



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MUJER CON ALTERACIONES NEUROMUSCULARES DE
MIEMBROS PÉLVICOS, EN PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA CON EL MODELO DE OREM

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

MARÍA DEL CARMEN TOVAR MONCADA

DIRECTORA DEL TRABAJO

M.EN ENF. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ

MÉXICO D.F.

2004



ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTOS

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Ma del Carmen

Lover Naucaida

FECHA: 09-08-04

FIRMA: [Firma manuscrita]

A la maestra Ostiguín
Por ser ejemplo a seguir
A mi esposo
Por su apoyo incondicional
A mi mamá y a mi hermana
Por su apoyo solidario
A mi familia
GRACIAS

INDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	4
1. OBJETIVOS	5
2. METODOLOGÍA DE TRABAJO	6
3. MARCO REFERENCIAL	7
3.1 Teoría General del Déficit de Autocuidado	7
3.1.1. Teoría del Autocuidado	8
3.1.2. Teoría del Déficit del Autocuidado	12
3.1.3. Teoría de Sistemas de Enfermería	13
3.2 Proceso Atención de Enfermería	17
3.3 Fisiopatología de la periostitis tibial	20
3.4 Fisiopatología de la fascitis plantar	21
3.5 Higiene y salud en la mujer deportista	21
4. CASO CLÍNICO	23
4.1 Descripción del caso	23
4.2 Valoración	24
Historia Clínica de Enfermería	24
Interrogatorio clínico de Enfermería	24
Exploración física de Enfermería deportiva	26
4.3 Diagnósticos de Enfermería	27
4.4 Plan de Cuidados	28
4.5 Evaluación	33
5. CONCLUSIONES	42
6. SUGERENCIAS	43

BIBLIOGRAFÍA	44	
ANEXO 1	Guía de historia clínica en Enfermería deportiva	45
ANEXO 2	Guía de exploración física en Enfermería deportiva	61
ANEXO 3	Formato de cuadros de evaluación	67

INTRODUCCIÓN

La profesionalización de la Enfermería exige mayores compromisos y retos de las enfermeras que se encuentran laborando; no solo con cursos monográficos, sino además, con la incursión de niveles académicos como la licenciatura, que con el desempeño diario favorece el establecimiento de nuevas y mejores formas de hacer Enfermería.

A través de la práctica se logran conjuntar las habilidades, los conocimientos, capacidades y competencias que definirán al profesional de la Enfermería. En este sentido, se observa el presente Proceso Atención de Enfermería como una huella más del camino a seguir recorriendo con la finalidad de profesionalizar nuestra práctica cotidiana y lograr el reconocimiento del gremio en la sociedad.

El estudio se realizó en el Centro Nacional de Rehabilitación (CNR), captando al cliente en el área de medicina deportiva. Se eligió esta área de Medicina Deportiva debido a que es poco abordada, desde la perspectiva de Enfermería.

El actuar en el campo deportivo como promotora de la salud, es determinante en algunos países como España por ejemplo, donde esta profesional puede atender lesiones deportivas o prevenir la presencia de estados mórbidos; sin embargo, en nuestro país el campo no es plenamente reconocido por las enfermeras mismas, en un intento de participar en este escenario se desarrolla cuidado de Enfermería a partir del Proceso Atención de Enfermería y de la Teoría General del Déficit de Autocuidado considerando que sus principios sustentan una intervención de Enfermería que permitirá mantener equilibrio en la salud.

De este modo, el trabajo se organiza presentando la fundamentación teórica, en segundo lugar la metodología empleada desde la valoración, la emisión de diagnósticos enfermeros hasta el plan de cuidados; y en tercer lugar se hace una propuesta de evaluación con cuadros que muestran el impacto de las intervenciones, y por último, conclusiones y sugerencias.

1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ↓ Proporcionar cuidados de Enfermería a una mujer con alteraciones neuromusculares de miembros pélvicos privilegiando la agencia de autocuidado para la práctica del deporte.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- ↓ Demostrar el impacto de las intervenciones de la licenciada en Enfermería observando una metodología específica (PAE) y una corriente teórica orientadora (Modelo de Orem).

2. METODOLOGÍA DE TRABAJO

Se seleccionó a esta usuaria de los servicios de rehabilitación, por el hecho de ser una mujer joven (24 años de edad) que acudió a valoración porque ha tenido un dolor en la región anterior de ambas piernas y en la planta de ambos pies, practica deporte, y no tuvo ninguna orientación por parte de su entrenador al respecto. Y durante las primeras pláticas se observó empatía y confianza recíproca. En las siguientes reuniones se solicitó su consentimiento para el seguimiento metodológico de su caso y acordando citas posteriores mensuales en su hogar, o en el Centro Nacional de Rehabilitación en caso necesario.

El total de visitas realizadas al hogar fueron 8, aproximadamente una cada 15 días. En cambio, las reuniones en el Centro Nacional de Rehabilitación (CNR) ascendieron al número de 4 al mes, con duración de 10 sesiones cada visita, esto, por ser necesario equipo de terapia física.

Se estableció como parte inicial la aplicación de las guías diseñadas por la autora específicamente para la evaluación en el área deportiva, para obtener dos documentos, uno es el interrogatorio clínico de Enfermería (ver anexo 1) y el segundo es la exploración física de Enfermería (ver anexo 2). Ambos con el modelo de Orem.

Una vez aplicados estos documentos se obtuvieron los datos que permitieron formular los diagnósticos de Enfermería en base al formato P.E.S. (Problema, Etiología y Sintomatología), se priorizan, y se especifican diagnósticos potenciales.

A continuación se realizó la planeación de las Intervenciones de Enfermería en conjunta participación con la agente de autocuidado, para determinar sobretodo, tiempos de trabajo. Por último, se realizó la evaluación, que se presentan en cuadros de concentración.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Generalidades

La economía de los cuidados de salud y la marea creciente del consumismo en los cuidados de salud dan nuevo significado a que las enfermeras deben considerar cuidadosamente qué papel deberían desempeñar con el paciente. Con frecuencia, una intervención enérgica: actuar por los pacientes, es inadecuada, minando su motivación para cuidar de sí mismos cuando tienen la capacidad necesaria para hacerlo. Esto puede ser no sólo un enfoque no terapéutico, sino invadir la intimidad personal y amenazar la dignidad del individuo. Algunos cuidados de Enfermería pueden presentarse mejor en forma de educación y de apoyo, enseñanza o guía del paciente en las medidas de autocuidado.

Debe resaltarse el concepto que de Enfermería tiene la autora de esta teoría, que a continuación se expone:

ENFERMERÍA. Tiene responsabilidades en la satisfacción de las necesidades individuales, a través de medidas de autocuidado, provisión y dirección de satisfacciones sobre una base continua, para mantener la vida y la salud, recuperarse de las enfermedades o agresiones y hacer frente a sus efectos. Orem presenta tres ideas teóricas: el autocuidado, la deficiencia del autocuidado y el sistema de Enfermería. (Morán, 1993. p.134

En los campos ético, legal y profesional, las enfermeras deben actualmente reflejar de forma minuciosa lo que planifican, hacen y finalmente evalúan. El modelo de Orem facilita esto de forma efectiva, abordando los déficits de autocuidado en las diversas etapas de la vida.

De acuerdo a Cavanagh (1993) Orem considera su Teoría sobre el Déficit de Autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas: (1) la teoría del autocuidado (describe y explica el autocuidado); (2) la teoría del déficit

del autocuidado (describe y explica las razones por las que la enfermera puede ayudar a las personas), y (3) la teoría de los sistemas de Enfermería (describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que se dé la Enfermería). Los conceptos principales de esta teoría se exponen a continuación.

3.1.1. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

El hombre es un organismo psicosomático con potencialidades racionales. Como organismo biológico, existe y responde a su entorno. Como ser racional, formula propósitos y actúa sobre sí mismo, sobre los demás y sobre su ambiente. Por tanto, el autocuidado es una contribución del adulto a su propia existencia. El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. (Cavanagh, 1993).

Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar. Recapitulando, en su aspecto más sencillo, el autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto "auto" como la totalidad de un individuo, incluyendo no sólo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto "cuidado" como la totalidad de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (Orem, 1991, citada por Cavanagh, 1993).

Requisitos de Autocuidado. Esenciales para el modelo son los requisitos de autocuidado, no sólo como componentes principales del modelo, sino como una parte indispensable en la valoración del agente. Estos requisitos identificados por Orem son esenciales para el logro del autocuidado. Hay tres categorías de

autocuidado: universal, de desarrollo y de desviación de la salud. La totalidad de las acciones necesarias de autocuidado se denomina demanda terapéutica.

Los requisitos del autocuidado son la expresión de los objetivos que se han de alcanzar, de los resultados que se desea obtener del compromiso deliberado con el autocuidado. Son los medios para llevar a cabo las acciones que constituyen el autocuidado. Se desglosan en tres categorías: universales, de desarrollo y de desviación a la salud. (Eben, 1988).

Requisitos de Autocuidado UNIVERSAL: Son comunes para todos los seres humanos, están relacionados con los procesos de vida, mantenimiento de la integridad de la estructura y el funcionamiento humano. Por tanto, abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Comprende las siguientes categorías:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).

Los problemas que ocurren en estas áreas podrían conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida. Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la

maduración humanas. Cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado o la asistencia dependiente organizada en torno a los requisitos universales, fomenta positivamente la salud y el bienestar. (Orem, citada por Eben, 1998).

Requisitos de Autocuidado de DESARROLLO. Antes de 1980, Orem incluye esta categoría dentro del autocuidado, en la segunda edición del *Nursing: Concepts and practice*. En general, promueven procedimientos para el mantenimiento de las condiciones para apoyar los procesos de vida y desarrollo humano, considera el apoyo a los estadios de desarrollo y el cuidado preventivo en las condiciones adversas que lo afectan: por ejemplo, la pérdida de seres queridos, posesiones y trabajo entre otros. En particular, algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo –es decir, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración-. Este grupo de requisitos de autocuidado se asocia con etapas específicas del desarrollo, como el ser un neonato (Cavanagh, 1991).

En tales etapas debe prestarse especial atención a aspectos del cuidado necesarios para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo en cada etapa.

