de enfermería que permitan trabajar en las experiencias de la salud humana".⁸

"La teoría es un planteamiento que propone o caracteriza algún fenómeno y aunque tiene los mismos elementos que el modelo, pretende describir, relacionar, predecir o prescribir ese fenómeno de una forma específica".⁹ Las teorías se asumen como ciertas en el

⁸ Capra, Fritgjob "La trama de la vida" edit. Anagrama. Barcelona, 1998 Pp. 2

⁹ Op Cit Capra Fritgjob Pp. 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

momento de enunciarlas, los modelos por el contrario no pretenden certeza sino guiar la práctica.

A partir del análisis de algunos modelos se advierte, como en el caso de Betty Newman evaluado recientemente; citado en el libro "El Arte y la Ciencia del Cuidado" (2002) editado por la Universidad Nacional Autónoma de Colombia, en el que se hace el análisis crítico del modelo encontrando que su estructura resulta de la correlación de teorías derivadas de la biología, psicología, sociología y antropología. Tales saberes se adaptan para ilustrar la estructura del cuidado enfermero introduciendo teorías; aceptadas por otras áreas, sin que hayan sido necesariamente validadas en la práctica a fin de que se apliquen con la adecuada Contextualización para la Enfermería de cada región o país.

Cabe destacar que desde la perspectiva transcultural y ética son los valores y creencias los determinantes de la visión de la persona y del cuidado cuya influencia es obvia en el desarrollo de los modelos. Sin embargo; y paradójicamente es cada vez más frecuente escuchar que es necesario que los modelos teóricos seleccionen lenguajes comunes de manera que la comunicación fluya plenamente con el equipo de trabajo y con aquellos a los que sirven.

REFLEXIONES SOBRE EL MODELO DE HENDERSON.

En un ejercicio preliminar de aplicar los criterios utilizados por, las Colombianas para el análisis del modelo de Betty Newman ahora extrapolados en un intento de comentar el modelo de Virginia Henderson se hacen las siguientes reflexiones:

¿Importa diferenciar si la propuesta que ideó Henderson es una filosofía, una teoría o un modelo?

Henderson consideró su trabajo más como una aserción filosófica, que como una teoría y describe su interpretación de la enfermería como una "síntesis de muchas influencias,

TESTS CON
FALLA DE ORIGEN

algunas positivas y otras negativas, según sus propias observaciones: incorporando tempranamente los **aspectos espirituales** al cuidado enfermero". Al respecto puede argumentarse que en tanto que sea una filosofía y no una teoría científica o un modelo conceptual, dicha propuesta, queda automáticamente exenta de cumplir con los criterios para la construcción teórica derivada de la aplicación del método científico. Desde luego, se reconoce su aporte filosófico en tanto que es la primera propuesta que indaga e incorpora conceptos, universalmente aceptados, tales como "necesidad humana", "persona", "salud" y "entorno", con los cuales articula una propuesta para definir la Enfermería sin que necesariamente defina los criterios para operacionalizar el concepto, de hecho, no era su objetivo. Como se estableció entonces, su intención no fue desarrollar una teoría o un modelo conceptual de Enfermería, sino construir una definición que aclarara la función clínica de la profesión, con la franca convicción que la práctica en enfermería es un quehacer histórico, que se modifica según el momento en que se practique.

¿La propuesta filosófica de Henderson se perfila como expansionista y evolucionista?

Ésta admite al sujeto en el contexto **Del Todo**, ubicando a la persona como a alguien que evoluciona y capaz de modificar su comportamiento a partir de su interacción con el medio ambiente incluyendo su relación con la colectividad, dentro de la cual puede considerarse su interacción con los profesionales de la salud.

¿Son las necesidades básicas la esencia de la filosofía de Henderson? Según Henderson la persona y las 14 necesidades básicas:¹⁰ son de: oxigenación; hidratación, eliminación, moverse y mantener una buena postura, descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, termorregulación, evitar los peligros, comunicarse, vivir según sus

¹⁰ Carmen Fernández Ferrín Proceso de Atención de Enfermería Estudio de Casos 1ª edic. reimpresión 1999 Masson Barcelona España. Pp 4 y 5

creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y/o participar en actividades recreativas, y aprendizaje.

Como se menciona, Henderson solo indicó que se refería a las necesidades básicas de los seres humanos, en los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Al respecto resulta obvio estos componentes están derivados de los componentes psicosociales observados por Abraham Maslow, sin que cite a éste como influencia directa. Se observa una correlación directa entre la propuesta de Henderson y la teoría de Maslow, por lo que puede interpretarse que Maslow las propuso y Henderson tuvo la visión, perspicacia y originalidad para recuperar tales conceptos como ejes en su definición de Enfermería. Entre otros elementos se observa como parte de los fundamentos teóricos de Henderson: además de las ciencias sociales: los referentes biológicos especialmente la fisiología que toma de Maslow. Desde luego se perciben algunos componentes filosóficos cuando define a la falta de voluntad, fuerza o conocimiento como las posibles causas de dificultad en la satisfacción de las necesidades, habrá que desarrollar tales conceptos.

En este documento solo cabe la reflexión respecto a que la voluntad es un atributo del espíritu, el conocimiento es una capacidad de toda persona y resultado de la aplicación del razonamiento respecto de un hecho u objeto en particular. En el caso de la fuerza habrá que diferenciar si es fuerza de voluntad y/o fuerza física. Ante esto el reto es que la enfermera identifique objetivamente tales componentes y los conciba como criterios para definir sus intervenciones.

¿Cuál es el componente conceptual de la propuesta de Henderson?

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of nursing* en el que define los conceptos básicos de su modelo:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena). actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesarias. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible¹¹, incorporando las categorías como: persona, salud; rol profesional y entorno.

CONCEPTUALIZACION PERSONA: Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila. Su visión es organicista, es un ser total ya que no puede ser reducida a la suma de sus partes, es desarrollista ya que desarrolla una espiral en diferentes situaciones para el sujeto, a través de componentes organizados de manera implícita y explícita.

NECESIDAD: No aparece ninguna definición concreta de necesidad, aunque ésta es una constante en las 14 necesidades señaladas por la autora. Reconoce a **IDA ORLANDO** como una de las influencias en su concepto de relación enfermera paciente, recurriendo a **Máslow** quien agrupa a las necesidades humanas como: fisiológicas; seguridad y protección; afectivas y posesivas; de autoestima y de autorrealización.

Según **Kant** ¹² entiende la necesidad como una categoría de modalidad, que no hace sino posibilitar por primera vez los objetos y la experiencia de los mismos

LA SALUD: No dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia, considerándola como una filosofía humanista; todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido

¹¹ Ann, Marriner Tomey Modelos y Teorías de Enfermería, Edit Harcourt 1999 Madrid España Pp. 102

¹² Muller, Max Breve Diccionario Filosófico Edit. Herberg, 1976 Pp. 314

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud.

Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como "falta de fuerza", "falta de conocimiento" o "falta de voluntad".

INDEPENDENCIA puede ser definida como la capacidad de la persona para satisfacer por sí mismo sus Necesidades Básicas.

DEPENDENCIA puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por el otro, puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes.

Cabe añadir que esta dependencia puede ser total o parcial así como temporal o permanente, estos aspectos deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación de suplencia o ayuda vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado. **LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD:** son según Henderson tres los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades

A) Falta de fuerza: se interpreta no sólo la capacidad física o habilidad mecánica de la persona, sino también la capacidad para llevar a término las acciones pertinentes a la situación. Lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

B) Falta de conocimiento: relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, autoconocimiento y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C) Falta de voluntad: Limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Con respecto a las causas de dificultad en la satisfacción de las necesidades los conceptos no son suficientemente explícitos y diferenciados de manera que se puedan definir las categorías o indicadores, que permitan a la enfermera valorar objetivamente tales elementos. Por ejemplo **¿Cómo identificar la limitación de la persona para comprometerse en una decisión, su ejecución y mantenimiento de las acciones para satisfacer sus catorce necesidades?**

En relación con la fuente de dificultad denominada falta de conocimiento **¿Podríamos medir el autoconcepto de salud? Pero ¿Cómo identificar y cómo calificar el autoconocimiento y su relación con la salud?**

Tenemos entonces una disyuntiva respecto a las formas de práctica particularmente en la interacción Enfermera-paciente, que no están resueltas en el marco filosófico de Henderson. Ante este problema conceptual y en tanto es resuelto por las expertas, utilizaremos el enfoque social para la identificación de actitudes de la persona, o de los grupos ante situaciones de salud perfilados desde tres componentes: **El nivel de información que tiene la persona sobre su salud, las experiencias previas positivas o negativas, las expectativas respecto a salud.**

Lo anterior permite identificar a través de escala de actitudes prediseñadas para medir la condición de aceptación o rechazo en la participación dentro de un plan terapéutico.

Otra discusión en este modelo se centraría en el enfoque del concepto **INDEPENDENCIA** que según Henderson puede ser definida como capacidad de la persona para satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas. Pero **¿Cómo resolvería un niño o un anciano la**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

necesidad de trabajar o realizarse, que en el primero no es factible y en el segundo los procesos van en decremento?

¡Qué diremos de la necesidad de aprendizaje en el caso de las personas mayores!

Finalmente cabe mencionar la dificultad de algunas Enfermeras clínicas para diferenciar y cualificar aisladamente elementos como **LA OXIGENACIÓN, LA NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN Y LA ELEMINACIÓN**, la propuesta es crear a partir de estos tres códigos una categoría única que las vincule integral y objetivamente. En este caso sugerimos la posibilidad de incorporar la categoría **MANTENIMIENTO DEL MEDIO INTERNO** como el eje que correlacione las tres necesidades mencionadas y otras.

ENTORNO: Para este concepto acude al Webster's New Collegiate Dictionary 1961. Diversas autoras han criticado el hecho de no incluir el concepto de entorno, sin embargo, si se analiza el contenido del modelo vemos que la autora menciona unas veces de forma implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizaje, factores ambientales, etc.)

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Henderson no desarrolla la conexión entre su propuesta filosófica y su propuesta de enfermería, particularmente en la etapa de valoración de las necesidades, cabe señalar que existen diversas propuestas de instrumentar la valoración general de Henderson y cada grupo interesado ha propuesto su propio diseño, no obstante faltaría hacer el consenso conceptual y definición operacional, respecto a cada necesidad a fin de coincidir. Ejemplo de dichas barreras de concepción sería la manera de cómo se valora la sexualidad, en donde algunos recomiendan integrarla en la necesidad de eliminación urinaria o a la de comunicación o bien a la de autorrealización.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En torno a los elementos de valoración para sustentar el PAE, no hace referencia directa pero puede ser inferido de la descripción de las 14 necesidades, a partir de las cuales determina las necesidades no satisfechas sin aclarar cuando una necesidad esta plenamente satisfecha o la necesidad de ayuda, lo que dificulta una sistematización mas precisa para la valoración. Desde el enfoque de la identificación de necesidades se evidencia que los criterios de valoración deberían ser los mismos a fin de facilitar el consenso buscado.

El Diagnóstico de Enfermería se formuló muchos años después de la publicación de la construcción filosófica de Henderson y por tanto no es tratado por ella y se infiere en el análisis de los datos recogidos sobre las 14 necesidades. Esto se complica aun más según una taxonomía predeterminada. En la práctica pueden aparecer dificultades en la identificación correcta de un diagnóstico determinado y en su formulación completa tales como cuando se establece una etiqueta diagnóstica de forma intuitiva, cuando se confunden las características definitorias con la etiqueta diagnóstica, cuando el diagnóstico es evidente pero no se conoce la etiología o cuando se identifica un problema que no puede ser enunciado como un diagnóstico de enfermería.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3 DESARROLLO DE HABILIDADES Y DESTREZAS PARA LLEVAR A CABO LA VALORACIÓN EN ENFERMERÍA:

En el estado actual de desarrollo de la enfermería, será difícil para las mismas enfermeras y para los médicos aceptar las consecuencias que trae en definitiva el concepto de la práctica ampliada de la enfermería. Porque el nuevo enfoque exige un nuevo orden de interdependencia y una dependencia provisional respecto del médico, mientras la enfermera aprende (1) a utilizar el razonamiento y los instrumentos de diagnóstico y (2) las medidas terapéuticas que le permitirán tomar las decisiones relativas a la curación y el restablecimiento. Se mantendrá la dependencia del médico mientras la enfermera domina las técnicas del examen físico, de la entrevista, la inspección, palpación, percusión y auscultación. La enfermera que empieza a iniciarse en la práctica ampliada necesitará la instrucción, verificación y confirmación hasta cuando aprenda a identificar el amplio alcance de lo normal, entienda el significado de los datos negativos y desarrolle la capacidad de calificar específicamente los síntomas de acuerdo con las siete dimensiones de localización corporal: calidad, cantidad, cronología, ámbito, factores agravantes o los que restan gravedad y las manifestaciones asociadas. Cuando queden resueltos los problemas de verificar la confiabilidad de la observación clínica y la estandarización de los resultados del examen físico, la enfermera se pasará del estado de dependencia al de interdependencia en las habilidades requeridas para la evolución física del paciente ¹³

La valoración es la primera parte del Proceso de Atención de Enfermería, la cual se considera como la más importante, ya que todo el plan de atención está sustentado en la

¹³ Sana Josephine M, Judge Richard D. Métodos par el Examen Físico en la Práctica de Enfermería. OPS, 1ª edición 1975

información que se obtiene. La precisión en la valoración nos va a conducir a la identificación de cualquier problemática que presente el paciente. Es decir, habrá que asegurar la habilidad y destreza de la enfermera especialista en la aplicación de las técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación, como herramientas en el proceso de valoración

Se inicia con la obtención de datos y termina con la identificación de los diagnósticos de Enfermería. Esta etapa comprende tres pasos: a) Obtención y recolección de datos, b) organización y c) análisis de la información y elaboración de los Diagnósticos de Enfermería.

EXAMEN CLÍNICO:

Es el método más importante de la recolección de datos durante la valoración y conduce a una observación más precisa de los problemas que presenta el paciente, examen sistemático del paciente para hallar evidencia física de capacidad y/o incapacidad funcional o de ambas para obtener los datos, el examen deberá realizarse de cabeza a pies, ya sea por aparatos y sistemas o por la región en la que el paciente refiera su problema, utilizando las siguientes técnicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección: Puede definirse como un examen visual del paciente con el fin de descubrir características físicas significativas. Un examen completo debe anotar tanto la apariencia general del área que se examina como sus características específicas: la presencia o ausencia de rasgos y de colores habituales o excepcionales, la textura, la localización, la posición la temperatura, el tamaño, los signos vitales, el tipo y grado de movimiento, la simetría y la comparación con el lado opuesto del cuerpo. La inspección requiere que la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

enfermera sea capaz de discernir lo que es normal, lo que es poco común, pero que se halla dentro de límites de lo normal, y lo que es anormal y requiere atención. ¹⁴

Palpación: Es el proceso de examinar el cuerpo empleando el sentido del tacto con el objeto de determinar las características de los órganos y de los tejidos, también la percepción de movimiento, la posición, la consistencia y la forma. El éxito de ésta técnica de exploración depende no solo de las habilidades de la palpación que tiene quien hace el examen, sino también de la competencia que tenga esta persona para discriminar o interpretar el significado de lo que se está palpando. ¹⁵

Percusión: Consiste en dar golpes en la superficie del cuerpo, en forma ligera pero aguda, para producir sonidos que le permitan a quien examina determinar la posición, el tamaño y densidad de una estructura subyacente. La calidad de los sonidos logrados varía de acuerdo con la densidad de los tejidos adyacentes. Existen dos métodos de percusión: **directo o indirecto.** ¹⁶

Auscultación: Es el procedimiento que consiste en escuchar los sonidos que producen los diferentes órganos del cuerpo con el objeto de descubrir variaciones y desviaciones en relación con sus propias características. Esta destreza es especialmente exigente para quien está tratando de aprenderla porque los sonidos anormales no se pueden distinguir sino cuando la persona que realiza el examen ya ha desarrollado una apreciación clara de las variaciones normales de los sonidos que producen las estructuras del cuerpo. La clave para lograr una auscultación exitosa está en escuchar solo en un lugar a la vez y concentrarse en lo que se está oyendo, esta técnica es la más complicada de las habilidades relacionadas con el examen físico, el aprendiz deberá concentrarse primero en reconocer los ruidos

¹⁴ Op. Cit Sana Josephine Pp 17

¹⁵ Op. Cit Sana Josephine Pp 18

¹⁶ Op. Cit Sana Josephine Pp 19

anormales y capacitarse para lograr el primer grado de discriminación de la auscultación: o sea distinguir los sonidos normales de los anormales; antes de seguir hacia el nivel que le permite discernir la naturaleza y el significado de los hallazgos anormales de la auscultación. ¹⁷

El examen físico: un aspecto en la evaluación de enfermería. El examen físico en la actualidad es de gran importancia como parte vital e integral del proceso de enfermería, sirve para enriquecer los datos básicos sobre los cuales se hacen los juicios de enfermería y por lo tanto, debe incluirse en el repertorio de métodos que necesitan las enfermeras que están practicando la profesión.

Por lo tanto estas habilidades se emplean para comprobar las hipótesis que surgen de la entrevista de evaluación, reforzar la investigación de los problemas de enfermería, aumenta la capacidad de la enfermera en la toma de decisiones, logra que la atención abarque una mayor extensión de problemas de cuidados del paciente.

La fuente primordial de la recopilación de datos para la valoración de enfermería es el paciente y las habilidades que requiere la enfermera al recolectar los datos para la evaluación es la entrevista, la observación y la valoración del estado físico.

INTERROGATORIO O ENTREVISTA: Esta herramienta debe ser continua en la relación enfermera-paciente y a través de ésta obtendremos la Historia Clínica de Enfermería

El personal de enfermería necesita una serie de capacidades para completar una buena valoración. Estas capacidades están relacionadas con la base de conocimientos, pudiendo

¹⁷ Op. Cit Sana Josephine Pp 22



ser de naturaleza técnica e interpersonal. ¹⁸

Los conocimientos y capacidades son los instrumentos que permiten a la enfermera adquirir los datos, determinar su importancia y desarrollar intervenciones que fomenten una atención individualizada y de calidad ¹⁹

La entrevista es una técnica de observación que nos va a permitir aprender acerca del estado de los pacientes. Es muy importante la creación de un ambiente terapéutico entre la enfermera y el paciente, el momento adecuado para la comunicación y la elección del lugar donde se realizará.

La entrevista puede ser **Formal o Informal**. La formal se realiza con el propósito de que la enfermera realice la Historia de Enfermería del paciente; es un formato organizado para la recolección de datos. La informal es la conversación entre el personal de enfermería y el paciente y se desarrolla en el momento de su atención.

La enfermera recoge de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas de salud del paciente e identificar los factores que contribuyen a la pérdida de su salud. Durante la valoración se recogen dos tipos de datos; subjetivos y objetivos. La mezcla de estos dará por resultado una base de datos completa y más precisa.

¹⁸ Iyer Patricia W. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería Interamericana, segunda edición 1993
Madrid España Pp. 25

¹⁹ Op Cit Iyer Patricia Pp 24

PERSPECTIVAS DEL EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE

LA AMPLIACIÓN DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERA

Misión ampliada: Término que significa lo que quien lo utiliza quiere que signifique. Se utiliza sin distinciones con extensión de funciones o para caracterizar diversas funciones nuevas en la profesión de enfermería: enfermera experta – clínica, enfermera clínica o enfermera especialista clínica. El concepto de ampliación de funciones tiene tres aspectos.

a) Variedad de conocimientos y aptitudes en el desempeño de un cargo, b) Mejor utilización de todas las aptitudes y capacidades, y c) Responsabilidad y libertad para llevar a cabo el trabajo.

Una verdadera ampliación del trabajo consiste en la expansión del contenido del cargo con más amplia variedad de tareas y mayor libertad de métodos

Misión ampliada y extensión de funciones: Murphy citado por Sana y Judge hace una importante distinción conceptual, describe la extensión como una prolongación unilateral, un proceso acumulativo; y la ampliación de la misión como un proceso de ensanche. Existe la controversia que gira en torno al alcance de la profesión de enfermería en cuanto se distinga de la profesión médica.

Las fuerzas sociales y la educación están orientando a la enfermera moderna hacia la salud más que a la enfermedad, hacia la prevención más que a la atención de las crisis, a la comunidad más que al hospital.

Naturaleza de la profesión de enfermería: La enfermera tiene reconocimiento de su naturaleza como servicio de asistencia humana. El objetivo primordial es ayudar a las personas a lograr y a mantener un funcionamiento óptimo, físico, psicológico o social que abarque el proceso salud – enfermedad desde el nacimiento hasta la muerte. La ayuda

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

comprende funciones exclusivas e instrumentales que se originan en las necesidades del paciente y en las de la práctica médica.

Murphy dice que, cuidar y confortar es el campo específico de la enfermera que asume primordialmente las funciones curativas de la medicina siendo una función secundaria.

Decisiones clínicas. Son fundamentales en la práctica y ocupan un lugar primordial en los papeles complementarios entre la enfermera y el médico, quienes trabajan dentro de marcos estructurados y definidos que reducen la toma de decisiones dentro del tiempo que cubre el horario de hospitalización.

La enfermera practicante y la clínica recolectan datos de muchas fuentes para establecer programas de cuidados al paciente, abarcando también a la familia durante todo el tiempo de la enfermedad. Conseguir que la enfermera y el médico conformen un equipo de decisión en los problemas de diagnóstico y tratamiento del cuidado clínico, de manera que la enfermera haga valer sus observaciones y agregue alcance y continuidad en el manejo de la enfermedad. La enfermera que actúa en una práctica ampliada, se distinguirá por su capacidad de hacer observaciones objetivas y mensurables par elaborarlas mediante un razonamiento sistemático. Al tratar la información clínica y al tomar decisiones clínicas hay que realizar descripción pura, identificación y el diagnóstico.

En el diagnóstico se indica la anormalidad anatómica o de otro tipo a la cual se le puede atribuir la entidad observada.

Documentación sobre los cuidados de enfermería con orientación a la solución de problemas: Desde siempre, las anotaciones de enfermería sobre el cuidado del paciente se han limitado en pequeñas observaciones casuales y más importantes del paciente. Lo que no aparecen son los cuidados de enfermería, ni acciones independientes que podrían servir como contribución en investigaciones de enfermería clínica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Actualmente los conceptos y funciones de enfermera profesional están cambiando y esto se empieza a reflejar en los registros clínicos de las enfermeras en ejercicio de su profesión con los cuales quieren facilitar la atención del paciente, consignar evidencia documentada de sus contribuciones para las investigaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.4 REFLEXIONES SOBRE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: UNA CONSTRUCCIÓN RACIONAL O LA INTERPRETACIÓN DE UN SIGNIFICADO.

En la experiencia de construir diagnósticos ocurren casos en los que la interpretación de la Enfermera es distinta de la del paciente. Se cita el ejemplo de la paciente que estando programada para apendicectomía de urgencia, solicita permiso para resguardar a su hija y regresar al quirófano. En este caso su dolor era mínimo con respecto a la preocupación por la seguridad de su hija. En este sentido cabe la pregunta ¿cuál es el diagnóstico de Enfermería esencial? El problema del riesgo a su vida o es la interpretación de su angustia, ¿la comprensión del significado de su situación?

Virginia Madrigal (2003)²⁰ como experta en enfermería crítica, en el Hospital Español de México comenta que el principal diagnóstico de Enfermería en un paciente infartado se relaciona más que con el dolor, con su miedo a la muerte. Es decir con el significado de su problema psicológico y no tanto el daño orgánico que también es real. Nunca méjör ejemplificada la diferencia entre la racionalidad de un problema y su significado para el paciente.

La literatura especializada establece que el diagnóstico se analiza e interpreta de forma crítica, se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas, garantizando intervenciones en la solución de problemas de salud en el marco de la competencia clínica; a partir de tales diagnósticos, se diseña, se ejecuta y se evalúa un plan de cuidados.²¹

²⁰ Madrigal Virginia. 2003. Unidad de Terapia Intensiva. Hospital Español de México.

²¹ Op Cit Iyer Patricia W. Pp 14

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El diagnóstico es el segundo paso del proceso de enfermería derivado de la revisión y valoración de una serie de hallazgos: es una conclusión o enunciado definitivo, cuya claridad, depende de la capacidad individual de interpretación y construcción de quien lo elabora: a partir del estado de salud, de los problemas y necesidades del paciente que pueden modificarse por la intervención de la enfermera.²² Proporciona una orientación global, que tendría que promover la identificación de todos los problemas de cada paciente en particular.

Una comprensión exhaustiva de los aspectos relacionados con la ejecución del diagnóstico puede jugar un papel crucial en el logro de beneficios máximos, y en la creación de medios eficaces para tratar los problemas de enfermería. Las ventajas prácticas y teóricas de los diagnósticos enfermeros correctamente formulados pueden ser considerables.

Los diagnósticos de enfermería hechos por enfermeras profesionales, describen problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su formación y experiencia; están capacitadas para tratar. Un diagnóstico, es un conjunto de criterios esenciales relacionados, es decir, que deben existir por lo menos dos o más hechos presentes o un conjunto de manifestaciones específicas para cualquier diagnóstico, comparando los datos que presenta el paciente. La enfermera puede excluir algunos datos y aceptar otros con el fin de establecer un diagnóstico. Cada diagnóstico de enfermería es una respuesta humana frente a un desencadenante. Estos diagnósticos se dividen en dos grupos:²³

1. **Diagnósticos Predominantemente de Enfermería:** son los problemas del paciente resueltos por las enfermeras. Estos modelos representan las clases

²² Rosales Barrera Susana Fundamentos de Enfermería 2ª edic. Manual Moderno México D. F. 1999 Pp. 210

²³ Campbell Claire Tratado de Enfermería, Doyma Barcelona 1990 Pp 56

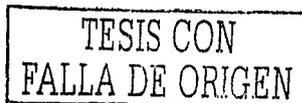
de problemas que los individuos piden a las enfermeras que les resuelvan y forman la base para una expresión diagnóstica de enfermería.

- 2. Diagnósticos Duales:** son aquellos problemas del paciente resueltos o tratados comúnmente por enfermería, medicina y otras disciplinas de la salud. Gebbie y Lavin afirmaron que no existe prohibición para el uso de una etiqueta procedente de otro campo si, las enfermeras la utilizamos con las características y la exactitud esperadas y si expresa lo que deseamos decir.

Los diagnósticos de enfermería se basan en necesidades y problemas, son individualizados, están sujetos a modificaciones según el estado de salud o enfermedad del paciente, describen los efectos de los síntomas y estados patológicos sobre las actividades del paciente y sobre su estado de vida. Su construcción y consecuentemente su redacción es descriptiva, predictiva o explicativa y dependerá del nivel de experiencia clínica de quien lo elabora. Es la manifestación de la respuesta en la conducta del individuo a la condición o situación; es muy importante la confirmación y ordenamiento de los diagnósticos de acuerdo a las prioridades que el paciente presente, es por ello que al formular un diagnóstico no solo se hará como simples enunciados, más bien es, en esencia la causa y el efecto para cumplir su condición racional.

Para que el personal de enfermería concluya en un acertado diagnóstico debe contar con un amplio acervo de conocimientos científicos basados en las ciencias biopsicosociales, pero sobre todo debe ser experta en la valoración clínica que le permitan fundamentar su actuar en cualquier momento y poner en marcha el plan de atención²⁴

²⁴ Rosales Barrera Susana Op Cit. Pp 211



El proceso de construcción de los diagnósticos tiene tres fases.

1. Recolección de Datos:

Es el acto de interpretar los datos obtenidos. En este proceso como primer punto se tienen que organizar los datos, mediante un instrumento guía o formato para la valoración de los mismos, facilitando así la organización de la información; posteriormente, si bien no es obligatoria, se comparan los datos obtenidos con los estándares establecidos; después se agrupan y se examinan para determinar si siguen algún patrón, si representan accidentes aislados y si son significativos. Durante esta agrupación, la enfermera interpreta el significado de las sugerencias y denomina los grupos de sugerencias como categorías de diagnósticos de prueba. Sobra decir que ese es un proceso cualitativo de interpretación de significados a partir de los cuales se crean conceptos que explican una realidad particular.

2.- Proceso de Abstracción de la Valoración Clínica.

El proceso de construcción de los diagnósticos implica un ejercicio de reflexión que exige el confrontar los hallazgos con el marco referencial de quien valora. Quizá por esto Yura y Walsh (1983) nos dicen que dicho proceso puede dar origen a las siguientes percepciones:

- * "No existe ningún problema y se confirma el estado de salud del paciente.
- * No existe ningún problema, pero hay un problema potencial.
- * Existe un problema, pero el paciente lo está afrontando eficazmente.
- * Existe un problema y el paciente necesita ayuda para resolverlo.
- * Existe un problema, pero el paciente no puede resolverlo en ese momento.
- * Un problema no lo está incapacitando actualmente pero lo hará en fechas posteriores.
- * El problema es crónico y permanente"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

No obstante hay que tener la disciplina de construir con rigor metodológico los diagnósticos.

3.- Formulación de Diagnósticos

En esta fase, la enfermera formula las relaciones causales entre los problemas de salud y los factores causales relacionados con ellos, los cuales pueden ser: ambientales, sociológicos, psicológicos, fisiológicos o espirituales. Es importante determinar que el problema pueda resolverse con acciones de enfermería independientes o abordarlas multidisciplinariamente, o bien se deberá remitir al paciente al experto adecuado del equipo sanitario. Al incluir los factores causales en los enunciados la enfermera puede diseñar un plan de cuidados.²⁵

Su redacción puede ser según Rosalinda Alfaro nos menciona, como escribir las formulaciones diagnósticas.²⁶

Para el diagnóstico de enfermería real: utilizar el formato PES, uniendo el problema con la etiología, utilizando "relacionado con", añadiendo "manifestado por" y los signos y síntomas que validen la existencia del diagnóstico.

Para el diagnóstico de enfermería potencial; cuando los datos demuestren factores de riesgo de un problema, pero no hay signos y síntomas del mismo. Se unen los factores de riesgo utilizando "relacionado con" y etiquetado como problema potencial.

Para el diagnóstico de enfermería posible; si se sospecha la existencia de un problema, pero se carece de datos que lo confirmen, se identifica el problema como posible.