Las etapas específicas de desarrollo incluyen:

1. Vida intrauterina y nacimiento.
2. Vida neonatal.
3. Lactancia.
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
5. Etapas de desarrollo de la edad adulta.
6. Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

Requisitos de Autocuidado en la DESVIACIÓN DE LA SALUD. Orem dice que la enfermedad o lesión afecta al funcionamiento humano integrado además de las

estructuras psicológicas y fisiológicas. Esta afectación resta capacidad al individuo de acción en forma temporal o permanente, malestar y frustración de la asistencia médica recibida. Una vez afectados, los individuos deben ser capaces de aplicar los conocimientos necesarios oportunos para su propio cuidado para aplicar ésta teoría en particular. (Orem, citada por Eben, 1988).

Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades, o está recibiendo cuidados médicos. Bajo estas circunstancias, el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados de la salud: (Morán, 1993)

1. Buscar asistencia médica apropiada en condiciones de enfermedad.
Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o a agentes físicos y biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos, o cuando hay indicios de condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que se sabe que producen patología humana o están asociadas a ésta.
2. Atender los efectos de la enfermedad.
Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo, y atender a ellos.
3. Administrar correctamente las dosis de los medicamentos indicados.
Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas, y de rehabilitaciones médicamente prescritas, dirigidas a la prevención, de tipos específicos de patología, a la propia patología, a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades.
4. Identificar los efectos de los medicamentos prescritos. Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o

prescritas por el médico, incluyendo su influencia sobre el desarrollo, y atender a dichos efectos y regularlos.

5. Aceptar la necesidad del cuidado de salud.

Modificación del autoconcepto (y autoimagen) aceptándose uno mismo como un ser con un estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidado de salud.

6. Alterar el estilo de vida para promover el desarrollo personal, mientras se viven los efectos de la enfermedad y la prescripción de medicamentos.

Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos, y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal continuado.

3.1.2. TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Aparte la necesidad diaria y natural de sobrevivir, desde muchos puntos pueden producirse demandas adicionales sobre la capacidad de un individuo de cuidarse a sí mismo. La enfermedad crónica o aguda, o la experiencia de un trauma emocional pueden requerir que la persona emprenda nuevas medidas para cuidar de sí misma o solicitar ayuda de otros. Los individuos pueden tener diversas capacidades de responder a las demandas que se les hacen para realizar las actividades de autocuidado. Es probable que las personas sanas, que controlan su vida sin sufrir enfermedades o sin la ayuda de otros, satisfagan todas sus necesidades diarias de autocuidado. Las personas que tienen una enfermedad o patología, que han experimentado suficientemente las capacidades de autocuidado pueden tener sólo una capacidad limitada para satisfacer sus necesidades de autocuidado. (Cavanagh, 1993).

Los seres humanos tenemos una gran capacidad de adaptación a cambios producidos por nosotros mismos o en el entorno, pero puede darse la situación en que la respuesta sea inadecuada o incompleta para responder a los cambios. En

una situación así, la persona requiere ayuda, y ésta puede provenir de varias fuentes, incluyendo a la familia, los amigos y los profesionales de Enfermería.

AGENCIAS DE CUIDADO. Agente de autocuidado es quien proporciona el autocuidado. Orem utiliza la palabra agente (quien otorga un cuidado o una agencia) para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica, por ejemplo, cuando una persona realiza su propio cuidado se le considera agente de autocuidado. (Cavanagh, 1993).

En cambio, cuando unas personas cuidan de otras se denomina agencia de cuidado dependiente; puede darse comúnmente de adultos a niños o a adolescentes, haciendo énfasis en satisfacer o modificar los requisitos de autocuidado universal, de desarrollo o de desviación de la salud.

Incluso la enfermera puede utilizar este tipo de cuidados, usando la agencia de Enfermería pertinente, en este caso, se le llamará agencia de cuidado terapéutico, ya que es capaz de proporcionar autocuidado utilizando elementos tecnológicos aplicables, bajo una tutela ética y observando el déficit de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción no son operativas o adecuadas para conocer o identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico. (Orem, citada por Eben, 1988).

3.1.3 TEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Un elemento más incluido dentro de la atención del profesional en Enfermería se refiere al sistema de Enfermería, cuyo diseño incluye las siguientes tareas:

1. Crear un sistema de relaciones para satisfacer los requerimientos de autocuidado, ahora y en el futuro.
2. Especificar el momento y la duración del contacto enfermera – paciente y las razones para él.

3. Identificar las contribuciones de la enfermera y del paciente en la satisfacción de las demandas de autocuidado asegurando que:
 - a) Hay una rutina de tareas de autocuidado y una secuencia temporal para completarlas.
 - b) Hay una regulación de la participación del paciente en su propio autocuidado.
 - c) El paciente desarrolla un interés en su propio autocuidado y el deseo de cuidar de sí mismo.
 - d) El paciente desarrolla, perfecciona o domina las capacidades de autocuidado existentes.
 - e) El paciente desarrolla nuevas aptitudes y habilidades para satisfacer las necesidades de autocuidado, sin desarrollar nuevas limitaciones.

Toman en cuenta que Enfermería es la acción realizada por las enfermeras en beneficio de otros para alcanzar objetivos de salud específicos. Una vez que la enfermera ha establecido que existe la situación de enfermería, es extremadamente importante la forma en que organiza sus esfuerzos y aborda el cuidado del paciente. La manera y el contexto en los que la enfermera y el paciente interactúan es denominado sistema de Enfermería. (Cavanagh, 1993).

Los elementos básicos que constituyen dicho sistema son:

1. La enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con los familiares y amigos.

Todos los sistemas de Enfermería tienen varias cosas en común, en particular se encuentran:

1. Las razones para tener una relación de Enfermería deben estar claramente establecidas.
2. Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados.

3. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de Enfermería.
4. Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados a la salud.
5. Debe estimarse la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de Enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. (Cavanagh, 1993).

1. Totalmente compensatorio. Es el tipo de sistema que se requiere cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Cuando el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que él pueda reanudar su propio cuidado, en caso de ser posible o se haya adaptado a cualquier deficiencia. Aquí, el papel de la enfermera está encaminado a compensar las incapacidades para el autocuidado que pueda tener el paciente y apoyar y proteger al paciente mientras le proporciona un entorno apropiado para promover las capacidades de autocuidado restantes y reforzar el desarrollo de otras nuevas.

2. Parcialmente compensatorio. Aquí no es requerida la misma intensidad y amplitud de la intervención de Enfermería en comparación con el sistema totalmente compensatorio; sin embargo, aunque la enfermera compensa el cuidado el paciente se encuentra más implicado en la toma de decisiones y de acciones. La enfermera realiza algunas medidas de autocuidado por el paciente, compensa cualquier limitación del autocuidado que pueda tener el paciente y ayuda al paciente según se requiera. Se incluyen algunas responsabilidades del paciente como realizar algunas medidas de autocuidado por sí solo en la medida de lo posible bajo ayuda y supervisión de la enfermera y la capacidad de aceptar

cuidados y ayuda por parte del equipo de Enfermería cuando sea apropiado y necesario.

3 .De apoyo educativo. Este sistema es apropiado cuando el paciente es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de Enfermería, incluyendo a veces sólo motivarlo. En este sistema la enfermera requiere de enseñar al paciente, o modificar su entorno para ayudar al aprendizaje, reduciendo en lo posible las distracciones innecesarias. Su papel puede ser de consultora ofreciendo información periódica o de actualización, regulando la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado, mientras que el propio paciente realiza su autocuidado (Cavanagh, 1993).

La Enfermería se ha definido en términos de funciones o de roles. En la práctica de la Enfermería, los roles se pueden dividir en dos áreas: funciones independientes y funciones interdependientes.

Funciones independientes

Las funciones independientes son aquellas actividades consideradas dentro del campo diagnóstico y de tratamiento de la Enfermería (Iyer, 1995). Estas acciones no necesitan una indicación del médico.

Se incluyen las siguientes:

1. Valoración del cliente o la familia mediante la exploración física para determinar el estado de salud, dejando constancia en el expediente clínico.
2. Diagnóstico de las respuestas que necesitan actuaciones específicas de Enfermería.
3. Identificación de las actuaciones de Enfermería que mantengan o restablezcan la salud.
4. Ejecución de las medidas diseñadas para motivar, guiar, apoyar, aconsejar o enseñar al cliente e incluso a la familia.

5. Consulta con otros miembros del equipo de salud cuando es necesario y es permitido por las leyes sobre la práctica de enfermería de cada país.
6. Evaluación de la respuesta del cliente a las actuaciones del profesional de enfermería y de todo el equipo de salud.
7. Participación con los usuarios y con los prestadores del sistema de salud en la mejora de la atención.

Funciones interdependientes

Las funciones interdependientes del profesional de Enfermería son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo sanitario (Iyer, 1995). Es importante señalar que cada Estado tiene definida de forma legal la práctica de la enfermería en su ley de la práctica del profesional de enfermería. La práctica de la Enfermería ha sido definida por los dirigentes de Enfermería, por las organizaciones profesionales según la función en componentes independientes e interdependientes.

3.2 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas que integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de Enfermería.

Concepto

El PAE (Proceso Atención de Enfermería) (Alfaro,1995) es un sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo a través del cual el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Básicamente, el PAE, es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de Enfermería individualizados, que se centra en la identificación y

tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos y en sus alteraciones de salud reales o potenciales (Alfaro, 1995).

Objetivo

Proporcionar un sistema dentro del cual se pueden cubrir las necesidades individuales del cliente, la familia y la comunidad. Es una relación de interacción entre el cliente y la enfermera, donde el cliente es el centro de atención, dando lugar a una asistencia individualizada. El PAE valida las observaciones y fundamenta sus acciones, dando pauta a los clientes a enfrentar a los cambios del estado de salud. (Alfaro, 1995)

Organización

Está organizado con cinco fases identificables, interrelacionadas y correlativas. Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación.

1. Valoración

Es la primera fase del PAE donde se obtiene la información relacionada con el cliente, identificando necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente o de la comunidad. La organización de estos datos es sistemática siguiendo los pasos de la entrevista, la exploración física, resultados de estudios y otras fuentes registradas en la historia de Enfermería.

2. Diagnóstico

Aquí se observan el análisis e interpretación de datos de forma crítica y la identificación de los diagnósticos de Enfermería que proporcionan un foco central para todo el proceso, estos diagnósticos de Enfermería son un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.

DEFINICIÓN ESTRUCTURAL DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Uno de los caminos más sencillos para comprender el concepto de diagnóstico enfermero es identificándolos. Para construir las ideas antes expuestas se

considera cómo puede aparecer un diagnóstico enfermero en diferentes formatos de registro. Hay tres componentes esenciales en un diagnóstico enfermero; y cumplen el formato PES. Estos tres componentes son:

1. Problema de salud. (P).
2. Factores etiológicos o relacionados (E).
3. Características definitorias o serie de signos y síntomas (S).