Christensen menciona que también se pueden redactar diagnósticos en estado de salud cuando el individuo con o sin diagnóstico médico se está enfrentando adecuadamente al

²⁵ Kozier, Erb y Olivieri Enfermería Fundamental, Tomo I, 4ª edic. Interamericana, Barcelona 1993 Pp 214

²⁶ Alfaro Rosalinda Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía Práctica 2ª edic. Doyma, Barcelona 1995 Pp. 77

momento, entonces los diagnósticos de enfermería se redactan en relación con la preservación del estado de salud del paciente. Los diagnósticos son manifestados como " la conservación de la homeostasis o equilibrio o conservación del estado de salud ".²⁷

Variaciones en la estructuración del diagnóstico:

Carlson plantea que habrá ocasiones en las que el diagnóstico no pueda expresarse de modo realista o adecuado. Esto puede suceder en las siguientes situaciones:

- * Dos alteraciones que se relacionan estrechamente.
- * Dos o más factores que contribuyen en la alteración.
- * No se han establecido todavía las bases de la alteración.
- * Las bases de la alteración son demasiado complejas para describirse en una frase concisa.
- * La declaración concisa sería insuficiente para el objetivo de planificar las actividades de enfermería.²⁸

Por lo que, por ejemplo; existe una falta de acuerdo entre las enfermeras acerca de cómo se debe estructurar la redacción. En la mayoría de casos, es importante que la redacción se haga de la manera más específica posible. El formato a utilizar tendría que ser uno que cumpliera los objetivos principales del diagnóstico, esto es, dar una directriz a la actuación de enfermería.

²⁷ Christensen JP, Griffith WJ. Proceso de Atención de Enfermería El Manual Moderno, México D. F., 1993 Pp 148

²⁸ Carlson, J. H Craft, C. A. Diagnósticos de Enfermería Edit Pirámide 1982 pp. 88.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.5 ASPECTOS ÉTICO – LEGALES:

El conocimiento de la ética, la moral y las leyes que regulan la práctica de la atención a la salud tiene gran importancia para todos los profesionistas de la salud, adquiriendo mayor trascendencia en virtud de que el desarrollo tecnológico, científico y los cambios económico – sociales, sitúan al trabajador de la salud frente a problemas que antes no tenían que confrontar.

ASPECTOS LEGALES DE LA MEDICINA EN MÉXICO, LEY GENERAL DE SALUD. ²⁹ TOMO I En su decimosexta edición 2000 describe: La estructura del sistema de salud, las obligaciones del estado referentes al cuidado de la salud, las características fundamentales del personal de atención a la salud, características sanitarias de diversos insumos, investigación para la salud, además de numerosos decretos y reglamentos referentes a diversas instancias relacionadas con la salud.

Específicamente en el **Título quinto**, investigación para la salud. **Capítulo único. Artículo 96**; la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I** al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II** conocimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y estructura social;
- III** a la prevención y control de problemas de salud que se consideren prioritarias para la población.
- IV** al consentimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

²⁹ Ley General de Salud editorial Porrúa 16ª edición México, D. F. 2000.

V al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud;

VI a la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 103 en el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando existe posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento escrito de éste, de su representante legal en su caso o del familiar más cercano en vínculo que sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta ley y otras disposiciones aplicables.

Título séptimo. Promoción de la Salud. Capítulo dos. Educación para la Salud, Artículo 112 La educación para la salud tiene por objetivo:

I fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;

II proporcionar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Es evidente que el conocimiento de las leyes en salud trasciende a todos los profesionistas de ésta área, por lo que es importante señalar que como trabajadores de la salud sea cual sea la modalidad asistencial a la que se incorporen la responsabilidad no se diluye ni en el trabajo individual ni en el trabajo en equipo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En México jurídicamente la legitimación del acto biomédico tiende a ser estricto para el médico y no distribuye equitativamente la responsabilidad con personal paramédico en el que está implícita enfermería. La libertad del personal de salud, entendida como una facultad estará también limitada por los siguientes parámetros, acto terapéutico, consentimiento del enfermo y el no lesionar los derechos de terceros.

CONSIDERACIONES GERIÁTRICAS:

La protección al grupo de adultos mayores, ha de ser contemplada en la legislación, para prever posibles problemas y conflictos entre los individuos de distintas generaciones, la ley debe conferir seguridad jurídica a los ancianos pero también a sus familiares. Concretar la responsabilidad profesional es considerar que cualquier decisión de cuidado debe tener como objetivo preservar, potenciar y defender el bienestar del anciano. El mantenimiento de la autonomía del anciano supone considerarlo capaz para la toma de decisiones, siempre hay un ámbito de la vida sobre el que la persona puede decidir. Los derechos humanos en el marco sanitario son corresponsabilidad de todos los profesionales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.6 ASPECTOS CLÍNICOS INHERENTES AL CASO.

2.6.1 PROCESO DE ENVEJECIMIENTO DEL SISTEMA MÚSCULO - ESQUELÉTICO.

Los cambios anatomofisiológicos que se producen a lo largo del desarrollo del ser humano, se inician al mismo tiempo que la propia vida y se hacen palpables de una forma muy notable en los primeros años de existencia. Sin embargo, los cambios asociados al envejecimiento se inician de forma poco aparente, para ir poco a poco exteriorándose.

Estas modificaciones constituyen uno de los principales motivos de atención de las enfermeras que prestan cuidados a personas ancianas, ya que cualquier pequeña causa es capaz de romper el equilibrio funcional individual, dejando al anciano en situación de inestabilidad.

Para fines del desarrollo teórico del trabajo se consideraron las alteraciones que afectan a la paciente, limitándole sus actividades básicas para su funcionalidad en el núcleo familiar.

Para que exista un adecuado funcionamiento físico en el anciano, es necesario mantener la capacidad de integrar las habilidades motoras necesarias para realizar las actividades de autocuidado y la realización de las actividades de la vida diaria

En el proceso normal de envejecimiento declinan muchas de las funciones físicas, todas igualmente importantes y determinantes en el proceso de envejecimiento. como es el caso del sistema músculo-esquelético, manifestándose por alteraciones de la marcha y balance, lo cual puede originar caídas y estas a su vez incapacitan al anciano limitándolo en sus actividades básicas de la vida diaria, que incluyen movilidad funcional y la higiene personal; la capacidad del anciano para mantener su autonomía va a depender en gran parte de la eficacia de la locomoción.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El anciano puede presentar riesgo a depresión al sentirse inútil y de ahí la importancia de prevenir caídas y evitar llegar a consecuencia que demanden mayor rehabilitación en el anciano, por lo que es necesario identificar factores intrínsecos y extrínsecos que ocasionan las caídas en el anciano, así como las alteraciones que se presentan en la marcha y el balance.

Durante el envejecimiento, los huesos, músculos y superficies articulares, sufren cambios significativos que van a condicionar su autonomía. Es necesario considerar que el medio en el que se desarrolle el adulto mayor, es de vital importancia para identificar factores que pueden favorecer caídas.

Envejecimiento óseo.

Dos son las características fundamentales del envejecimiento de los huesos:

- * La masa ósea disminuye de forma progresiva y a la vez se desmineraliza (osteoporosis primaria o senil)
- * La absorción del calcio está reducida, siendo esta pérdida mayor en las mujeres que en los hombres.

Envejecimiento articular.

La frecuencia de los cambios articulares en el anciano demuestran:

- * Que algunas alteraciones aparecen con más frecuencia con el transcurso de los años.
- * Existe un efecto acumulativo con los años, por lo que muchas de las alteraciones son crónicas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A los 65 años, alrededor del 80% de la población tiene alguna alteración en las articulaciones.³⁰

El cartílago de las articulaciones con el paso de los años se deteriora y se deshidrata, perdiendo algo de su elasticidad y se estira con más facilidad, quedando cada vez en contacto las superficies óseas, lo que puede dar lugar a dolor, crepitación al movimiento y limitación al mismo.

Envejecimiento muscular.

Con el avance de la edad la fuerza muscular disminuye, el declive es progresivo. Sin embargo, el mantenimiento del entrenamiento físico puede aumentar la potencia muscular.

- * Las fibras musculares disminuyen en número.
- * Disminuye la síntesis de proteínas contráctiles.
- * Se reduce el número de mitocondrias.
- * La velocidad de conducción del nervio motor está reducida

En el envejecimiento normal, son extensos los cambios en el sistema esquelético, que comprende las partes óseas y las articulaciones, sufre la constante pérdida de sustancia ósea. La desmineralización esquelética propia del proceso de envejecimiento, se le llama osteoporosis primaria, obedece a diversos factores, como son la insuficiente ingesta de calcio ó pérdida de mineral por vía digestiva o urinaria, inactividad física, etc.

La osteoporosis de las vértebras y la pérdida de espesor de los discos intervertebrales por deshidratación, el acortamiento de la columna vertebral es causante de la disminución en la talla corporal de 1.2 cm por cada 20 años de vida aproximadamente. Lo normal es que un disco intervertebral actúe como amortiguador de la fuerza de compresión que se generan por el peso del cuerpo; además participa en los movimientos de flexión, extensión,

³⁰ Ham Richard J. Atención Primaria en Geriatría 2ª edic. edit Doyma Madrid España 1995

inclinación a uno y otro lado rotación, a izquierda y derecha del raquis y controla el recambio de agua con el cuerpo vertebral.

Las curvas de la columna vertebral y torácica se vuelven más pronunciadas. lo que da lugar a una postura encorvada y en la que la cabeza y el cuello se inclinan hacia delante, que en un intento de compensación, es frecuente que presente una ligera flexión de rodillas y caderas. aparentando una mayor longitud de los miembros superiores y un tronco más corto. Como consecuencias de éstas modificaciones anatómicas la marcha del anciano se vuelve más amplia. sus movimientos son más precavidos y reducen la amplitud de cada paso. dificultando la acción de caminar y el mantenimiento del equilibrio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.6.2 MEDIO AMBIENTE Y MOVILIDAD.

La movilidad no afecta solamente al sistema musculoesquelético, sino también a la nutrición, excreción, y la integridad de la piel. Resulta de vital importancia valorar la capacidad funcional de los adultos de edad avanzada, conocer el proceso de envejecimiento y elaborar un plan de asistencia individualizado.³¹

La respuesta del anciano a la satisfacción de la necesidad de movimiento requiere, por parte del organismo, la capacidad de integrar habilidades motoras finas y gruesas que le permitan realizar actividades de la vida diaria, ya sea, deambulación, alineación corporal o autocuidados.

Movilidad es el desplazamiento articular que tiene por objeto actuar sobre los elementos que forman toda articulación en fusión con los músculos, nervios y tendones para mantener una posición o postura o bien el desplazamiento del centro de gravedad del organismo. La movilidad se considera un requisito previo para la independencia. La clave de los problemas de movilidad es la capacidad funcional

La movilidad y la fuerza antigravitatoria para sentarse, estar de pie y andar son algunas de las necesidades básicas de la vida diaria. La coordinación entre la cadera, la rodilla y el pie es funcional para un rendimiento satisfactorio, y la pérdida de la función en una de estas partes impide la normal utilización de las restantes.

Garantizar que las diferentes estructuras del sistema osteoarticular y neuromuscular, dentro de la dimensión física, así como el resto de las dimensiones sociales / situacionales y psicológicas, permanezcan en las mejores condiciones, éste debe ser uno de los objetivos que el profesional de enfermería debe proponerse. De tal forma que el anciano, dentro de su

³¹ Staab Simón Ángela Enfermería Gerontológica Edit. McGraw-Hill Interamericana México 1998 Pp 47

contexto y su entorno comunitario, pueda satisfacer su necesidad de movimiento y mantenimiento de una buena postura.

Un buen nivel de satisfacción de esta necesidad es imprescindible para el mantenimiento del resto de las necesidades.

De una forma más específica, desde la dimensión física / biológica el proceso de envejecimiento normal provoca una serie de cambios importantes relacionados, fundamentalmente, en el sistema osteoarticular. La reducción de la masa ósea, muscular y cambios en las estructuras articulares son aspectos que no podemos olvidar en este proceso de envejecimiento. La dependencia que presenta el sistema osteoarticular, respecto al sistema neurológico, hay que tenerlo presente a lo largo de toda esta dimensión

La pérdida de masa ósea se encuentra íntimamente unida a los cambios de actividad física, cambios hormonales, metabólicos y neurológicos propios de la etapa evolutiva en la que se encuentra el anciano.

En relación con la masa muscular, la disminución de la fuerza, rigidez y atonía, son algunas de las evidencias que podemos detectar. En cuanto a las estructuras articulares, superficie articular, elasticidad de los tejidos (cartílago), provocan junto con los cambios óseos y musculares una reducción de la capacidad de movimiento del anciano respecto a otras etapas anteriores de su vida.

Estos cambios potencian que el anciano modifique la forma y el ritmo de deambulación, manteniendo posturas poco alineadas o anatómicamente incorrectas.

Además de los cambios del sistema osteoarticular, es necesario que no se olvide, dentro de la dimensión física, los cambios sensoriales que pueden condicionar significativamente la capacidad de respuesta del anciano a esta necesidad. Las disfunciones visuales y auditivas aparecen como limitaciones importantes en la capacidad de movimiento. No menos

TELLO
FALLA DE ORIGEN

significativa la relación de algunos procesos patológicos con el movimiento. estos procesos actúan fundamentalmente en el ámbito psíquico, aun sin incidir directamente sobre las estructuras físicas más directamente implicadas (hueso, músculo, cartilago)

De la misma forma deben ser valorados los tiempos y elementos que el anciano dedica al descanso – reposo. El exceso de tiempo para el reposo, así como los elementos que utiliza, tipo de silla o sillón, altura de la cama, tipo de almohada, colchón; son indicadores importantes que hay que tomar en cuenta.

En relación con la dimensión social y/o situacional podemos destacar el entorno físico donde el anciano desarrolla sus actividades de la vida diaria. Las condiciones de su vivienda, como puede ser el piso en mal estado, alfombras, escaleras, falta de puntos de luz o excesivo mobiliario, que dificulten la deambulación y las barreras arquitectónicas de su entorno más cercano.

Igualmente el fenómeno de jubilación, es más significativo en los ancianos que en las ancianas, el cambio de actividad en el mantenimiento del hogar –más usual en las mujeres– por la partida de los hijos del hogar modifican y/o reducen la práctica de movimiento. En este caso, este fenómeno social que se caracteriza por una menor demanda de responsabilidades hacia la sociedad o hacia el propio núcleo familiar, actúan como falta de motivación para seguir siendo activos. También la satisfacción de la necesidad de ocio aparece dentro de la dimensión social como un aspecto fundamental que no se puede olvidar respecto a las capacidades de movimiento. Muchas de las actividades de ocio del anciano corresponden con la actividad física. Dar contenido a los tiempos de ocio, que actúen de forma preventiva en el sistema osteoarticular es importante.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las condiciones climáticas condicionarán la posibilidad de actividades al aire libre, que tan necesarias son para el buen funcionamiento del sistema osteoarticular como para el área motivacional o emocional.

Respecto a la dimensión **psicológica**, la confianza en uno mismo, una percepción positiva de la imagen corporal, una buena capacidad de control o reducción del estrés son aspectos del área psicológica que se garantizan con una alta satisfacción de la necesidad de movimiento.

Situaciones de ansiedad, soledad, hábito sedentario y desconocimiento de la importancia de la actividad física sobre la calidad de vida actúan como factores de riesgo importantes respecto a la satisfacción de esta necesidad.

La inmovilidad es uno de los mayores problemas en el envejecimiento, con trascendencia en el pronóstico vital del anciano, quizá debido a múltiples enfermedades crónicas degenerativas donde una buena proporción de ellas afecta al sistema musculoesquelético.

Se clasifica en absoluta, por un encamamiento prolongado en posturas limitadas, y relativa, por limitación de movimientos y ejercicios musculares, pero con capacidad para una vida relativamente normal

Factores de riesgo. Diversos factores patológicos, como alteraciones de la estabilidad psicosocial, rigidez y dolor con el movimiento, debilidad y fatiga, alteraciones del equilibrio y pérdidas sensoriales, causas psiquiátricas y factores del entorno ambiental, pueden limitar la movilidad

Largos períodos de inactividad sin soportar peso son perjudiciales para el tono muscular de toda la extremidad, sobre todo para aquellos grupos musculares acostumbrados a soportar todo el peso del cuerpo, como son los glúteos, el cuádriceps y los músculos de la pantorrilla. Hay que tener en cuenta que por más que se ejerciten, estos músculos no

pueden hacerse trabajar con la suficiente intensidad para mantener íntegramente su funcionamiento.

La inactividad produce una pérdida de la fuerza muscular que puede llegar a ser del 5% diario. Según Hettinger y Mueller (1953), después de una semana de reposo en cama puede perderse el 20% de la fuerza muscular y en cada semana posterior el 20% de la fuerza residual. Igualmente se origina disminución de la resistencia y empobrecimiento en la coordinación de los movimientos.³²

La inestabilidad de la marcha y las caídas son frecuentes en los ancianos, y se encuentran entre las principales causas de muerte. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud³³ dos tercios de los norteamericanos de 75 años o más, consideran que su salud es buena, muy buena o excelente. Al menos 80% de las personas de más de 65 años sufren de alguna enfermedad crónica y el 45% experimenta una cierta limitación en sus actividades de la vida diaria. A pesar de que la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas entre los ancianos es muy superior a los grupos más jóvenes, esto no significa que la alteración funcional sea una característica normal del envejecimiento. Aunque la epidemiología de la movilidad en los ancianos no se comprende muy bien, existen algunos principios absolutamente claros: Los ancianos sufren a menudo problemas de inmovilidad. La prevalencia de los problemas de movilidad aumenta con la edad. La prevalencia de los problemas de inmovilidad varía considerablemente, dependiendo de las circunstancias. Las causas de los problemas de inmovilidad son numerosos y con frecuencia multifactoriales. Los cambios en el control postural y la marcha desempeñan un papel muy importante en muchas caídas. La edad avanzada se relaciona con menores estímulos propioceptivos,

³² González Mas Rafael Rehabilitación Médica de Ancianos Edit. Masson Barcelona España 1995 Pp 22

³³ Ham Richard J. Atención Primaria en Geriatría 2ª edic. edit Doyma Madrid España 1995 Pp 314

reflejos correctivos más lentos, menor fuerza en músculos importantes en el mantenimiento de la postura y aumento de la oscilación postural.

Con gran frecuencia se entrelazan y se suman los síndromes como el de la inestabilidad de la marcha, el balance y la regresión psicomotriz, que se relacionan como causa y consecuencia unos de otros, finalmente comparten complicaciones comunes como las caídas, fracturas y úlceras por presión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.6.3 MARCHA Y BALANCE.

Desde el punto de vista de la anatomía y la fisiología en todo acto motor se distinguen tres componentes fundamentales: el tono, la postura y el movimiento.

La postura y el movimiento son capacidades biológicas de relación con el entorno, el SNC es el organizador y regulador de estas capacidades.

El tono muscular solo es útil si el sostén del organismo le permite mantener una relación armónica de sus partes respecto de sí mismas de las contralaterales y con la línea media, lo que es conocido como **postura** ³⁴ Se considera a la postura como el elemento articular que nos permite establecer el vínculo entre el tono y el movimiento. La adopción de una postura y su cambio conforman un proceso dinámico y amplio que es el movimiento, de tal manera que la postura y el movimiento son inseparables al ser cada uno componente básico del otro.

Desde el punto de vista puramente motor, el movimiento es la coordinación entre un grupo de músculos agonista o sinergistas y algunos otros antagonistas; los que de manera coordinada deben contraerse o relajarse según las necesidades del momento, para permitir ir a un determinado lugar en el espacio.

MARCHA: Los movimientos de traslación del cuerpo como el de la marcha, se producen por cambios angulares alternativos en los extremos superior e inferior de brazos de palanca constituidos por las extremidades inferiores.

³⁴ Bobath, Berta Actividad Postural Refleja Anormal Causada por Lesiones Cerebrales ed. Med Panamericana Argentina 1987

La marcha está basada en tres de las Leyes Físicas formuladas por Isaac Newton ³⁵ La primera ley llamada de la **inercia**, establece que un cuerpo permanece en reposo o movimiento uniforme hasta que actúa sobre él un juego externo de fuerzas. Esto quiere decir que si un cuerpo está en reposo, las fuerzas que actúan sobre él deben estar completamente equilibradas y que si un cuerpo está en movimiento, continuará moviéndose a una velocidad uniforme hasta que alguna fuerza lo detenga o cambie su velocidad o su dirección.

La ley de la **aceleración** que es la segunda Ley de Newton, es un caso especial de la primera y establece que la aceleración de una partícula es directamente proporcional a la fuerza desequilibrada que actúa sobre ella e inversamente proporcional a la masa de la partícula. Es decir, que un impulso considerable sobre un objeto pequeño lo acelerará rápidamente y un impulso pequeño sobre un objeto grande lo acelerará lentamente.

La tercera Ley llamada de **reacción**, establece que para cada acción existe una reacción igual y opuesta. Es decir que en cualquier caso en el que dos objetos están en contacto, la fuerza ejercida sobre el segundo cuerpo por el primero debe ser exactamente igual y opuesta a la fuerza ejercida sobre el primer cuerpo por el segundo.

Las dos primeras leyes están ilustradas en la marcha normal al caminar. El miembro inferior debe balancearse fuertemente hacia delante por acción de los flexores de la cadera con el fin de que el pie pueda colocarse delante del cuerpo, mientras que el centro de la masa se traslada hacia delante. El balanceo de la pierna es un movimiento balístico o de introducción, el cual una vez iniciado continúa sin esfuerzo muscular adicional. El miembro en balanceo debe posteriormente ser detenido o desacelerado en forma controlada por los

³⁵ Le Veau Barney Biomecánica del Cuerpo Humano edit. Trillas 1ª edic. México 1991 Pp 21

extensores de la cadera de manera que el talón pueda ser llevado al piso en el tiempo y sitio adecuados. La gravedad es también una fuerza que actúa en la aceleración del miembro, al principio del balanceo y en la desaceleración, al final del mismo. Esta acción de balanceo del miembro en la marcha es como el de un péndulo amortiguado, el cual es acelerado fuertemente y, una vez iniciado, debe detenerse violentamente. Sin las fuerzas musculares el miembro continuaría en reposo o en movimiento más allá del punto adecuado, haciendo imposible la marcha uniforme. El control del balanceo del brazo durante la marcha rápida o la carrera es otro ejemplo de la actividad muscular utilizada para vencer la inercia de un segmento corporal.

La tercera Ley de Newton acerca de la fuerza de reacción igual y opuesta se ilustra por la reacción del piso al pararse o caminar. La superficie de apoyo empuja hacia arriba contra la planta del pie con la misma cantidad de fuerza y a lo largo de la misma línea de acción que la fuerza del pie hacia abajo.

En la locomoción el tipo de la superficie puede ser tal que no proporcione la contrafuerza al pie y esto hace que la marcha sea difícil y cansada, como cuando uno camina sobre arena suave o grava.

Un ciclo de la marcha se define como el tiempo que transcurre desde el contacto inicial de uno de los pies con el piso, hasta el contacto subsecuente del mismo pie con el piso.

Análisis de la Marcha: Al analizar a un paciente, es muy importante efectuar una evaluación completa paso a paso. Primero hay que observar la simetría y suavidad del movimiento. Se debe considerar la longitud y la anchura del paso largo en la marcha. Cada uno de los componentes del cuerpo; cabeza, hombros, brazos, pelvis, cadera, rodillas, tobillos y pies, deben ser observados deliberadamente y en forma separada. En los hombros se debe comparar la inclinación, elevación, depresión, protracción, retracción y facilidad de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

rotación. Mediante la observación del tronco se determinarán el balanceo simétrico de los brazos su movilidad, la inclinación normal del tronco, el taconeo, y la caída del pie. La circunducción de la cadera es otro signo a observar. La estabilidad de la rodilla y una inversión o eversión del pie: estos son sólo algunos de los indicadores de la marcha.

La estabilidad durante la marcha o en la posición de pie depende de la localización del centro de gravedad. La línea vertical del centro de gravedad, o línea de fuerza al suelo, debe caer dentro del área de apoyo para que la postura resulte estable. Cuando el paciente presenta dificultades para mantener el centro de gravedad sobre el área de apoyo, es posible aumentar esta superficie de apoyo. En forma automática el paciente adopta una marcha de base amplia cuando no puede controlar el desplazamiento del centro de gravedad.

BALANCE: Si un cuerpo en equilibrio estático se desplaza ligeramente, las características de las fuerzas que actúan sobre él pueden cambiar; es decir, si el objeto se desplaza ligeramente y tiende a regresar a su posición original, el equilibrio es estable

En la posición erecta normal el centro de gravedad se localiza a unos pocos centímetros del eje transversal de los tobillos. Hay una tendencia del cuerpo para ser traccionado hacia delante, la cual se corrige por contracción de los músculos de la pantorrilla. El movimiento continuo que mantiene la postura erecta se llama oscilar (**balance**) ³⁶

De acuerdo con Basmajian (1967), el balance del cuerpo humano sobre sus diversas articulaciones depende de una neutralización fina de las fuerzas de gravedad por contrafuerzas. En la postura de pie, el menor uso de energía se presenta cuando la línea vertical de gravedad cae a través de una columna ósea inerte de sostén. El cuerpo humano frecuentemente adopta esta situación ideal. ³⁷

³⁶ Skinner, Harry B. Diagnóstico y Tratamiento en Ortopedia Ed. El Manual Moderno México 1998

³⁷ Le Veau Barney Op Cit. Pp 84

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAMBIOS EN LA MARCHA Y EL BALANCE EN EL ENVEJECIMIENTO.

Además de la respuesta oscilatoria las grandes fuerzas se desplazan al centro de gravedad se corrigen mediante reacciones de caminar o de agilidad o por movimiento oscilatorio de los brazos. En todas las edades la oscilación es mayor en los hombres que en las mujeres.³⁸ Si bien la postura y movimiento en ancianos sanos engloban una amplia gama de lo normal tienden a surgir características muy típicas. En los ancianos la postura tiende a la flexión general y se debe a la deformidad en cuña de las vértebras en especial en la zona dorsal, y cambios degenerativos que causan adelgazamiento de los discos intervertebrales, por lo que se observa cifosis de la columna dorsal y de gravedad variable: flexión anterior de la cabeza y nuca, y una flexión ligera de los codos, muñecas, cadera y rodillas.

Debido a las modificaciones de la postura, el centro de gravedad se desplaza, esto conduce a un aumento de energía gastada para conservar el equilibrio y una marcha normal.

Algunos autores consideran que para una ambulación normal a una velocidad satisfactoria, esta cifra se acerca a las 0.8 calorías por metro por kilogramo³⁹, sin embargo, cuando existe una alteración en la marcha, esta cifra se eleva considerablemente. A la vez hay una pérdida normal de la masa muscular que se acompaña con la disminución de la regeneración tisular, lo que contribuye no solo al aspecto modificado, sino a una fuerza menor para enfrentar las demandas mayores de energía creadas por el desplazamiento del centro de gravedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³⁸ Vander, J. J. Manual Clínico de Geriatría Ed. El Manual Moderno México 1998.

³⁹ Krusen Medicina Física y Rehabilitación 4ª edic. Edit Panamericana Madrid España 1993 Pp 115

2.6.4 CIÁTICA:

Se dice que la actitud erecta alcanzada por la columna vertebral en el género humano determina la zona de esfuerzos exagerados principalmente en la región lumbar. En todo caso ello no ocasiona repercusión clínica antes de los 30 años de edad ya que los ligamentos, músculos y articulaciones regionales son suficientes para absorber estas exigencias, gracias al buen estado anatómico y funcional de los mismos. Ya en la cuarta década de la vida, las articulaciones intervertebrales pueden presentar signos degenerativos, y no cumplir su función en la forma como lo hacían hasta entonces, esta involución puede traducirse en un cuadro clínico variable.

Las modificaciones, variaciones y/o alteraciones posturales pueden ser origen de lumbagos y/o ciáticas. El mecanismo será de fácil compresión fisiopatológica. En condiciones normales, la columna lumbar mantiene su postura asintómicamente mediante tracciones musculares de poca intensidad; el trabajo que efectúan los músculos implicados se desarrolla y es soportado sin ningún tipo de molestias.

Se dice que la lumbalgia es tan frecuente que pocas personas son las que se escapan de ella. Nachenson estima que en algún momento, durante la vida adulta el 80% de las personas experimentará una lumbalgia de grado significativo; las investigaciones de Horal demostraron que la lumbalgia comienza en grupos jóvenes, más o menos a los 35 años, que de ellos sólo el 35% presentará ciática y que después de desaparecer el cuadro original agudo el 90% presentará recidivas.⁴⁰

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁴⁰ Echevarría Zuna Santiago Guía de Diagnóstico y Tratamiento en Ortopedia y Traumatología IMSS México, D. F. 1997 Pp 36

Ciática: presencia de un dolor propagado desde la región lumbar hacia al dorso del muslo.

Clinicamente la ciática se divide en dos tipos: ⁴¹

- * **Referida, Simple o Común.**
- * **Radicular o Verdadera.**

La Ciática Referida: es un dolor referido que se origina por la estimulación de los receptores dolorosos de las estructuras lumbares pertenecientes a las metámeras L4, L5 y S1. Se trata de un dolor profundo y de difícil localización.

Clinicamente se presenta como un lumbago muy intenso percibido en las estructuras esqueléticas que inerva el nervio ciático, sin que exista lesión alguna en ellas. No se observa ningún déficit neurológico y las vías de sensibilidad, las vías motoras y los reflejos están exentos de daño.

El dolor referido no se percibe en la piel. Presenta una característica muy especial: comprimiendo, presionando o movilizándolo las formaciones donde se percibe como propagado, no hay incrementos de la intensidad de la sensación dolorosa. No suele haber propagación algica, si la intensidad del padecimiento lumbar es baja. Este detalle es muy importante, bien podría servir como dato para establecer las diferencias con el dolor irradiado.

El dolor de una ciática referida difícilmente sobrepasa la rodilla; prácticamente nunca llega a la pantorrilla. Este detalle en la anamnesis es muy importante.

La exploración de las ciáticas referidas es similar a la de los lumbagos. En realidad objetivamente no tienen diferencias. Aparte de la rigidez lumbar, el dolor a la percusión y alguna actitud escoliótica excepcional no se encuentran más signos importantes. Nunca deberá omitirse la exploración si la radiculitis es negativa.

⁴¹ Marqués Jesús Lumbagos y Ciáticas edit JIMS 1ª edic Barcelona España 1984 Pp. 137

La Ciática Radicular: es un síndrome secundario a la irritación o compresión de alguna de las raíces del nervio ciático. Se caracteriza por la aparición de un dolor lumbar propagado hacia las estructuras que inerva este nervio. Se acompaña de signos de déficit neurológico, como son la alteración de los reflejos tendinosos, disminución de la fuerza muscular y defectos en la sensibilidad cutánea dolorosa.

La mayor parte de las ciáticas radicales (del 80 al 90% de los casos) son ocasionadas por hernias discales.⁴²

El dolor es complejo en su percepción, ya que se trata de la suma de un dolor superficial y otro profundo. El fenómeno de la suma de los dos tipos de dolor se debe a que en las compresiones radicales se alteran todas las fibras: las conductoras de la sensibilidad superficial y las de la profunda.