Esto no significa que cada vez que se escriba un diagnóstico enfermero éste deba contener una larga lista de todos los signos y síntomas. Éstos están documentados sólo la primera vez que se diagnostica la situación. Después todas las observaciones se registran en las notas de evolución.

3. Planeación

Desarrollo de estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados y establecidos de antemano en el diagnóstico de Enfermería. La fase consta de varias etapas:

- a. Jerarquizar los problemas de acuerdo a la prioridad de los diagnósticos.
- b. Determinar los resultados (metas) con el cliente de acuerdo a cada problema.
- c. Realizar las prescripciones de Enfermería por escrito, para alcanzar los resultados propuestos.
- d. Registrar diagnósticos de Enfermería, actuaciones enfermeras y los resultados de manera organizada en el plan de cuidados.

4. Ejecución

Representa el inicio y el fin de las acciones necesarias para conseguir los resultados planeados con antelación, a través de la comunicación del plan a todas las personas que participan en él, ya sea el equipo de atención a la salud e incluso el propio cliente. Cabe mencionar que aún en ésta etapa se siguen recolectando datos, así como el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados

dentro del trabajo administrativo de la enfermera a través de los cuales a futuro se llevará a cabo la evaluación del trabajo.

5. Evaluación

Es la última fase del PAE, aunque se considera como un proceso continuo que determina el grado en que se ha trabajado tomando como parámetros los objetivos iniciales; cabe señalar que el orden no es completamente estático, ya que los datos de la evaluación pueden fortalecer las etapas previas. (Alfaro, 1995)

Propiedades

1. Intencionado. Va dirigido a un cliente o a una comunidad de manera personalizada.
2. Sistemático. La organización de la atención es básica.
3. Dinámico. Sometido a continuos cambios.
4. Interactivo. Basado en relaciones recíprocas de constante retroalimentación.
5. Flexible. Adaptable a cualquier especialidad de la Enfermería, así como el uso de sus fases en forma continua y concurrente.
6. Con base teórica. Utilizando ciencias naturales y humanas, así como los modelos teóricos en Enfermería.

3.3 FISIOPATOLOGÍA DE PERIOSTITIS TIBIAL

Debido a las tensiones de la aponeurosis y, quizás, a la fricción del tibial posterior sobre el borde interno de la parte baja de la tibia. Presenta cierto parecido con la fractura por fatiga, que es necesario descartar sistemáticamente antes de efectuar este diagnóstico. (Mellion, 2000)

Dolores mecánicos, más frecuentemente bilaterales, con una zona dolorosa a la palpación extendida a gran parte del borde interno de la tibia. Radiografía generalmente. Gammagrafía captadora en estadio tardío, con imágenes longitudinales. (Mellion, 2000)

Evolución larga, con recaídas frecuentes. Tratamiento esencialmente sintomático: antiálgicos, antiinflamatorios generales y locales (geles, ionizaciones, mesoterapia, etc.), y las mismas correcciones etiológicas que en las fracturas tibiales por fatiga. (Mellion, 2000)

3.4 FISIOPATOLOGÍA DE FASCITIS PLANTAR

Reacción inflamatoria de la inserción de la fascia plantar sobre la tuberosidad mayor del calcáneo. Patología microtraumática de hiperutilización, favorecida por un pie cavo con retracción del complejo suro – aquileo – plantar, con o sin espolón calcáneo. Se expresa talalgia plantar después de la carrera, de los saltos y del esfuerzo. (Brunet, 2000)

A la exploración física se observa dolor a la palpación de la inserción y a la tensión pasiva de la aponeurosis. En exploración radiológica de perfil puede mostrar signos de evolución crónica en la inserción calcánea: espolón constituido por minicalcificaciones desprendidas. (Brunet, 2000)

Tratamiento. Antiinflamatorios, asociados a la prescripción de plantillas amortiguadoras realizadas con molde (cubeta o material de baja densidad por la posibilidad de un espolón calcáneo) y fisioterapia a base de estiramientos. Complicaciones: Posible rotura de la aponeurosis. (Mellion, 2000)

3.5 HIGIENE Y SALUD EN LA MUJER DEPORTISTA

El deporte femenino se ha convertido, en los últimos veinte años, en un fenómeno social. Las ventajas de una práctica bien dirigida no deben hacer olvidar algunos riesgos, incluso los accidentes a que se exponen aquellas deportistas que no respetan los límites de la prudencia.

Las bases teóricas en el estudio de la nutrición se refieren a los hallazgos experimentales, de la fisiología aplicada a la nutrición y a la bioenergética, una vez adaptados a las actividades físicas y deportivas.

Es necesaria una buena rehidratación antes de aportar las sales minerales: las pérdidas por el sudor pueden ser muy elevadas en el deportista. La ingesta de pastillas de sal es inútil, pero la bebida para rehidratación debería contener la mayoría de las sales minerales en pequeñas cantidades y glúcidos. La mayoría de aguas comerciales contienen la mayor parte de las sales minerales y oligoelementos. (Mellion, 2000)

Los conceptos teóricos y las normas de la nutrición permiten las grandes líneas de la alimentación del deportista en la práctica. Los consejos generales deben individualizarse, ya que hay que considerar los hábitos alimentarios personales y las exigencias de cada deporte. (Mellion, 2000)

Clásicamente se distinguen dos momentos de la vida deportiva: el entrenamiento y la competición (con tres fases: pre, per y poscompetición).

Entrenamiento. Insistimos en la necesidad de comidas suficientes en cantidad, equilibradas y variadas; no son necesarias más pautas. Esto puede conseguirse con cuatro o cinco comidas diarias, a horas regulares y bien espaciadas durante el día.

4. CASO CLÍNICO

4.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) que se presenta en este estudio delimita a una unidad de observación, en este caso es una usuaria de los servicios del Centro Nacional de Rehabilitación (CNR) captada en los servicios de consulta externa del departamento de medicina deportiva. Su principal molestia está referida a dolor en planta del pie y en región anterior de ambas piernas a raíz de su práctica deportiva.

Para obtener una valoración completa se opta por aplicar dos instrumentos: uno es la guía para el Interrogatorio clínico de Enfermería y un segundo documento se refiere a la guía para la exploración física en el área deportiva, que ha sufrido modificaciones y adaptaciones debido a la particularidad del área.

Estos instrumentos se aplican en un lugar cerrado, sin corrientes de aire, con suficiente ventilación y espacio, con los aparatos requeridos por el área y con privacidad y comodidad para respetar la integridad de la agente.

Es importante resaltar, la factibilidad del estudio, debido a que las lesiones por prácticas deportivas a nivel amateur son variadas, regularmente si no se les atiende pueden llegar al abandono de la actividad o a una complicación mayor y realmente el tratamiento consiste en medidas elementales, básicas y de fácil aplicación y seguimiento resaltando la importancia de las intervenciones independientes que puede realizar la licenciada en Enfermería.

El impacto de este estudio se determina en base al trabajo con una agente que practica un deporte a nivel amateur, es decir, no alto rendimiento, por lo que carece de atención interdisciplinaria; es decir, su trabajo no está organizado ni dirigido por un entrenador personalizado, un psicólogo del deporte, un paramédico deportivo o enfermera subespecialista en el área, ni por ningún otro profesional; es decir, su trabajo físico depende de un entrenador de un equipo en una escuela

pública, con todas las desventajas que ello pueda tener (despersonalización, límites de tiempo y horarios, atención incompleta, etc). Por ello, se considera a la gran mayoría de estudiantes de estas escuelas en riesgo de padecer alguna alteración en su salud que obstaculice su desempeño deportivo y, examinando sus posibilidades de permanencia en el deporte que son limitadas, es necesario demostrar con procesos y resultados el trabajo que se puede realizar en el área.

4.2 VALORACIÓN

La historia clínica de Enfermería se realizó en dos momentos: el primero una entrevista, en un lugar cerrado, confortable, temperatura templada y dándole a la agente el tiempo necesario para responder cada uno de los cuestionamiento. En un segundo momento, la Exploración Física se realizó en un consultorio especializado en el área, cerrado, confortable, cómodo, espacioso, con plantoscopio, plicómetro, cinta métrica, mesa de exploración, lámpara, báscula con estadímetro, goniómetro y espejos, propios del servicio.

Historia Clínica de Enfermería Deportiva

Interrogatorio

Una vez aplicada la guía correspondiente sobresalen los siguientes datos: Femenina de 24 años de edad, soltera, estudiante de nivel superior (IPN), pertenece a una familia celular, funcional, con roles establecidos sin conflictos, con funciones familiares adecuadas, dependiente económicamente de su padre.

La vivienda está construida con concreto y tabique, con 4 dormitorios, con 2 escalones a la entrada, en un vecindario con seguridad pública por violencia en la calle.

El requisito de aire se encuentra cubierto; toma 1 litro de agua diario, come 3 veces al día en casa; eliminación adecuada, sin problemas para comunicarse, con vida sexual activa utilizando preservativos; los órganos de los sentidos son

adecuados para prevenir peligros para la vida humana. Es derechohabiente del IMSS, regularmente es tranquila, con metas de estudio y trabajo a mediano y largo plazos.

Las actividades de la vida diaria humana (AVDH) no se afectaron por los síntomas que presenta.

Desconocía las causas u orígenes de la desviación actual, le preocupaba, tomó reposo relativo como medida para afrontar sus molestias.

No tenía antecedentes personales médicos, quirúrgicos, alérgicos o hemáticos patológicos. En cambio, en la familia se encontró la tía materna con HTA (hipertensión arterial) tratada en Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y padre con HTA igualmente bajo tratamiento.

En el plano deportivo se dedicaba al atletismo, especialidad 400 metros planos, categoría libre, no fumaba, no tomaba alcohol, no había sido hospitalizada o atendida anteriormente por problemas derivados de la práctica, con ocho meses de entrenamiento, 2-3 horas por sesión, una sesión diaria, 4-6 días a la semana, bajo la supervisión de un entrenador, desconocía en que periodo del entrenamiento se encontraba, suponía el Selectivo Instituto Politécnico Nacional (IPN) como la competencia fundamental, no había tenido lesiones incapacitantes como esguinces, fracturas ni luxaciones. Su ciclo menstrual era de 3X36, irregular, menarca a los 12 años, no ha recibido terapia hormonal y la menstruación afectó su práctica deportiva, por la incomodidad de la protección.

Inicia la desviación a la salud actual con dolor desde hace dos meses a la fecha de la entrevista, de inicio súbito, tipo ardoroso, localizado en la parte anterior de las piernas, así como en la planta de ambos pies, y ninguno de los dos presenta irradiación, acompañado de malestar general, el dolor disminuye con el reposo y se incrementa con el ejercicio físico

Exploración Física de Enfermería Deportiva

Se observó apariencia general igual a la cronológica, íntegra, sin fascie característica, bien conformada, actitud física libremente escogida, orientada en tiempo, lugar y persona.

Marcha independiente, dolor discreto en región tibial anterior en variante de puntas y dificultad para marcha en talones, en la fase de balanceo el despegue de talón está disminuido, se observa aumento del dolor en planta del pie al equilibrar en uno solo. En la postura se observan nivelados hombros, escápulas, pliegues glúteos, rodillas y maleolos.

Cabeza íntegra al igual que pares craneales, cara con la mímica facial presente y simétrica, cuello, tórax, abdomen, genitales y columna vertebral sin alteraciones aparentes a la exploración. Miembros torácicos simétricos con tono normal, sin puntos dolorosos ni cicatrices.

Miembros pélvicos simétricos, con arcos de movilidad activa completos, dolor a la palpación de músculo tibial anterior bilateral, se palpó contractura de gemelos y soleos bilaterales, temperatura normal, discrimina dos puntos, reflejos profundos (rotuliano, aquileo y plantar) presentes y simétricos; reflejos patológicos ausentes. Además, presentó dolor a la palpación en ambas plantas, se palparon también contracturas de ambas fascias plantares. Al examen clínico muscular presentó fuerza de 4 en escala de Lovett.

En la plantoscopia se observó un aumento en los arcos del pie, dedos en garra y dolor plantar al apoyo sin calzado.

4.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

REALES

1. Desviación a la salud (dolor tipo ardoroso en región de tibial anterior a la palpación y a la marcha), relacionado con alta carga de entrenamiento manifestado por cansancio generalizado, agotamiento y exacerbación de las molestias al correr.
2. Desviación a la salud (contractura de fascias plantares y dedos en garra) relacionado con falta de preparación previa al trabajo físico así como falta de relajación posterior al trabajo físico manifestado por dolor plantar y deformidad en dedos de los pies.
3. Déficit del requisito de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano (falta de orientación y conocimiento) relacionado con desconocimiento de medidas higiénico dietéticas sobre la práctica deportiva manifestado por uso de calzado inadecuado y ropa deportiva poco recomendable en la práctica deportiva.

POTENCIAL

1. Alto riesgo de hipertensión arterial relacionado con antecedentes heredofamiliares patológicos.

4.4.PLAN DE CUIDADOS

Una vez identificados los diagnósticos de Enfermería y problemas específicos, se inicia la planificación de las intervenciones determinando las características de los cuidados, de manera organizada, individualizada y orientada a los objetivos específicos.

Una medida inicial se refiere a la fijación de prioridades para establecer un adecuado plan de cuidados, requiriendo la capacidad de valorar el conjunto de todos los problemas que se plantean, y cómo afecta esto a las personas implicadas, la agente, su familia y el equipo de atención a la salud.

Los objetivos son determinados en base a las necesidades que demuestra la agente en la valoración. Las intervenciones son estrategias de trabajo concretas para ayudar a la agente a conseguir los objetivos planteados y disminuir los factores de riesgo detectados. Se plantea por último, la agencia de Enfermería encargada de manera directa de proporcionar el cuidado así como el sistema de Enfermería adecuado a cada intervención.

PLAN DE CUIDADOS

No	DX REAL	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	RAZONAMIENTO CIENTIFICO	SISTEMA	AGENCIA
1	Desviación a la salud (dolor tipo ardoroso en regiones anteriores a la palpación y a la marcha) relaciona: a agotamiento con alta carga de entrenamiento manifestado por cansancio generalizado, o, agotamiento y exacerbación de las molestias al correr.	Recomendar al entrenador deportivo disminuir la carga de entrenamiento de la agente debido a que presenta cansancio y agotamiento.	<p>Educación para la salud a la agente de autocuidado y al entrenador deportivo, para adecuar la carga de entrenamiento. Principalmente acerca de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuperación de la fatiga. En algunas circunstancias es posible prevenir la fatiga o el cansancio por el simple hecho de permitir un pequeño grado de recuperación entre tandas de trabajo intenso. (Fox, 1997. p. 5-7) 2. Configurar un equipo de trabajo para posteriores consultas y lograr un trabajo multidisciplinario, entrenador deportivo y licenciada en Enfermería y con la agente de autocuidado. 3. Es preferible tener un programa de entrenamiento físico individualizado, con el fin de desarrollar las aptitudes fisiológicas específicas necesarias para llevar a la práctica una habilidad o actividad deportiva determinada. (Fox, 1997.p.4) 4. Se debe recomendar que si el atleta está entrenando para pruebas de velocidad con "sprints" no se afecta en forma tan extensa el músculo esquelético. Se producen cambios menores en las actividades de las enzimas glucolíticas (sistema del ácido láctico). (Prentice, 2001) 5. Los efectos cardiorrespiratorios inducidos por el entrenamiento son evidentes, disminución de las frecuencias cardíaca y respiratoria en reposo e hipertrofia cardíaca (Fox, 1997.p.262). 	<p>El desarrollo de la condición física no depende tan sólo de la edad del deportista, la predisposición específica orgánica y muscular, la dirección coordinativa y las capacidades psíquicas, sino también, de forma especial, de un entrenamiento adecuado. (Prat, 1988)</p> <p>Bajo la influencia de esfuerzos exteriores (estímulo del entrenamiento) se produce una inversión del sistema interno (corazón, circulación, sistema nervioso central y vegetativo, musculatura, psique) hacia un nivel superior de rendimiento. El organismo es controlado continuamente por receptores y mecanismos de regulación. En cuanto se presenta un punto débil, se toman las medidas necesarias para el fortalecimiento.</p> <p>En los sujetos que realizan un entrenamiento deportivo regular y de intensidad suficiente, se producen una serie de modificaciones que afectan a distintos aparatos y sistemas que mejoran su calidad de vida. (Rigoien, 1999:35)</p> <p>El aumento del gasto cardíaco como un efecto del entrenamiento de intensidad progresiva hasta la intensidad máxima depende, del aumento del volumen latido a expensas del aumento del diámetro sistólico del ventrículo izquierdo y de una hipertrofia cardíaca moderada. (Rigoien, 1999:37).</p>	De apoyo educativo	Agencia de autocuidado
					De apoyo educativo	Agencia de autocuidado
					De apoyo educativo	Agencia de autocuidado

<p>Colaborar en la adaptación de la agente de autocuidado a la carga de entrenamiento deportivo planteada por el entrenador, para disminuir las molestias en el trabajo físico.</p>	<p>1. Tina de remolino a miembros pélvicos 15 min diarios, por 10 sesiones. Presentarse con short, toalla y sandalias. No aplicar antes aceites, lociones o cremas en miembros pélvicos. Sentarse a la orilla de la tina y dejar que la turbulencia del agua (por la turbina), el calor superficial (agua a 32°C) y la disminución de la gravedad favorezcan la relajación muscular. No olvidar hidratarse a lo largo de la terapia con agua simple, 2 litros al día. Al concluir los 15 minutos secar perfectamente ambos miembros pélvicos y mantener cubiertos por la toalla hasta comenzar el masaje terapéutico. ALERTA: En caso de mareo o sensación de desmayo suspender. (Serra, 1997)</p> <p>2. Masaje terapéutico de relajación a miembros pélvicos Duración: 10 a 15 minutos. Se coloca la agente de autocuidado en decubito dorsal en la mesa de exploración, de manera cómoda y relajada. Se utiliza aceite mineral para deslizar las manos sin causar dolor o malestar. Se utilizan las técnicas de frotación, compresión y percusión, de manera rotatoria, sin separar las manos de la superficie y con un ritmo lento y pausado que provoque bienestar. ALERTA: No dar masaje a zonas dérmicas con alteraciones: irritación, abrasión u otra.</p> <p>3. Ejercicios de estiramiento para ambos tibiales. Posterior al masaje colocar a la agente de autocuidado en posición sentada, con miembros pélvicos extendidos sobre la mesa de exploración se realizará: Movilización suave, activopasiva de miembros pélvicos, flexión plantar y dorsal del pie, inversión y eversión del pie, 10 tiempos en cada posición aumentando la tensión de manera progresiva, a tolerancia. (Tohen, 1970)</p> <p>4. Ejercicios de fuerza para ambos tibiales (posteriormente). De pie, realizar cada uno de los movimientos anteriores, en este caso, se utiliza el peso del cuerpo para aumentar la fuerza. Después, agregar pesos pequeños (500grs. En adelante). Realizar 10 tiempos cada uno. (Serra, 1997)</p>	<p>◆ El modo principal de transferencia del calor es por convección, ya que en la mayoría de las formas de hidroterapia el agua está en movimiento, produciendo una agitación y una gran capacidad de calor. (Krusen, 2000:348)</p> <p>◆ El masaje es un término que se emplea para indicar un grupo de manipulaciones sistematicas y científicas de los tejidos del cuerpo, se realizan con el proposito de actuar sobre el sistema nervioso, el muscular y la circulación en general. (Krusen, 2000:445)</p> <p>◆ El movimiento corporal indicado de manera terapéutica se utiliza para corregir un deterioro, mejorar la función musculoesquelética o mantener un estado de bienestar.</p> <p>◆ El ejercicio terapéutico puede variar entre actividades muy selectas, que están restringidas a músculos específicos o a partes determinadas del cuerpo, hasta actividades energéticas y generales que se emplean para la recuperación de un agente convaleciente hasta el máximo de sus posibilidades físicas.</p>	<p>Parcialmente compensatorio</p> <p>Parcialmente compensatorio</p> <p>Parcialmente compensatorio</p> <p>Parcialmente compensatorio</p>	<p>Agencia de cuidado terapéutico</p> <p>Agencia de cuidado terapéutico</p> <p>Agencia de cuidado terapéutico</p> <p>Agencia de cuidado terapéutico</p>
---	--	---	---	---

PLAN DE CUIDADOS

No.	DIAGNÓSTICO REAL	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	RAZONAMIENTO CIENTIFICO	SISTEMA	AGENCIA
2	Desviación a la salud (contractura de fascias plantares y dedos en garra)	Favorecer la relajación y la preparación necesarias para llevar a cabo esfuerzos físicos principalmente de miembros pélvicos.	<p>1. Orientación acerca de la preparación previa al esfuerzo físico, educación para la salud, resaltando aspectos necesarios en la adecuación morfofuncional como:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Elevación de la temperatura corporal de manera progresiva. *Movilización activa de cada una de las articulaciones mayores: cuello, hombros, cadera, rodilla y tobillos; así como también trabajo enfático en miembros pélvicos con ejercicios de coordinación y orientación (cambios de dirección o de ritmo) <p>2. Orientación sobre la relajación necesaria posterior al trabajo físico, educación para la salud. Enfatizando:</p> <ul style="list-style-type: none"> * La intensidad del trabajo físico debe ir disminuyendo en forma gradual hasta no requerir esfuerzos físicos que ocasionen cansancio. * La recuperación gradual debe ser tanto fisiológica como emotiva mediante actividades relajantes. *se recomienda la práctica de estiramientos (en orden cefalocaudal) <p>Estiramiento de hombros y pecho, de espalda, de abdominales, de cadera, de ingles, de cuádriceps, de los isquiosurales, del tendón de Aquiles y gastrocnemio y de tobillo. 10 a 20 tiempos por cada parte del estiramiento.</p> <p>3. Preparación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Predisposición al trabajo (mentalizando las actividades a realizar y buscando motivación al respecto) - Ropa adecuada 	<p>♦ Dentro de los principios básicos del entrenamiento deportivo se encuentra el principio de la relación óptima entre el esfuerzo y el descanso. Liberación del esfuerzo. Abarca los fundamentos esenciales de la aplicación. En la práctica, el aumento del rendimiento idealizado se presenta sobre todo en los principiantes, los ejercicios nuevos y poco corrientes y el aumento breve de la dosificación del esfuerzo.</p> <p>♦ Todo estímulo que supere un umbral conlleva un cansancio. Este se define como rebaja reversible de la capacidad de acción corporal como consecuencia de la actividad muscular. El cansancio puede dividirse en cansancio local y central. El cansancio local es la incapacidad de los músculos para mantener un equilibrio entre la composición y descomposición de los procesos del metabolismo. Lo cual conlleva ala mencionada acidificación, aumento de la temperatura, pérdida de glucógeno y con ello una disminución de la capacidad de rendimiento muscular.</p> <p>♦ La predisposición al trabajo se basa la conducta y la voluntad hacia el desarrollo de cierta actividad.</p> <p>♦ Independientemente del buen grado de aclimatación o hidratación</p>	De apoyo educativo	Agencia de autocuidado
					De apoyo educativo	Agencia de autocuidado

	<p>De algodón. En calor uso de ropa ligera y de colores claros, shorts y playeras; en frío, uso de colores oscuros, pants o mallas y sudaderas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masaje deportivo <p>Es un masaje de estimulación, incluye a la frotación, compresión y percusión. No debe durar más de 5 minutos.</p> <p>4. Relajación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ducha <p>Con agua tibia al término del entrenamiento y no exponerse a cambios bruscos de temperatura.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masaje de relajación <p>Enfatizando áreas dolorosas como región posterior de la pierna y pies. Con movimientos ascendentes, firmes y circulares; no más de 10 minutos.</p> <p>5. Hidroterapia Tina de remolino a miembros pélvicos por 15 minutos, 10 sesiones.</p> <p>6. Masaje terapéutico</p> <p>Con movimientos profundos, circulares, lentos y pausados, que favorezca el bienestar. Usar la compresión, la percusión y la frotación. No olvidar terminar con "Toque de gato" pases lentos y superficiales. 10 minutos por sesión.</p>	<p>de los atletas, éstos pueden sufrir por una enfermedad por calor si usan ropas o equipo de protección que impida el enfriamiento por evaporación. (Fox, 1997: 336)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ El masaje es útil para cualquier afección en la que se requiera el alivio del dolor, la reducción del edema o la movilización de un tejido contracturado. Está indicado en caso de condiciones inflamatorias subagudas y crónicas de las articulaciones y los músculos. Su objeto, en este caso, es disminuir el espasmo muscular. ◆ La hidroterapia y la ducha administran calor por conducción, de manera local y superficial. ◆ El masaje tiene los siguientes efectos fisiológicos: <ul style="list-style-type: none"> Aumenta el aporte sanguíneo en la región a tratar. Aumenta la circulación venosa y linfática. Acelera el drenaje de la región que rodea a una articulación afectada disminuyendo así la inflamación periartricular. Produce relajación muscular. Evita la formación de fibrosis y bridas. Disminuye la tendencia a la atrofia muscular. 	<p>De apoyo educativo</p> <p>Agencia de autocuidado</p> <p>Parcialmente compensatorio</p> <p>Parcialmente compensatorio</p> <p>Agencia de cuidado terapéutico</p> <p>Agencia de cuidado terapéutico</p>
--	---	---	---

PLAN DE CUIDADOS

No.	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	RAZONAMIENTO CIENTIFICO	SISTEMA	AGENCIA
3	REAL Déficit del requisito de prevención de peligros para la vida, el humano y el bienestar humano (falta de orientación y conocimiento) relacionado con desconocimiento de medidas higiénico dietéticas sobre la práctica deportiva	Favorecer la obtención de información y su aplicación a situaciones cotidianas acerca de las medidas higiénico dietéticas de la práctica deportiva.	<p>1.Educación para la salud. Orientación acerca de las actividades higiénicas en el deporte. Los tenis para correr deben tener un aumento en la altura del talón y amortiguamiento para reducir el impacto en el mismo. Hecho en materiales que permitan la ventilación y que a la vez proporcionen soporte, como la combinación de piel con nylon. Deben mantenerse secos, al terminar la práctica crearse para ser utilizados al siguiente día. La ropa destinada para el deporte debe ser de material que absorba el sudor, que no irrite la piel y sea de uso exclusivo para la practica, por cuestiones higiénicas.</p> <p>2.Educación para la salud. Orientación de las medidas dietéticas mínimas a llevarse a cabo en la práctica deportiva. Para un atleta sometido a un entrenamiento intenso el consumo de proteínas asciende a 1.5 grs/kgs de peso corporal, aunque los requerimientos proteicos durante el ejercicio intenso no aumentan de manera significativa en los adultos.</p> <p>3.Observar la utilización de implementos deportivos necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ropa de algodón - Uso de shorts, likra u otros. - Uso de camisetas o playeras. - Uso de sudaderas, en caso necesario. - Uso de tenis para atletismo. - Uso de tines o calcetas de algodón. - Uso de gorras o vicerás. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ El uso de calzado adecuado para el deporte en cuestión, tiene efectos beneficiosos en la cadena motora del individuo, a partir del choque del talón contra el piso el tenis protege el pie. ♦ La ropa de algodón es hipotérmica. ♦ Debe evitarse la exposición a corrientes de aire una vez terminada la carrera, esto para evitar enfriamiento acelerado. ♦ No comenzar a hidratarse y alimentarse en competición, hay que habitar al organismo a tolerar líquido y alimento utilizándolos en el entrenamiento, lo que permitirá al deportista "encontrar" la bebida y la comida más convenientes. ♦ La nutrición de las deportistas es frecuentemente restrictiva. Las encuestas alimentarias revelan, a iguales rendimientos, aportes calóricos muy diferentes según los deportistas, incluso dentro de la misma especialidad deportiva. ♦ Los azúcares simples no deben sobre pasar el 10% del aporte energético total cotidiano, las proteínas 1,2 gr/Kg/día. Los lípidos 30% del aporte energético total. ♦ La intensidad del ejercicio, su duración y sobre todo, el ambiente climático (temperatura, humedad) determinan el gasto sudoral requerido para el nuevo equilibrio térmico. 	De apoyo educativo	Agencia de autocuidado
					De apoyo educativo	Agencia de autocuidado terapéutico
					De apoyo educativo	Agencia de autocuidado terapéutico

			<p>4. Valorar las medidas dietéticas deportivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomar de 2 a 4 litros de agua al día. - Consumo de verduras y frutas diariamente (4 a 6 porciones). - Fraccionar el alimento en quintos. - Consumo de proteínas y carbohidratos ligeramente elevado. <p>5. Confirmar la relación armónica entre sueño, reposo, recreación y estudio.</p> <p>Determinar el horario personal, de manera que se le asigne a cada tarea pendiente un tiempo especificado, aproximado, a partir de lo cual se observa la reducción del stress.</p>	De apoyo educativo	Agencia de autocuidado terapéutico
--	--	--	---	--------------------	------------------------------------

PLAN DE CUIDADOS

No.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	SISTEMA	AGENCIA
1	<p>POTENCIAL</p> <p>Alto riesgo de hipertensión arterial relacionado con antecedentes hereditarios patológicos.</p>	<p>Favorecer que la agente disminuya el riesgo de presentar alteraciones patológicas en la presión arterial.</p>	<p>1. Informar sobre la hipertensión arterial y factores de riesgo.</p> <p>La hipertensión arterial como una de las principales enfermedades en la población adulta.</p> <p>El diagnóstico de la afección se basa en la presencia de valores de presión arterial persistentemente por arriba de ciertos niveles.</p> <p>La hipertensión puede ser esencial o primaria y secundaria.</p> <p>La toma de presión arterial debe ser periódica. A partir de los 18 años, por lo menos una vez al año (Rigoien, 1999:187).</p> <p>2. Comunicar factores de riesgo presentes y limitarlos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stress - Consumo de tabaco - Hipercolesterolemia - Alteraciones renales - Consumo de alcohol 	<p>♦ La hipertensión arterial es la elevación persistente de la presión arterial sanguínea por encima de los valores considerados normales según la edad del individuo. Suelen ser signos indicativos de una crisis hipertensiva la aparición súbita de cefaleas, vertigo, epistaxis, visión borrosa y manchas en la visión, así como náuseas y vómito.</p>	<p>De apoyo educativo</p>	<p>Agente de autocuidado</p>
				<p>♦ El personal de enfermería desempeña un papel importante para explicar al agente que, aunque la hipertensión esencial es una enfermedad crónica, controlable. El control de peso, el abandono del hábito de fumar y la restricción en la ingesta de sodio forman parte integral del tratamiento a largo plazo de la hipertensión.</p>	<p>De apoyo educativo</p>	<p>Agente de autocuidado</p>

Falta página

N° 36

4.5 EVALUACIÓN

Se detalló un cuadro de evaluación para cada diagnóstico y objetivo planteados. La evaluación es un proceso permanente, y por ello, el trabajo se llevó a cabo a lo largo de tres meses con su consiguiente evaluación continua. En cada cuadro se especificaron en primer lugar, las intervenciones referentes al diagnóstico respectivo; en segundo lugar, los parámetros con los que se realizó la evaluación y en un tercer momento la redacción de resultados obtenidos.

En cada caso, se plantearon los parámetros a evaluarse, buscando la observación de las acciones. La terapéutica por medidas higiénicas, dietéticas y de otros tipos necesarias para la práctica deportiva figuran como uno de los puntos clave de la intervención a ser evaluadas al igual que la terapéutica física rehabilitatoria de lesiones deportivas y por último, la necesidad de reconocer y dar algunas recomendaciones en aspectos propios del entrenamiento deportivo individualizado.

Se observó la necesidad de plantear un diagnóstico potencial, al trabajar en él, se busca prevenir la aparición de factores de riesgo que aunados con los antecedentes hereditarios puedan potenciar la presencia de alteraciones en la presión arterial de manera crónica y patológica, sin embargo, una de las herramientas de mayor defensa contra este riesgo es sin lugar a dudas, la actividad física medida y controlada.

CUADRO DE EVALUACIÓN

Dx REAL 1	Desviación a la salud (dolor tipo ardor en región de tibiales anteriores a la palpación y a la marcha) relacionada con alta carga de entrenamiento, manifestado por cansancio generalizado, agotamiento y exacerbación de las molestias al correr.
OBJETIVOS	Recomendar al entrenador deportivo disminuir la carga de entrenamiento de la agente de autocuidado debido a que presenta cansancio y agotamiento. Colaborar en la adaptación de la agente a la carga de entrenamiento deportivo planteada por el entrenador, para disminuir las molestias en el trabajo físico.

INTERVENCIONES	SEGUIMIENTO				
	07 SEPTIEMBRE	05 OCTUBRE	09 NOVIEMBRE	07 DICIEMBRE	
1. Educación para la salud acerca de la recuperación de la fatiga.	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	
2. Educación para la salud acerca de las altas cargas de entrenamiento.	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	
3. Configurar un equipo de trabajo para posteriores consultas y lograr un trabajo interdisciplinario: entrenador deportivo y licenciada en Enfermería.	NO se realiza	NO se realiza	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	
4. Se recomienda la elaboración de un programa físico individualizado.	NO se realiza	NO se realiza	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	
5. Tira de remolino a miembros pélvicos 15 min.	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	NO se realiza	
6. Masaje terapéutico de relajación a Ms Ps.	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	NO se realiza	
7. Ejercicios de relajación para ambos tibiales	NO se realiza	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	
8. Ejercicios de fuerza para ambos tibiales (posteriormente).	NO se realiza	NO se realiza	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	
EVALUACIÓN					
Dolor en región de tibiales anteriores	PRESENTE	PRESENTE	Ausente	Ausente	
Fuerza muscular de tibiales anteriores	4	4	4	5	
Cansancio y agotamiento	PRESENTE	PRESENTE	PRESENTE	Ausente	
FUERZA	MUSCULAR (Lovett)				
5	Vence > resistencia contra gravedad				
4	Vence < resistencia contra gravedad				
3	Vence la gravedad				

EVALUACION

Las intervenciones emprendidas es este diagnóstico se establecieron de manera paulatina, principalmente las orientaciones con el entrenador deportivo. Además, la rehabilitación física ha sido progresiva por la dificultad del acceso a tinas de remolino principalmente. Por otro lado, en la evaluación se observó disminución del dolor en los dos últimos meses, aumento de la fuerza muscular en el último mes (5) en la escala de Lovett especificada, y eliminación de la sensación de cansancio y agotamiento que estaba presente anteriormente.

CUADRO DE EVALUACIÓN

DIAGNOSTICO REAL 2	Desviación a la salud (contractura de fascias plantares y dedos en garra) relacionado con falta de preparación previa al trabajo físico así como falta de relajación posterior al trabajo físico manifestado por dolor plantar y deformidad en dedos de los pies.
OBJETIVOS	Favorecer la relajación y la preparación necesarias para llevar a cabo esfuerzos físicos principalmente de miembros pélvicos.

INTERVENCIONES	SEGUIMIENTO			
	07 SEPTIEMBRE	05 OCTUBRE	09 NOVIEMBRE	07 DICIEMBRE
1. Orientación acerca de la preparación previa al esfuerzo físico.	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA
2. Orientación sobre la relajación necesaria posterior al trabajo físico.	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA
3. Preparación previa:	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA
- Predisposición al trabajo	NO se realiza	NO se realiza	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA
- Ropa adecuada	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA
- Masaje deportivo	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA
4. Relajación:	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA
- Ducha	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA
- Masaje de relajación	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA
- Pies, Miembros Pélvicos, General	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA
5. Hidroterapia Miembros Pélvicos. 15 min	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA
6. Masaje terapéutico post entrenamiento	NO se realiza	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA
EVALUACIÓN	3	2	1	1
Dolor plantar	PERISTEN	PERISTEN	PERISTEN	PERISTEN
Dedos en garra	PERISTEN	PERISTEN	PERISTEN	PERISTEN

DOLOR	ESCALA
Intenso aun en reposo	4
Intenso solo en actividad física	3
Moderado solo en actividad física	2
Leve solo en actividad física	1
Sin dolor	0

ANALISIS DE DATOS

Se llevaron a cabo intervenciones destinadas a la relajación y sobretodo, a la aplicación de las mismas por la agente de autocuidado. Para evaluar el dolor plantar se aplica la escala arriba descrita, observando una disminución a lo largo de los meses de trabajo, hasta ser leve (1) solo en actividad física. A pesar de ello, los dedos en garra persistieron, sin aumentar la deformidad.

CUADRO DE EVALUACION

DIAGNOSTICO REAL 3	Déficit del requisito de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano (falta de orientación y conocimiento) relacionado con desconocimiento de medidas higiénico dietéticas sobre la práctica deportiva manifestado por uso de calzado inadecuado y ropa deportiva poco recomendable en la práctica deportiva.
OBJETIVOS	Favorecer la obtención de información y su aplicación a situaciones cotidianas acerca de las medidas higiénico dietéticas de la práctica deportiva.

INTERVENCIONES	RESULTADOS			
	SEPTIEMBRE 07	OCTUBRE 05	NOVIEMBRE 09	DICIEMBRE 07
1. Educación para la salud acerca de higiene en el deporte. 2. Educación para la salud sobre las medidas dietéticas mínimas a llevarse a cabo en la práctica deportiva. 3. Observar la utilización de implementos deportivos necesarios. - Ropa de algodón - Uso de shorts, likra u otros. - Uso de camisetas o playeras. - Uso de sudaderas, en caso necesario. - Uso de tenis para atletismo. - Uso de tines o calcetas de algodón. - Uso de gorras o viceras. 4. Valorar las medidas dietéticas deportivas: - Tomar de 2 a 4 litros de agua al día. - Consumo de verduras y frutas diariamente (4 a 6 porciones). - Fraccionar el alimento en quintos. - Consumo de proteínas y carbohidratos ligeramente elevado. 5. Confirmar la relación armónica entre sueño, reposo, recreación y estudio. Determinar el horario personal.	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA
	NO se utiliza	NO se utiliza	NO se utiliza	NO se utiliza
	SI SE UTILIZA	SI SE UTILIZA	SI SE UTILIZA	SI SE UTILIZA
	SI SE UTILIZA	SI SE UTILIZA	SI SE UTILIZA	SI SE UTILIZA
	NO se utiliza	NO se utiliza	SI SE UTILIZA	SI SE UTILIZA
	NO se utiliza	NO se utiliza	NO se utiliza	NO se utiliza
	NO se utiliza	NO se utiliza	NO se utiliza	SI SE UTILIZA
	NO se utiliza	NO se utiliza	NO se utiliza	SI SE UTILIZA
	1 LTO.	1 ½ LTO.	1 ½ LTO.	1 ½ a 2 LTOS.
	2 porc.	2 porc.	3 porc.	3 porc.
	NO se realiza	NO se realiza	NO se realiza	NO se realiza
	NO se realiza	NO se realiza	NO se realiza	NO se realiza
NO se realiza	NO se realiza	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	
NO se realiza	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	SI SE REALIZA	

EVALUACIÓN

Durante los meses de trabajo se dio seguimiento a la educación para la salud en el deporte, la utilización de implementos deportivos fue gradual por la cuestión económica, en las medidas higiénicas mejoró el consumo de agua a dos litros, cada porción de frutas y verduras equivale a 1 taza y la agente de autocuidado aumentó considerablemente su consumo, a 3 porciones al día. No se logró aún el fraccionar la alimentación diaria en 5 tomas por la cuestión de la estancia en escuela (de 6 a 8 horas al día); también debe mencionarse que el horario personal predeterminado y la asignación de espacios y tiempos que mejoraron la actividad diaria confirmó una mejor relación entre el descanso y la acción.

CUADRO DE EVALUACIÓN

Dx POTENCIAL 1	Alto riesgo de hipertensión arterial relacionado con antecedentes hereditarios patológicos.
OBJETIVO	Favorecer que la agente disminuya el riesgo de presentar alteraciones patológicas en la presión arterial.

INTERVENCIONES	RESULTADOS			
	SEPTIEMBRE 07	OCTUBRE 05	NOVIEMBRE 09	DICIEMBRE 07
1. Educación para la salud Plática sobre la hipertensión arterial y factores de riesgo.	SE SE REALIZA	SE SE REALIZA	SE SE REALIZA	SE SE REALIZA
2. Observar factores de riesgo presentes y limitarios.				
- Stress	Esta presente	Esta presente	Esta presente	Esta presente
- Consumo de tabaco	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE
- Hipercolesterolemia	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE
- Alteraciones renales	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE
- Consumo de alcohol	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE

EVALUACIÓN

En el cuadro se observa que después de las acciones de apoyo educativo no hubo presencia en factores nocivos como consumo de tabaco, hipercolesterolemia, alteraciones renales o consumo de alcohol. Por otra parte, el manejo del stress es una cuestión que debe seguirse manejando para apoyar a la agente de autocuidado a manejarlo. Por último, la educación para la salud acerca de la hipertensión arterial y su prevención se ha continuado a lo largo de los meses de trabajo-

5. CONCLUSIONES

La agente de autocuidado recibió atención personalizada e individual por parte de la licenciada en Enfermería, las intervenciones utilizadas y el acercamiento personal que la relación indujo permitió a la agente de autocuidado recibir como beneficios mayor atención, ser escuchada y atendida en diferentes aspectos, no solo el físico, sino también el emocional, elemento clave en el desempeño de los deportistas y de los seres humanos en general.

La conjunción de un modelo metodológico (Proceso Atención de Enfermería) y un modelo teórico (Teoría General del Déficit de Autocuidado) determinaron desde la teoría el rumbo de las intervenciones; que junto con la práctica, la interacción entre agente de autocuidado y licenciada favorecieron la continuidad y finalización del trabajo, vinculando de esta manera la teoría y la práctica en el quehacer de Enfermería.

El Proceso Atención de Enfermería continúa siendo una de las herramientas metodológicas más importantes que tiene el profesional del área para demostrar que puede aplicarse en atención a deportistas. Los cuidados de Enfermería se pueden brindar a pacientes que practican deporte, es necesario al respecto reconocer la necesidad de formación permanente en el área de interés.

Considero, además, que la atención de los deportistas debe enfatizarse a la prevención, a la aplicación de medidas de promoción y fomento a la salud, que benefician a quienes han tomado el deporte como una actividad lúdica y necesaria.

El campo de trabajo de las Licenciadas en Enfermería no se limita únicamente a labores intrahospitalarias; campos extramuros, campos poco utilizados y áreas diferentes a las comunes son fuentes de recursos laborales y económicos que anteriormente se han desatendido, pero que debido a la restricción del mercado de trabajo conviene ser tomadas en cuenta.

6. SUGERENCIAS

El trabajo individualizado con los agentes de autocuidado demuestran sin lugar a dudas, la importancia del aprovechamiento de las relaciones tan cercanas y estrechas que la enfermera (a diferencia de otros miembros del equipo de salud) puede establecer y aprovechar para lograr una mejor atención y un crecimiento del profesional al mismo tiempo.

El trabajo de la licenciada se demuestra en cualquier campo de trabajo; sin embargo, la práctica en cada uno de ellos debe tener un sustento teórico que en la misma licenciatura se debe de proporcionar, y sentar de esta manera, las bases para una formación en esa área si así se es necesario.

En el terreno conceptual, se propone la utilización de otras corrientes teóricas que renueven el campo epistemológico del área, así como también la elaboración de nuevas corrientes de conocimiento diseñadas por enfermeras mexicanas en el área deportiva.

En materia metodológica se recomienda la difusión de logros y resultados de manera atractiva y estimulante para su aplicación en los cuidados enfermeros cotidianos y como elemento incitador en materia de investigación.

Por último, se sugiere la utilización de la propuesta instrumental (interrogatorio clínico, exploración física y evaluación) contenida en este trabajo, con fines de crítica propositiva, que mejore su diseño, uso y aplicación en otros contextos deportivos.

• BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. (Sin autor). (1987) Enciclopedia de la Enfermería. Centrum, España. 6 Tomos.
2. Alfaro, R.(1992) Aplicación del Proceso de Enfermería 2ª edición, Mosby Doyma. España.
3. Bowers R: W: y Fox, E. (2000) Fisiología del deporte Panamericana, México.
4. Brunet. (2000). Manual Medicina del Deporte. 3ª edición, Masson, España.
5. Cavanagh, S.J. (1993) Modelo de Orem. Aplicación práctica Masson, Barcelona, España.
6. Eben, J. D. y otros (1988) Teoría del Déficit de Autocuidado. 3ª edición, Mosby Doyma; Barcelona, España.
7. Hoppenfield, S. (1989) Exploración Física de la columna vertebral y las extremidades. Manual Moderno, México.
8. Irigoien, J. M. (1999) Cardiología y deporte. Gymnos; Madrid, España.
9. Krusen. (2000). Medicina Física y Rehabilitación. Panamericana, España.
10. Mellion, M. B. (2000) Secretos de la medicina del deporte 2ª edición, Mc Graw Hill Interamericana, México.
11. Morán, V.A. y Mendoza, A. L. (1993) Modelos de Enfermería. Trillas, México.
12. Munro, J. F. y Campbell, I. W. (2001) Exploración Clínica Macleod Harcourt, España.
13. Prat. (1988) Principios del entrenamiento deportivo. Martínez Roca. México. Traducción: Ginard.
14. Prentice, W. E. (2002) Técnicas de rehabilitación en la medicina deportiva, Paidotribo, España.
15. Serra, G. M. R., et. al, (1997) Fisioterapia en Traumatología, Ortopedia y Reumatología. Springer, España.
16. Serra. (1997) Fisioterapia en Traumatología, Ortopedia y Traumatología. Springer, España.
17. Shestack, R. (1985) Manual de Fisioterapia. Manual Moderno; México.
18. Tohen, Z. A., (1970). Medicina Física y Rehabilitación. 2ª edición, Sociedad Mexicana. México.

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

GUÍA PARA HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DEPORTIVA

ELABORÓ:

MARÍA DEL CARMEN TOVAR MONCADA

ASESORÓ:

Lic. MIREYA SORIANO VIDALS

SEPTIEMBRE 2003

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

El presente instrumento se basa en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem, por tanto se encuentra dividido en apartados. Inicia con factores de condicionamiento básico y después abarca cada uno de los requisitos de autocuidado universales, de autocuidado de desarrollo y de autocuidado en la desviación de la salud.

En gran parte de la guía las preguntas son abiertas, debido a la necesidad de tomar los datos necesarios que proporcione la agente de autocuidado y que de ninguna manera se sesguen las respuestas dadas.

Se recomienda el llenado por medio de una entrevista con todas las medidas necesarias: un lugar cómodo, tranquilo, que permita brindar confianza y confidencialidad a la agente de autocuidado a quien se aplique la guía.

INSTITUCIÓN _____ REGISTRO: _____

SERVICIO: _____ FECHA: _____

I. Factores condicionantes básicos

1. Características personales

a) Nombre _____ Edad: _____

b) Sexo _____ Edo.Civil: _____

c) Lugar de nacimiento: _____ Teléfono: _____

d) Religión: _____

e) Último año de estudio: _____

f) Ocupación: _____

g) Domicilio: _____

2. Características familiares

2.1. Composición familiar

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	APORTE ECON.

2.2. Estructura familiar

2.2.1.1. Estructura del rol

h) En éstos momentos qué espera de su familia?

i) Quién tiene el rol de jefe en casa? _____

j) Qué rol juega ud. en su familia? _____.

k) Qué actividades hace en casa para ejercer su rol?

_____.

2.2.1.2. Sistema de valores

l) En la familia existen normas para cumplir en relación con las obligaciones de la escuela, trabajo y hogar? _____

Cuáles? _____

_____.

2.2.3. Patrón de comunicación

m) Al interior de la familia se expresan verbalmente sus ideas, opiniones y sentimientos? _____.

n) Éstas son respetadas?

_____.

o) Frecuentemente hay dificultades y agresiones cuando platica entre sí la familia? _____ Porqué? _____

_____.

2.2.4. Estructura del poder (afrentamiento familiar)

p) Qué situaciones han causado tensión en la familia?

_____.

q) Quién afronta y resuelve los problemas familiares?

_____.

r) Quién se encarga de la disciplina y actividades de los niños?

_____.

_____.

s) Quién decide sobre el futuro de cada integrante de la familia?

2.3. Funciones familiares

2.3.1.1. Función afectiva

t) Cómo expresa la familia, el amor, la alegría, la tristeza y el enojo?

u) Con qué frecuencia se expresan afecto?

2.3.1.2. Socialización y función social

v) Algún miembro de la familia externa interviene en el cuidado de sus hijos o de su hogar? ____ Quién? _____.

w) Ha tenido algún problema con compañeros, maestros, amigos o vecinos? ____ De qué tipo? _____.

x) La relación con sus vecinos es satisfactoria?

y) Pertenece a algún grupo o asociación civil? ____ Cuál?

2.3.2. Función reproductora

z) A qué edad comenzó la menstruación? _____.

aa) Ha modificado el concepto sobre sí misma?

ab) Su padecimiento actual, ha modificado su sexualidad?

2.3.3. Función económica (provisión de las necesidades físicas)

ac) Quién (es) resuelven los gastos familiares?

_____.

ad) Cuenta la familia con los recursos económicos idóneos para satisfacer las necesidades de comida, vivienda, ropa y servicios de salud?

_____.

2.3.4. Características ambientales (Entorno físico y social)

ae) La vivienda donde convive con la familia es propia?

_____.

af) Cuántos cuartos son ocupados como dormitorios?

_____.

ag) Tiene cocina y baño independientes?

_____.

ah) Cuenta con suficiente ventilación e iluminación su hogar?

_____.

ai) Existen escaleras o elementos de construcción en su domicilio que le causen dificultad para desarrollar sus actividades?

_____.

_____.

aj) En su vecindario se cuenta con seguridad pública?

_____.

ak) En su vecindario cuenta con transporte público? ____Cuál?

_____.

_____.

al) En su vecindario existen factores nocivos para la salud? ____ Cuáles?

_____.

_____.

am) En su vecindario las calles tienen pavimento o terracería?

_____.

II. **Requisitos de autocuidado universales**

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

an) Existe contaminación ambiental en el lugar donde ud. vive?

ao) Qué hace para protegerse? _____

ap) Al respirar mete aire por la boca o por la nariz? _____

aq) Tiene molestias para respirar? _____

ar) Qué factores lo desencadenan? _____

as) Qué hace para mejorar su respiración? _____

at) Considera que tiene un aporte suficiente de aire? _____

au) Acostumbre fumar? _____ Con qué regularidad?

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

av) El agua que consume es potable? _____

aw) Utiliza alguna técnica para purificarla? _____Cuál?

ax) Cuántos vasos de agua ingiere al día?

ay) Cómo prefiere ingerir el agua y cómo le desagrada?

az) Acostumbra consumir bebidas alcohólicas? _____

ba) Consume café o té? _____ En qué cantidad? _____

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

bb) Después de consumir alimentos queda ud. satisfecha?

bc) Qué alimentos consume con mayor frecuencia?

bd) Qué alimentos le agradan?

be) Qué alimentos le desagradan?

bf) Tiene un horario específico para consumir alimentos?

bg) Ha padecido molestias al ingerir sus alimentos? ____ Cuáles?

bh) Qué ha hecho para disminuir las molestias?

bi) Considera ud. que tiene una porción suficiente de alimentos? ____ Porqué?

bj) Ud. prepara los alimentos en casa?

bk) Ha tenido dificultad para prepararlos? ____ Cuál?

bl) Qué ha hecho para disminuir la dificultad?

4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.

bm) Cuántas veces evacúa al día?

bn) Tiene molestias para evacuar? _____

bo) De qué tipo? _____

bp) Qué hace para eliminar las molestias? _____

bq) Cuántas veces orina al día? _____

br) Tiene molestias para orinar? _____

bs) De qué tipo? _____

bt) Qué hace para eliminar las molestias?

bu) Cuántas veces a la semana le gusta bañarse? _____

bv) El cambio de ropa total, con qué frecuencia lo realiza? _____

bw) Con qué frecuencia realiza el lavado de manos y corte de uñas?

bx) Cómo se cepilla ud. los dientes?

by) Con qué periodicidad lo hace? _____

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

bz) Qué actividades realiza en su hogar?

ca) Ha tenido limitaciones para realizar esas actividades?

cb) Acostumbra realizar algún tipo de trabajo? _____ Cual?

cc) Sus actividades le permiten tener periodos de descanso? _____

cd) Tiene algún problema para dormir? _____ Cual?

ce) Cómo logra conciliar el sueño? _____

cf) Cuántas horas duerme regularmente? _____

cg) Practica algún deporte? _____ Cual? _____

ch) Frecuencia e intensidad de su deporte?

ci) Tiene entrenador o guía? _____

6. **Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.**

cj) Se comunica fácilmente con otras personas? _____

ck) Qué dificultad tiene para comunicarse? _____

cl) Tiene parientes, amigos o vecinos en los que pueda confiar y que estén dispuestos a ayudarlo si lo necesita? _____

cm) Con quién recurre primero? _____

7. **Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**

cn) Su vista es lo suficientemente buena para detectar un peligro en el hogar, vía pública o trabajo? _____

cñ)Cuál es el motivo? _____

co) Su audición le permite escuchar algún ruido indicador de cualquier peligro? _____

cp) Su olfato le permite percibir olores que pudieran indicar peligro para su salud? _____.

cq) Su sentido del gusto es lo suficientemente bueno para detectar alimentos en mal estado? _____.

cr) Por medio de su tacto puede detectar formas, texturas, temperatura, movimiento o estabilidad de un objeto, que pueda significarle peligro? _____.

cs) Si va en automóvil utiliza cinturón de seguridad? _____.

ct) Está atenta a cualquier peligro que pudiera surgir en su hogar? _____.

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseos de ser normal.

8.1 Recursos de salud

cu) Periódicamente acude al dentista o al médico para el cuidado de su salud? _____.

cv) Lleva algún tipo de control? ___ Cual?
_____.

cw) Cuenta con algún tipo de seguridad social?
_____.

cx) A qué unidad de salud acude regularmente?
_____.

8.2. Prácticas personales de salud

cy) Es ud. una persona tranquila? _____.

cz) En su vida diaria, regularmente se enfrenta a situaciones que le ocasionen angustia, depresión, irritabilidad o apatía? _____.

da) Qué situaciones y cómo le afectan?

db) Regularmente explora su cuerpo para detectar algún problema de salud? _____

dc) Cuáles lleva a cabo? _____

8.3. *Autoconcepto / autoimagen*

dd) Se acepta ud. tal como es? _____

de)

Porqué? _____

df) Qué le gustaría cambiar de sí misma? _____

8.4. *Salud mental*

dg) (Observar actitud, lógica y razonamiento de ideas)

8.5. *Espiritualidad*

dh) Cómo influye en ud. la religión en su manera de ser, en su vida cotidiana y durante la aparición de alguna enfermedad? _____

III. Requisitos de autocuidado de desarrollo

- di) Etapa del ciclo vital _____
dj) Condiciones en las que se encuentra la usuaria que promuevan o impidan el desarrollo normal biológico? _____

V: Requisitos de desviación de la salud

1. *Desviación actual*

- dk) Conoce su enfermedad? _____
dl) Le preocupa? _____
dm) Porqué? _____
dn) Qué está dispuesta a hacer para aliviarse? _____

2. *Mecanismos para afrontar el problema de salud*

- dñ) Qué ha hecho para adaptarse a su enfermedad?

do) Conoce el tratamiento médico de su enfermedad?

3. *Cambios de la desviación de los estilos de vida*

- dp) Cómo ha modificado la enfermedad sus actividades de higiene personal? _____

dq) Cómo ha modificado la enfermedad sus actividades de vestido? _____

dr) Cómo ha modificado la enfermedad sus actividades de traslado? _____

ds) Cómo ha modificado la enfermedad sus actividades domésticas? _____

4. Historia de desviaciones de la salud

dt) Qué enfermedades ha padecido en la infancia y la adolescencia? _____

du) Qué enfermedades ha padecido en la adultez? _____

dv) La han operado alguna vez? _____

dw) Especifique _____

dx) Con qué tipo de anestesia? _____

dz) Ha estado internada en un hospital o clínica? _____

ea) Por qué causa? _____

eb) Cuánto tiempo? _____

ec) Padece algún tipo de alergia a medicamentos, alimentos, animales u otros? _____

ed) Actualmente está bajo algún tratamiento médico, dental o de otro tipo? _____

ee) Especifique características del tratamiento _____

ef) Tiempo de llevarlo a cabo _____

5. HISTORIA DEPORTIVA

eg) Ha sido hospitalizado o atendido por problemas derivados de la práctica deportiva?

tales como:	SI	NO		SI	NO
Sobreentrenamiento	___	___	Agotamiento	___	___
Knock out	___	___	Golpe de calor	___	___
Desmayo	___	___	Insolación	___	___
Adormecimiento de brazos, otro				___	___
Pérdida de dientes	___	___			
Dificultad para respirar	___	___	Convulsiones	___	___
Dolor en el tórax	___	___			

Especificar si se presentan antes, durante o después del ejercicio.

eh) Desde qué edad entrenas? _____

ei) Cuántos días a la semana? _____

ej) Cuántas horas al día? _____

ek) Es entrenamiento planificado? _____

el) En qué periodo te encuentras? _____

em)Cuál es tu competencia fundamental? Fecha _____

en) Tienes entrenador? Quién es? _____

eo) Has tenido lesiones por tu práctica deportiva que te hayan incapacitado por más de una semana?

	SI	NO	Especifica:
Fracturas	___	___	_____
Esguinces	___	___	_____
Contusiones	___	___	_____
Desgarres musc.	___	___	_____
Luxaciones	___	___	_____

Únicamente mujeres

ep) Menarca: _____.

eq) Ciclo menstrual ____X____.

er) Fecha de última menstruación? _____.

es) Afecta tu práctica deportiva? _____.

et) Has recibido tratamiento hormonal? SI NO Especifica

_____.

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**GUÍA PARA EXPLORACIÓN FÍSICA DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA
DEPORTIVA**

ELABORÓ:

MARÍA DEL CARMEN TOVAR MONCADA

ASESORÓ:

Lic. MIREYA SORIANO VIDALS

MARZO 2004

INSTRUCCIONES

Este instrumento está diseñado para su aplicación en áreas de valoración deportiva, por la licenciada en Enfermería. La exploración se realiza cefalocaudal, marcha y postura, cabeza y pares craneales, cuello y columna cervical, tórax y columna dorsal, abdomen y columna lumbar, genitales, miembros torácicos y pélvicos, plantoscopia y flexibilidad general.

Para su elaboración se utilizaron como referentes teóricos a: Hoppenfield (1989), Munro y Campbell (2001) y la enciclopedia de la Enfermería (1987).

En cada uno de los apartados anteriores se valora la goniometría, el examen manual muscular, examen neurológico y algunas maniobras especiales de acuerdo a la zona a explorar.

Se recomienda una exploración "armada", utilizando instrumentos básicos:

- ◆ Termómetro
- ◆ Baumanómetro
- ◆ Estetoscopio
- ◆ Goniómetro
- ◆ Plicómetro
- ◆ Cinta métrica
- ◆ Regla
- ◆ Martillo de reflejos
- ◆ Caja neurológica (olores, sabores y material para esterognosia)

Además en el lugar donde se realice la exploración debe haber:

- ◆ Plantoscopia
- ◆ Mesa de exploración
- ◆ Báscula con estadímetro

1. Apariencia general

Integra, fascie, actitud, orientación, somatometría, signos vitales

2. Marcha

Dependencia, fases, sustentación

3. Postura

Marque con desniveles

con zonas dolorosas

con masas

4. Cabeza y pares craneales

Conformación, simetría, pares craneales y examen muscular de cara

5. Cuello y columna cervical

Palpación de elementos óseos y musculares, puntos dolorosos

6. Tórax y columna dorsal

7. Abdomen y columna lumbar

8. Genitales

9. Miembros torácicos

9. Miembros pélvicos

Inspección, trofismo, tono, arcos de movilidad, fuerza muscular, sensibilidad, reflejos, maniobras especiales

10. Plantoscopia

Marque en el esquema las alteraciones que observe y a continuación descríbalas.

11. Flexibilidad

Talla (cms)	_____
Talla sentado	_____
Peso (kg)	_____
Pliegue subescapular	_____
Pliegue tricipital	_____
Flex de pie	_____
Flex sentado	_____

ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

GUÍA PARA ELABORAR CUADROS DE EVALUACIÓN

ELABORÓ:

MARÍA DEL CARMEN TOVAR MONCADA

ASESORÓ:

Lic. MIREYA SORIANO VIDALS

INSTRUCCIONES:

1. Especifique el DIAGNÓSTICO de Enfermería, uno por cada cuadro, ya sea real o potencial.
2. Determine el OBJETIVO de las intervenciones.
3. Enliste las INTERVENCIONES en la columna izquierda, de manera desglosada.
4. En las columnas de la derecha determine las FECHAS de citas programadas.
5. Con cada visita, reconozca y escriba la aplicación o IMPLEMENTACIÓN de cada intervención realizada, en la casilla correspondiente.
6. En la parte de abajo del cuadro, especifique los puntos de EVALUACIÓN, de preferencia con parámetros de referencia; y lleve a cabo las valoraciones correspondientes.
7. Por último, en el recuadro final, redacte los resultados obtenidos, motivo de EVALUACIÓN.

CUADRO DE EVALUACIÓN

DIAGNÓSTICO:						
OBJETIVO:						
INTERVENCIONES	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
1.						
2.						
3.						
4.						
EVALUACION						

PARÁMETROS	ESCALA

EVALUACIÓN