La aparición e instauración del cuadro puede ser aguda, subaguda y crónica, según sea la causa y mecanismo de presentación de la compresión radicular, por ejemplo en el caso de las hernias discales, suele ser aguda y relacionada con la realización de algún esfuerzo o al levantar algo pesado.

La sintomatología de la radiculitis se centra en tres puntos importantes:⁴³

- * **Dolor.**
- * **Alteraciones musculares.**
- * **Trastornos de la sensibilidad cutánea dolorosa.**

El **dolor** neurológico se debe a la lesión directa de las propias vías nerviosas. Se trata de un dolor patológico. El estímulo que llega a la neurona de 2º orden, provocado por la compresión de la raíz nerviosa. Cuando una fibra sensitiva es irritada en cualquier punto de

⁴² Marqués Jesús Op. Cit. Pp 138

⁴³ Marqués Jesús Op. Cit Pp 130

su recorrido, emite a partir de ese punto una corriente especial similar a la que se produce al estimular su terminación periférica. Las variaciones de la corriente dependen de diversos factores, como la intensidad y el tiempo.

Si el proceso patológico continúa hasta la degeneración del tejido nervioso, la función de las fibras puede anularse, sobreviniendo la analgesia, hay que conocer este fenómeno clínico, para no confundirlo con la desaparición del proceso.

La irradiación dolorosa se localiza a lo largo de las estructuras de la raíz que resulta comprimida, tanto en los planos superficiales cutáneos como en los profundos esqueléticos. En lesión de la L4, el dolor se propaga por la cara externa de la nalga y la cadera, por la anterior del muslo y la anterointerna de la rodilla. En el caso de la L5, la propagación es por la parte externa o lateral del muslo y la pierna, el dorso del pie y el dedo gordo. En el de la S1, se percibe por la cara posterior de la pierna y el dorso y el borde externo del pie comprendiendo los últimos dedos.⁴⁴

Las alteraciones musculares se hallan presentes de manera casi constante. El proceso compresivo compromete de forma simultánea la raíz sensitiva y motora.

Los déficit musculares que más a menudo se detectan en las ciáticas radicales son disminución de la fuerza de contracción, hipotonía, alteraciones de los reflejos tendinosos y atrofia.

El mantenimiento del tono muscular es de hecho el tipo de reflejo en que intervienen corrientes nerviosas cuyas vías pueden resultar afectadas en los procesos radicales. El circuito de este fenómeno reflejo transcurre por vías sensitivas y motoras con conexiones a nivel medular su interrupción, según sea la intensidad del foco inflamatorio, disminución o

⁴⁴ Marqués Jesús Op. Cit. Pp 397

anulación de la función tonificante; el músculo aparece sin tono (flácido, blando, sin su contracción fisiológica constante)

Los reflejos a estudiar en patología lumbar desde el punto de vista de las radiculitis ciáticas son el rotuliano y el aquileo.

El reflejo tendinoso tiene un circuito correspondiente al arco reflejo más simple: vías aferentes, conexión medular a nivel de su raíz de entrada, y vías eferentes; es decir, fibra sensitiva, metámera medular y fibras motoras. Hay que hacer una aclaración acerca de la anulación y la disminución de los reflejos tendinosos. Sus fibras nerviosas actúan según la ley del "todo o nada": es decir, cuando están lesionadas no transmiten ningún tipo de corriente. Sin embargo, la disminución de la intensidad de la fuerza de contracción refleja de un músculo puede estar abolida, si el número de fibras lesionadas no es el total de las que forman la raíz. De esta manera, el número de fibras musculares que se contraigan durante una respuesta refleja será menor; lógicamente la respuesta de contracción será de menor intensidad.

Acerca de la atrofia muscular, hay que tener presente que las fibras nerviosas constituyen las vías que comunican los músculos de los centros tróficos residentes en la médula. Cualquier alteración en el paso de la corriente, puede originar la degeneración atrófica del grupo muscular que inerva la raíz afectada.

Los trastornos de la sensibilidad cutánea dolorosa son muy frecuentes en las radiculitis. Pueden afectarse todas las modalidades de sensibilidad. Dada la frecuencia y nitidez con que se presenta, así como su fácil exploración, se presta atención especial a la cutánea dolorosa. Las zonas de inervación de las raíces ciáticas son perfectamente identificables; la lesión se traducirá en hipoalgesias o analgesias territoriales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIFERENCIAS ENTRE LAS CIÁTICAS REFERIDAS Y RADICULARES ⁴⁵

Ciática Referida	Ciática Radicular
Ω No hay lesión neural	Ω Lesión de la 1ª neurona
Ω Dolor profundo	Ω Dolor profundo + dolor superficial
Ω No hay déficit motores	Ω Déficit motores
Ω No hay déficit sensitivos	Ω Déficit sensitivos
Ω Maniobras de radiculitis negativas	Ω Maniobras de radiculitis positivas.
Ω No suele sobrepasar la rodilla	Ω Llega hasta la pierna o el pie.

Sintomatología de los lumbagos y ciáticas:

El estudio comienza con el interrogatorio del paciente. Se averigua si el dolor por el cual ocurre a la consulta es de aparición lenta o brusca, con o sin antecedentes de esfuerzos o traumatismos: si es de aparición inicial o tardía. Se investigará la localización dolorosa, su irradiación y sus variaciones con el reposo, movimientos deambulación, defecación, tos, estornudos, etc. dentro de los antecedentes personales se tendrá en cuenta cualquier afección actual o anterior (metabólica, genitourinaria, ginecológica, traumática, etc.)

EXPLORACIÓN FÍSICA:

A la inspección la columna se verá con su orientación y curvaturas normales conservadas o alteradas. Si existe escoliosis, será homo o contralateral, según su desviación se haga hacia el mismo lado de la lesión o hacia el opuesto. En algunos pacientes es evidente la desaparición de la lordosis fisiológica normal; en otros será apreciable la presencia de contracturas de los músculos y en caso de padecimiento crónico se comprobarán atrofiyas musculares paravertebrales, glúteas y en el miembro inferior correspondiente.

A continuación se realizará la palpación de las regiones lumbar, sacra, sacroilíacas, iliacas y glúteas buscando la existencia de puntos dolorosos, contracturas o atrofiyas musculares. La

⁴⁵ Marqués Jesús Op Cit. Pp 136

existencia de contractura muscular paraespinal se puede comprobar manualmente y con la maniobra de Cobb ⁴⁶: apoyando los pulgares sobre los músculos de las goteras lumbares durante la marcha del paciente, se nota normalmente en cada hemipaso, esos músculos se ablandan, mientras que si hay contractura permanecen tensos (el signo es positivo) También se investigará el dolor a lo largo del trayecto de nervio ciático y sus ramas, dolor en las masas musculares del muslo y la pantorrilla.

La percusión digital o con martillo, de las apófisis espinosas y de la proyección de los espacios discales puede provocar dolor.

El examen prosigue con el estudio de la movilidad activa y pasiva. Podrá encontrarse limitación en los movimientos, que puede llegar hasta la abolición de los mismos, a causa del dolor tan intenso que desencadenan se observará cuales son los movimientos alterados y en que amplitud lo están.

Se hará examen de la sensibilidad comparada en ambos miembros inferiores. Podrá haber o no alteraciones de la sensibilidad táctil, térmica o dolorosa: zonas de hiperestesia, hipoestesia o anestesia. Se investigarán los reflejos aquiliano y patelar. - El patelar estará disminuido en las compresiones de la raíz L₃, y el aquiliano será menos intenso o estará ausente cuando la raíz alterada sea la S₁. otras veces no habrá modificaciones de estos reflejos a pesar de existir síndrome lumbociático.

MANIOBRAS ESPECIALES DE CIÁTICA RADICULAR. ⁴⁷

La exploración clínica en la ciática radicular es muy demostrativa. Siempre que por medio de la anamnesis se sospeche su existencia, deben efectuarse las pruebas específicas para evidenciarla.

⁴⁶ Valls Perruelo Aiello Oropedia y Traumatología El Ateneo 5ª edic. Buenos Aires Argentina 1990 Pp 137

⁴⁷ Marqués Jesús Op Cit. Pp 150

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hay que recordar que las raíces nerviosas son portadoras de las vías de dolor. los impulsos motores, los arcos reflejos, la sensibilidad cutánea dolorosa y el tono y la eutrofia musculares.

El fundamento de las pruebas alógenas se reduce a un hecho {la elongación de la raíz inflamada} **Una raíz normal no duele; si está inflamada, sí.**

Maniobra de Lasague:

Se basa en la elongación inferior de las raíces ciáticas. Con el paciente en decúbito supino, el explorador levanta suave y lentamente la pierna extendida tomando el talón o el pie con la palma de la mano el signo es positivo si esta maniobra despierta dolor en el territorio ciático y se irradia a la región lumbar. En este caso se observa el número de grados de elevación en que apareció el dolor ya que si esto ocurre después de los 60°. el valor del signo es menos significativo. Este signo se puede producir a veces en la parte contralateral: o sea que la maniobra efectuada con el miembro del lado sano despierta dolor en el lado afectado. (signo de Betcherew)

Esta maniobra es positiva al percibir el dolor en la parte posterior del muslo, hay que recordar que la cara posterior del fémur es inervada por todas las raíces ciáticas; por lo tanto sea cual fuere la raíz afectada siempre se percibirá en esta zona.

Maniobra de Kerning.

Es una variante del Lasegue. Se flexiona el muslo sobre el abdomen y la pierna sobre aquél. Se procede a extender la pierna manteniendo flexionado el muslo 90°. Si es positiva, aparece dolor en el dorso del muslo.

Maniobra de Neri.

Aparición de dolor lumbar o ciático provocado por la anteflexión de la cabeza. Es una maniobra de tracción radicular superior, es decir por arriba del foco inflamatorio. Con el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

paciente sentado, se fuerza suavemente una flexión cervical, el explorador coloca una mano sobre el tórax del paciente, a la vez que con la otra mano empuja desde el occipucio hacia delante. Si es positiva aparece dolor en el muslo.

Maniobra de Naffziger-Jones.

Con el paciente sentado o en decúbito supino, se presionan ambas yugulares unos segundos hasta advertir cierta congestión sanguínea en la piel de la cara. En caso de que sea positivo, aparece dolor en el dorso del muslo. Se debe a que el aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo, que se provoca de esta manera. Actúa sobre la raíz afectada.

A pesar de su escasa frecuencia, esta maniobra posee alta fidelidad, puede decirse que es patognomónica, su presencia asegura la existencia de una radiculitis.

EXPLORACIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR.

La paresia o parálisis de algún grupo muscular es una consecuencia, y, por tanto, un signo de radiculitis. A nivel del foco inflamado radicular existen lesiones que, además de los trastornos que puedan ocasionar en el resto de las fibras que componen la raíz, provocan la disminución o el bloqueo de la corriente nerviosa que se dirige hacia las placas motoras. En estas condiciones, los impulsos motores no llegan con normalidad a su destino: aparecen déficits en la fuerza de contracción muscular.

En el diagnóstico y localización de la raíz lesionada es útil recordar que cada una de ellas inerva de forma predominante grupos de músculos que ejercen funciones similares. La raíz L₁ actúa de modo predominante en la inervación motora sobre la musculatura anterior del muslo, cuya función más destacada es la extensión de la pierna: la L₅ lo hace con la de la zona antero externa de la pierna, con función de flexión dorsal del pie y del dedo gordo; la S₁ inerva la musculatura posterior de la pierna, cuya función es la flexión plantar del dedo gordo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La búsqueda de la movilidad activa de estos músculos y la comprobación de alguna de sus deficiencias en cuanto a su potencia de contracción, pueden orientar hacia el diagnóstico e identificación de la raíz afectada.

Prueba de fuerza de extensión de la rodilla: con el paciente sentado teniendo libres y suspendidas las piernas, se le indica que las extienda, aplicando la mano del explorador sobre la cara anterior del tobillo (contra resistencia), primero del lado sano y después el afectado, la disminución indica anomalías en la conducción de L4.

Prueba de la flexión dorsal del pie: el paciente se explorará sentado o en decúbito supino, se le indica a flexionar dorsalmente el pie sano, oponiendo resistencia con la palma de la mano del explorador aplicada sobre la cara dorsal del antepié. Con esta maniobra se podrá conocer la fuerza normal en ese pie, enseguida se hace lo mismo con el otro pie, si hay disminución de la fuerza de flexión, la mano del explorador necesita ejercer menos fuerza de oposición que la que se emplea en el lado sano.

La presencia de esta deficiencia motora indica anomalía o déficit de la conducción de la raíz L5. (Los músculos que intervienen en esta flexión son el tibial anterior, el extensor común de los dedos, el extensor propio del dedo gordo y los peroneos laterales)

Prueba de la flexión dorsal del dedo gordo.

Comparativamente se explora la potencia del extensor del dedo gordo. Para ello se pide al paciente que lleve dicho dedo en extensión, mientras el explorador opone resistencia con su mano. En caso de lesión de L5 se comprueba disminución de la fuerza de este músculo. Si se explora comparativamente la fuerza de los flexores digitales del pie, contra resistencia, podrá registrarse su disminución si hay lesión de la raíz S1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Prueba de la flexión plantar del pie.

Se efectúa con el paciente sentado o en decúbito supino. se le indica que flexione plantarmente el pie, con su mano el explorador opondrá resistencia. Si hay déficit motor el explorador tendrá que oponer menos resistencia en el lado enfermo. La presencia de esta deficiencia indica lesión o irregularidad en la conducción de la raíz motora S1. (Los músculos gemelos y soleo son los responsables de aquella acción)

Prueba de la abducción y extensión del muslo.

En la primera se le pide al paciente que efectúe la abducción contra resistencia del muslo. Es positiva si hay disminución de la fuerza (debilidad del músculo glúteo medio) Indica lesión de la raíz L5.

La segunda prueba, es de extensión del muslo, consiste en la realización de la extensión contra resistencia. Si hay disminución de la fuerza, es positiva (debilidad en el músculo glúteo mayor) Indica lesión de la raíz motora S1.

Prueba del tendón de Aquiles.

Es una maniobra destinada a la exploración del tono muscular de los gemelos. También se le conoce como maniobra de Wartemberg. Con el paciente de pie, el explorador comprime ambos tendones aquileos con sus pulgares, hay que procurar que la presión ejercida sea de la misma intensidad en los dos lados. Normalmente hay que aplicar bastante fuerza para lograr una deformación apreciable. Es positiva cuando uno de ellos se deprime con considerable diferencia con respecto al otro.

Su presencia indica lesión de las fibras que circulan a través de la raíz S1. tiene gran importancia diagnóstica, ya que es uno de los signos que se presentan precozmente.

Su ausencia no descarta la existencia de radiculitis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EXPLORACIÓN DE LA SENSIBILIDAD CUTÁNEA DOLOROSA.

Las distintas zonas de la piel (dermatomas segmentarios) están inervadas según un esquema parcelario, concreto y definido, desde el punto de vista sensitivo doloroso. Su conocimiento es muy importante ya que así conoceremos, mediante su exploración, las diversas lesiones de las raíces nerviosas sensitivas.

Al igual que los demás derivados de los distintos somitas, la piel está inervada parcelariamente según una distribución segmentaria (zonas de Head) Desde el punto de vista diagnóstico de las ciáticas radiculares, resulta esencial conocer la localización de los distintos territorios inervados por las raíces L4, L5 y S1.

La exploración de esta sensibilidad cutánea se practica con una aguja pinchando la piel con suavidad, pero lo suficiente como para lograr una sensación perfectamente valorable. Hay que procurar imprimir siempre la misma intensidad a la aguja en el momento de pinchar. Primero se explora el lado sano y después en el afectado.

La conducta y el orden a seguir en este tipo de exploración deben ser muy minuciosos. Hay que examinar el territorio propio de cada raíz en ambos lados: primero en uno y luego en el otro. Primero se exploran los territorios propios de la raíz L4: después los de L5 y por último los de S1.

EXPLORACIÓN DE LOS REFLEJOS.

Los reflejos tendinosos propios de los músculos que inervan las raíces L4 y S1 son el rotuliano y el aquileo. Su exploración se lleva a cabo percutiendo con un martillo de reflejos el tendón de cada músculo, estando éste en reposo. Para el rotuliano, se golpea el tendón infrapatelar; para el aquileo en el tendón del mismo nombre. Sus déficits indican lesión o deficiencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Puntos de Valleix.

Se realiza esta prueba con el paciente en decúbito prono y consiste en presionar ciertos puntos cutáneos, bajo los cuales es relativamente fácil comprimir el nervio ciático. Los más importantes son el espinotransverso (en éste se comprime la raíz: entre las masas musculares paravertebrales y la apófisis transversa, aproximadamente a la altura del espacio intertransverso), el glúteo, el del pliegue glúteo, el de la cara posterior del muslo, el del hueco popíteo, el del peroné, el gemelar, el maleolar y el plantar medio.

Si la maniobra resulta positiva, al realizar la compresión del citado nervio se produce dolor local, algunas veces irradiado hacia estructuras más inferiores e indica inflamación de las fibras de éste nervio.

DIAGNÓSTICO. Es innegable la importancia fundamental diagnóstica y diferencial de la radiografía. Gracias a ella se comprobará la correlación entre la clínica y la visualización de algunas de las causas anatómicas posibles de lumbociática, de las cuales se mencionaran las más comunes:

Radiología contrastada: con el empleo de diversos medios (aire, sustancias yodadas lipo e hidrosolubles, etc.) En la práctica ortopédica estos medios tienen indicaciones muy restringidas y cuando todos los otros recursos diagnósticos no hayan aclarado las dudas.

Tomografía Axial Computada: permite la observación de la columna de sus diversos planos transversales y resulta ser un eficaz medio de diagnóstico y ubica las zonas de compresión sea por hernia de disco, tumor o por estrechez del canal raquídeo.

Tratamiento: una vez hecho el diagnóstico etiológico del síndrome doloroso lumbar o ciático se indicará el tratamiento, que será fundamentalmente causal, y utilizando terapia sintomática, especialmente analgésicos mio relajantes y antiinflamatorios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tratamiento ortopédico. El reposo y la inmovilización conservan un lugar privilegiado como base fundamental de cualquier terapéutica de las lumbociáticas. Para obtenerlos se dispondrá del simple reposo en cama dura complementada o no con tracción de partes blandas hasta la inmovilización con un corsé ortopédico.

Cuando lo anterior, bien ejecutado y cumplido durante un tiempo prudente no da resultado, o cuando en corto tiempo la sintomatología aumenta pese a la terapéutica, está indicado el tratamiento quirúrgico. Las finalidades de esta terapéutica son: a) eliminar la causa del síndrome y sus consecuencias, y b) evitar la recidiva del cuadro.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. HALLAZGOS DEL ESTUDIO DE CASO.

3.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

La definición de intervenciones mediante el Proceso de Enfermería atiende al criterio y condiciones hechas en el apartado 2.2 respecto al modelo de Henderson, por la tanto se incluye solamente el diagnóstico, los problemas y objetivos como los tres pilares en la definición de las intervenciones. Es muy importante aclarar que se ha usado el término evolución clínica en sustitución de la evaluación de las intervenciones que plantean las Teoristas como última etapa del proceso.

Solo se presentan las necesidades en las cuales la paciente presenta alteraciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.

H L F de 80 años de edad, de sexo femenino, originaria del Rancho del Moral, Municipio de Araró de Rosales Michoacán, de religión Católica, viuda desde hace 20 años, con una escolaridad hasta 2º año de primaria, no tiene derecho a servicios de salud, tuvo siete hijos de los cuales uno ya falleció. La señora vive con una de sus hijas, la cual está casada y tiene 2 hijos ya casados y cuida una nieta de ocho meses de edad. La casa que habitan es propia y tiene todos los servicios tanto intra como extradomiciliarios. La señora cuenta con su propia habitación, la cual está en el segundo piso y tiene cuarto de baño integrado, pero no tiene regadera y tiene que bajar a la planta baja para bañarse, no convive con animales, niega alcoholismo, tabaquismo y otras toxicomanías. Su menarca la presentó a los 12 años de edad con un ritmo de 3 x 30 eumenorreica, VSA a los 20 años, G7, P7, C0, A0, menopausia a los 41 años sin sintomatología, no se ha realizado el Papanicolau. Presenta dolor crónico en miembro inferior derecho de 15 años de evolución el cual solo ha tenido

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tratamientos ocasionales y no le han explicado lo que tiene. Sus ingresos los obtiene de ayuda que le proporcionan sus hijos; tanto despesa. como dinero. Radica en el Barrio de San Juan, San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

Se valora paciente femenina con edad aparente igual a la cronológica, consiente, íntegra, bien conformada en decúbito dorsal, actitud pasiva, delgada, facies de dolor, ubicada en sus tres esferas.

Ω **Cabeza:** Normocéfala, sin hundimientos ni exostosis, con adecuada implantación de cabello de acuerdo a edad y sexo, presenta lesiones ecematosas circulares en cuero cabelludo y edema en área circundante a las lesiones, implantación de pabellones auriculares normal, conductos permeables, ojos con isocoria y normorreflexia, se observa arco senil, nariz central sin alteraciones, cavidad oral bien hidratada, edentulia parcial en maxilar inferior y total en maxilar superior, mala higiene oral.

Ω **Cuello:** cilíndrico, corto, con tráquea central, móvil, pulsos carotídeos presentes, no se palpan adenomegalias, ni tiroides.

Ω **Tórax:** normolíneo, glándulas mamarias simétricas, flácidas y péndulas, sin alteraciones, frecuencia respiratoria de 20 X' sin ruidos agregados, movimientos de amplexión y amplexación normales, frémito táctil normal, a la auscultación y percusión de pulmones y corazón no se encuentran anomalías, frecuencia cardíaca de 76 X'.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ω **Abdomen:** Plano, simétrico, presencia de estrías grisáceas, blando, depresible, no doloroso, sin masas, ni viceromegalias, cicatriz umbilical sin alteraciones, presenta adecuada peristalsis.

Ω **Extremidades:** Superiores: simétricas, coloración igual al resto del cuerpo, pulsos presentes y de adecuada intensidad, límites de movimiento normales, fuerza muscular igual en ambas extremidades, no hay presencia de dolor.

Inferiores: coloración igual al resto del cuerpo, límites de movimiento normales disminución de masa, tono y fuerza musculares en miembro inferior derecho, presenta dolor intenso que va irradiado desde el glúteo hasta los dedos pulgar y segundo del pie derecho, pulsos presentes y de adecuada intensidad en ambas extremidades, se realizan las siguientes pruebas: Maniobra de Lasague, de Kerning y de Neri, resultando positivas las tres, para ciática radicular. A la exploración los reflejos tendinosos, rotuliano y aquiliano se encuentran disminuidos. No se realiza la escala de valoración de marcha y balance de Tinetti por que la paciente no deambula. No se realiza exploración de genitales.

NECESIDADES DE ENFERMERÍA

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

Peso de 45 Kg. Se observa que tiene adoncia total en maxilar superior y en el maxilar inferior tiene solo tres piezas, las cuales están en muy mal estado de higiene y con caries, no utiliza prótesis dentales, hace diez años fue la última revisión dental, no se cepilla los dientes solo los limpia con carbonato; tiene intolerancia a la leche y al chocolate y en algunas ocasiones al huevo, no lleva un régimen dietético específico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ELIMINACIÓN:

Orina de color amarillo con olor sui géneris, presenta incontinencia ocasional y leve al realizar esfuerzos, con un nictámero de 5 x 3, heces de color café, formadas, de consistencia normal, con una frecuencia de dos veces al día.

MOVIMIENTO Y POSTURA:

Presenta contractura y dolor en región lumbar, produciendo dolor profundo en glúteo derecho que se irradia hasta el tendón de Aquiles y después a dedos del pie produciendo calambres, siendo muy doloroso y produce parestesia, después de los episodios dolorosos por varios años (por lo regular cuando se acuesta) se aprecia disminución de la masa muscular y fuerza en miembro inferior derecho. Tiene problemas para la deambulaci3n, ya que no tiene la fuerza necesaria para mantenerse de pie, el dolor en la pierna se exacerba por las noches, cediendo un poco con neomelubrina. No se realiza la escala de valoraci3n de Marcha y Balance de Tinetti, ya que la paciente no se puede poner de pie por si sola ni camina. El Índice de Kats es de seis y nos muestra que la paciente es totalmente independiente.

DESCANSO Y SUEÑO:

No duerme adecuadamente, ya que el dolor que presenta en la pierna es muy fuerte y no siempre sede con el analgésico que toma, manifestando ojeras, ojos irritados, se queda dormida muy fácil en el día y presenta irritabilidad, el colch3n de su cama está en muy malas condiciones y no le da el soporte necesario

HIGIENE Y PROTECCI3N:

Presenta lesiones en cuero cabelludo que le causan prurito y ardor, además edema en el área circundante a las lesiones. No tiene factores de riesgo a úlceras por presi3n, ya que ella

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

se moviliza, aún con la limitante que tiene, no realiza autoexamen de mama. No recuerda cuadro de inmunizaciones.

EVITAR PELIGROS:

Su habitación está en el segundo piso y los escalones están muy angostos, ella se arrastra para moverse para lo cual utiliza como apoyo una silla, tiene que bajar a la planta baja para bañarse y asolearse. Teniendo un riesgo muy importante a caídas

3.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Dx. Alteración de la Dentición relacionado con falta de conocimientos sobre salud dental y mala higiene oral manifestado por, adoncia parcial en maxilar inferior y adoncia total en maxilar superior, caries y mala higiene en piezas restantes.

Dx. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo relacionado con debilidad de músculos pélvicos y cambios degenerativos asociados al envejecimiento manifestado por, pérdida de una pequeña cantidad de orina al toser.

Dx. Dolor Crónico relacionado con compresión a nivel de vértebras lumbares manifestado por, sensación penetrante de glúteo a dedos del pie de miembro inferior derecho e incapacidad para ponerse de pie y / o caminar y manifestación verbal.

Dx. Deterioro de la Deambulacion relacionado con debilidad muscular por compresión en vértebras lumbares manifestado por cambios en el tono y fuerza musculares y disminución de la masa muscular en miembro inferior derecho.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dx. Alteración en el Patrón del Sueño relacionado con dolor lumbar que se irradia a tendón de Aquiles de miembro inferior derecho manifestado por, ojeras, ojos irritados, cansancio, irritabilidad, somnolienta y se queda dormida con facilidad.

Dx. Deterioro de la Integridad Cutánea relacionado con lesiones eccematosas circulares en cuero cabelludo manifestado por edema circundante a la lesión, descamación y prurito.

Dx. Alto riesgo a caídas relacionado con obstáculos arquitectónicos múltiples.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3 PLAN DE INTERVENCIONES

Nombre: H L F Edad: 80 años Sexo: Femenino Edo. civil: Viuda
 Religión: Católica
 Dirección: Barrio de San Juan San Luis Tlaxialtetmalco Xochimilco.
 Lugar de Nacimiento: Rancho del Moral, Municipio de Araró de Rosales,
Michoacán.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

DIAGNÓSTICO Alteración de la dentición relacionado con falta de conocimientos sobre la salud dental y mala higiene oral manifestado por adoncia parcial en maxilar inferior, adoncia total en maxilar superior, caries y mala higiene en piezas restantes.

OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>La paciente conocerá la importancia de que visite al dentista para un buen tratamiento y la posibilidad de que le hagan una prótesis dental.</p>	<p>Se le explica que para una buena nutrición debe tener bien su dentadura y solo lo logrará si visita al dentista para que se la arreglen y se vea la posibilidad de que le hagan prótesis</p> <p>Se le enseña como debe lavar los dientes que le quedan.</p> <p>Se realiza con ella un plan de dieta.</p> <p>Se le informa a la familia para que la lleven al dentista.</p>	<p>Ya lo realiza mejor</p> <p>No le proporcionan lo que se le recomienda</p> <p>No la llevan</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

DIAGNÓSTICO Incontinencia urinaria de esfuerzo relacionado con debilidad de músculos pélvicos y cambios degenerativos asociados al proceso de envejecimiento manifestado por pérdida de una pequeña cantidad de orina al toser o realizar algún esfuerzo.

OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>Fomentar en la paciente la continencia durante los episodios de tos.</p>	<p>Se le recomienda hacer ejercicios para fortalecimientos de músculos pélvicos de Kegel y se le explica como contraer la musculatura pélvica antes de toser o de algún esfuerzo</p> <p>Se le informa a la familia para que sea tratada por un médico, posiblemente para un tratamiento con estrógenos.</p>	<p>Los realiza adecuadamente y siente mejoría</p> <p>No la llevan con ningún médico porque refieren que no tienen dinero, ni quien la lleve</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA

DIAGNÓSTICO Dolor crónico relacionado con compresión a nivel de vértebra lumbares manifestado por sensación penetrante de glúteo a dedos del pie de miembro inferior derecho e incapacidad para ponerse de pie y / o caminar y manifestación verbal.

OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>Que a la paciente le disminuya el dolor a un nivel aceptable</p>	<p>Se le permite que exprese su preocupación por vivir con dolor crónico.</p> <p>En el momento de la visita estar alerta de manifestaciones de dolor, verbales y no verbales.</p> <p>Se le explica la importancia de que tome medidas encaminadas a enderezar la columna vertebral cuando se acueste.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cambiar el colchón de su cama por uno más rígido. ✓ Que se coloque una pequeña almohada en la cadera y entre las rodillas <p>Se enseñan técnicas de relajación.</p> <p>Se le indica que al acostarse se aplique calor (bolsa con agua caliente) en la columna lumbar.</p> <p>Se le proporcionan masajes (terapia no invasiva)</p> <p>Se le indica un analgésico y un relajante con horario.</p> <p>Se informa a la familia para que la apoyen</p>	<p>Se observan manifestaciones de dolor</p> <p>Si se lo cambiaron por lo que aminoró el dolor, por lo menos pudo dormir un poco más y ya no lo presenta diario.</p> <p>Las realiza de acuerdo a instrucciones y logra disminuir un poco el dolor cuando se presenta.</p> <p>No le llevan el agua caliente.</p> <p>Refiere que le ha ayudado.</p> <p>Solo le proporcionan el analgésico.</p> <p>No se observa mucho interés por parte de la hija con la que vive.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA

DIAGNÓSTICO Deterioro de la deambulación relacionado con debilidad muscular por compresión de vértebras lumbares, falta de apoyo familiar y social y falta de fuerza manifestado por cambios en el tono y fuerza muscular y disminución de la masa muscular de miembro inferior derecho.

OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>Que la paciente fortalezca los músculos, aumente el tono y la masa muscular de miembro inferior derecho.</p>	<p>Se le anima a seguir un programa de ejercicios en los cuales se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Arcos de movilidad. ✓ Fortalecimiento muscular. ✓ Resistencia. <p>Acostada en su cama realiza ejercicios de calentamiento, suaves y empezando con 5 repeticiones en todos los arcos de movilidad 3 veces al día, después ejercicios isométricos para fortalecer miembros inferiores por 2 semanas después de las 2 semanas hará 10 repeticiones 3 veces al día por otras 2 semanas, a continuación se le pondrá peso para proporcionar resistencia empezando con pesas de 300gr. hechas por ella con semillas, en cada miembro y cada 2 semanas irle aumentando el peso. Se le explica en que consiste el periodo de enfriamiento y como lo debe de realizar.</p> <p>Se le ayuda a ponerse de pie y a deambular en cada día de visita por 5 min. por lo menos, e ir aumentando el tiempo a 15 min. o hasta que tolere.</p> <p>Se le explica a la familia la importancia de que le ayuden a deambular varias veces al día y a que tome baños de sol, por lo menos 2 veces al día.</p>	<p>Realiza todos adecuadamente.</p> <p>La paciente hace sus pesas con bolsitas de manta rellenas con semillas.</p> <p>Cambia su forma de caminar (con ayuda) y ya se sostiene de pie por más tiempo, deteniéndose de algo.</p> <p>No recibe apoyo por parte de su familia, cuando ella puede baja al patio a tomar el sol y solo una vez al día</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

DIAGNÓSTICO Alteración del patrón del sueño relacionado con dolor lumbar, que va del glúteo a dedos del pie de miembro inferior derecho manifestado por ojeras, ojos irritados, cansancio, irritabilidad, somnolencia y se queda dormida con facilidad durante el día.

OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>Que la paciente disminuya el dolor lo mas que se pueda y favorezca con ello el sueño.</p>	<p>Pedirle al familiar que la cuida que observe como interfiere el dolor con el sueño.</p> <p>Se indica la administración del analgésico 30 minutos antes de dormir.</p> <p>Aplicarle calor en el área lumbar (botella o bolsa con agua caliente) protegida con una toalla, esto evitará que se quemé.</p> <p>Se le enseña al familiar a que le proporcione masaje y fricción</p> <p>Se le enseña a la paciente a relajarse de forma progresiva contrayendo y relajando grupos musculares con respiraciones lentas.</p>	<p>Manifiesta la paciente que la mayor parte del día la pasa sola ya que su hija cuida a una nieta y no puede estar con ella</p> <p>Disminuye un poco el dolor</p> <p>No se la proporcionan</p> <p>No le realizan el masaje.</p> <p>Lo realiza de manera adecuada disminuyendo un poco el dolor.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN:

DIAGNÓSTICO Deterioro de la integridad cutánea relacionado con lesiones micóticas en cuero cabelludo manifestado por edema circundante a la lesión, descamación y prurito.

OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
Disminuir las lesiones de la piel y que no presente complicaciones.	<p>Se examina a la paciente en busca de lesiones en cuero cabelludo.</p> <p>Se le recomienda cortar el cabello lo más corto que se pueda, lavado de cabeza cada tercer día con shampoo alantoin, poner un poco en cada lesión 10 minutos antes de lavarse, después darse masaje hasta obtener espuma abundante, enjuagar muy bien y que no se frote al secar el cabello, hacerlo con golpes suaves.</p> <p>Se le explica la importancia de que no se rasque cuando presente prurito y de cambiar los almohadones diariamente.</p>	<p>Presenta lesiones circulares reseca y el centro aparentemente sanas</p> <p>Se corta bien el cabello, sigue las indicaciones del uso del shampoo y en cuatro semanas se aprecia bastante mejoría</p> <p>Si lo realiza. Hace más almohadones para poder cambiarlos diariamente</p>

EVALUACIÓN GENERAL DEL CASO: Como se pudo observar la paciente tiene gran interés por su salud y por su recuperación, pero está en situación de dependencia para su movilización y no tiene el suficiente apoyo por parte de la familia que está a cargo de ella, con respecto a lo que puede realizar por ella misma, se observó gran avance, ya que recuperó un poco de movilidad, le disminuyó de forma muy importante el dolor crónico que viene padeciendo desde hace 20 años, el problema de micosis en el cuero cabelludo se resolvió satisfactoriamente, todo esto con las intervenciones de enfermería y la educación para la salud que se le proporcionaron y eso la animó a seguir haciendo ejercicio y aumentó su autoestima. Es muy importante el abordaje adecuado al anciano y un buen diagnóstico para proporcionarle una buena atención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. CONCLUSIONES:

En la medida en que la enfermera hace valer sus observaciones, agrega alcances y continuidad en el manejo, al hacer la valoración e intervención clínicas en la cabecera del paciente, en el consultorio o en el hogar, formulando juicios clínicos, realizando orientaciones terapéuticas del cuidado; el trabajo con el equipo de salud sería más interdependiente, responsable y autónomo, derivados estos de una experiencia clínica directa y de su competencia profesional.

La necesidad que existe de encontrar nuevos enfoques y definiciones del papel y las funciones de la práctica de la enfermera en una alienación profesional dentro del amplio campo de la salud, es algo que va más allá de los planteamientos actuales por lo que se requerirá de decisiones fuertemente sustentadas en la ciencia, en su quehacer y su saber, con otros niveles de enfermería y al lado de otros profesionistas que contribuirán en esta tarea.

No se puede equiparar un modelo conceptual de enfermería con un paradigma, porque este último implica una aceptación general por la comunidad científica durante un determinado periodo histórico, y los modelos de enfermería son múltiples en un mismo espacio y tiempo, son de aceptación variable por países e instituciones y en algunos contextos con poco respaldo en la investigación. Algunos autores que han analizado tales modelos opinan que aún estamos lejos de construir un paradigma que pueda guiar la investigación y las intervenciones en el campo de la enfermería.

Cuando se trata de modelos de enfermería, las autoras más nombradas pertenecen a la corriente norteamericana que propone modelos generales, que parten de un referente teórico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y expresan su concepción sobre el cuidado en enfermería. En cuanto al desarrollo de modelos conceptuales en América Latina, no todas pertenecen al ámbito académico ni tienen en común niveles de formación avanzado, aun cuando su interés es desarrollarse profesionalmente y aportar soluciones al campo de la salud.

En México los escenarios idóneos para el desarrollo y fortalecimiento de este campo lo constituyen las maestrías y doctorados; y tendrán que asumir este compromiso más profunda y científicamente a fin de concretar, construir o desarrollar los modelos de enfermería del futuro.

Como se aclaró al inicio, este ejercicio preliminar de acercamiento a Henderson permite reconocer la importancia de discutir las bases filosóficas que aporta para el avance de la Enfermería. Es evidente que Virginia Henderson trabajó en la definición de los límites y el contenido de la profesión aproximándose, sin duda, a una definición universal de la disciplina de enfermería. Faltan muchos mas trabajos de análisis serios a fin de consensar si los planteamientos teóricos surgidos de esta definición pueden constituir realmente una teoría de Enfermería.

Prueba del interés por validar tales postulados es el uso frecuente de una guía de valoración de Enfermería intentando la enumeración y descripción de sus también clásicas "14 necesidades", como criterios para la actuación de la Enfermera de cualquier área.

Es deseable hacer el seguimiento y documentar todos aquellos trabajos en los escenarios clínicos que pretenden establecer la congruencia entre filosofías o marcos conceptuales, métodos, técnicas e instrumentos a fin de asegurar el rigor metodológico exigido a toda disciplina.

La valoración es el proceso continuo a través del cual todas las observaciones e interacciones se utilizan para recabar nuevos datos, reconocer cambios y analizar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

necesidades: el examen de enfermería identifica la falta de funcionamiento o causa de la enfermedad y tiene como base la recuperación de la capacidad funcional tanto como sea posible.

La precisión y pericia para interpretar los resultados son esenciales y constituyen la piedra angular de la sistematización del Proceso de Atención de Enfermería; cabe señalar que es la habilidad y destreza en los procesos de valoración lo que determina la capacidad objetiva de la enfermera.

Existe un modelo que predomina en la construcción de los diagnósticos; dicho modelo, si bien predomina no es el único. El criterio general establece que un diagnóstico es una redacción concisa que describe la alteración del estado de adaptación, conectada por una expresión de relación. en un segundo momento se describe el motivo o la base de la alteración: cuando la situación es única o completa, o cuando toda la información necesaria para formular una redacción de las dos partes no está disponible. Los diagnósticos se escriben para describir las posibles alteraciones de la adaptación, al igual que aquellas que ya existen.

No obstante las recomendaciones de las expertas cabe recordar que la redacción de un diagnóstico de enfermería sigue siendo un objeto de investigación, que no solo será profundizada, sino que dará lugar, en tanto que su esencia es interpretar, a un replanteamiento epistemológico y por lo tanto paradigmático hacia lo fenomenológico. Desde luego faltan muchos ejercicios para consolidar tal propósito, la estrategia sugerida es comentar más a menudo con las expertas clínicas y ante todo aprender a interpretar los significados que dan las personas en situaciones de enfermedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Utilizar el diagnóstico de enfermería en cualquiera de sus marcos de intervención ayudará a las enfermeras a darse cuenta de que **“a veces basan su atención en supuestos, más que en una evaluación completa”**

El análisis y la síntesis de la información requiere objetividad, deliberación, razonamiento y discriminación; siendo importante identificar los aspectos positivos, así como los problemas obvios o potenciales.

Nuestra tarea es entonces simplificar, afinar, extender, analizar, reestructurar y reestudiar e incluso refutar nuestros diagnósticos de enfermería, con el fin de que sean útiles a nivel de la práctica de todas las profesionales de enfermería al margen de sus áreas de actividad.

El objetivo principal de la evaluación, es mantener la actividad, la independencia y la estabilidad psicológica de los pacientes ancianos.

La valoración geriátrica integral es muy eficaz cuando está a cargo de un equipo interdisciplinario para poder establecer un plan asistencial efectivo. Los campos principales a evaluar en esta valoración geriátrica serían : la capacidad funcional, la salud física, la salud mental y cognitiva, y la situación socio-ambiental, ya que facilitan la comunicación de la información clínica entre los distintos profesionales de la salud para conocer los cambios en el anciano a través de su atención y del tiempo. Todo esto nos va a ayudar a prevenir enfermedades y discapacidades proporcionándose de acuerdo a las necesidades de cada paciente en particular, claro, aparte de otras acciones igualmente importantes.

Es particularmente significativo la utilización de las escalas de valoración geriátricas en la práctica médica cotidiana tanto del médico como de todo el equipo de salud que participa en la atención del anciano, desgraciadamente no todos las utilizan; y aunque no son esenciales para la evaluación geriátrica, la utilización de instrumentos fáciles de emplear y bien validados, que abarcan aspectos fundamentales de la evaluación, convierten el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

proceso en más fiable y mucho más sencillo, así nos podemos dar una idea de las perspectivas y necesidades del paciente y, de esta manera no lo etiquetaremos en un diagnóstico insuficiente y/o inadecuado, ya que se podrán identificar factores de riesgo de deterioro funcional, mental social, etc., se podrá conservar o recuperar la capacidad mental, se facilitará una terapéutica más acertada para evitar yatrogenias y se le brindará la atención necesaria para que tenga una calidad de vida aceptable, recuperando la función perdida y manteniendo la independencia el mayor tiempo posible.

Se encontraron serias limitaciones en cuanto a la cuestión ético – legal, en el trabajo comunitario, por lo que generalmente solo se pide el consentimiento de forma verbal en lo que respecta a la educación para la salud, en el que considero fundamentalmente importante, que en un futuro mediano, las instituciones educativas, estudiantes, etc. que intervienen en la educación para la salud en la comunidad, sean reglamentadas mucho más específicamente, con vías a proteger al paciente, familia y comunidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro Rosalinda Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía Practica 2ª edic. Doyma, Barcelona España 1995.
2. Bickley Lynn S. Propedéutica Médica de Bates 7ª edición McGraw – Hill Interamericana, México D. F. 2000
3. Bobath, Bertha Actividad Postural Refleja Anormal Causada por Lesiones Cerebrales ed. Med Panamericana Buenos Aires Argentina 1987
4. Campbell Claire Tratado de Enfermería Doyma Barcelona España 1990.
5. Capra, Fritjob La Trama de la Vida Edit Anagrama. Barcelona España 1998.
6. Carlson, J. H Craft, C. A. Diagnósticos de Enfermería Edit Pirámide 1982
7. Christensen JP, Griffith WJ. Proceso de Atención de Enfermería El Manual Moderno, México D. F. 1993
8. Echevarría Z. Santiago Guía de Diagnóstico y Tratamiento en Ortopedia y Traumatología IMSS México, D. F. 1997
9. El Arte y la Ciencia del Cuidado. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería Universidad Nacional Autónoma de Colombia Comité Editorial 2002.
10. Fernández Ferrín Carmen. El Proceso de Atención de Enfermería Estudio de Caso Edit. Masson, reimpresión 1999 Barcelona España.
11. González Mas Rafael Rehabilitación Médica de Ancianos Edit. Masson Barcelona España 1995
12. Ham Richard J. Atención Primaria en Geriatría 2ª edic. edit Doyma Madrid España 1995

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

13. Iyer Patricia W. Proceso de Enfermería v Diagnóstico de Enfermería 2ª edición Interamericana. McGraw – Hill, Madrid España 1993
14. Kozier, Erb y Olivieri Enfermería Fundamental Tomo I 4ª edic. Interamericana. Barcelona España 1993
15. Krusen Medicina Física y Rehabilitación 4ª edic. Edit Panamericana Madrid España 1993
16. Le Veau Barney Biomecánica del Cuerpo Humano edit. Trillas 1ª edic. México D. F. 1991
17. Lev General de Salud 16ª edición editorial Porrúa México, D. F. 2000
18. Marqués Jesús Lumbagos v Ciáticas edit JIMS 1ª edic Barcelona España 1984
19. Marriner Tomey Ann. Raile Allgood Modelos v Teorías de Enfermería Edit. Harcourt Madrid España 1999
20. Maslow Abraham H. Motivación y Personalidad. Editorial Díaz de Santos Madrid. España 1991
21. Maslow Abraham H. El Hombre Autorrealizado. Hacia una psicología del ser editorial Cairos México. D. F. 1988
22. Muller, Max; Alois, Halder Breve Diccionario Filosófico, Edit. Herbeg 1976
23. Rosales Barrera Susana Fundamentos de Enfermería 2ª edición, El Manual Moderno México D. F. 1999.
24. Runes Dagobert D. Diccionario Filosófico editorial Grijalbo México D. F. 1981
25. Sana Josephine M., Judge Richard D. Métodos para el Examen Físico en la Práctica de Enfermería 1ª edición en español O P S 1977.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

26. Skinner, Harry B. Diagnóstico y Tratamiento en Ortopedia Ed. El Manual Moderno México D. F. 1998
27. Staab Simón Ángela Enfermería Gerontológica Edit. McGraw - Hill Interamericana México D. F. 1998
28. Valls Perruelo Aiello Ortopedia v Traumatología El Ateneo 5ª edic. Buenos Aires Argentina 1990
29. Vander, J. J. Manual Clínico de Geriatría Ed. El Manual Moderno México D. F 1998.
30. Wesley Mary Teorías y Modelos de Enfermería. Edit. McGraw - Hill Interamericana México D. F. 1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SECCIÓN DE APOYO SOCIAL: Ahora, algunas preguntas acerca de su familia y amigos

4. ¿Cuál es su estado civil?
 1. casado 2. separado ó divorciado 3. soltero 4. viudo (fecha) _____ ()
5. ¿Quién vive con usted? (MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS)
 1. conyuge 2. otro familiar o amigo 3. vida comunitaria 4. asilo 5. solo () y () y ()
6. ¿Está usted satisfecho con la frecuencia con que ve a sus familiares, o bien cree usted que los ve muy poco?
 1. satisfecho (PASE A LA S) 2. insatisfecho (PASE AL INCISO A) ()
- A. Le gustaría participar en alguna actividad social en su parroquia, en su colonia o tal vez en el INSEN?
 1. asiste 2. sí 3. no ()
7. Si usted se encontrase enfermo o inválido, ¿cuenta con alguien que pueda hacerse cargo directamente de su atención? (ESPECIFIQUE POR EJEMPLO: bancario, cambiario, alimentario, etc.) 1. sí (PASE a C) 2. no (PASE a A) ()
- A. ¿Tiene usted al menos alguien que pueda cuidarlo por poco tiempo? 1. sí (PASE a C) 2. no (PASE a B) ()
- B. ¿Hay alguien que pueda cuidarlo de vez en cuando? 1. sí (PASE a C) 2. no (PASE a C) ()
- C. ¿A quién podemos llamar en caso de emergencia? (NOMBRE Y TELÉFONO) _____
-

SECCIÓN FINANCIERA: Las siguientes preguntas son acerca de sus gastos y problemas relacionados.

8. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación? ()
3. Mis gastos son tales que no puedo cubrirlos (PASE a A)
2. Me resulta difícil cubrir mis gastos (PASE a A)
1. No tengo problemas financieros.
- A. ¿De qué manera o de quién recibe usted ayuda? _____
9. Semántica (1 minuto) animales del mar, la tierra, domésticos, etc.
10. Fonología (1 minuto) no apellidos, nombres de ciudades, ni similares
11. Pruebas cognitivas: dibuje un reloj marcando todos los números y colocando las manecillas a las 12:45 hrs.

<p style="text-align: center;">TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>
--

EVALUACIÓN DE LA MARCHA Y EL BALANCE DE TINNETTI

Instrucciones: El sujeto debe estar sentado en una silla rígida y sin brazos. A partir de tal postura se evalúan:

		BALANCE	1°.	2°.	3°.
1. Balance sentado:	Se va de lado o resbala = 0 Firme y seguro = 1				
2. Levantarse:	Incapaz sin ayuda = 0 Capaz sin brazos = 2 Capaz pero usa brazos = 1				
3. Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda = 0 Capaz a la primera = 2 Capaz en mas de un intento = 1				
4. Balance inmediato total al levantarse (5 seg.)	Inestable (vacila, mueve los pies) = 0 Estable pero c/ apoyo físico = 1 Estable sin ningun apoyo = 2				
5. Balance de pie	Inestable = 0 Estable pero con amplia base de sustentación (>10 cm) o apoyo físico = 1 Estable con base normal de sustentación = 2				
6. Empujón (con el sujeto con los pies juntos, el examinador empuja con la palma de la mano sobre el esternón 3 veces)	Comienza a caer = 0 Se tambalea pero se recupera = 1 Está firme = 2				
7. Ojos cerrados (misma posición)	Inestable = 0 Estable = 1				
8. Giro de 360 grados	pasos irregulares = 0 inestable = 1 pasos uniformes = 1 estable = 1				
9. Al sentarse	inseguro (juzga mal la distancia, se deja caer) = 0 usa los brazos o está inseguro = 1 Seguro, baja con suavidad = 2				
SUBTOTAL BALANCE / 16					

MARCHA

Instrucciones: El sujeto se pone de pie con el examinador, camina a lo largo del corredor o atraviesa el cuarto, primero a "su paso", de regreso "rápido" pero con precaución (usando su apoyo habitual)

10. Inicio de la marcha (inmediatamente luego de decirle "sale")	Duda o intenta "arrancar" mas de una vez = 0 No titubea = 1				
11. Longitud y elevación del paso:					
a. Balance de pie derecho	No rebasa al pie izquierdo = 0 El pie der. No deja el piso = 0 No rebasa al pie derecho = 0 El pie izq. No deja el piso = 0	Rebasa al pie izquierdo = 1 El pie derecho deja el piso = 1 Rebasa al pie derecho = 1 El pie izquierdo deja el piso = 1			
b. Balance del pie izquierdo					
12. Simetría en los pasos entre izq. y der.	Desigual = 0 Uniforme = 1				
13. Continuidad en los pasos:	Discontinuos = 0 Parecen continuos = 1				
14. Rumbo:	Marcada desviación = 0 Derecho sin auxilio = 2 Desviación moderada o se apoya = 1				
15. Tronco:	Balance marcado o usa apoyo físico = 0 No balanceo, no flexión = 2 No hay balance pero flexiona rodillas o duro o separa los brazos = 1				
16. Base de sustentación:	Talones separados = 1 Talones se tocan al caminar = 0				
SUBTOTAL MARCHA / 12			()	()	()
TOTAL			()	()	()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE DE KATZ. EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

1. BAÑO: ESPONJA REGADERA O TINA

No recibe asistencia.(puede entrar y salir de la tina es su medio usual de baño)

() () () ()

Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (como espalda o pierna)

() () () ()

Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte

() () () ()

2. VESTIDO: Que pueda tomar del closet o los cajones la ropa, incluyendo la ropa interior, vestido y que se pueda abrochar,

Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia

() () () ()

Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y arreglar su ropa o en el uso del pañal o comodo

() () () ()

Que no vaya al baño

() () () ()

3. IR AL BAÑO: Ir al baño, limpiarse y arreglar su ropa.

sin ninguna asistencia(puede utilizar algún objeto de soporte como baston o silla de ruedas y/o que pueda manejar por si mismo el pañal o comodo vaciándolo el mismo

() () () ()

Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y arreglar su ropa o en el uso del pañal o comodo

() () () ()

Que no vaya al baño

() () () ()

4. TRANSFERENCIAS

Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un objeto de soporte)

() () () ()

Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia

() () () ()

Que no pueda salir de la cama

() () () ()

5. CONTINENCIA

Control total de esfínteres

() () () ()

Que tenga accidentes ocasionales

() () () ()

Necesita ayuda para la supervisión del control de esfínter utiliza sonda o incontinente

() () () ()

6. ALIMENTACIÓN

Que se alimente por si sólo sin asistencia alguna

() () () ()

Que se alimente solo y que tenga asistencia solo para cortar la carne o untar mantequilla.

() () () ()

Que reciba asistencia en alimentación o que se alimente parental o totalmente por via enteral o parenteral.

() () () ()

CALIFICACIÓN KATZ:

TOTAL

1 ()

2 ()

3 ()

1) INDEPENDENCIA EN ALIMENTACIÓN, CONTINENCIA TRANSFERENCIAS, IR AL BAÑO, VESTIRSE, BAÑARSE

2) INDEPENDENCIA EN TODAS LAS FUNCIONES MENOS UNA

3) INDEPENDIENTE EN TODO MENOS BAÑARSE Y OTRA FUNCIÓN ADICIONAL

4) INDEPENDENCIA EN TDO MENOS BAÑARSE, VESTIRSE Y OTRA FUNCIÓN ADICIONAL.

5) DEPENDENCIA EN EL BAÑO, VESTIDO, IR AL BAÑO Y OTRA FUNCIÓN ADICIONAL.

6) DEPENDENCIA EN EL BAÑO, VESTIDO, IR AL BAÑO TRANSFERENCIA Y OTRA FUNCIÓN ADICIONAL

7) DEPENDIENTE TOTAL EN LAS SEIS FUNCIONES

8) DEPENDENCIA EN DOS FUNCIONES PERO QUE NO CLASIFICAN EN C.D.E.F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LAWTON

	1*	2*	3*
A. Capacidad para usar el teléfono			
1 opera por iniciativa propia, marca sin problemas	1	_____	_____
2 marca unos cuantos numeros bien conocidos	1	_____	_____
3 contesta el telefono pero no llama	1	_____	_____
4 no usa el telefono	0	_____	_____
B. Compras			
1 vigila sus necesidades independientemente	1	_____	_____
2 hace independientemente solo pequeñas compras	0	_____	_____
3 necesita compañía para cualquier compra	0	_____	_____
4 incapaz de cualquier compra	0	_____	_____
C. Cocina			
1 planea, prepara y sirve los alimentos correctamente	1	_____	_____
2 prepara los alimentos, solo si se le provee de lo necesario	0	_____	_____
3 calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada	0	_____	_____
4 necesita que le preparen los alimentos	0	_____	_____
D. Cuidado del hogar *			
1 mantiene la casa solo o con ayuda minima	1	_____	_____
2 efectua diariamente trabajo ligero eficientemente	1	_____	_____
3 efectua diariamente trabajo ligero sin eficiencia	1	_____	_____
4 necesita ayuda en todas las actividades	1	_____	_____
5 no participa	0	_____	_____
E. Lavandería *			
1 se ocupa de sus ropas independientemente	1	_____	_____
2 lava solo pequeñas cosas	1	_____	_____
3 todo se lo tienen que lavar	0	_____	_____
F. Transporte			
1 se transporta solo	1	_____	_____
2 se transporta solo, unicamente en taxi pero no puede usar otros recursos	1	_____	_____
3 viaja en transporte colectivo acompañado	1	_____	_____
4 viaja en taxi o en colectivo pero acompañado	0	_____	_____
5 no sale	0	_____	_____
G. Medicación			
1 es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas	1	_____	_____
2 se hace responsable solo si le preparan por adelantado	0	_____	_____
3 es incapaz de hacerse cargo	0	_____	_____
H. Finanzas			
1 Maneja sus asuntos independientemente	1	_____	_____
2 solo puede manejar lo necesario para pequeñas compras	0	_____	_____
3 es incapaz de manejar el dinero	0	_____	_____
TOTAL	1 ()	2 ()	3 ()

*Cuenta en sexo masculino sólo si vive solo

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

	1° si/no	2° si/no	3° si/no
1. ¿ESTA USTED SATISFECHO CON SU VIDA? *	— —	— —	— —
2. ¿HA ABANDONADO USTED MUCHOS DE SUS INTERESES Y ACTIVIDADES?	— —	— —	— —
3. ¿SIENTE USTED QUE SU VIDA ESTA VACÍA?	— —	— —	— —
4. ¿SE ABURRE USTED CON FRECUENCIA?	— —	— —	— —
5. ¿TIENE USTED ESPERANZAS EN EL FUTURO? *	— —	— —	— —
6. ¿ESTA USTED MOLESTO POR PENSAMIENTOS QUE NO PUEDE ALEJAR DE SU MENTE	— —	— —	— —
7. ¿ESTA USTED DE BUEN HUMOR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO? *	— —	— —	— —
8. ¿TIENE USTED MIEDO DE QUE ALGO LE VAYA A SUCEDER?	— —	— —	— —
9. ¿SE SIENTE USTED CONTENTO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO? *	— —	— —	— —
10. ¿SE SIENTE USTED FRECUENTEMENTE DESAMPARADO?	— —	— —	— —
11. ¿SE SIENTE USTED INTRANQUILO Y SERVOSO CON FRECUENCIA?	— —	— —	— —
12. ¿PREFIERE USTED QUEDARSE EN CASA EN VEZ DE SALIR Y HACER COSAS NUEVAS?	— —	— —	— —
13. ¿SE PREOCUPA USTED FRECUENTEMENTE POR EL FUTURO?	— —	— —	— —
14. ¿CREE USTED QUE TIENE MAS PROBLEMAS CON SU MEMORIA QUE LOS DEMAS?	— —	— —	— —
15. ¿CREE USTED QUE ES MARAVILOSO ESTAR VIVO AHORA? *	— —	— —	— —
16. ¿SE SIENTE USTED DESANIMADO Y TRISTE CON FRECUENCIA?	— —	— —	— —
17. ¿SIENTE USTED QUE NADIE LO APRECIA?	— —	— —	— —
18. ¿SE PREOCUPA USTED MUCHO POR EL PASADO?	— —	— —	— —
19. ¿CREE USTED QUE LA VIDA ES MUY EMOCIONANTE? *	— —	— —	— —
20. ¿LE ES DIFICIL A USTED COMENZAR CON NUEVOS PROYECTOS?	— —	— —	— —
21. ¿SE SIENTE USTED LLENO DE ENERGIA? *	— —	— —	— —
22. ¿SIENTE USTED QUE SU SITUACION ES DESESPERANTE?	— —	— —	— —
23. ¿CREE USTED QUE LOS DEMAS ESTAN EN MEJORES CONDICIONES QUE USTED?	— —	— —	— —
24. ¿SE MOLESTA USTED CON FRECUENCIA POR COSAS SIN IMPORTANCIA?	— —	— —	— —
25. ¿TIENE USTED GANAS DE LLORAR CON FRECUENCIA?	— —	— —	— —
26. ¿TIENE USTED PROBLEMAS PARA CONCENTRARSE?	— —	— —	— —
27. ¿DISFRUTA USTED AL LEVANTARSE POR LAS MAÑANAS? *	— —	— —	— —
28. ¿PREFIERE USTED EVITAR LAS REUNIONES SOCIALES?	— —	— —	— —
29. ¿ES FACIL PARA USTED EL TOMAR DECISIONES? *	— —	— —	— —
30. ¿ESTA SU MENTE TAN CLARA COMO SOLIA ESTAR ANTES? *	— —	— —	— —

TOTAL

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE DESNUTRICIÓN EN ANCIANOS.

Marque la respuesta que corresponda al estado de la persona:

Es muy delgada (o) _____	Si	2
	No	0
Ha perdido peso en el curso del último año _____	Si	1
	No	0
Sufre de artritis con repercusión en su funcionalidad global _____	Si	1
	No	0
Incluso con anteojos, su visión es _____	Buena	0
	Media	1
	Mala	2
Tiene buen apetito _____	Con frecuencia	0
	A veces	1
	Nunca	2
Ha vivido recientemente algún acontecimiento que le ha afectado profundamente (enfermedad personal, pérdida de un familiar) _____	Si	0
	No	1

La persona come habitualmente:

Fruta o jugo de frutas _____	Si	0
	No	1
Huevos, queso, mantequilla o aceite vegetal _____	Si	0
	No	1
Fortilla, pan o cereal _____	Si	0
	No	1
Leche (1 vaso o más de ¼ de taza en el café) _____	Si	0
	No	1

TOTAL

Calificación	Riesgo nutricional	Recomendaciones
6-13	Elevado	Auxilio para la preparación de las comidas y colaciones y consulta con un profesional de la nutrición. Aplique MNA
3-5	Moderado	Supervisión constante de la alimentación (seguimiento para informarse regularmente, aconsejar y animar) aplique MNA
0-2	Bajo	Vigilancia en cuanto a la aparición de un factor de riesgo (cambio de situación, baja ponderal)

Fuente: Payette, H et al. Prediction of dietary intake in a functionally dependent elderly population in the community. Am J Publ Health. 8565:677-683, 1995

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

RIESGO A ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Condición Física:	Puntaje	Puntos del paciente
Buena	4	
Regular	3	
Pobre	2	
Muy mala	1	
Condición mental:		
Alerta	4	
Apático	3	
Confuso	2	
Estuporoso	1	
Actividad:		
Ambulatorio	4	
Camina con ayuda	3	
En silla de ruedas	2	
Acostado	1	
Movilidad:		
Completa	4	
Ligera limitación	3	
Muy limitado	2	
Inmóvil	1	
Incontinencia:		
Ninguna	4	
Ocasional	3	
Usual/orina	2	
Doble/Heces y Orina	1	

TOTAL: _____

NOTA: Menos de 14 puntos = Riesgo inminente de ulceración.
 Mas de 14 puntos = No hay riesgo de ulceración.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN