

00944



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN**

**APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO CON LA
TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO EN
UNA PACIENTE CON ADAPTACIÓN A UNA
DISCAPACIDAD MOTRIZ**

**ESTUDIO DE CASO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN**

**PRESENTA:
L.E.O. GRISELDA GIL FLORES**

**CON LA ASESORÍA DE:
L.E.O/E.E.R. MA. NIEVES AVENDAÑO GARNICA**



MÉXICO, D. F.

2004.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES



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.

CONTENIDO

	PÁGINA
INTRODUCCIÒN	4
OBJETIVOS	5
1. FUNDAMENTACIÒN	
1.1 ANTECEDENTES	6
2. MARCO CONCEPTUAL	
2.1 PARADIGMA	6
2.2 TEORÍAS DE ENFERMERÍA	6
2.3 TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	7
2.4 PROCESO ATENCIÒN DE ENFERMERÍA	9
2.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE ENFERMERÍA	9
3. METODOLOGÍA	
3.1 SELECCIÒN Y DESCRIPCIÒN GENÉRICA DEL CASO	11
3.2 MARCO TEÓRICO	
3.2.1 MIELOMENINGOCELE	12
3.2.2 AMPUTACIÒN	15
3.2.3 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE AMPUTADO	18
3.3 PROCESO DE INTERVENCIÒN ESPECIALIZADA	
3.3.1 VALORACIÒN DE ENFERMERÍA	22
3.3.2 PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	30
3.4 PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	33
3.5 DESCRIPCIÒN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	66
4. CONCLUSIONES	80
5. SUGERENCIAS	81
6. BIBLIOGRAFÍA	81

7. ANEXOS	84
- INSTRUMENTO DE VALORACIÓN CLINICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	
8. APÉNDICES	103
- FOLLETO DE MECÁNICA CORPORAL	
- TRIPTICO DE ALIMENTACIÓN	
- TRIPTICO DE EJERCICIOS RESPIRATORIOS	

INTRODUCCIÓN

Enfermería es una disciplina y un arte del cuidado al individuo sano o enfermo. Desde sus inicios se ha distinguido por intervenir tanto a nivel preventivo como curativo, sienta sus bases sobre pequeños peldaños que todavía va construyendo día a día, es decir, conocimientos, que estructuran cada vez más su propio cuerpo de conocimientos, fundamentando así su quehacer profesional.

A lo largo de la historia varias teóricas de enfermería han creado sus propios paradigmas o modelos conceptuales así como teorías, que en la actualidad se toman como fundamento para guiar la práctica del (a) enfermero (a) en su labor profesional. Una de estas teóricas es Orem con su teoría del déficit del autocuidado, que en este trabajo se toma como base para la aplicación del método enfermero en rehabilitación en una paciente con secuelas de mielomeningocele y amputación transtibial derecha.

Una de las áreas donde propiamente la enfermera no ha incursionado con un papel importante, es la rehabilitación. En esta rama de la medicina, la enfermería se ha incluido como especialidad hasta hace un par de años como respuesta a las necesidades y exigencias de la población mexicana.

En el presente estudio de caso se desarrolló una valoración del déficit del autocuidado que posteriormente permitió la elaboración de diagnósticos de enfermería así como el correspondiente plan de intervenciones y su respectiva ejecución y evaluación en el ámbito de la rehabilitación obteniendo como resultado la reintegración de la paciente a su medio familiar, social y laboral de acuerdo con sus limitaciones y con el desarrollo de sus potencialidades.

OBJETIVOS

GENERAL

Aplicar el método enfermero con base al modelo de Dorothea Orem en una paciente con secuelas de mielomeningocele y amputación transtibial derecha para establecer un plan de intervenciones de enfermería en rehabilitación y lograr su reintegración familiar y social.

ESPECÍFICOS

Realizar una valoración clínica del déficit del autocuidado.

Elaborar diagnósticos de enfermería acorde a la teoría del déficit del autocuidado.

Elaborar y aplicar un plan de intervenciones de enfermería para que la paciente:

- Acepte sus limitaciones y mejore su autoconcepto.
- Desarrolle el hábito del autocuidado y sus potencialidades físicas, intelectuales y sociales para que se integre a sus actividades de la vida diaria de acuerdo a sus limitaciones.
- Controle factores de riesgo presentes propios de su padecimiento.

Realizar evaluación del plan de intervenciones de enfermería.

1. FUNDAMENTACIÓN

1.2 ANTECEDENTES

Propiamente la especialidad de enfermería en rehabilitación se creo hace aproximadamente dos años, debido a ello no existen estudios de caso como antecedente a este trabajo, específicamente en pacientes con secuelas de mielomeningocele y amputación por debajo de rodilla. La aplicación del método enfermero con base en la teoría de Orem realmente desde hace pocos años se ha implementado en algunas especialidades en enfermería y realmente lleva aplicándose poco, aunque cabe mencionar que éste modelo se utilizo desde el inicio en la especialidad en rehabilitación pero aun así no se encontraron estudios relacionados propiamente de enfermería en rehabilitación como antecedente a este estudio de caso.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 PARADIGMA

Un paradigma es un diagrama conceptual que puede llegar a ser una amplia estructura en torno a la cual se articula la teoría.¹

Es una visión o una postura teórica determinada de forma abstracta, es una explicación del cuidado enfermero. Persona, salud, entorno, enfermería (cuidado) son los elementos necesarios del paradigma, aunque en la actualidad se incluye otro elemento no aprobado aún, que es la interacción. La construcción del conocimiento en enfermería inicia como un paradigma, algo abstracto, que posteriormente pasa por ciertos niveles de conocimiento (filosofía, modelos conceptuales y teorías) hasta llegar aun indicador empírico, para volverse algo concreto, permitiendo así la generación o comprobación de las teorías, por lo tanto, los paradigmas son una forma de entender o explicar un fenómeno (modelos), que en enfermería, son una explicación de su cuidado.

Un modelo conceptual es sinónimo de paradigma o matriz disciplinaria, los cuales se definen como un conjunto de conceptos y proposiciones abstractos y generales que proporciona un marco de referencia o perspectiva de los fenómenos dentro del dominio de indagación de una disciplina particular.²

2.2 TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Es el conjunto de conocimientos dirigidos a explicar los fenómenos que permiten la comprensión de la realidad, es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el

¹ MARRINER, Tomey Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. España 1999, pp.4.

² FAWCETT y DOWNS. Modelos Conceptuales, Teorías e Investigación. Philadelphia 1992, pp. 101-106.

diseño de las interrelaciones específicas, entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno.³

A las enfermeras la teoría nos ayuda a adquirir conocimientos y a fundamentar nuestra práctica profesional, facilitándonos autonomía de acción puesto que se convierte en una guía en las actividades tanto técnicas como administrativas, docentes y de investigación.

A lo largo de la historia de la enfermería sobresalen algunas teóricas con sus filosofías, modelos conceptuales o teorías, las cuales estructuran una ideología propia, en busca de un cuerpo de conocimientos que fundamentará su práctica profesional.

2.3 TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO

En la actualidad la enfermera puede utilizar una base teórica para brindar sus cuidados de forma organizada y eficiente, como lo es el modelo conceptual de enfermería de Dorothea Orem con su teoría del déficit del autocuidado. Cada modelo nos sirve para valorar, planificar, brindar y evaluar los cuidados del paciente desde un punto de vista determinado y específico, es decir, con cierto enfoque.

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (Dorothea Orem)

Considera su teoría sobre el déficit del autocuidado como una teoría general que en sí está estructurada por la teoría del autocuidado, la teoría del Déficit del Autocuidado y la Teoría de los Sistemas de Enfermería.

La primera describe y explica el autocuidado, la segunda describe y explica las razones por las que la enfermería pueden ayudar a la personas y la última describe y explica las relaciones de intervención de enfermería.

El autocuidado, Orem lo define como una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. 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.

La teoría de enfermería sobre el déficit del autocuidado sugiere las características de las personas cuidadas, incluyendo sus actividades específicas denominadas factores de condicionamiento básico, los cuales señalan los aspectos elementales de identificación general de la persona, cuyos elementos son: edad, sexo, ocupación y nivel educativo. Además nos menciona los requisitos de autocuidado que son: requisitos universales de autocuidado, requisitos de autocuidado relativos al desarrollo y requisitos del autocuidado de las alteraciones de la salud.

³ Idem 2.

REQUISITOS UNIVERSALES DE DESARROLLO

Los requisitos de desarrollo se refieren a los aspectos propios de cursar de una a otra etapa de la vida (etapa de desarrollo) y las condiciones que lo afectan (educación, pérdida del trabajo, cambio de posición social, condiciones de vida, y peligros ambientales).

REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

Los requisitos universales abordan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales para la vida (conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana).

Son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas de la vida y atienden aspectos de edad, sexo, estado de desarrollo y factores ambientales⁴. Orem maneja los 8 siguientes:

- Mantenimientos de un aporte suficiente de aire.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.
- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Los requisitos de desviación de la salud surgen cuando la persona esta enferma, incapacitada o con alguna lesión (búsqueda de ayuda, ser conciente del tratamiento y sus efectos y aprender a vivir con deficiencias).

AGENCIA Y/O AGENTE

Esta teoría del autocuidado incluye conceptos como el de agente de autocuidado, agente de autocuidado dependiente y agencia de enfermería los cuales hacen referencia a la persona encargada del autocuidado o cuidado. El término déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en quienes las

⁴ OSTIGUÍN. Teoría General del Déficit de Autocuidado. Manual Moderno, México, 2001, pp.66.

capacidades de autocuidado no son adecuadas o suficientes identificándose el déficit como completo o parcial.

TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

La teoría de los sistemas denota la forma de intervención de la enfermera: totalmente compensatorio (realiza el cuidado, regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado), parcialmente compensatorio (realiza alguna de las medidas de autocuidado por el paciente, compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado y ayuda al paciente en lo que necesite) y apoyo educativo (realiza el cuidado terapéutico del paciente, compensa la incapacidad del paciente para realizar su autocuidado, apoya y protege al paciente)⁵.

2.4 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería o proceso enfermero es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes al paciente, centrados en el logro de resultados esperados. Consta de 5 fases o etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. La valoración es un proceso organizado de obtención de información subjetiva y objetiva, actual y anterior, obtenida de fuentes primarias o secundarias para analizar el estado de salud del paciente y poder establecer conclusiones, las tres técnicas principales para obtener información son la entrevista, observación y exploración física. El diagnóstico es el juicio clínico acerca del problema de salud de un paciente, los diagnósticos se pueden elaborar mediante el formato PES (problema, etiología y sintomatología). La planificación consiste en la elaboración del plan de intervenciones de enfermería con el fin de modificar las respuestas humanas del paciente. La ejecución es la aplicación de dicho plan mientras que la evaluación es la decisión de la eficacia del plan y de si continúan las mismas respuestas humanas (evaluación de los resultados).

2.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE ENFERMERÍA

La ética representa los principios del deber y los ¿por qué? de un código o enunciado moral. La ética en salud se ocupa de los derechos, deberes y obligaciones del personal profesional, instituciones de salud y pacientes. La ética en enfermería tiene sus inicios cuando está comienza a desarrollarse. Desde hace bastantes años, la ética de la enfermera se centra en la atención directa a la persona, a los pacientes, a sus derechos y a la calidad de su atención, también existe en las enfermeras la convicción sobre la dimensión moral de su profesión y de la relevancia de sus actitudes éticas en su trabajo.⁶ Hoy en día la ética de la enfermera se centra en una ética del deber con énfasis en el hacer y no en el ser, en las acciones y deberes que se realizan, más que en las virtudes personales, como era en la antigüedad.

⁵ Idem 1.

⁶ GAFO, Javier. Ética y Legislación en Enfermería. Madrid 1994, pp. 27 – 44.

Las necesidades individuales de los pacientes como clientes o personas, son el aspecto central de la preocupación ética de la enfermería y las respuestas de la enfermera a esas necesidades. Según Lamb, el ideal de la enfermería es informar al paciente acerca de todo cuidado a realizarle, es decir, acerca del tratamiento que se le aplica, mantener su competencia mediante la formación permanente y abogar por él cuando se requiera.

El código ético de enfermería menciona que la enfermera está al servicio del paciente y de la humanidad, el cual constituye la función primaria de las enfermeras y la razón de su profesión, fundamentándose en el respeto a la libertad de la persona y en la preservación de la vida humana, debiéndose realizar sin ninguna forma de discriminación. Dicho código maneja los siguientes principios:

- Las responsabilidades fundamentales de la enfermera son cuatro: procurar la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud perdida y aliviar el sufrimiento.
- La necesidad de que exista la enfermería es universal. En ella es inherente el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del hombre. Se ejercerá sin consideraciones de nacionalidad, raza, credo, color, edad, sexo, creencias políticas o estatus social.
- Las enfermeras prestarán sus servicios a los individuos, sus familias y a la comunidad a que pertenecen y coordinarán dichos servicios con los de grupos afines.
- La responsabilidad primordial de las enfermeras estará en aquellas personas que requieran de sus servicios profesionales.
- Al proporcionar su atención, la enfermera otorga un entorno en el que se respeten los valores, costumbres y creencias religiosas del individuo.
- La enfermera mantendrá en secreto la información personal y usará su buen juicio cuando sea necesario compartirla.
- Siempre que actúe dentro de su capacidad profesional, la enfermera deberá mantener normas de conducta personal que den crédito a su profesión.
- La enfermera mantendrá relaciones de cooperación con sus colegas dentro de la enfermería y en otros campos.
- La enfermera se dedicará activamente a crear para sí un acervo actualizado de conocimientos profesionales.⁷

En 1973 el International Council of Nurses adopta en la Ciudad de México éste código profesional de ética de la enfermería que regula la conducta de las enfermeras a través de una serie de normas y lineamientos generales de actuación.

Al realizar la enfermera la aplicación de cualquier método enfermero o cualquier otro tipo de trabajo debe tomar y llevar a la práctica dicho código de enfermería.

⁷ THOMPSON. Ética en Enfermería. México 1994, pp.1-21.

3. METODOLOGÍA

3.1 SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 23 años de edad, originaria del D. F., casada, con secundaria terminada, se dedica al hogar, vive en 2da. Cerrada 5 de Mayo # 27, San Pedro Martir, Tlalpan; madre de una niña de 1 año y medio de edad, depende económicamente de su esposo.

Cursa con secuelas de mielomeningocele (L4 - S2) por lo cual la operaron al nacer en el Hospital Militar, presentando ambos pies con equinovaro, a los 7 años le diagnosticaron vejiga neurogénica, siendo a los 16 años aproximadamente cuando le realizan cateterismo vesical intermitente. A nivel intestinal, las evacuaciones son una vez por día con períodos ocasionales de estreñimiento. Hace algunos años perdió parte de la sensibilidad del pie derecho lo cual le conllevó a la formación de úlceras en varias ocasiones en la región plantar (infectándose) hasta llegar a osteomielitis, la sensibilidad esta aparentemente conservada hasta la parte superior del dermatoma L4 por lo cual le van a realizar cirugía en el Instituto Nacional de Ortopedia el 4 de Noviembre del 2002 con el objeto de amputar la pierna derecha a nivel transtibial y adaptarle una prótesis.

La paciente requiere y es conveniente que se le realice un programa integral de rehabilitación que contribuya a que se le brinde atención más específica de acuerdo a sus limitaciones así como para prevenir complicaciones y potenciar sus capacidades para reintegrarla lo más pronto posible a las actividades de su vida diaria, puesto que el nivel espinal del daño neurológico determino la anomalía funcional, es decir, los músculos afectados y la afectación de la función vesical e intestinal (afectación del MPD con pérdida de sensibilidad y disminución de fuerza muscular).

Se ha decidido elegir este caso por la problemática que representa además de las respuestas humanas que conlleva todo el proceso y el hecho de que hasta el momento la paciente no ha llevado un programa de rehabilitación, que es indispensable para evitar el deterioro de las funciones existentes, además de que resulta viable que la problemática que presenta la paciente puede ser abordada por la enfermera rehabilitadora.

3.2 MARCO TEÓRICO

3.2.1 MIELOMENINGOCELE

El mielomeningocele es una malformación congénita del sistema nervioso, en la cual hay una alteración en la formación de la columna vertebral observándose una falla en el cierre de los cuerpos vertebrales.

Representa la forma más grave de los disrafismos de la columna vertebral (espina bífida). La incidencia de espina bífida con meningocele o mielomeningocele es de 1 a 2 por 1000 recién nacidos vivos.⁸

Aunque la causa final que origina esta malformación es desconocida hay indicios de que muchos factores, como las radiaciones, ciertos fármacos, productos químicos y determinantes genéticos, pueden desde el momento de la concepción, influir negativamente en el desarrollo normal del sistema nervioso.

La causa del mielomeningocele se desconoce, pero como en todos los defectos del tubo neural existe una predisposición genética; el riesgo de recurrencia después de tener un hijo afectado asciende al 3-4% y llega al 10% con dos. Factores nutricionales y ambientales desempeñan, sin duda, un papel en la etiología del mielomeningocele. De hecho, se ha observado aumento en la incidencia en tiempos de guerra, hambruna o desastres económicos.⁸ Algunos estudios han demostrado que el uso de suplementos del ácido fólico, en el periodo periconcepcional, reduce significativamente el riesgo de presentar defectos del tubo neural en embarazos con riesgo. Para que sean eficaces, los suplementos del ácido fólico deben comenzarse antes de la concepción y deben continuarse, al menos, hasta la 12 semana de gestación, tiempo en que se completa la neurulación.

El servicio de salud Pública de los estados unidos, ha recomendado que todas las mujeres en edad fértil con riesgo de embarazo tomen 0,4 mg de ácido fólico diarios y que aquellas que ya hayan tenido un hijo con defectos del tubo neural sean tratadas diariamente con 4mg de ácido fólico, comenzando un mes antes de que se planea la concepción. Como cualquier embarazo de alto riesgo, estas pacientes precisan supervisión, consejo y seguimientos estrechos.

Se sabe que algunos fármacos también pueden aumentar el riesgo de producir un mielomeningocele. El ácido valproico produce defectos del tubo neural en aproximadamente el 1-2% de los embarazos, si se ha tomado durante la gestación.

Esta anomalía produce disfunción de muchos órganos y estructuras además del sistema nervioso central y periférico, como el esqueleto, la piel y el tracto

⁸ NELSON. Pediatría. México 2000, pp. 2087 –2088.

genitourinario.⁹

Las manifestaciones clínicas dependen de la localización de la malformación. Se observa una tumoración de tamaño variable que puede localizarse a diferentes alturas de la columna vertebral. Puede ser a veces ligeramente plana, o prominente, cubierta con piel sana, o sin ella.

Dependiendo de la ubicación los niños pueden presentar incontinencia vesical e intestinal, anestesia de la región del periné, parálisis de las piernas, falta de sensación al tacto y al dolor, déficit neurológico, o hidrocefalia (aumento del tamaño de los ventrículos cerebrales).

El mielomeningocele puede localizarse en cualquier punto a lo largo del neuroeje, pero en el 75% de los casos lo hace en la región lumbosacra. La extensión y grado de déficit neurológico depende de la localización del mielomeningocele. Una lesión en la región sacra inferior produce incontinencia vesical y rectal asociada a anestesia de la región perineal, pero sin afectación de la región motora. El recién nacido con un defecto en la región lumbar media presenta típicamente una estructura quística sacular, cubierta por una fina capa de tejido parcialmente epitelizado. Por debajo de la membrana son visibles restos de tejido neural, que puede en ocasiones romperse y perder líquido cefalorraquídeo. En la exploración, el lactante tiene una parálisis flácida de las extremidades inferiores, reflejos de estiramiento muscular abolidos, falta de respuesta a la estimulación táctil y dolorosa, y una alta incidencia de anomalías posturales de las extremidades inferiores (como pié equinovaro y la luxación de caderas). Puede evolucionar con incontinencia urinaria continua e incompetencia esfinteriana anal.⁴

Generalmente cuanto más baja se sitúe la deformidad en el neuroeje, menos probable es la hidrocefalia. El crecimiento ventricular puede cursar de forma indolente o puede ser rápido, produciendo una protrusión de la fontanela anterior, dilatación de las venas del cuero cabelludo, aspecto en "puesta de sol" de los ojos, irritabilidad y vómitos, junto con un aumento del diámetro cefálico.

La terapéutica es la reparación mediante una cirugía. Si es necesario también se colocará un dispositivo de derivación del líquido cefalorraquídeo como tratamiento de la hidrocefalia (colocación de una válvula en el sistema nervioso central). Uno de los aspectos más importante dentro del tratamiento es una cuidadosa y repetida valoración del sistema urinario y genital. Debe enseñarse a los pacientes y sus padres a colocar una sonda para poder vaciar su vejiga regularmente. Esto ayuda a prevenir infecciones urinarias. Periódicamente deben realizarse estudios de orina y de imágenes para controlar el funcionamiento y poder tratar posibles complicaciones. Para el tratamiento de la incontinencia intestinal se hace una "educación intestinal", mediante la cual se logra que el paciente regule los horarios para defecar.

⁹ KRIVAY. Pediatría. Santiago 2001, pp. 1456 – 1498.

La deambulación se logra según el grado y localización de la lesión. Algunos niños requieren el uso de muletas o bastones. Respecto al pronóstico del cuadro es frecuente que muchos niños tengan inteligencia normal, pero con trastornos del aprendizaje y crisis convulsivas. Como el mielomeningocele supone una discapacidad crónica, el seguimiento de estos niños debe ser de por vida.

El tratamiento y supervisión del niño con mielomeningocele y su familia es siempre multidisciplinario, con cirujanos, médicos pediatras y neurólogos, especialistas en rehabilitación y un equipo de psicólogos.

Algunas funciones del equipo de salud son:

Neurólogo:

- Coordinar atención integral del paciente.
- Manejar secuelas neurológicas.
- Detectar en forma precoz complicaciones asociadas.
- Controlar ecográficamente.

Neurocirujano:

- Manejo de válvula si se requiere.
- Manejo quirúrgico de complicaciones asociadas.

Urólogo:

- Resolución de complicaciones del tracto urinario.

Ortopedista:

- Detección y manejo precoz de deformidad de columna, alteración de caderas y deformidad de pies.
- Manejo de complicaciones ortopédicas.

Rehabilitador:

- Planificar rehabilitación.
- Realizar actividades de rehabilitación motora.
- Educar a los padres.

Psicólogo:

- Apoyo emocional a los padres.
- Terapia de aceptación a la enfermedad crónica del hijo.

- Manejo del grupo familiar.

Asistente social:

- Información y apoyo provisional a los padres.
- Facilitar acceso a tratamiento y exámenes.

PRONÓSTICO

La mortalidad de los niños con mielomeningocele que son tratados de forma agresiva es, aproximadamente del 10 a 15%, produciéndose la mayoría de los fallecimientos antes de los 4 años de edad.

Un 70%, como mínimo, de los que sobreviven tienen inteligencia normal, pero los problemas de aprendizaje y las crisis epilépticas son más frecuentes que en la población general. Los episodios de meningitis o ventriculitis afectan al cociente intelectual definitivo.

Como el mielomeningocele supone una minusvalía crónica, es necesario un seguimiento multidisciplinario durante toda la vida.¹⁰

3.2.2 AMPUTACIÓN

Extirpación quirúrgica de una parte del cuerpo o de un miembro o parte de él ya sea para tratar infecciones recurrentes o gangrena secundaria a una enfermedad vascular periférica, para extraer tumores malignos o tratar traumatismos graves, también se llega a definir como la pérdida de la o las extremidades de origen quirúrgico, traumático y ocasionadas por alguna enfermedad.¹¹

Entre las causas de las amputaciones se encuentran enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus, vasculopatías (enfermedad vascular periférica, embolia arterial, etc.), deformidades congénitas, las lesiones térmicas (quemaduras y congelaciones) o eléctricas, aplastamiento, infecciones (gangrena gaseosa, gangrena seca y osteomielitis), tumores, pérdida traumática y resorción neurógena.

El procedimiento quirúrgico y el nivel de amputación los determinan la extensión de la lesión tisular o la cantidad de tejido perdido. La amputación se realiza varios centímetros por encima del lugar de tejido que queda tiene suficiente aporte sanguíneo, nutrición y oxígeno para vivir. El objetivo terapéutico de una amputación es conservar la función.

Los principios que se emplean para la intervención quirúrgica son: el hueso se corta más que el músculo para que la piel y el músculo puedan envolver el final del hueso, el músculo se corta más que la piel para que ésta pueda envolverlo, la incisión puede cerrarse con o sin un drenaje o una aspiración de la herida.

Existen dos tipos de procedimientos de amputación, con colgajo y en guillotina. Una amputación con colgajo crea un muñón con apoyo en carga. Cuando hay un

¹⁰ Idem 3.

¹¹ KRUSEN. Medicina Física y Rehabilitación. Madrid 1995, pp. 1048.

riesgo significativo de infección (herida contaminada) o ésta existe, se realiza una amputación en guillotina. El muñón se deja abierto inicialmente hasta que la infección desaparece, y después se cierra mediante una segunda intervención.

En el caso de un traumatismo o una enfermedad de la extremidad inferior, puede realizarse una amputación por encima o por debajo de la rodilla, en la segunda ofrece al paciente la ventaja de conservar la función y la movilidad que la rodilla ofrece. Este tipo de amputación es preferible para personas jóvenes que permanecerán activas, porque les permite una marcha más natural. Además, cuando más bajo sea el nivel de amputación se necesitara menos energía y equilibrio para caminar. En la extremidad superior, incluidos los dedos, el muñón se prepara para una prótesis y se repara a un nivel ligeramente más elevado de amputación, para que haya tejido sano presente que facilite la cicatrización.

La zona a extirpar se extrae aplicando anestesia general y luego el extremo del hueso se cubre con un colgajo de tejido muscular y cutáneo modelado al efecto, dejando una zona abierta para drenaje por si aparece una infección.

Los colgajos se deben mantener gruesos para evitar la disección innecesaria entre la piel y los planos subcutáneo, aponeurótica y muscular; además en adultos no se debe desprender el periostio proximal a nivel de la transección, en cambio el retirar 0.5 cm. de periostio distal en niños puede ser útil para evitar el crecimiento terminal excesivo, por último es necesario redondear todos los bordes óseos así como el biselamiento de prominencias para una adaptación óptima de la prótesis.

Durante la amputación el músculo pierde su función contráctil cuando se seccionan las inserciones esqueléticas. La estabilización de la inserción distal del músculo para mejorar la función del miembro residual; con ésta se evita la atrofia muscular al suministrar en contrabalancees a las fuerzas deformantes que se producen por la amputación así como un acojinamiento estable sobre el extremo del hueso.¹²

Posterior a la cirugía el muñón se eleva sobre una almohada, si se emplea un vendaje suave hay que vigilar una hemorragia excesiva y si es rígido se debe dejar colocado durante 8 a 14 días. El muñón se debe mover a menudo para evitar complicaciones circulatorias y la necrosis hística. La medicación puede aliviar el dolor de la incisión y del miembro fantasma.

AMPUTACIÓN POR DEBAJO DE LA RODILLA

Es la ejecutada con mayor frecuencia entre las amputaciones de los miembros pélvicos. La técnica de colgajo posterior largo es la técnica estándar pero también se pueden utilizar colgajos anterior, sagital u oblicuo que pueden ser útiles en pacientes específicos. Se debe conservar la mayor longitud posible entre el tubérculo tibial y la unión de los tercios medio y distal de la tibia, con base en la disponibilidad de tejido blando saludable y debe evitarse las amputaciones en el tercio distal de la tibia debido a que producen un acojinamiento deficiente con tejido blando y además es más difícil adaptar de manera confortable una prótesis.

¹² SKINNER, Harry. Diagnóstico y Tratamiento en ortopedia. México, pp.671.

Lo que se pretende es conformar un muñón cilíndrico con estabilización muscular, acojinamiento tibial distal así como cicatriz no dolorosa y no adherente. La amputación por debajo de la rodilla es en especial adecuada para vendaje rígido y manejo protésico inmediato.

PRÓTESIS

Son instrumentos o aparatos artificiales que sustituyen una parte del cuerpo, que son diseñados y colocados con el fin de mejorar una función.

Dependiendo de la construcción y diseño hay dos tipos de prótesis: convencionales o exoesqueléticas y modulares o endoesqueléticas, las primeras son fabricadas normalmente en madera o plástico, las paredes de la prótesis proveen las funciones de forma y sujeción de peso, mientras que las segundas cuentan con una construcción tubular que proporciona la función de sujeción de peso, el aspecto exterior se realiza por medio de una funda de espuma flexible.

Para muñones por abajo de rodilla en prótesis convencional se recomienda un encaje de contacto total abarcando los condilos con encaje suave separado, siendo éste esencial para la calidad de la prótesis puesto que representa el medio separador entre el cuerpo del amputado y la construcción distal mecánica. El encaje de madera o de resina laminada y el pie protésico forman la unidad mecánica de función de la prótesis.

Los componentes para una prótesis modular de pantorrilla son encajes (socket), funda estética, adaptador modular y pies protésicos (sin articulación y articulados). Los pies no articulados o SACH reciben su elasticidad al dar el paso y en la fase intermedia por el plástico del prefabricado con cuña incorporada. Los pies protésicos sin articulación son: sach (para prótesis modulares y de pantorrilla), pie ligero (para pacientes con poca actividad) y pie dinámico (para prótesis modulares y de pantorrilla para pacientes activos, es decir, con marcha activa). Entre los pies protésicos articulados se encuentran: articulado (no aconsejable para prótesis cortas de pantorrilla), pie articulado ligero (apto para pacientes de poca actividad), pie greissinger (para movilizaciones multidireccionales con adaptación modular) y pie multiaxial (con adaptador modular, combina los movimientos multidireccionales con las características elásticas de pie dinámico).¹³

Los sockets son diseños protésicos para amputaciones por debajo de la rodilla. Se pueden diseñar para incorporar un revestimiento, lo cual aumenta la comodidad y adaptación de los cambios menores del volumen del miembro residual, pero su desventaja es una mayor perspiración, menor higiene y menor sensación de comodidad en tiempos húmedos y cálidos. El socket duro está diseñado para usar calcetines de algodón o de lana en el muñón con un pliegue de espesor apropiado en la interfase entre la pierna y el socket, es fácil de limpiar y más durable que el anterior. El socket flexible cambia de forma para adaptarse a la

¹³ OTTO BOCK. Compendio de Prótesis para la extremidad inferior. Alemania 1993, pp. 117.

contracción muscular subyacente, útil para miembros con cicatrices o difíciles de adaptar. A la vez casi siempre se utiliza la forma de tendón patelar como sostén, la mayor parte del peso se sostiene por el ensanchamiento tibial medial y lateral sobre el espacio interóseo, en tanto que el resto del peso se sostiene sobre la región del tendón patelar.

Como dispositivo de suspensión para la prótesis más común es el tirante suprapatelar que se enrolla por arriba de los cóndilos femorales y patela, un cinturón con tirante en horquilla es útil para aquel que tiene una extremidad residual muy corta por debajo de la rodilla puesto que reduce la acción de pistón en el socket y para aquellos pacientes que requieren una suspensión muy segura. Las bisagras laterales junto con un corsé apretado ayuda a descargar la pierna inferior y transferir algo de peso al muslo en pacientes con escaso tejido blando o dolor en la rodilla.

En la actualidad se utilizan los manguitos de suspensión fabricados de hule o neopreno. El hule es más estético pero menos durable y puede ser constrictivo caso contrario al neopreno, sólo que este puede causar dermatitis por contacto.

Hay muchos diseños para la prótesis de pie, como el pie original con acojinamiento sólido del talón en la articulación del tobillo (ATAT) y con nueva tecnología con respuesta elástica así como una variedad de diseños en quilla, tobillo y pilón.

3.2.3 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE AMPUTADO

La valoración de enfermería más inmediata consiste en inspeccionar la cantidad de hemorragia, la extensión de la lesión hística y la localización exacta de la misma. Se mide el punto de la lesión en relación con las restantes articulaciones o midiendo la cantidad de tejido que falta en el lugar de la amputación. Se determina la movilidad que ha quedado tras la amputación. Para determinar si hay otras lesiones, se realiza una revisión general de la cabeza a los pies.

El personal de enfermería valora el estado emocional, puede resultar difícil para el paciente aceptar la pérdida de una parte de su cuerpo, por lo que a veces se niega a mirar el sitio de la lesión.

La educación de la familia y del paciente sobre las fases que deberán superar a causa de la pérdida puede aliviar las preocupaciones de aquél y facilitar su adaptación. Los pacientes sufren por la pérdida de la parte amputada y de los cambios en sus facultades. El personal de enfermería le anima y le permite expresar sus temores o preocupaciones con respecto a la pérdida.

Después del alta del paciente de hospitalización se mantienen los cambios de vendaje y el cuidado de la zona del muñón. El ejercicio activo se puede iniciar a las 2 semanas de la intervención. El principal objetivo del tratamiento de

rehabilitación es devolver la función a la región intervenida, así como mantenerla en el miembro no afectado y además incluir terapia ocupacional.

Las principales actuaciones de enfermería son en 3 aspectos:

- Cuidados del muñón, eficaces para el proceso de cicatrización y para prevenir alguna infección.
- Ejercicio, que mantendrá el tono muscular no afectado y reforzará los grupos musculares que se utilizarán para compensar la amputación.
- Ayuda psicológica y emocional durante el proceso de duelo y adaptación a las limitaciones o los cambios por la amputación.

La perfusión de la parte seccionada es fundamental para que la zona permanezca viable. El personal de enfermería eleva el miembro por encima del nivel del corazón, valora el color, el tiempo de llenado capilar, la turgencia de la piel, la temperatura y los signos de hemorragia venosa o arterial y se coloca un vendaje compresivo.

El muñón se mantendrá elevado para que el lugar de la incisión no se inflame, elevando los pies de la cama, el muñón no se eleva una para que no se provoque una contractura. Por lo general, se coloca una venda elástica para mantener constante la presión, evitar la formación de edema y dar forma al muñón para el posterior ajuste de la prótesis. Si se produce una hemorragia pequeña en la línea de incisión, se aplica un vendaje compresivo en el muñón, si es excesiva un torniquete.

La infección se evitará manteniendo la herida quirúrgica limpia y seca, si el paciente no presenta secreción por la incisión, el vendaje puede ser muy fino.

El paciente debe someterse a un programa de ejercicios que fortalezcan los músculos que serán necesarios para andar con muletas o para ajustar una prótesis.

Se explica al paciente el fenómeno del dolor fantasma, se trata de un dolor localizado en el miembro ausente como si la amputación no hubiera tenido lugar. Es importante recordar que se trata de verdadero dolor. El miembro ha sido separado del cuerpo, pero las vías nerviosas que registran el dolor en esa zona siguen enviando mensajes al cerebro.¹⁴ Decirles esto a los pacientes aliviará en gran parte su ansiedad por sentir dolor en una parte del cuerpo que les ha sido amputada. También se debe prescribir al paciente alguna terapia ocupacional, recreativa o física.

Se estimula a los pacientes a que consideren el impacto de la amputación sobre su vida, se anima al enfermo a enfrentarse con la realidad de la amputación y a pensar en los aparatos de ayuda o en las prótesis disponibles.

¹⁴BEARE y Myers. Enfermería Medicoquirúrgica. México 1998, pp.2065.

TRATAMIENTO PREPROTÉSICO

En este periodo abarca la preparación física y la rehabilitación psicológica del paciente permitiéndole ver y hablar con otros amputados en diversos estadios de entrenamiento aunado a la explicación de la importancia de la terapia física y ocupacional, con sesiones cortas de ejercicios libres, posiciones de comienzo para movilizar las articulaciones y estimular su circulación; los ejercicios de equilibrio en posición de pie sobre una sola extremidad (pie sano) y cortos periodos de marcha sobre las barras son de gran valor. Se debe enseñar la marcha con muletas previo a la prescripción de la prótesis.

Después del cuarto día de postoperatorio los pacientes pueden realizar suaves movimientos activos asistidos del muñón, principalmente de extensión para los amputados por debajo de la rodilla, pero en si tienen que abarcar todos los arcos de movimiento del miembro pélvico, se realizará, dos o tres veces al día no más de 15 minutos, estos movimientos posteriormente el paciente los hará de forma activa. También el paciente debe realizar de forma activa los movimientos de las 3 extremidades completas. Enseguida de la cicatrización de la herida quirúrgica del muñón los ejercicios del muñón progresarán hacia ejercicios más libres y contra resistencia y se practicará un vendaje firme con el fin de acondicionarlo para adaptarle a la prótesis.

El programa de fisioterapia sugerido es: equilibrio libre en posición erecta sobre la extremidad sana, seguido de ejercicio de la cadera, elevando el lado amputado, con lo que se asegura que el muñón se mantenga bien alineado y no en un posición de abducción; ejercicios específicos continuados del muñón, seguidos por ejercicios contra resistencia que incluirán equilibrio y actividades en posición de rodillas para los amputados por debajo de la rodilla, endurecimiento de la zona de asiento isquiática para todos los amputados; ejercicios generales y específicos de las extremidades superiores, tronco y piernas sana por medio de terapia de grupo y recreativa con el fin de aumentar la fuerza muscular. Si se presentan contracciones se implementará un programa de estiramiento para dicho grupo muscular.

A la paciente se le debe enseñar los instrumentos de apoyo para la marcha y técnicas de traslado y si es necesario el adiestramiento para la realización de las actividades de la vida diaria de acuerdo a sus limitaciones.

Cuando el paciente padece la llamada extremidad fantasma dolorosa se le debe explicar que es una sensación normal y que tiende a desaparecer.

TRATAMIENTO PROTÉSICO

En este período se aconseja controlar la aplicación de la prótesis para comprobar que ha sido hecha de forma correcta y una buena adaptación. Cuando se aplique la prótesis, el muñón estará cubierto solamente por una envoltura de lana o calcetín a continuación se introduce el encaje, estando la prótesis en ligera rotación externa. Hay que asegurarse de que los pacientes, que con fines de entrenamiento protésico reciban una prótesis provisional por primera vez, lleven

un zapato normal de piso con tacón de base amplia. Durante el chequeo protésico se le enseña al paciente como colocarse la prótesis, se observa su adaptación y alineación en bipedestación de forma estática y dinámica, se le observa al paciente la marcha en las barras paralelas y si es necesario hay que dar reeducación de la marcha y corregir postura.

Dentro de las actividades funcionales de entrenamiento se incluye el sentarse en una silla e incorporarse de la misma, subir y bajar escaleras, ascenso y descenso de un plano inclinado, ascenso y descenso de medios de transporte público, superación de obstáculos, en las caídas como levantarse del suelo, recoger objetos del suelo.¹⁵

¹⁵ HUMM. Rehabilitación del Amputado del Miembro Inferior. España 1995, pp. 35 – 165.

3.3 PROCESO DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA

3.3.1 VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO (VALORACIÓN GENERAL O EXHAUSTIVA DE ENFERMERÍA)

FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BÁSICO

La presente valoración de enfermería es de RNY, femenina de 23 años de edad, con fecha de nacimiento el 9 de marzo de 1979, casada, con nivel de estudios de secundaria terminada, ocupación al hogar, originaria y residente del D. F., actualmente no realiza ninguna actividad, es de religión católica y vive en 2da. Cda. 5 de Mayo #27, Col, San Pedro Mártir, Tlalpan. Su familia esta compuesta por ella, su esposo e hija (1 año y seis meses). Su esposo es Jorge de 23 años, obrero, con escolaridad de secundaria no terminada y brinda un aporte económico de aproximadamente \$3,200 mensuales, siendo él quien resuelve los gastos familiares, y para que la familia pueda satisfacer las necesidades de comida, vivienda, ropa y servicios de salud tiene que realizar trabajos extras.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.

La paciente normalmente no asiste a lugares muy concurridos, no existe contaminación ambiental en el lugar donde vive y al respirar mete aire tanto por la boca como por la nariz, no realizándolo en alguna situación en específico. Fumó a los 18 años durante todo un año consumiendo un cigarrillo al día. No tiene enfermedades respiratorias frecuentemente y si las llega a presentar son a nivel de garganta. Presenta secreciones desde hace 3 días, que ocasionalmente durante el día dificultan la respiración.

2. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA.

El agua que utiliza para el consumo del hogar es potable pero para beber compra purificada de garrafón, ingiere 4 vasos de agua al día prefiriendo ingerirla de sabor ya sea natural o artificial, le desagrada el agua simple, por lo regular siempre la toma de sabor, en caso de que no la haya opta por la simple pero en menos cantidad. Últimamente ha notado edema en su pie, no sabiendo decir desde cuando, por lo cual lo mantiene elevado. Su estado de ánimo si influye en la ingesta de agua puesto que cuando se encuentra triste disminuye su consumo, porque decrece el deseo de tomarla. Los tipos de líquido que ingiere al día son 1 vaso de leche, un refresco de 350 ml y agua.

3. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

Por su amputación, actualmente su suegra es quien cocina debido a que ella no se puede trasladar por sí sola y es dependiente de la silla de ruedas. Después de consumir sus alimentos la señora queda satisfecha porque la cantidad que ingiere es la suficiente. Los alimentos que consume con mayor frecuencia son verduras (los 7 días de la semana), una pieza de carne en la comida (de 2 a 3 veces por semana) y un paquete de galletas (6 veces a la semana); en general todos los alimentos le agradan pero tiene preferencia por el mole y las carnitas, mientras que le desagradan el huevo, la papaya, el brócoli y el betabel, el huevo le causa malestar estomacal, siendo la única molestia, y del resto de alimentos, no le agrada el sabor, por lo cual no las consume. Tiene un horario específico para consumir sus alimentos, el desayuno a las 9:30 hrs., la comida a las 15:00 hrs. y la cena a las 19:30 hrs., consumiendo sólo 3 veces alimento al día. Su estado emocional modifica su ingesta de alimentos, cuando se deprime, le falta el apetito y tiende a no comer, en cambio cuando esta alegre aumenta el consumo de comida. Come habitualmente con su suegra, su cuñada y su hija en la casa de su suegra. La señora refiere no conocer las necesidades de alimentación según su edad y actividad así como los factores que favorecen la digestión y asimilación de los alimentos.

4. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN DE DESECHOS Y EXCRECIÓN.

Defeca una sola vez al día siendo sus heces duras, tiene poco control de esfínter anal, por lo cual al sentir la sensación de querer evacuar se traslada inmediatamente al baño, en caso de que no suceda así y llegara a defecar en su pantaleta ella posteriormente se cambia la ropa. Micciona de 3 a 4 veces al día, tiene dolor y ardor al orinar, ella se realiza cateterismo vesical por vejiga neurogénica, el procedimiento se lo enseñaron en el hospital militar, ella lo hace, primero tomando con una mano la sonda foley y con la otra abriendo los labios para posteriormente introducir la sonda y sacarla al término del vaciamiento de la vejiga, al dejar de salir orina. No ha hecho nada hasta la fecha para aliviar dichas molestias. Su problema de eliminación no afecta su autoimagen/autoconcepto porque lo acepta y ya se acostumbro, puesto que ya entendió que su padecimiento es parte de ella, que nació con él y por ello tiene que llevar a cabo ciertos cuidados.

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

La única actividad que lleva a cabo en su hogar es vigilar a su hija, permitiéndole tener 3 a 4 descansos al día. La señora tiene problemas para dormir (insomnio) de 2 a 3 veces por semana no durmiendo toda la noche. La forma cómo logra conciliar el sueño es permaneciendo en la noche en la cama, cuando no puede dormir suele pensar en su situación actual (amputación) y todo lo que conlleva, aspecto económico y las limitaciones en sus actividades. Cuando logra conciliar el

sueño duerme regularmente 10 horas, llega a permanecer acostada 3 horas y 5 horas sentada durante el día siendo actualmente una persona sedentaria. La señora manifiesta desconocer la importancia de la actividad y el reposo, y la realización de ejercicios activos y pasivos que mejoren la movilidad y la tonicidad muscular, los sabe de forma parcial puesto que solo estira sus pies, los mueve, jala y baja una vez por día pero no los realiza en la forma correcta y en su totalidad. Su estado de ánimo modifica su actividad, descanso y sueño, si esta triste no realiza nada de actividad, altera su descanso y no duerme, dicho estado de ánimo últimamente es a diario; algo muy primordial que altera su reposo en este momento es el cuidado de su hija, cabe mencionar que no utiliza ningún medio para facilitar el sueño.

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN

Su comunicación es fácil con otras personas, una de las dificultades que encuentra para comunicarse es el rechazo de la gente por lo de la amputación, en forma regular desde antes ha tenido pocos contactos sociales, los cuales siempre han sido insatisfactorios ya que no le satisface la forma de ser y actuar de las demás personas, por lo cual no pertenece a algún grupo social. Su esposo y su cuñada son los principales parientes y amigos en los que puede confiar y que están dispuestos a ayudarlo si lo necesita siendo los primeros a quienes recurre. Actualmente nada de tiempo llega a pasar sola, por lo de la amputación, la familia de su esposo siempre esta con ella, suele relacionarse con 5 personas básicamente (su suegra, cuñada, padrastro de su esposo, su esposo y su hija).

La comunicación con su esposo es buena y abierta, con el resto de los familiares es limitada, más con su propia familia porque ellos le han puesto barreras y la rechazan, la regañan por cualquier situación (de niña su madre la maltrato físicamente). Al interior de la familia de su esposo suelen expresarse verbalmente sus ideas, opiniones y sentimientos siendo éstos respetadas. Frecuentemente no hay dificultades y agresiones cuando platica entre si con la familia de su esposo pero con su propia familia de origen si, porque sus ideas son en su mayoría diferentes en lo que respecta a su forma de vivir y comportarse. La existencia de limitaciones ha afectado su necesidad de comunicación con su familia y de relaciones con los demás, con la familia de su esposo ha mejorado, porque prácticamente convive más con la familia de su esposo y con los demás nota cierto rechazo, lo que no le gusta y prefiere evitarlos.

La situación que esta causando tensión en la familia, es su amputación a nivel del aspecto económico y los cuidados especiales de ella (vigilarla todo el tiempo). Entre su esposo y ella afrontan y resuelven los problemas familiares, siendo su esposo quien se encarga de la disciplina y las actividades de su hija, además de decidir sobre el futuro de cada integrante de la familia. La familia expresa el amor con detalles y al hacerse sentir bien, la alegría con expresiones (sonrisas), la tristeza llorando y el enojo gritando y dejándose de hablar. El afecto suelen expresarlo siempre.

La señora considera que su sexualidad favorece la relación de pareja porque es un aspecto importante en la pareja y además porque llevan una buena relación. Frecuentemente ella suele comentar aspectos de sexualidad sólo con su esposo caso contrario con sus padres o resto de la familia. Desde hace un mes aproximadamente no ha tenido relaciones sexuales con su esposo, por falta de deseo, sus relaciones sexuales le son satisfechas, las disfruta y se siente bien con ellas, utilizan como único método anticonceptivo el coito interrumpido, no existen planes para tener hijos y el único problema que existe para ejercer su sexualidad en la actualidad es la amputación.

7. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO

Ella considera que su vista no es lo suficientemente buena para detectar un peligro en el hogar, vía pública o trabajo a lo lejos, puesto que no alcanza a ver bien a dicha distancia, hasta el momento no ha tenido algún accidente por lo mismo, menos ahora que hay siempre una persona cuidándola. Su audición le permite escuchar algún ruido indicador de peligro y su olfato, percibir olores que pudiera indicar peligro para su salud. Su sentido del gusto es lo suficientemente bueno para detectar alimentos en mal estado y por medio de su tacto distingue forma, textura, temperatura, movimiento o estabilidad de un objeto que puede significar peligro; si llega a ir en un automóvil si utiliza cinturón de seguridad. Suele estar atenta a cualquier peligro que pudiera surgir en su hogar, no acostumbra a beber bebidas alcohólicas, consume café o té, ya sea uno u otro cada tercer día (una taza). No conoce las medidas de prevención de accidentes ni de autocontrol para prevenir enfermedades, no realiza controles de salud periódicos. Utiliza la silla de ruedas como ayuda para deambular y llorando es la manera de manejar las situaciones de tensión en su vida.

La vivienda en donde convive con su familia es rentada, un cuarto es ocupado como dormitorio y el otro es una cocina, y un baño independiente, cuenta con una ventilación regular, puesto que la ventana del cuarto es muy pequeña mientras que la de la cocina es mediana, hay sólo una puerta que comunica ambas piezas (cocina y recámara) y hay un foco por cuarto, siendo su iluminación aceptable. Su vecindario si cuenta con seguridad pública, los suficientes medios de transporte, pavimentación, recolección de basura e iluminación pública además cuenta con todos los servicios de urbanización.

Le gusta bañarse del diario con cambio total de ropa, su lavado de manos es antes de comer y después de ir al baño. Su lavado de dientes no es el adecuado sólo realiza barrido de un lado a otro y de arriba hacia abajo en la cara anterior y superior de las piezas dentales, dos veces al día, por la mañana y antes de dormir.

8. PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL, CONOCIMIENTO DE LAS LIMITACIONES Y DESEO DE SER NORMAL

No acude periódicamente al médico o al dentista para el cuidado de su salud, llega a ir sólo por enfermedad. Ella se considera una persona tranquila, en su vida diaria regularmente se enfrenta a situaciones que le ocasionan angustia y depresión; el aspecto económico la angustia y deprime (el dinero que necesitan para comprar la prótesis) y la angustian situaciones como el cuidado y alimentación de su hija, el que su marido tenga que trabajar horas extras y que haya quien la pueda llevar a las consultas. Regularmente suele explorar su cuerpo para detectar algún problema de salud, principalmente autoexploración de mamas, sus piernas no las exploraba porque no le gustaba ver la úlcera que tenía y ahora mucho menos por el muñón, además no sabe que debe identificar y cómo explorarlas.

No se acepta tal cómo es, porque le falta el pie derecho, anteriormente si lo hacia puesto que físicamente estaba completa y le permitía realizar todas las actividades de su vida diaria, es decir, no la limitaba tanto. Actualmente se siente mal debido a que la amputación a originado muchos cambios en su vida y en todas sus actividades a tal grado que no realiza ninguna de las actividades del hogar y necesita de otra persona para su traslado de un lugar a otro.

Durante la entrevista se observo que los aspectos de actitud, humor, lógica y razonamiento de ideas fueron congruentes entre su comportamiento y respuestas, respondió inmediatamente y parece fidedigna la información que proporciona.

Profesa la religión católica, la cual influye en su manera de ser, en su vida cotidiana y durante su condición actual, rigiéndola mediante ciertos valores o conductas a seguir y en su condición actual hay cierto reproche hacia Dios ¿ Por qué a ella ?. Los valores que predominan en su familia son amor, respeto, honestidad, honradez y comunicación mientras que los principales de ella son comunicación, amor, respeto y confianza. En su familia no existen normas para cumplir en relación con las obligaciones de la escuela, el trabajo y el hogar. Su suegra es la persona quién prepara los alimentos y se encarga de que la familia los consuma. Nadie distribuye las tareas del hogar porque las realiza su esposo (todas las tareas domésticas: lavar, planchar, sacudir, barrer, trapear, compras del supermercado, a excepción de hacer la comida). También su suegra interviene en el cuidado de su hija y últimamente no ha tenido algún problema con amigos o compañeros.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

Adulta joven, con secuelas de mielomeningocele y amputación secundaria a úlcera por presión de cuarto grado, se encuentra en etapa de negación del proceso de duelo. Conoce sólo algunos aspectos de su enfermedad (la alteración que tuvo a nivel de la columna le originó la situación de la vejiga y de su pie), le preocupa su enfermedad porque el mielomeningocele le puede ocasionar

insensibilidad en el otro pie. La amputación a alterado su autoimagen y autoconcepto debido a que no le gusta como se ve, ha sido y sigue siendo difícil aceptar los cambios ocurridos por la amputación. No se encuentran bien económicamente porque los gastos originados por la amputación son muchos desde la misma cirugía hasta el tener que contratar taxi para acudir a sus consultas al CNR. Su situación afectiva le proporciona seguridad puesto que al tener a alguien a su lado le da seguridad y apoyo. Solamente conoce algunos aspectos de las secuelas del mielomeningocele y de la amputación y nada de los cuidados a seguir.

No toma ninguna otra medida para afrontar su enfermedad más que seguir el tratamiento del CNR y su enfermedad ha modificado sus actividades de la vida diaria. Dentro de su higiene personal se tiene que bañar sentada (baño de regadera) y ya lo hace sola, en sus necesidades intestinales y vesicales, tiene problemas con el equilibrio y necesita de ayuda para limpiarse, apoyándola en dicho aspecto su esposo o cuñada, modifico la forma para vestirse y darse cuidados a la piel, no habiendo en ello ningún problema. En alimentación se modifico en que ella ya no prepara los alimentos y en el de traslado de un lugar a otro depende de otra persona, pero dentro de su hogar en su gran mayoría ya los realiza ella.

REQUISITO DE DESVIACIÓN A LA SALUD

La paciente nació con mielomeningocele a nivel lumbosacro, operándola al nacer, se le diagnóstico vejiga neorogénica a los 7 años con tratamiento de cateterismo intermitente (sonda foley #14), empezó con problemas en pie derecho a los 10 años al salir la primera úlcera, la cual fue tratada con limpiezas quirúrgicas (cerrando), a los 13 años aparece una nueva úlcera siendo tratada con injerto, que posteriormente cerro y la tercera úlcera aparece a los 16 años evolucionando hasta los 23 años, la cual no cierra y por tanto se le realiza la amputación por la afectación de tejidos en el CNR, no recibió rehabilitación. Padeció varicela a los 12 años y nunca ha recibido transfusiones sanguíneas. Niega alergias tanto a medicamentos, alimentos, animales u otros, y no ingiere medicamentos sólo que sean indicados por algún medico.

En su historia sanitaria familiar tiene antecedentes de diabetes mellitus controlada por parte de su mamá y de enfermedades del corazón por parte de su papá (soplo, sin tratamiento).

EXPLORACIÓN FÍSICA

A la exploración física se encuentra con peso actual de 41 Kg. y estatura de 1.45 mts., F. C. 76x', F. R. 20x', temperatura 36.5° y T. A. de 100/80 mmHg. Adulta joven de edad aparente igual a la cronológica, consciente, orientada en tiempo, lugar y persona, en actitud somática libre. Presenta equilibrio deficiente en un punto, no se logra sostener de pie porque le falta equilibrio, se apoya en un punto auxiliándose de algo como la pared, los brazos de la silla de ruedas, la cama, la

mesa, etc., debido a que dicho apoyo en un punto (pie izquierdo) no es el adecuado, no realiza marcha, es dependiente utilizando como apoyo la silla de ruedas. Tiene palidez de tegumentos circunscrita a la cara, facie dolorosa sólo a la palpación del muñón y depresiva la mayor parte del tiempo. Es de biotipo normolíneo, su vestido e higiene es adecuado, ropa de acuerdo a edad, sexo y necesidades, la ropa se observa limpia y en buen estado estructural; se escucha buena dicción y articulación de palabras.

Cabeza normocefálica, sin endo-exostosis, cicatriz antigua de 1.5 cm a nivel de la sutura coronal, pelo semilargo, de buena implantación, negro, grueso y áspero, cejas pobladas, de buena implantación, la izquierda ligeramente por arriba del nivel de la derecha, párpados sin alteración, ojos de tamaño promedio, simétricos, pestañas grandes, esclerótica y conjuntiva normocrómicas, reflejos fotomotor, consensual y de acomodación presente, agudeza visual disminuida tanto en ojo derecho como en ojo izquierdo 30/20. Nariz central, con presencia de secreciones que ocasionalmente dificultan la respiración al tapar parcialmente una narina. En cavidad oral, labios semihidratados, caries dental en primer molar inferior derecho y primer y segundo molar inferior izquierdo, sarro en todas las piezas dentales, mucosas orales semihidratadas, lengua sin alteración, amígdalas hiperémicas e hipertróficas, con puntos blancos, oídos simétricos, de buena implantación, pliegues normales y buena agudeza auditiva. Cuello cilíndrico, de tamaño mediano, de buena coloración, hidratación y sin alteraciones, red ganglionar cervical palpable y dolorosa a nivel de maxilar inferior; glándula tiroides y tráquea de tamaño normal, central, movable y no dolorosa; pulsos presentes, débiles, de buen ritmo y frecuencia; músculos con tono y trofismo normal, no dolorosos y fuerza muscular en 4 global.

En postura, vista posterior a desnivel derecho hombros y escápulas, desnivel pélvico izquierdo y escoliosis dorsolumbar a nivel de T5 – L1, en vista lateral, proyección anterior de cabeza y cuello, vasculación anterior de pelvis, flexión de caderas y flexión de rodillas.

Columna con buena coloración de tegumentos, presencia de mancha vellosa a nivel de L5 – S1 y cicatriz quirúrgica a nivel lumbosacro por cirugía de mielomeningocele de 12 cm de longitud, apófisis espinosas palpables y no dolorosas, sacro y cóccix sin alteración. Arcos de movimiento normales a excepción de rotaciones que se encuentran limitadas por el equilibrio deficiente, resto de movilizaciones pasivas con equilibrio suficiente para su realización.

Tórax de forma normal, proporcional a la estructura ósea, con movimientos de amplexión y amplexación normales, glándulas mamarias simétricas, de igual tamaño, forma normal, no dolorosas y sin alteración aparente, ruidos cardíacos rítmicos y regulares, de buena intensidad, ausencia de ruidos agregados, campos pulmonares bien ventilados y limpios, ruidos respiratorios normales, sensibilidad conservada, músculos sin alteración. Giordanos negativos.

Abdomen plano, blando y depresible con presencia de cicatriz quirúrgica por cesárea de 11 cm de longitud, ausencia de visceromegalías, ruidos intestinales disminuidos, ganglios inguinales no palpables ni dolorosos. Sensibilidad conservada y fuerza muscular en 4 global. En pelvis, hueso coxal izquierdo por abajo en comparación con el derecho y sin dolor a la palpación. Genitales de acuerdo a edad y sexo, se encuentra menstruando con características normales, flujo moderado, sin olor característico, y coloración rojo intenso. Esfínter anal aparentemente sin alteración estructural (sin lesión visible). Sensibilidad conservada y músculos sin alteración.

Miembros torácicos simétricos, de forma y tamaño normal, características de la piel sin alteración, uñas con buena coloración, cortas y sin problemas, articulaciones sin alteración, pulsos braquial y radial con buen ritmo y frecuencia, aunque de intensidad débil. Circulación arterial y venosa aparentemente normal, músculos de forma, tono y trofismo normal, fuerza muscular en 4 global. Reflejos tricipital, bicipital, supinador y radial presentes en ambas extremidades, reflejos patológicos ausentes, ganglios no palpables ni dolorosos y sensibilidad conservada. Arcos de movimiento normales.

Miembros pélvicos simétricos, de forma y tamaño normal, características de la piel sin alteración a excepto de muñón. Uñas en miembro pélvico izquierdo cortas y sin alteraciones, articulaciones completas en miembro pélvico izquierdo y en miembro pélvico derecho hasta la rodilla, no dolorosas y sin problemas aparentemente. Pulsos femoral, popíteo y pedio con adecuada frecuencia y ritmo, notoria debilidad principalmente en pedio izquierdo, circulación venosa y arterial sin alteración aparente, músculos con forma, tono y trofismo normales, contractura de isquiotibiales 10/10, fuerza muscular en 4 a excepto de glúteos, mayor, mediano y menor que se encuentran en 3 (de ambas extremidades). Pruebas especiales negativas, reflejo rotuliano y aquileo izquierdo presentes, ausencia de reflejos patológicos, sensibilidad conservada en ambas extremidades. Arcos de movimiento limitados para cadera en flexión 100/120, abducción izquierda 30, aducción 15/20, rotación interna 20/20, rotación externa 25/30; para rodilla flexión 35/35 y para pie izquierdo extensión 45 y aducción 15.

Presenta amputación transtibial en miembro pélvico izquierdo desde el 6 de noviembre del año en curso. Muñón de forma semicircular, de 16 cm contra 35 cm de pierna izquierda, con un diámetro de 34 cm de pierna izquierda, con piel áspera, escamosa y seca, presenta dos úlceras, una por arriba de la cicatriz quirúrgica de 1 cm de ancho por 1.5 cm de largo y la otra por debajo de la cicatriz a nivel central con 2 cm de ancho y 3 cm de largo (ya en proceso de cicatrización). Temperatura aumentada (calor local), sensibilidad conservada, coloración con rubor local; cicatriz quirúrgica anterior, con 23 puntos en total, 3 de ellos retirados en extremo medial y uno en extremo distal, temperatura aumentada y rubor circunscrito a la cicatriz quirúrgica. Tejidos blandos deficientes puesto que están muy cerca del límite de los extremos óseos del muñón. Presencia de dolor y edema además de pus por infección en los 3 primeros puntos mediales.

3.3.2 PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Para la elaboración de los diagnósticos se utilizó el formato PES (problema o respuesta humana, etiología o causa que origina la respuesta humana y la sintomatología propia de la respuesta humana: signos y síntomas) con los requisitos de autocuidado del modelo conceptual de Dorotea Orem. Los diagnósticos se jerarquizaron de acuerdo a la respuesta humana más inmediata a solucionar o modificar para mantener o elevar el bienestar humano de la paciente y conducirla aun autocuidado, prevenir complicaciones y potencializar sus capacidades.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Requisito de desviación a la salud (dehiscencia de 3 primeros puntos mediales de herida quirúrgica) relacionado con desconocimiento de manejo de herida quirúrgica y falta de curaciones manifestado por rubor y calor local, edema, dolor a la palpación, secreciones y afrontamiento incompleto de bordes de herida quirúrgica.

Déficit en el requisito de autocuidado del desarrollo (riesgo de alteraciones en muñón) relacionado con desconocimiento de manejo del mismo.

Déficit en la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción (molestias para la micción) relacionados con mala técnica de cateterismo vesical manifestado por dolor y ardor al orinar.

Requisito de desviación a la salud (angustia) relacionado con incapacidad para realizar sus actividades de la vida diaria de manera independiente manifestada por estrés en situaciones de cuidados de su hija y de no realizar actividades cotidianas del hogar además de preocupación al necesitar de otra persona para su traslado.

Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (equilibrio deficiente en un punto) relacionado con contractura de isquiotibiales 10/10, fuerza muscular en 4 a excepto de glúteos mayor, mediano y menor que se encuentran en 3, arcos de movimiento limitados para cadera en flexión 100/120, abducción izquierda 30, aducción 15/20, rotación interna 20/20, rotación externa 25/30, para rodilla flexión 35/35 y para pie izquierdo extensión 45 y aducción 15 manifestado por incapacidad para mantenerse de pie e incapacidad para la marcha.

Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (sedentarismo) relacionado con desconocimiento del equilibrio entre las actividades de la vida diaria y el reposo manifestado por adinamia, permanecer 3 horas acostada y 5 horas sentada durante el día.

Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de agua (ingesta de líquidos insuficiente para sus requerimientos diarios) relacionado con falta de conocimiento sobre la cantidad de líquidos a ingerir manifestado por consumo de 1 litro de agua al día, prefiriendo ingerir agua de sabor, por el desagrado al agua natural.

Déficit del mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos (dieta deficiente en calidad) relacionado con desconocimiento de las necesidades de alimentación según grupos de alimentos manifestado por ausencia del consumo de frutas en su dieta e ingesta de galletas 6 días a la semana.

Requisito de desviación a la salud (alteraciones posturales) relacionado con falta de equilibrio manifestado por desnivel derecho de hombros y escápulas, desnivel pélvico izquierdo, proyección anterior de cabeza y cuello, vasculación anterior de pelvis, flexión de caderas y rodillas.

Déficit en la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción (cambio en la consistencia de heces) relacionado con insuficiente consumo de líquidos y escasa cantidad de fibra manifestado por hipoactividad intestinal y heces duras.

Déficit del equilibrio entre la soledad y la interacción (aislamiento social) relacionado con cambios de estado de ánimo manifestado por poco contacto social como inasistencia a fiestas, eventos o reuniones sociales así como no contacto sexual con su esposo por falta de deseo.

Déficit de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano (riesgo de patrón respiratorio inadecuado) relacionado con inspirar aire por costumbre tanto por la boca como por la nariz.

Déficit de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano (riesgo de presentar accidentes en el hogar y vía pública) relacionado con disminución de la agudeza visual.

Requisito de desviación a la salud (riesgo de lesiones dérmicas) relacionado con deterioro progresivo de la sensibilidad en miembros pélvicos propio de su padecimiento.

Déficit de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano (deficiente higiene bucal) relacionado con desconocimiento de técnica de cepillado de dientes manifestado por cepillado de barrido de un lado al otro y de arriba hacia abajo en la cara anterior y superior de las piezas dentales así como sarro y caries dental en primer molar inferior derecho e izquierdo y segundo molar izquierdo.

3.4 PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	SISTEMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	AGENCIA
<p>Requisito de desviación a la salud (dehiscencia de 3 puntos mediales de herida quirúrgica) relacionado con desconocimiento del manejo de herida quirúrgica y falta de curaciones manifestado por rubor y calor local, edema, dolor a la palpación, secreción purulenta y afrontamiento incompleto de bordes de herida quirúrgica.</p>	<p>Lograr una adecuada cicatrización de la herida quirúrgica.</p>	<p>Educación para la salud al agente de autocuidado y al agente de cuidado dependiente sobre:</p> <p>Manejo de herida quirúrgica.</p> <p>Explicar y demostrar al mismo tiempo cómo curar la herida quirúrgica diariamente con jabón de castilla y agua hervida. Lavando del centro a la periferia o de lo distal a lo proximal, enjuagando con el agua y posteriormente secando dando pequeños toquesitos a la herida, por último cubrir con gasas y venda.</p> <p>Explicar cuáles son los signos de infección de heridas: calor y rubor local, dolor intenso, inflamación y salida de secreción purulenta.</p>	<p>Es un procedimiento de asepsia para mantener limpia una herida y por el cual se permite el restablecimiento de las características estructurales y funcionales de un tejido lesionado.</p> <p>Una infección es una invasión del organismo por microorganismos patógenos que se reproducen y multiplican causando un estado morbozo por lesión celular local, los signos característicos son: rubor, calor, dolor y pus.</p>	<p>Apoyo/educativo.</p>	<p>Agencia de Autocuidado y agencia de cuidado dependiente.</p>

		<p>Evaluar la realización de los cuidados a herida.</p>	<p>La evaluación nos permite medir la eficacia del plan de estudio y los logros que se obtienen.</p>		
--	--	---	--	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	SISTEMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	AGENCIA
<p>Requisito de autocuidado del desarrollo (riesgo de alteraciones en muñón) relacionado con desconocimiento del manejo del mismo.</p>	<p>Lograr que el muñón de la paciente se encuentre en buenas condiciones para la colocación de prótesis.</p>	<p>Educación para la salud al agente de autocuidado y al agente de cuidado dependiente sobre cuidados del muñón:</p> <p>Explicarle que debe mantener elevado el muñón durante el proceso de cicatrización elevando los pies de la cama (postoperatorio), colocando bajo el colchón de su cama una almohada dura o tabla de aproximadamente 25 cm de grosor.</p> <p>Enseñar mediante técnica demostrativa el vendaje a muñón, con venda elástica de 10 cm de ancho y 5 m de largo (mantener las 24 horas del día, retirarlo una vez al día y siempre que se humedezca y afloje). Se colocará en posición sedente, se comienza en la cara anterior, a nivel del tubérculo tibial, fijando el paciente el vendaje con un pulgar y se continua hacia abajo y asciende hacia la cara posterior en dos ocasiones, posteriormente</p>	<p>La elevación del muñón permite que el lugar de la incisión quirúrgica no se inflame.</p> <p>El vendaje ayuda a dar forma al muñón y le brinda protección, además el vendaje elástico mantiene constante la presión y evita la formación de edema manteniendo al muñón en adecuadas condiciones y posteriormente este apto para colocación de prótesis. El vendaje también ayuda a reducir cualquier edema terminal, facilita un retorno venoso normal, ayuda a tonificar el tejido flácido, evita un enrollamiento del aductor en la ingle y</p>	<p>Apoyo/ educativo.</p>	<p>Agencia de autocuidado y agencia de cuidado dependiente.</p>

		<p>se dan dos vueltas circulares a nivel del tubérculo tibial y después en ocho para cubrir las caras interna y externa (laterales), fijando el vendaje de forma circular dando dos vueltas a nivel del tubérculo tibial, por debajo de ella.</p> <p>Explicar y demostrar cómo dar diariamente el masaje de tejidos blandos a MPD 3 veces al día por 10 minutos, por medio de fricción (movimientos circulares con todos los dedos de la mano) y amasamiento (aprehendiendo entre los dedos la masa muscular, el pulgar se opone a los otros 4 dedos, a continuación se juntan los dedos, el pulgar se cierra y aproxima a los otros cuatro, luego se afloja disminuyendo la presión, y los dedos sueltan el músculo, pero la palma continua presionando el músculo intensamente; posteriormente la mano se desplaza 2-3 cm hacia el área vecina).</p> <p>Explicar que deberá lavar durante el baño diario el</p>	<p>acostumbra al muñón a una cobertura constante.</p> <p>El masaje mantiene una buena irrigación y evita que los tejidos blandos se peguen al hueso.</p> <p>La higiene elimina suciedad y previene infecciones, el</p>		
--	--	---	--	--	--

		<p>muñón, con jabón de castilla, lavarse el muñón con agua caliente y a continuación nuevamente con agua fría, terminando con un frotamiento con la toalla de baño, secarlo suavemente además de hidratarlo de preferencia con crema teatrical.</p> <p>Explicar que la paciente debe utilizar un calcetín de algodón para el muñón (en la utilización de prótesis provisional); cada dos días se renovarán los calcetines, si la sudoración es muy intensa diariamente y se lavarán posteriores a su retiro.</p> <p>Se lavarán los calcetines con agua templada o caliente, utilizando polvo detergente al igual que los empleados para prendas de lana, después se extenderán sobre una toalla hasta que se sequen.</p> <p>No utilizar polvos de talco cuando se lleve la prótesis provisional.</p> <p>Observar diariamente el muñón en busca de una</p>	<p>jabón de castilla contiene menos irritantes para la piel y la crema mantiene humectada la piel.</p> <p>El agua caliente causa vasodilatación y relajamiento muscular mientras que el agua fría, tiene un efecto contrario, vasoconstricción, analgesia y tonificación muscular.</p> <p>El calcetín de algodón mantiene limpio y seco el muñón previniendo infección y alteraciones de la piel.</p> <p>Este método ayuda a conservar los calcetines y a mantenerlos suaves.</p> <p>El talco tiende a obstruir los poros de la piel.</p> <p>El chequeo constante nos ayuda a identificar</p>		
--	--	---	---	--	--

		<p>probable lesión durante el baño diario, antes y después de colocar el vendaje</p> <p>Explicar que deben inspeccionar a diario la cicatriz quirúrgica del muñón en busca de secreción, ampollas o erosiones.</p> <p>Explicar y demostrar el masaje a cicatriz quirúrgica del muñón, el cual deberá realizarse diariamente por espacio de 20 a 30 minutos:</p> <p>Antes de iniciar el masaje se movilizarán y amasarán los músculos subyacentes a la cicatriz .</p> <p>1. Aplicar masaje con movimientos circulares en toda la región de la cicatriz con la yema de los dedos pulgares.</p> <p>2. Realizar pinzamientos suaves transversales a la</p>	<p>tempranamente lesiones para tratarlas y evitar infecciones.</p> <p>La inspección constante nos ayuda a tratar lesiones en su inicio o prevenir alguna complicación.</p> <p>El masaje sobre las cicatrices en general (retráctiles, queloides, hipertróficas o adherencias a otros planos) provoca rotura de adherencias, flexibilidad de tejidos cicatrizales y mejora del aspecto estético mediante estas técnicas específicas.</p> <p>Esta maniobra es con el fin de conseguir un mejor aporte sanguíneo de la zona y así obtener una mejor oxigenación de los tejidos cicatrizales y pericicatrizales.</p> <p>Con esta técnica se aumenta la hiperemia local y la elasticidad de los tejidos pericicatrizales.</p> <p>Con esta técnica se logra despegar la cicatriz de los</p>		
--	--	--	---	--	--

		<p>cicatriz con dedos pulgares o índices.</p> <p>3. Provocar deslizamientos laterales a un lado y al otro, pasando después a los deslizamientos, sin tocar la cicatriz sino los tejidos vecinos con dedos pulgares o índices.</p> <p>4. Realizar un masaje en zigzag o en Z haciendo presa en las cercanías de la cicatriz con los dedos medios de ambas manos, hasta pinzarla y conseguir que forme especie de Z o S; entonces se efectúa un movimiento en sentido contrario de ambos dedos, utilizar ambos dedos medios con ayuda del dedo índice.</p> <p>5. Realizar una maniobra de estiramiento longitudinal de la cicatriz combinadas con los estiramientos en zigzag, utilizando los dedos correspondientes pulgares y/o medios – índices).</p> <p>6. Aplicar unos pequeños martilleos o vibraciones con los dedos índices sobre la cicatriz.</p>	<p>planos subyacentes.</p> <p>Con este tipo de técnica de deslizamiento de pretende evitar la fibrosis de la cicatriz.</p> <p>Esta técnica es útil para hacer más elástica la cicatriz y despegarla de planos subyacentes.</p> <p>Esta técnica es útil para hacer más elástica la cicatriz y despegarla de planos subyacentes.</p> <p>Esta técnica ayuda a normalizar el tejido cicatrizal, haciéndolo más resistente al tacto, roce y presiones al insensibilizar parcial y paulatinamente la</p>		
--	--	--	--	--	--

		<p>Evaluar la realización de los cuidados a muñón mediante observación directa e indirecta.</p>	<p>zona. La evaluación nos permite medir el logro de los objetivos y la eficacia del plan de intervenciones de enfermería.</p>		
--	--	---	--	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	SISTEMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	AGENCIA
<p>Déficit en la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción (molestias para la micción) relacionados con mala técnica de cateterismo vesical manifestado por dolor y ardor al orinar.</p>	<p>Eliminar las molestias a la micción.</p>	<p>Educación para la salud al agente de autocuidado sobre:</p> <p>Técnica de cateterismo vesical intermitente cada 4 horas durante el día (técnica expositiva y demostrativa).</p> <p>Evaluar la realización de cateterismo vesical mediante observación directa e indirecta.</p> <p>Infección de vías urinarias: signos y síntomas (técnica expositiva).</p> <p>Medidas preventivas para infección de vías urinarias (técnica expositiva).</p>	<p>Introducción de una sonda a la vejiga a través de la uretra para tratar una retención urinaria o vaciar totalmente el contenido vesical</p> <p>La evaluación nos permite medir el logro de los objetivos y la eficacia del plan de intervenciones de enfermería.</p> <p>Es la invasión de cualquiera de las vías urinarias por microorganismos patógenos que se reproducen y multiplican causando un estado morbos.</p> <p>La prevención ayuda a eliminar o controlar los factores de riesgo predisponentes a la infección de vías urinarias.</p>	<p>Apoyo /educativo.</p>	<p>Agencia de autocuidado.</p>

		Sugerir consultar al urologo para valoración y tratamiento.	El urólogo es el médico especialista en enfermedades del tracto urinario.		
--	--	---	---	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	SISTEMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	AGENCIA
<p>Requisito de desviación a la salud (angustia) relacionado con incapacidad para realizar sus actividades de la vida diaria de manera independiente manifestada por estrés en situaciones de cuidados de su hija y de no realizar actividades cotidianas del hogar además de preocupación al necesitar de otra persona para su traslado.</p>	<p>Lograr que la paciente controle o disminuya su angustia para que realice sus actividades de la vida diaria de manera independiente acorde a sus limitaciones.</p>	<p>Educación para la salud al agente de autocuidado dependiente sobre:</p> <p>Actividades de la vida diaria (técnica expositiva).</p> <p>Forma de realizar las actividades de la vida diaria de acuerdo a sus limitaciones (técnica expositiva y demostrativa).</p> <p>Instrumentos de apoyo para la marcha y/o traslado: silla de ruedas, muletas y andadera (técnica expositiva y demostrativa).</p> <p>Evaluación de la realización de las actividades de la vida diaria de acuerdo a sus limitaciones por medio</p>	<p>Abarca una gran cantidad de actividades que realiza la persona diariamente principalmente en su hogar. Una discapacidad provoca cierto tipo de limitaciones en la persona principalmente de tipo motor.</p> <p>La silla de ruedas, las muletas, la andadera y el bastón son dispositivos de apoyo para la marcha de acuerdo al grado de limitación o lesión que en ciertas ocasiones actúa sustituyendo parte de la función de la región afectada.</p> <p>La evaluación nos permite medir el grado de alcance de los objetivos planeados y determinar la eficacia del plan de intervenciones de</p>	<p>Apoyo/ educativo.</p>	<p>Agencia de autocuidado y agencia de cuidado dependiente.</p>

		de observación directa e indirecta.	enfermería.		
--	--	-------------------------------------	-------------	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	SISTEMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	AGENCIA
<p>Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (equilibrio deficiente en un punto) relacionado con contractura de isquiotibiales 10/10, fuerza muscular en 4 a excepto de glúteos mayor, mediano y menor que se encuentran en 3, arcos de movimiento limitados para cadera en flexión 100/120, abducción izquierda 30, aducción 15/20, rotación interna 20/20, rotación externa 25/30; para rodilla, flexión 35/35 y para pie izquierdo, extensión 45 y aducción 15 manifestado por incapacidad para mantenerse de pie e incapacidad para la marcha.</p>	<p>Lograr que la paciente tenga un equilibrio adecuado en un punto.</p>	<p>Orientación educativa al agente de autocuidado y agente de cuidado dependiente:</p> <p>Enseñar cómo deben realizar el programa de ejercicios diario, de 2 a 3 veces al día en piso o colchón en decúbito prono, lateral y supino (técnica demostrativa):</p> <p>Realizar ejercicios isométricos por 5 a 10 segundos de 10 repeticiones a miembro pélvico derecho por dos semanas posterior a la cirugía.</p> <p>Realizar ejercicios isotónicos de miembros torácicos y miembros pélvicos 10 repeticiones en serie de tres (flexión, extensión, aducción, abducción, prono – supinación y circunducción) de 2 a 3 veces al día de forma activo libre por un mes y posteriormente con resistencia (pelota).</p>	<p>El movimiento conserva las articulaciones y los músculos en forma óptima para su buen funcionamiento.</p> <p>Los ejercicios isométricos mejoran considerablemente la movilidad articular y ayuda a aumentar la fuerza y tono muscular.</p> <p>Los ejercicios isotónicos mejoran considerablemente la movilidad articular y ayuda a aumentar la fuerza y tono muscular.</p>	<p>Apoyo/ educativo.</p>	<p>Agencia de Autocuidado y agencia de cuidado dependiente.</p>

		<p>Realizar ejercicios de estiramiento a isquiotibiales iniciar con 3 repeticiones e ir incrementando hasta 10, mantener el estiramiento de 5 a 10 segundos por 3 veces al día, posterior a la aplicación de CHC (sumergir una toalla en agua caliente, exprimirla y envolverla en una bolsa de plástico y toalla seca) por 15 minutos.</p> <p>Evaluar la realización del programa de ejercicios mediante observación directa y examen manual muscular.</p>	<p>El estiramiento muscular ayuda a corregir contracturas.</p> <p>La evaluación permite identificar la eficacia del plan de intervenciones y los logros alcanzados.</p>		
--	--	---	---	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	SISTEMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	AGENCIA
<p>Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (sedentarismo) relacionado con desconocimiento del equilibrio entre las actividades de la vida diaria y el reposo manifestado por adinamia, permanecer 3 horas acostada y 5 horas sentada durante el día.</p>	<p>Lograr un equilibrio en la paciente entre las actividades de la vida diaria y su reposo.</p>	<p>Educación para la salud al agente de autocuidado por medio de técnica expositiva sobre:</p> <p>Sedentarismo</p> <p>Formas de descanso y/o reposo: una hora sentado en una silla cómoda y otra hora sentado en una silla de asiento duro , con respaldo vertical, estando la silla colocada frente a la cama y con un espacio adecuado para que pueda el paciente leer o escribir. Tras algún tiempo de permanecer sentado el paciente adaptará la posición de decúbito supino sobre la cama y continúe practicando el programa de ejercicios.</p> <p>Dormir solamente por la noche.</p> <p>La importancia del equilibrio entre las actividades de la vida diaria y el reposo.</p>	<p>El sedentarismo es la falta de actividad física.</p> <p>Dentro de las formas de descanso se encuentran el permanecer en la silla de ruedas alternando con la cama para evitar la tensión muscular y el cansancio.</p> <p>El reposo permite la recuperación de energía y la actividad física su gasto y contribuye a mantener la</p>	<p>Apoyo /educativo.</p>	<p>Agencia de autocuidado.</p>

		Consecuencias del desequilibrio entre la actividad y el descanso.	homeostasis y bienestar del organismo. Un desequilibrio entre la actividad y el descanso puede originar alteraciones de atención, concentración, fatiga, obesidad, sobrepeso, etc.		
--	--	---	---	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	SISTEMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	AGENCIA
<p>Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de agua (ingesta de líquidos insuficiente para sus requerimientos diarios) relacionado con falta de conocimientos sobre la cantidad de líquidos a ingerir manifestado por consumo de un litro de agua al día, prefiriendo ingerir agua de sabor por el desagrado al agua natural.</p>	<p>Lograr que la paciente conozca e ingiera la cantidad de líquidos que requiere el organismo para mantener su homeostasis.</p>	<p>Educación para la salud al agente de autocuidado por técnica expositiva, sobre:</p> <p>El agua</p> <p>Aumento del consumo de agua, ingesta de 2 litros de agua diario como mínimo sin saborizante artificial, aproximadamente 200 ml de agua por hora desde el momento de levantarse hasta máximo las 18:00 hrs.</p>	<p>El agua es el líquido vital para la vida. Conformar la mayor parte de nuestro organismo e interviene en las actividades bioquímicas de nuestro organismo.</p> <p>Es un líquido constituido por oxígeno e hidrógeno, es esencial para la vida y constituye más de un 70% de nuestro organismo y representa el 65% del peso corporal. El agua pura se congela a 0° y hierve a 100°C a nivel del mar. La consumimos en su forma natural o en los alimentos.</p> <p>Nuestro organismo requiere de aproximadamente 2 litros de agua al día para mantener la homeostasis de todas sus funciones vitales.</p>	<p>Apoyo/ educativo.</p>	<p>Agencia de autocuidado.</p>

		Consecuencias de un bajo consumo de líquidos: deshidratación y predisposición a infección de vías urinarias.	El agua por barrido elimina agentes patógenos e hidrata al organismo de todo ser vivo.		
--	--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	SISTEMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	AGENCIA
<p>Requisito de desviación a la salud (alteraciones posturales) relacionado con falta de equilibrio manifestado por desnivel derecho de hombros y escápulas, desnivel pélvico izquierdo, proyección anterior de cabeza y cuello, vasculación anterior de pelvis, flexión de caderas y rodillas.</p>	<p>Lograr que la paciente mantenga una adecuada postura durante sus actividades de la vida diaria humana.</p>	<p>Educación para la salud tanto al agente de autocuidado como al agente de cuidado dependiente sobre:</p> <p>Mecánica corporal (técnica expositivo – demostrativa y folleto).</p> <p>Uso de prótesis provisional o de entrenamiento (técnica expositiva).</p> <p>Reeducación de la marcha con la prótesis provisional (técnica expositivo-demostrativa).</p> <p>Enseñar ejercicios para lograr equilibrio en un punto en posición de monopdestación y en 4 puntos (técnica</p>	<p>Incluye la forma correcta de todas aquellas posturas que utilizamos en nuestra vida diaria como sentarnos, acostarnos, planchar, barrer, etc.</p> <p>Es un aparato que sustituye la parte seccionada con el fin de que el individuo vuelva a caminar y retorne a sus actividades de la vida diaria.</p> <p>La marcha es todo el proceso por medio del cual movilizamos nuestro cuerpo principalmente miembros pélvicos para poder desplazarnos de un lugar a otro.</p> <p>Los ejercicios para mejorar el equilibrio en un punto son de útil importancia para mantener una postura adecuada, además de</p>	<p>Apoyo /educativo.</p>	<p>Agencia de autocuidado y agencia de cuidado dependiente.</p>

		<p>expositivo-demostrativa) y su respectiva evaluación mediante observación directa y el nivel de equilibrio en un punto.</p> <p>La paciente deberá realizar los siguientes ejercicios de 2 a 3 veces al día por 10 a 15 repeticiones de 5 a 10 segundos (de forma progresiva de tal forma que llegue a emplear algún aditamento para su realización como pelota, polainas de 500mg u otro):</p> <p>Ejercicios en monodestación (apoyo en un punto):</p> <p>Sentadilla (flexión de rodilla izquierda).</p> <p>Flexión de cadera.</p> <p>Extensión de cadera.</p> <p>Abducción/aducción de cadera.</p> <p>Circunducción de cadera.</p> <p>Flexión/extensión de columna lumbar.</p>	fortalecimiento muscular.		
--	--	--	---------------------------	--	--

		<p>Rotaciones de columna lumbar.</p> <p>Flexión/extensión de hombro.</p> <p>Abducción/aducción de hombro.</p> <p>Rotaciones de hombro.</p> <p>Circunducción de hombro.</p> <p>Brincar en su mismo lugar con toda la planta del pie izquierdo.</p> <p>Brincar en su mismo lugar con toda la planta del pie izquierdo.</p> <p>Brincar hacia delante y hacia atrás con toda la planta del pie.</p> <p>Brincar hacia delante y hacia atrás con la punta del pie izquierdo.</p> <p>Brincar hacia un lado y hacia el otro con toda la planta del pie izquierdo.</p> <p>Brincar hacia un lado y hacia el otro con la punta del pie izquierdo.</p> <p>Ejercicios en 4 puntos (posición de gateo):</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>Elevar totalmente extendido el muñón y MTI.</p> <p>Elevar totalmente extendido MPI y MTD.</p> <p>Elevar totalmente extendido el muñón y MTD.</p> <p>Elevar totalmente extendido MPI y MTI.</p>			
--	--	---	--	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	SISTEMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	AGENCIA
<p>Déficit en la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción (cambio en la consistencia de heces) relacionado con insuficiente consumo de líquidos y escasa cantidad de fibra manifestado por hipoactividad intestinal y heces duras.</p>	<p>Lograr que la paciente tenga 2 evacuaciones al día como mínimo con heces de consistencia pastosa.</p>	<p>Educación para la salud al agente de autocuidado mediante técnica expositiva, sobre:</p> <p>Consumo de dieta rica en fibra (verduras, frutas con cáscara, salvado, etc.)</p> <p>En cada una de sus comidas ingerir una taza de verduras y una fruta de su preferencia.</p> <p>Aumentar la ingesta de líquidos a 2 litros de agua simple al día. Menús de sugerencia (tríptico).</p>	<p>La fibra de la dieta es el conjunto de sustancias químicas no digeribles que se encuentran en las paredes de las células vegetales y en el material celular circundante, tiene diferentes funciones gastrointestinales como el tiempo de tránsito en el colon, la absorción de agua y el metabolismo lipídico.</p> <p>Nuestro organismo requiere de aproximadamente 2 litros de agua al día para mantener la homeostasis de todas sus funciones vitales.</p>	<p>Apoyo/ educativo.</p>	<p>Agencia de autocuidado.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	SISTEMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	AGENCIA
<p>Requisito de desviación a la salud (riesgo de lesiones dérmicas) relacionado con deterioro progresivo de la sensibilidad en miembros pélvicos propio de su padecimiento.</p>	<p>Controlar el factor de riesgo de lesiones dérmicas.</p>	<p>Educación para la salud por técnica expositiva y/o demostrativa al agente de autocuidado y agente de cuidado dependiente, sobre:</p> <p>Mielomeningocele (concepto, fisiopatología y consecuencias).</p> <p>Exploración física diaria de miembros pélvicos en busca de cualquier anomalía, principalmente en pie izquierdo y muñón derecho valoración neurocirculatoria distal: sensibilidad, pulso, volumen, temperatura, coloración, movimiento y presencia de dolor y/o secreciones.</p> <p>Cambio de posiciones constantemente cuando permanezca más de dos horas en una misma posición.</p>	<p>El MMC es un defecto del cierre del tubo neural que compromete tanto raíces nerviosas como meninges.</p> <p>La inspección constante nos ayuda a detectar tempranamente lesiones para tratarlas además de controlar o disminuir riesgos.</p> <p>La permanencia por más de dos horas en una misma posición donde las salientes óseas realizan presión, se empieza irritar la piel y puede evolucionar hasta una úlcera.</p>	<p>Apoyo /educativo.</p>	<p>Agencia de autocuidado y agencia de cuidado dependiente.</p>

		<p>Utilización de un zapato adecuado para el pie izquierdo, de punta ancha de preferencia cuadrada, no justa ni demasiado amplio.</p> <p>Lubricación de la piel de miembros pélvicos principalmente izquierda diariamente con crema, aceite o vaselina.</p> <p>Masaje a miembros pélvicos de fricción, amasamiento, presión y golpeteo de 2 a 3 veces al día por 20 o 30 minutos.</p> <p>Empleo de técnicas para preservar o mejorar la sensibilidad de 2 a 3 veces al día por 20 o 30 repeticiones por cada material con dirección descendente parte anterior y ascendente parte posterior de MPs.:</p> <p>Técnica de frotamiento vigoroso con toallas afelpadas previas al movimiento del miembro, las telas serán de diferentes texturas de las más gruesas y ásperas a las más suaves y</p>	<p>Un zapato adecuado a la anatomía del pie previene lesiones por fricción.</p> <p>La lubricación de la piel contribuye a preservar la continuidad de la piel evitando grietas.</p> <p>El masaje activa la circulación y relajación muscular.</p> <p>Las técnicas para mejorar la sensibilidad originan una retroinformación y refuerzos inmediatos, con el propósito de restablecer los patrones e imágenes espacio temporales del sistema nervioso central.</p>	
--	--	---	---	--

		delgadas, tanto a muñón como MPI, así como colocación sobre lentejas, frijoles, alpiste, arroz, etc.			
--	--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	SISTEMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	AGENCIA
<p>Déficit de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano (riesgo de patrón respiratorio inadecuado) relacionado con inspirar aire por costumbre tanto por la boca como por la nariz.</p>	<p>Lograr que la paciente realice un patrón respiratorio adecuado.</p>	<p>Educación para la salud a la paciente, sobre:</p> <p>Respiración y Patrón respiratorio diafragmático (técnica expositivo-demostrativa).</p> <p>Reeducación del patrón respiratorio mediante ejercicios respiratorios los cuales realizará 2 veces al día de 5 a 10 repeticiones usando la musculatura tanto abdominal como torácica y del cuello (técnica expositivo-demostrativa y tríptico).</p> <p>Evaluar la realización de un patrón respiratorio adecuado mediante observación directa.</p>	<p>La respiración es un proceso de intercambio molecular de oxígeno y dióxido de carbono en el sistema pulmonar, el patrón respiratorio normal incluye la inspiración, pausa y espiración.</p> <p>La reeducación de cierto suceso fisiológico o de otra índole contribuye a preservar el buen funcionamiento del organismo y eliminar riesgos.</p> <p>La evaluación constituye la parte final del plan de intervenciones de enfermería.</p>	<p>Apoyo/educativo.</p>	<p>Agencia de autocuidado.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	SISTEMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	AGENCIA
<p>Déficit del mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos (dieta deficiente en calidad) relacionado con desconocimiento de las necesidades de alimentación según grupos de alimentos manifestado por ausencia del consumo de frutas en su dieta e ingesta de galletas 6 veces a la semana.</p>	<p>Lograr que la paciente ingiera una dieta rica tanto en calidad como cantidad.</p>	<p>Educación para la salud al agente de autocuidado mediante técnica expositiva, sobre:</p> <p>Alimentación.</p> <p>Grupos de Alimentos y su equilibrio.</p> <p>Menús como sugerencia (tríptico).</p>	<p>Es un proceso por medio del cual se ingieren, digiere y asimilan los alimentos.</p> <p>Los grupos de alimentos por su tipo de nutriente que proporcionan se organizan en cereales y féculas, verduras, frutas, lácteos, carne y grasa.</p> <p>El equilibrio entre los nutrientes que recibe nuestro organismo por medio de la alimentación permite preservar el funcionamiento adecuado de nuestro cuerpo.</p>	<p>Apoyo/educativo.</p>	<p>Agencia de autocuidado.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	SISTEMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	AGENCIA
<p>Déficit del equilibrio entre la soledad y la interacción (aislamiento social) relacionado con cambios de ánimo manifestado por poco contacto social como inasistencia a fiestas, eventos o reuniones sociales así como no contacto sexual con su esposo por falta de deseo.</p>	<p>Fomentar la interacción social.</p>	<p>Explicarle al agente de autocuidado como agente de cuidado dependiente, sobre:</p> <p>Cómo ayudar a la paciente a que exprese sus sentimientos y pensamientos así como temores creando un ambiente de confianza y comunicación adecuada con las personas más cercanas a ella.</p> <p>La importancia de conservar las relaciones con los familiares y amigos.</p> <p>Estimular a la paciente a que realice las actividades que más le agraden como tejer, leer, conversar, ir al cine y a eventos sociales (programa de actividades recreativas).</p> <p>Ayuda psiquiátrica y/o psicológica.</p>	<p>El contacto con personas que comparten sentimientos y emociones le refuerza su autoconcepto y elevan su autoestima.</p> <p>El sentimiento de pertenencia a un grupo social y familiar da estabilidad emocional y sentido a la vida y realidad.</p> <p>Las actividades recreativas son una terapia ocupacional para las personas originando satisfacción personal y disminución del estrés.</p> <p>El psiquiatra o psicólogo son profesionales de la salud que tratan</p>	<p>Apoyo/ educativo.</p>	<p>Agencia de autocuidado y agencia de cuidado dependiente.</p>

		El proceso de duelo	alteraciones emocionales o a nivel mental. El conocer la etapa del duelo en que se encuentra la paciente ayuda a identificar y comprender las reacciones de la paciente así como el saber de que forma intervenir.		
--	--	---------------------	---	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	SISTEMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	AGENCIA
<p>Déficit de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano (riesgo de presentar accidentes en el hogar y vía pública) relacionado con disminución de la agudeza visual.</p>	<p>Lograr que la paciente tenga una adecuada agudeza visual que le permita identificar peligros tanto en el hogar como en la vía pública.</p>	<p>Educación para la salud al agente de autocuidado y agente de cuidado dependiente, sobre:</p> <p>La importancia de ver bien (técnica expositiva).</p> <p>Consultar a un oftalmólogo y optometrista.</p> <p>Lentes como auxiliares de la vista (técnica expositiva).</p> <p>Chequeo continuo con el oftalmólogo y optometrista mínimo cada 6 meses.</p>	<p>En los ojos radica una de nuestros grandes sentidos que es la vista la cual nos permite relacionarnos con nuestro entorno, advertir peligros y prevenir accidentes.</p> <p>El oftalmólogo y optometrista son especialistas en el tratamiento de problemas de los ojos.</p> <p>Cuando existe una alteración a nivel de las estructuras del ojo, frecuentemente se requiere de un auxiliar de la vista: los lentes, los cuales contribuyen a que la persona vea lo más normal posible.</p> <p>El chequeo médico continuo controla ciertas enfermedades y disminuye riesgos.</p>	<p>Apoyo/educativo.</p>	<p>Agencia de autocuidado.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	SISTEMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	AGENCIA
<p>Déficit de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano (deficiente higiene bucal) relacionado con desconocimiento de técnica de cepillado de dientes manifestado por cepillado de barrido de un lado a otro y de arriba hacia abajo en la cara anterior y superior de las piezas dentales así como sarro y caries dental en primer molar inferior derecho e izquierdo y segundo molar izquierdo.</p>	<p>Lograr que la paciente realice una buena técnica de cepillado de dientes y logre una adecuada higiene bucal.</p>	<p>Educación para la salud al agente de autocuidado por medio de técnica expositiva y/o demostrativa, sobre:</p> <p>Cavidad oral.</p> <p>Técnica y frecuencia del cepillado de dientes.</p> <p>La importancia de la higiene bucal.</p> <p>Una inadecuada higiene bucal puede originar sarro, caries, infecciones, inflamación de las encías, hasta la pérdida de alguna pieza dental.</p> <p>Asistencia al dentista para el tratamiento de la caries y realización de limpieza dental.</p>	<p>Cavidad de forma oval en el extremo anterior del tubo digestivo, limitada hacia delante por los labios, contiene la lengua, las encías y los dientes.</p> <p>La técnica de cepillado de dientes completa favorece la eliminación de los restos alimenticios y por consiguiente la no aparición de sarro y caries dental.</p> <p>Los higiene contribuye a preservar el buen estado la cavidad oral y a dar una sensación de confort.</p> <p>El odontólogo o estomatólogo es el especialista en el tratamiento y preservación</p>	<p>Apoyo/educativo.</p>	<p>Agencia de autocuidado.</p>

		<p>posteriormente acudir como mínimo cada 6 meses al año.</p> <p>Evaluar mediante observación directa la condición de las piezas dentales y forma de realizar cepillado de dientes.</p>	<p>de la cavidad oral.</p> <p>La evaluación es la última etapa del plan de intervenciones de enfermería donde se analiza el alcance de los objetivos planeados y la eficacia de dicho plan.</p>		
--	--	---	---	--	--

3.5 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

CUADRO NO. 1

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA VISITA DOMICILIARIA (MANEJO DE HERIDA QUIRÚRGICA Y CUIDADOS DEL MUÑÓN)

2003

	1ª. EVALUACIÓN	2ª. EVALUACIÓN	3ª. EVALUACIÓN
FECHA	12/ENERO/2003	16/ABRIL/2003	25/MAYO/2003
MANEJO DE HERIDA QUIRÚRGICA			
Frecuencia de curación de herida quirúrgica	Diario	No la realiza	
Presencia de signos de infección	Ninguno		
CUIDADOS DEL MUÑÓN			
Elevación del muñón (postoperatorio)	Medio día	Por inflamación (8 hrs.)	
Técnica de vendaje del muñón	Inadecuada y retroalimentación	Adecuada	
Permanencia con el vendaje del muñón	24 hrs.		Sólo por la noche
Masaje a tejidos blandos a MPD	2 veces al día por 10 minutos		
Higiene del muñón	Diario		2 veces al día
Uso de calcetín en prótesis provisional	No	No	No
Inspección del muñón y cicatriz quirúrgica	Diario		
Masaje a cicatriz quirúrgica	2 veces al día por 20 minutos		
OBSERVACIONES		La utilización de prótesis origina engrosamiento de cicatriz quirúrgica, contacto con parte anterior del muñón.	Cicatriz quirúrgica desplazable, flexible y con disminución de grosor, no adherida y sin tnel.

En cuanto al manejo de herida quirúrgica, las evaluaciones fueron el 6 de enero, 6 de abril y 25 de mayo del 2003, donde tenemos que la paciente comprendió y realizó de forma adecuada y diariamente la técnica de curación de herida quirúrgica, así como entendió los signos de infección de dicha herida, no habiendo detectado ninguno desde enero hasta mayo; en el momento que cicatriza la herida totalmente deja de realizar el procedimiento de curación para lo cual en las dos últimas evaluaciones ya no lo lleva a cabo. En lo que respecta a los cuidados del muñón, el agente de autocuidado, los comprende, llevando a cabo la elevación del muñón solo medio día durante el postoperatorio y los meses siguientes cuando se llegó a inflamar (8 hrs), el vendaje lo mantuvo durante las 24 horas del día, el masaje a tejidos blandos a miembro pélvico derecho lo realizó 2 veces al día por 10 minutos, la higiene del muñón diariamente y dos veces al día en el mes de Mayo. Para su prótesis provisional no utiliza calcetín, el masaje a cicatriz quirúrgica lo realizaba al inicio 2 veces al día por 20 minutos y actualmente 3 veces al día por 30 minutos, mientras que la inspección del muñón y cicatriz quirúrgica es diariamente.

Por lo tanto sobre la base de los resultados obtenidos, se encontró que el manejo de herida quirúrgica y de muñón que el agente de autocuidado brindó fue el adecuado, lo que contribuyó a lograr una adecuada cicatrización de herida quirúrgica y a que el muñón se encontrará en buenas condiciones para la colocación de prótesis, aunque al inicio de la utilización de esta, las condiciones del muñón se modificaron ya que por ser un aparato de contacto y que además no se estaba utilizando de la forma correcta aunado a que la zona de apoyo se estaba realizando con la parte anterior del muñón a nivel de la saliente ósea, origino engrosamiento de cicatriz quirúrgica así como la aparición de pequeñas zonas de dermatitis por el uso de la manga de neopreno, por lo cual cambio la forma del muñón de forma semiesférica aun poco cónica, pero a la corrección de los factores que estaban originando dicha situación, el apoyo fue total, las condiciones de la cicatriz (desplazable, flexible, disminución de grosor, no adherida y sin tnel) y del muñón mejoraron. Cabe mencionar que al inició a la paciente se le dificultó aprenderse la técnica de vendaje del muñón puesto que se le olvidaba pero con la retroalimentación lo logró.

CUADRO NO. 2

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA SEGUNDA VISITA DOMICILIARIA
(PROGRAMA DE EJERCICIOS EN CASA)

2003

FECHA	CONDICIÓN INICIAL	FECHA Y HORA	TIPO DE EJERCICIOS	# DE REPETICIONES	FECHA Y CONDICIÓN ACTUAL
22/Nov/2002	Contractura de isquiotibiales 10/10, fuerza muscular en 4 a excepto de glúteos mayor, mediano y menor que se encuentran en 3, arcos de movimiento limitados para cadera en flexión 100/120, abducción izquierda 30, aducción 15/20, rotación interna 20/20, rotación externa 25/30; para rodilla, flexión 35/35 y para pie izquierdo, extensión 45 y aducción 15. Sensibilidad conservada.	15/Dic/02	Isométricos a muñón:		6/Abril/03 Cadera: flexión 120/120, abducción izq. 40, aducción 20/20, rotación interna 30/30, rotación externa 30/30. Rodilla: flexión 125/125. Pie izquierdo: extensión 45, aducción 15 y dorsiflexión -5. Presencia de contractura de isquiotibiales 5/5. Fuerza muscular en 5 global a excepto de glúteo mayor que se encuentra en 4 y flexor común de los dedos del pie izquierdo en 3. Pérdida de la sensibilidad en la parte inferior del dermatoma S2.
		9:00 hrs. c/ 3er. día.	Contraer muñón.	10 rep.de 5 seg. en serie de 3.	
		18:00 hrs. del diario.	Presionar con pelota bajo el muñón. Presionar con pelota entre el muñón y la pierna izq.	10 rep. 10 seg. en serie de 3.	
		22/Dic/02	Isotónicos:		
		9:15 hrs. c/ 3er. día.	A favor y en contra de la gravedad a Ms Ps, cadera y abdomen.	10 rep. en serie de 3 para cada arco de movimiento.	16/Junio/03 Presencia de contractura de isquiotibiales 2/0. Fuerza muscular en 5 global a excepto flexor común de los dedos del pie izquierdo en 3. Pérdida de la sensibilidad en la parte inferior del dermatoma S2.
		18:15 hrs. del diario.	Ejercicios con pelota con agua (resistencia) a Ms Ps, abdomen, cadera, columna y cabeza..		
		15/Dic/02	Estiramiento de IT	10 rep. de 5 seg. de duración posteriormente por 10 seg.	

En la realización del programa de ejercicios en casa lo llevo a la práctica diariamente por lo regular 2 veces al día. Para el 15 de diciembre del 2002 su rutina era a las 9:00 y 18:00 horas con los ejercicios isométricos para muñón, en donde lo contraía, presionaba una pelota bajo el muñón y entre el muñón y la pierna izquierda (10 repeticiones de 5 segundos en serie de 3 posteriormente 10 repeticiones de 10 segundos en serie de 3), ya para el 22 de diciembre de ese mismo año inicia con los ejercicios isotónicos a las 9:15 cada tercer día y a las 18: 15 horas diariamente a favor y en contra de la gravedad así como con resistencia utilizando la pelota con agua trabajando miembros pélvicos, cadera y abdomen, y posteriormente incluye miembros torácicos, columna y cabeza con 10 repeticiones en serie de 3 para cada arco de movimiento. El 15 de diciembre inicia con los estiramientos a isquiotibiales con 10 repeticiones de 5 segundos de duración y cuando los tolero, empecé con 10 repeticiones de 10 segundos cada una. Haciendo una evaluación de resultado de la condición actual de la paciente, el 6 de Abril del 2003 en cadera presenta una flexión 120/120, abducción izq. 40, aducción 20/20, rotación interna 30/30, rotación externa 30/30, en rodilla: flexión 125/125, en pie izquierdo: extensión 45, aducción 15 y dorsiflexión -5, presencia de contractura de isquiotibiales 5/5, fuerza muscular en 5 global a excepto de glúteo mayor que se encuentra en 4 y flexor común de los dedos del pie izquierdo en 3 así como pérdida de la sensibilidad en la parte inferior del dermatoma S2 continuando para el 16 de Junio la contractura de isquiotibiales con 2/0 y fuerza muscular en 5 global a excepto de flexor común de los dedos del pie izquierdo que están en 3, además persiste la falta de sensibilidad en S2.

El resultado de la enseñanza del programa de ejercicios en casa trajo consigo el mejoramiento de arcos de movimiento y fuerza muscular, disminución de contractura de isquiotibiales y por ende, el que la paciente tuviera un adecuado equilibrio en un punto debido a la realización constante de dicho programa.

CUADRO NO.3

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA TERCERA Y CUARTA VISITA DOMICILIARIA

2003

	1ª. EVALUACIÓN	2ª. EVALUACIÓN	3ª. EVALUACIÓN
FECHA	13/ABRIL/2003	13/MAYO/2003	01/JUNIO/2003
Uso de muletas	Uso adecuado en dos puntos		
Técnica de cateterismo vesical	Adecuada (cada 4 hrs.)		
AVDH	Realización de acuerdo a sus limitaciones		

En lo que respecta a la información que se proporcionó sobre el tema de instrumentos de apoyo para la marcha, partes de una silla de ruedas, ¿qué es una infección de vías urinarias? y sus medidas de prevención así como la realización de actividades de la vida diaria de acuerdo a sus limitaciones, la paciente las comprendió, utilizando las muletas en dos puntos y realizando una técnica adecuada de cateterismo vesical intermitente cada 4 horas. El tema que se tuvo que retroalimentar en dos ocasiones es el de las partes de la silla de ruedas.

El diagnóstico de angustia se pudo controlar, logrando que la paciente realizara sus actividades de la vida diaria de manera independiente acorde a sus limitaciones ya que entendió y utilizó adecuadamente la información sobre instrumentos de apoyo sobre la marcha y la realización de actividades de la vida diaria acorde a su discapacidad. Algo que le originó preocupación momentánea, fue el que su esposo se fue a trabajar a los E. U.

CUADRO NO. 4

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA TERCERA Y CUARTA VISITA DOMICILIARIA (PRESENCIA DE MANIFESTACIONES DE I.V.U.)

2003

FECHA	13/ABRIL/2003	13/MAYO/2003	1/JUNIO/2003
Dolor	No	No	Si
Ardor	No	No	Si
Urgencia	No	No	No
Disuria	No	No	Si
Polaquiuria	No	No	Si
Piuria	No	No	No
Hematuria	No	No	No
Otras características de la orina	Características aparentemente normales		Apariencia turbia
Observaciones			Disminución de líquidos la última semana de mayo (no modificó hábitos).

NOTA: Colocar si o no de acuerdo a la presencia o ausencia de sintomatología de I.V.U. y cuando el rubro es libre, escribir la respuesta.

El objetivo de eliminar las molestias a la micción se cumplió parcialmente debido a que en la última evaluación del respectivo diagnóstico se encontró que la paciente cursaba con dolor y ardor al orinar así como disuria, polaquiuria y orina turbia, que ella identificó claramente al momento de presentarse acudiendo con un médico a tratarse aunque no con el urólogo que es con él que debe de tener el control, y otro aspecto importante es que no se ha realizado exámenes periódicamente de orina para saber si no llega a cursar con infecciones asintomáticas porque tiene disminuida la sensibilidad y se realiza cateterismo vesical intermitente puesto que es un procedimiento invasivo; el motivo que aparentemente origino la infección fue la disminución del consumo de agua puesto que la última semana de mayo disminuyo su ingesta por situaciones que estuvieron fuera de su control, por lo tanto podemos deducir que no modificó sus hábitos totalmente por lo cual, la paciente requirió mayor insistencia en la concientización del ¿por qué y cómo se pueden prevenir las infecciones de vías urinarias?.

CUADRO NO. 5

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA QUINTA VISITA DOMICILIARIA (SEDENTARISMO)

2003

	1ª. EVALUACIÓN	2ª. EVALUACIÓN	3ª. EVALUACIÓN
FECHA	4/MAYO/2003	1/JUNIO/2003	16/JUNIO/2003
Formas de descanso o reposo al día	3 hrs. Acostada al día	Otra	
Realización de ejercicios acostada	Dos veces al día	3 veces al día	2 veces al día
¿En que momento duerme?	Sólo por la noche		

El agente de autocuidado comprende el tema de sedentarismo e importancia del equilibrio entre la actividad y el reposo lo que no sucede con las consecuencias del desequilibrio entre la actividad y el reposo que requirió en 3 ocasiones retroalimentación. Las formas de descanso o reposo al día fueron inicialmente 3 horas sentada en una silla cómoda al día y una hora en silla de asiento duro para posteriormente hacerlo en otra forma, la realización de ejercicios dos y tres veces al día y el momento en que duerme es sólo por las noches

Los factores que fueron determinantes para que la paciente tenga un equilibrio entre las actividades de la vida diaria y su reposo fueron la educación para la salud proporcionada y el uso de su prótesis provisional, originando el cambio de conducta en la paciente, lo cual le permite tener más actividad con sus respectivos periodos de descanso.

CUADRO NO.6

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA SEXTA VISITA DOMICILIARIA

2003

	F		E		C		H		A		S		
	13/ 05	14/ 05	15/ 05	16/ 05	17/ 05	18/ 05	19/ 05	20/ 05	21/ 05	22/ 05	23/ 05	24/ 05	25/ 05
Consumo de agua al día (ml)	1400	1800	2000	2000	1800	2000	1800	2000	1800	2200	1800	2000	2000
Tipo de líquido ingerido	Agua 80%, refresco 1%, jugo 4%, leche 15%												
Uso de mecánica corporal	En todo momento												
Reeducación de la marcha (realización)	Fase de choque de talón e impulso deficientes.												Adecuada con todas sus fases
Ejercicios para lograr equilibrio en un punto	Realización de ejercicios de monodestación y en 4 puntos 2 veces al día con 10 repeticiones por cada ejercicio y 5 segundos de duración solo los de 4 puntos.												
Aditamento utilizado durante los ejercicios	Ninguno		pelota						pelota				
Equilibrio en un punto	Inicial deficiente												Actual adecuado

Se puede observar que en las evaluaciones 13 al 25 de Mayo del 2003 de las actividades de la sexta visita domiciliaria, la paciente comprendió ¿qué es el agua?, consecuencias de un bajo consumo de agua, mecánica corporal y uso de prótesis provisional, requiriendo sólo retroalimentación en el primer tema. La paciente consume en promedio una cantidad de 1800 a 2000 ml. de agua al día fraccionada en 200 ml por hora, habiendo algunas en donde la paciente no consume dicho líquido porque se le olvida, iniciando la ingesta entre 8:00 y 9:00 de la mañana para terminar a las 18:00 hrs. La cantidad mencionada es la que consume sólo de agua con un 80%, de refresco un 1%, leche con un 15% y jugo con un 4%. En la ingesta de líquidos insuficiente para los requerimientos diarios de la paciente, se logró que ella conozca e ingiera la cantidad de líquidos que necesita su organismo para mantener su homeostasis, ya que a través de la información que se brindó y el control del registro diario por hora de su consumo, se originó el hábito de la ingesta de este valioso líquido, fluctuando entre 1800 y 2000 ml, que no incluía la leche, el refresco y los jugos.

Por otra parte el uso de la mecánica corporal la emplea en todo momento y en la práctica de la reeducación de la marcha al inicio se le dificultó realizarla, se observó que las fases de choque de talón e impulso eran deficientes, pero con el paso de los días mejoró notablemente (con todas las fases de la marcha). Los ejercicios que realiza diariamente 2 veces al día en 10 repeticiones por cada uno para lograr equilibrio en un punto en monodestación son: flexión de rodilla izquierda, flexión de cadera, extensión de cadera, abducción/aducción de cadera, circonducción de cadera, flexión/extensión de columna lumbar, rotaciones de columna lumbar, lateralizaciones de columna lumbar, flexión/extensión de hombro, abducción/aducción de hombro, rotaciones de hombro, circonducción de hombro, brincar en su mismo lugar, hacia delante y hacia atrás así como de un lado a otro con toda la planta del pie mientras que los que realiza en 4 puntos (posición de gateo) son: elevar totalmente extendido el muñón y MTI, elevar totalmente extendido MPI Y MTD, elevar totalmente extendido muñón y MTD, elevar realizando extensión MPI y MTI, los ejercicios en 4 puntos son en 5 segundos por 10 repeticiones y en el resto ya emplea una pelota para hacerlos, por lo cual ha mejorado su equilibrio en un punto situándose en adecuado. Cabe mencionar que los ejercicios los fue realizando gradualmente de acuerdo al grado de intensidad y resistencia que se requiriera mientras que los que no pudo realizar fueron brincar en su mismo lugar con la punta del pie izquierdo y brincar hacia delante y hacia atrás con la punta de ese mismo pie debido a que tiene disminuida la fuerza en flexores de dicho pie (3)

Se contribuyó a que el agente de autocuidado mantenga una adecuada postura durante sus actividades de la vida diaria humana puesto que a través de la enseñanza y la práctica por parte de la paciente sobre el programa de ejercicios logró el adecuado equilibrio en un punto con y sin la prótesis. El inconveniente que se encontró es que la paciente no puede brincar en monodestación con la punta del pie debido a la falta de fuerza en los flexores de los dedos, el pie en equino y que los dedos se están posicionando en garra (deterioro como secuela del MMC). Durante la primera evaluación la paciente manifestó presentar dolor punzante a nivel lumbar al cargar pesado y al insistir en su mecánica corporal para la última evaluación estas molestias disminuyen notablemente.

CUADRO NO. 7

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA SÉPTIMA VISITA DOMICILIARIA

2003

FECHA	DEL 13/MAYO/2003 AL 12/MAYO/2003
Alimentos ricos en fibra	Frutas y verduras
Consumo de dieta rica en fibra	En dos comidas y una colación
Exploración de miembros pélvicos y valoración neurocirculatoria distal	Realización diaria identificando alteración en la sensibilidad en cara posterior de muslo.
Cambio de posición (acostado)	Cada hora
Características de zapato a utilizar	Zapato cómodo y con punta ancha
Lubricación de la piel en MPs.	Se lubrica la piel diariamente con crema
Masaje a MPs.	Dos veces al día por 20 minutos por medio de fricción y amasamiento
Técnicas para preservar o mejorar la sensibilidad	Comprendió el tema realizando la técnica con telas (de gruesas y ásperas a suaves) y alimentos (frijol, lenteja y alpiste) 3 veces al día por 30 repeticiones descendiendo por la parte anterior y ascendiendo por la parte posterior de MPs.

La séptima visita domiciliar se evaluó del 13 al 25 de Mayo del 2003, en ella la paciente refirió que los alimentos ricos en fibra son las frutas y las verduras, que consume regularmente fibra en sus 3 comidas y las dos colaciones además de entender la importancia y los beneficios del consumo de una dieta rica en fibra. El tema de mielomeningocele queda comprendido al inicio por la paciente, pero al paso del tiempo se le olvida teniendo que retroalimentarse; la exploración de miembros pélvicos la lleva acabo del diario así cómo la valoración neurocirculatoria distal en donde el rubro de alteración de la sensibilidad resulto positivo a nivel de la parte inferior del dermatoma S2. Los cambios de posición acostada los realiza regularmente cada hora, utiliza un zapato cómodo con punta ancha, lubrica sus miembros pélvicos con crema y les proporciona masaje dos veces al día por 20 minutos y cómo entendió la técnica para preservar o mejorar la sensibilidad, la realiza 3 veces al día con 30 repeticiones en dirección descendente en la parte anterior y ascendente en la posterior de MPs. Con diferentes texturas de telas, de la más gruesa a la más suave y con alimentos como frijol, lenteja y alpiste.

Como consiguiente de la mencionado anteriormente se logro que la paciente tuviera dos evacuaciones al día como mínimo con heces de consistencia pastosa porque incremento su ingesta de fibra y agua además de seguir la sugerencia de los menús que se le proporcionaron.

Otro de los aspectos que se logro controlar fue el riesgo de lesiones dérmicas al educársele sobre su padecimiento, el deterioro progresivo de la sensibilidad en miembros pélvicos propio de las secuelas del MMC, cómo explorarse diariamente en busca de cualquier anomalía, a realizar cambio de posiciones, la utilización de zapato adecuado, lubricación de la piel, masaje a miembros pélvicos y técnica de sensopercepción para conservar y mejorar la sensibilidad.

CUADRO NO. 8

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA OCTAVA VISITA DOMICILIARIA

2003

	1ª. Y 2ª. EVALUACIÓN
FECHA	2 Y 16/JUNIO/2003
Respiración que lleva a cabo	Diafragmática
Patrón respiratorio normal	Nariz, faringe, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos y alvéolos
Fases de la respiración	Inspiración y espiración
Ejercicios respiratorios	Realización una vez al día, 10 repeticiones por cada ejercicio trabajando musculatura torácica. Abdominal y cuello.
¿Cuáles son los grupos de alimentos que maneja en su dieta diaria?	Cereales y féculas, frutas, verduras, carnes, lácteos y grasas
La paciente expresa fácilmente sus sentimientos.	Si
Actividades recreativas que realiza	Ver televisión, leer revistas, libros y periódicos, salir a reuniones con sus familiares, visitar parques y realizar manualidades
Etapas del proceso de duelo	Primero identifico sólo negación, depresión y aceptación, posteriormente las 5 etapas.

Se consiguió que la paciente realice un patrón respiratorio adecuado corrigiendo mediante los cuidados de educación para la salud el que inspirara por costumbre tanto por la boca como por la nariz. La paciente conoce y lleva a cabo una respiración diafragmática, las fases de la respiración: inspiración y espiración, lleva a cabo el patrón respiratorio nariz, faringe, tráquea, bronquios, bronquiolos y alvéolos, y realiza ejercicios respiratorios 1 vez al día de 10 repeticiones cada uno empleando la musculatura de abdomen, tórax y cuello, cabe mencionar que se le proporciono un tríptico de ejercicios respiratorios para retroalimentar la información que adquirió durante la plática.

También se modificó la dieta deficiente en calidad desde el momento en que el agente de autocuidado conoció las necesidades de alimentación según grupos de alimentos, lo que modificó la ausencia de consumo de frutas. A partir de ello la paciente sabe que es

la alimentación y la importancia del equilibrio entre los grupos de alimentos, de los cuales maneja en su dieta diaria cereales y féculas, frutas, verduras, carnes, lácteos y grasas.

Por otra parte en el aspecto de conservar buenas relaciones familiares, ella reconoce su importancia y actualmente expresa fácilmente sus sentimientos además de realizar actividades recreativas como: ver televisión, leer revistas, libros o periódicos, salir a reuniones familiares, realizar manualidades (dulceros para el cumpleaños de su hija) así como visitar a su familia. Actualmente ya identifica qué es un proceso de duelo, por qué se presenta y cuáles con sus etapas: shock, rechazo, aceptación, reacción contra la independencia y adaptación, por lo cual el aislamiento social que la paciente estaba teniendo por su amputación disminuye en su totalidad ya que se logra fomentar la interacción social al incrementarla, además acude a ayuda psicológica, lo cual contribuyo a obtener un buen resultado y a los cambios de conducta que estaba presentando la paciente por su proceso de duelo (cambios de estado de ánimo).

CUADRO NO. 9

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA NOVENA VISITA DOMICILIARIA

2003

	FECHA DE EVALUACIÓN 16/ Junio/03
Consulta con el oftalmólogo:	
Si ¿Cuándo?	
No ¿Por qué?	No (pendiente para el mes de julio)
Adquisición de lentes como auxiliares de la vista:	Si
Elementos estructurales de cavidad oral:	Labios, dientes, encías, paladar, amígdalas, lengua, mejillas.
Técnica de cepillado de dientes:	Adecuada
¿Por qué es importante la higiene bucal?:	Para prevenir la aparición de sarro y caries
Consulta con el dentista:	
Si ¿Cuándo?	Para el mes de julio
No ¿Por qué?	

La evaluación de la novena visita domiciliaria fue en una sola ocasión, el 16 de Junio del presente año y no reflejo los resultados esperados puesto que aunque la paciente comprendió la información que se le proporcionó en la plática de orientación educativa y demostrativa, ella aun no ha acudido a consultas con el oftalmólogo y dentista por el factor económico, quedando pendientes ambas para el mes de julio, pero en lo que respecta a su técnica de cepillado de dientes si la mejoro.

Por lo tanto, el diagnóstico de riesgo de presentar accidentes en el hogar y la vía pública y deficiente higiene bucal no se logro controlar en su totalidad, por lo anteriormente mencionado, pero en lo que respecta a comprender la importancia de ver bien y de la higiene bucal, consultar al dentista y oftalmólogo, el uso de lentes como auxiliares de la vista, los elementos estructurales de la cavidad oral y la técnica de cepillado de dientes no hubo ningún problema.

Dentro de los obstáculos que se encontraron para el logro completo de los objetivos del plan y seguimiento de la programación de las visitas domiciliarias fueron el factor económico y la cancelación de citas por sucesos inesperados (las cuales se reprogramaron) respectivamente, pero como se realizó un cronograma de actividades de tal forma que terminará antes de tiempo no hubo afectación alguna en el último aspecto.

4. CONCLUSIONES

Al término del presente proceso de atención de enfermería podemos concluir que se cumplieron los objetivos establecidos al inicio de éste, con la aplicación del método enfermero en base a la teoría del déficit del autocuidado de Orem en una paciente con una nueva discapacidad motriz (amputación transtibial derecha secundaria a secuelas de mielomeningocele), al realizar una valoración del déficit del autocuidado, elaborar diagnósticos de enfermería, desarrollar el plan de intervenciones y llevar a cabo su ejecución además de su respectiva evaluación, desde una perspectiva del cuidado especializado; lo cual se tradujo en los siguientes logros, que la paciente: aceptará sus limitaciones y mejorará su autoconcepto, que controlará los factores de riesgo propios de su padecimiento, que desarrollará el hábito del autocuidado y sus potencialidades tanto físicas como intelectuales y sociales así como su integración a sus actividades de la vida diaria de acuerdo a sus limitaciones.

A lo largo de los resultados de este proceso pudimos percatarnos de la efectividad de llevar a la práctica dicho método y de la importancia de las intervenciones de enfermería especializada en rehabilitación y más específicamente su aplicación en este caso de amputación transtibial derecha.

Con lo anteriormente mencionado se puede afirmar que el plan de intervenciones de enfermería fue efectivo puesto que hubo cumplimiento en su mayoría de los objetivos planteados ya que se originaron cambios de conducta positivos en el agente de autocuidado lo que contribuyó a mejorar el bienestar integral de la paciente y su familia demostrando cuan importante es la integración de la especialista en rehabilitación en el equipo multidisciplinario del ámbito profesional.

Por último cabe mencionar que este tipo de procesos de atención de enfermería originan cambios de conducta en los individuos y ayudan a determinar claramente el campo de acción de enfermería en Rehabilitación, que es el de proporcionar cuidados a cualquier nivel, que en este caso correspondió al de rehabilitación en una paciente con amputación, contribuyendo así a formar un antecedente más de la aplicación y puesta en práctica del modelo de Orem con el proceso de atención de enfermería, y a formar parte cada vez más del propio cuerpo de conocimientos de Enfermería en Rehabilitación.

5. SUGERENCIAS

- Elaborar los formatos de evaluación de las visitas domiciliarias junto con el plan de intervenciones de enfermería para que el plan este más completo y nos facilite la ejecución del mismo.
- Seguir utilizando la teoría del déficit del autocuidado en rehabilitación en pacientes amputados puesto como se pudo observar en el presente caso, se tuvieron resultados satisfactorios ya que se logro reintegrar a la paciente tanto a su medio familiar como social.

6. BIBLIOGRAFÍA

- BEARD, Gertrude. Masaje, principios y técnicas. Edit. Interamericana, México 1984, pp.156.
- BRUNNER, L., ET AL. Enfermería Médico Quirúrgica. Edit. Interamericana, México,1998.
- BUCHARD. Rehabilitación Física para la vida diaria. Edit. La Prensa Médica Mexicana, México 1978, pp.184.
- CLARIANA, Vives Andrés. Rehabilitación Funcional Respiratoria: Asma, Enfisema, Broncopatías. Edit. Jims, Barcelona 1990, pp. 119.
- DANIELS, Lucolle. Fisioterapia, Ejercicios Correctivos de la Alineación y Función del Cuerpo Humano. Ediciones Doyma, España 1987, pp. 114.
- FONSECA, Galia C. Manual de Medicina de Rehabilitación. Calidad de Vida más allá de la Enfermedad. Edit. Manual Moderno, México, pp.545.
- FRÍAS, Osuna Antonio. Enfermería Comunitaria. España 2000, pp.98.
- GAFO, Javier. Ética y Legislación en Enfermería. Madrid 1994, pp. 27-44.
- GARDINER, Dena M. Manual de Ejercicios de Rehabilitación (Cineciterapia). Edit. Jims, España 19986, pp. 326.
- HOPPENFIELD, S. Exploración Física de la Columna Vertebral y las Extremidades. Edit. Manual Moderno, México 2002, pp. 480.
- HOPPENFIELD, S. Neurología Ortopédica. Edit. Manual Moderno, México 1999, pp. 170.
- HUNN, W. Rehabilitación del Amputado del Miembro Inferior. Edit. Jims, España 1995 pp. 191.
- KOZIER y Cols. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica. Edit. Mc Graw Hill Interamericana, Vol. 2, México 1999.
- KRUSEN, S. Medicina Física y Rehabilitación. Edit. Panamericana, Argentina 1988.
- LOCKHART, et al. Anatomía Humana. 5ta. Ed., edit. Interamericana, México 1995, pp. 895.
- LOMBA, Juan A. Gimnasia Terapéutica para la Columna Vertebral. Edit. Jims, España 1988, pp. 81.
- MORILLO, Martínez M. Manual de Medicina Física. Edit. Harcourt, España 2000, pp. 435.
- PARREÑO, Rodríguez J. Ejercicios Físicos y Rehabilitación en las Enfermedades. Edit. Gráficas Canuda, España 1994, pp. 181.

- RUSK, Howard A. Medicina de Rehabilitación. Edit. Interamericana, México 1962, pp. 571.
- SANDOVAL, Manual. Técnica de Vendajes. Edit. Interamericana, México 1983, pp.1907.
- SHESTACK, Robert. Manual de Fisioterapia. Edit. Manual Moderno, México 2000, pp. 194.
- SKINNER, Harry B. Diagnóstico y Tratamiento en Ortopedia. Edit. Manual Moderno, México 1998, pp. 780.
- TROMBLY, Catherine A. Terapia Ocupacional para Enfermos Incapacitados Físicamente. Ediciones Científicas de la Prenda Médica Mexicana, México 1990, pp. 671.
- VAZQUEZ, Gallego Jesús. El Masaje Terapéutico y Deportivo. 4ª. Ed., edit. Mandala, México, pp. 429.
- VITALI, Miroslaw, et al. Amputaciones y prótesis. Edit. Jims, España 1998.
- WALTER, Sorochan. Autoevaluación de la Salud. Edit. Limusa, México 1981.
- ZURRO, Martín, j. F. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica, 3ra. Ed., edit. Mmosby/Doyma, España 1995.

A N E X O S

ANEXO No.1

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

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Institución:	Registro:
Fecha:	
Servicio:	No. de consultorio:

I.- Factores Condicionantes Básicos

1.- Características Personales:

Nombre:	Sexo:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Edo. Civil:	Tel. part.:
Lugar de procedencia:		
Años de estudio:	Trabajo y/o profesión:	Salario mensual:
Actividades recientes (tipo y frecuencia):		
Religión:	Dirección:	

2.- Características familiares.

2.1.- Composición familiar:

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Aporte económico

¿Quién o quienes resuelven los gastos familiares? _____

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

II.- Requisitos de Autocuidado Universales

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

¿Regularmente asiste a lugares muy concurridos? _____

¿Existe contaminación ambiental en el lugar donde usted vive? _____

¿Qué hace para protegerse? _____

¿Al respirar mete aire por la boca o por la nariz? _____

¿Tiene molestias para respirar? _____ ¿Qué factores lo desencadenan? _____

¿Qué hace para mejorar su respiración? _____

¿Fuma? _____ ¿Desde cuándo? _____

¿Cuántos cigarrillos al día? _____

¿Ha tenido infecciones respiratorias frecuentemente? _____

¿De qué tipo? _____

2. Mantenimiento de aporte suficiente de agua.

¿El agua que consume es potable? _____ ¿Utiliza alguna técnica para purificarla? _____

¿Cuál? _____

¿Cuántos vasos de agua ingiere al día? _____

¿Cómo prefiere ingerir el agua y cómo le desagrada? _____

¿Ha notado hinchazón en sus pies? _____

¿Cuándo? _____

¿Qué hace para disminuirlo? _____

¿Cómo influye sus estado de ánimo en la ingesta de agua? _____

¿Qué tipo de líquido bebe al día? _____

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

¿Quién cocina actualmente? _____

¿Después de consumir alimentos queda usted satisfecho? _____ ¿por qué? _____

¿Qué alimentos consume con mayor frecuencia? _____

¿Qué alimentos le agradan? _____

¿Qué alimentos le desagradan? _____

¿Tiene un horario específico para consumir alimentos? _____

¿Ha padecido algunas molestias al ingerir sus alimentos? _____

¿Cuáles? _____

¿Qué ha hecho para disminuir sus molestias? _____

¿Aumenta o disminuye su ingesta de alimentos de acuerdo a sus estado emocional? _____

¿Con quién come habitualmente? _____

¿Dónde come habitualmente? _____
¿Cuántas veces al día consume alimentos? _____
¿Qué dificultades encuentra para procurarse, almacenar y preparar sus alimentos?

¿Conoce las necesidades de alimentación según su edad y actividad? _____

¿Conoce los factores que favorecen la digestión y asimilación? _____

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

¿Cuántas veces defeca al día (anotar características de las heces) ? _____

¿Cuántas veces orina al día? _____ ¿Tiene molestias al orinar? _____ ¿De qué tipo? _____

¿Qué hace para aliviar sus molestias? _____

¿Cómo afecta en su autoconcepto/autoimagen su problema de eliminación?: _____

¿Qué hace o ha hecho para sentirse segura y que controla su situación? _____

¿Cuántas veces a la semana le gusta bañarse? _____

¿El cambio de ropa total con que frecuencia lo realiza? _____

¿Con qué frecuencia realiza el lavado de manos y el corte de uñas? _____

¿Cómo se cepilla usted los dientes? _____

¿Con qué periodicidad lo hace? _____

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

¿Qué actividad realiza en su hogar? _____

¿Acostumbra a realizar algún tipo de trabajo? _____ ¿Cuál? _____

¿Sus actividades le permiten tener periodos de descanso? _____

¿Tiene problemas para dormir? _____

¿Cuál? _____

¿Cómo logra conciliar el sueño? _____

¿Qué piensa cuando no puede dormir?

¿Cuántas horas duerme regularmente? _____

¿Cuántas horas del día esta sentada o acostada ? _____

¿Actualmente es una persona activa o sedentaria? _____

¿Conoce la importancia de la actividad y el reposo? _____
¿Sabe cómo realizar ejercicios activos y pasivos que mejoren la movilidad y la tonicidad muscular? _____ ¿Cuáles? _____

¿Su estado de ánimo modifica su actividad, descanso y sueño? _____
¿Cómo? _____

¿Hay algo que interfiera en su reposo en este momento? _____

¿Utiliza algún medio para facilitar el sueño? _____

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

a) Comunicación.

¿Se comunica fácilmente con otras personas? _____
¿Qué dificultad tiene para comunicarse? _____

¿Tiene contactos sociales en forma regular y que le resulten satisfactorios? _____

¿Pertenece a algún grupo social? _____
¿Tiene parientes, amigos o vecinos en los que pueda confiar y que estén dispuestos a ayudarlo si lo necesita? _____

¿Con quién recurre primero? _____
¿Cuánto tiempo pasa sola y por qué? _____

¿Con cuántas personas suele relacionarse? _____
¿Cómo es la comunicación con su pareja y familiares más cercanos? _____

¿Al interior de la familia se expresan verbalmente sus ideas, opiniones y sentimientos? _____
¿Éstas son respetadas? _____
¿Frecuentemente hay dificultades y agresiones cuando platica entre sí la familia? _____

¿En qué medida la existencia de limitaciones le ha afectado en su necesidad de comunicación a nivel personal, familiar y de relaciones con los demás? _____

¿Cuáles eventos o situaciones han causado tensión en la familia? _____

¿Quién afronta y resuelve los problemas familiares? _____
¿Quién se encarga de la disciplina y actividades de los hijos? _____
¿Quién decide sobre el futuro de cada integrante de la familia? _____
¿Cómo expresa la familia el amor, la alegría, la tristeza y el enojo? _____

¿Con qué frecuencia se expresan afecto? _____

b) Sexualidad.

¿Considera usted que la sexualidad favorece la relación con su pareja? _____

¿Por qué? _____

¿Con qué frecuencia comenta usted aspectos de sexualidad con sus padres, pareja e hijos? _____

¿Con que periodicidad tiene relaciones sexuales con su pareja? _____

¿Le son satisfechas? _____ ¿Por qué? _____

Utiliza algún método de planificación familiar? _____ ¿De que tipo? _____

¿Existen planes para tener más hijos? _____

¿Existe algún problema para ejercer su sexualidad? _____ ¿Cuál? _____

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

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

¿Tiene usted algún problema que no le permita ver bien? _____

¿Ha tenido algún accidente por lo mismo? _____

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

¿Su olfato le permite percibir olores que pudiera indicar peligro para su salud? _____

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

¿Por medio de su tacto puede detectar forma, textura, temperatura, movimiento o estabilidad de un objeto que puede significar peligro? _____

¿Si va en automóvil utiliza el cinturón de seguridad? _____

¿Está atento a cualquier peligro que pudiera surgir en su hogar, trabajo o escuela? _____

¿Acostumbra a consumir bebidas alcohólicas? _____ ¿Con que regularidad? _____

¿Consume café o té? _____ ¿Con que regularidad? _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? _____

¿Realiza controles de salud periódicos? _____

¿Conoce medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? _____

¿Utiliza algún tipo de ayuda para deambular? _____

¿Cuál? _____

¿De que manera maneja las situaciones de tensión en su vida? _____

¿La vivienda donde convive con la familia es propia? _____ ¿Cuántos cuartos son ocupados como dormitorios? _____

¿Tiene cocina y baños independientes? _____

¿Cuenta con suficiente ventilación e iluminación su hogar? _____ especifique _____

¿En su vecindario cuenta con la seguridad pública? _____

¿En su vecindario cuentan con suficientes medios de transporte? _____

¿En su vecindario existen factores nocivos para la salud? _____ ¿Cuáles? _____

Servicios de urbanización:

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

a) Recursos de salud.

¿Periódicamente acude al médico o dentista para el cuidado de su salud? _____

¿Cuál es el motivo por el cual acude al médico? _____

b) Prácticas personales de salud.

¿Es usted una persona tranquila? _____

¿En su vida diaria regularmente se enfrenta a situaciones que le ocasionen angustia, depresión, irritabilidad o apatía?

¿Cuáles? _____

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

¿Cuál o cuáles lleva cabo? _____

c) Autoconcepto / imagen.

¿Se acepta tal como es? _____ ¿Por qué? _____

¿Cómo se siente en su condición actual? _____

d) Salud mental (observar durante la entrevista: actitud, humor, lógica y razonamiento de ideas).

e) Espiritualidad.

¿Qué religión profesa? _____ ¿Cómo influye en usted la religión en su manera de ser, en su vida cotidiana y durante su condición actual? _____

¿Qué valores predominan en su familia? _____

¿Cuáles son sus principales valores? _____

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

¿Cuáles? _____

¿Quién prepara los alimentos, y quien se encarga de que la familia los consuma? _____

¿Cómo distribuye la familia las tareas del hogar? _____

¿Algún miembro de la familia externa interviene en el cuidado de sus hijos o el de su hogar? _____ ¿Quién? _____

¿Actualmente ha tenido algún problema con amigos, compañeros? _____ ¿De que tipo? _____

III. Requisitos de Autocuidado del Desarrollo.

1. Etapa del ciclo vital: _____
2. Condiciones en la que se encuentra el individuo que promueve o impide el desarrollo normal biológico: _____

1. Desviación actual.

a) Percepción de la desviación actual.

¿Conoce su enfermedad? _____ ¿Le preocupa su enfermedad? _____ ¿Por qué? _____

¿La amputación a alterado su autoimagen / autoconcepto? _____

¿Es y/o ha sido difícil aceptar los cambios ocurridos por la amputación? _____

¿Se encuentra bien económicamente? _____

¿Su situación afectiva le proporciona seguridad? _____ ¿Conoce sobre su patología y cuidados? _____

2. Mecanismos utilizados para afrontar el problema de salud.

¿Qué medidas toma para afrontar su enfermedad? _____

b) Cambios de la desviación de los estilos de vida.

¿Cómo ha modificado la enfermedad a sus actividades de la vida diaria? _____

Actividades de la vida diaria

Modificación

	Si	No	Observaciones
Bañarse			
Cuidado general de la piel			
Cuidado general de la uñas			
Higiene bucal			
Acicalarse (peinarse y maquillarse)			
Necesidades intestinales y vesicales			
Vestirse			
Alimentación			
Traslados			

3. Historia de desviaciones de la salud.

¿Qué enfermedades ha padecido en la infancia, adolescencia o adultez? _____

¿Padece algún tipo de alergia, ya sea a medicamentos, alimentos, animales u otros? _____

¿Toma usted medicamentos que nos sean recetados por algún médico? _____

4. Historia sanitaria familiar.

¿Sus familiares han padecido alguna de las siguientes enfermedades?

- Diabetes mellitus. _____
- Hipertensión arterial. _____

- Enfermedades del corazón. _____
- Obesidad. _____

Otros. _____

OBSERVACIONES

INSTRUMENTO DE EXPLORACIÓN FÍSICA PARA AMPUTADOS

DATOS GENERALES ANTROPOBIOMÉTRICOS

Peso actual:	Peso ideal :
Estatura :	

SIGNOS VITALES

Pulso:	Temperatura:
Respiraciones:	T/A: ____ / ____ mmHg

INSPECCIÓN GENERAL

EDAD APARENTE CON RELACIÓN A LA CRONOLÓGICA
Concordante si no ¿ Por qué ?

ORIENTACIÓN POR ESFERAS	Tiempo	Espacio	Persona
-------------------------	--------	---------	---------

ACTITUD SOMÁTICA	Libre	Forzada (¿Por qué?):
------------------	-------	-----------------------

EQUILIBRIO EN UN PUNTO	Adecuado	Deficiente	
Se sostiene de pie	Si	No	¿Por qué?

Apoyo en 1, 2, 3 puntos o más:

MARCHA

Independiente	Dependiente
---------------	-------------

Utiliza algún apoyo (especifique):
Observaciones:

COLORACIÓN DE LA PIEL

Palidez	Cianótica	Ictérica	Rubicunda
Generalizada	Circunscrita	Transitoria	Permanente
Observaciones:			

FACIE

Dolorosa	Ansiosa	Depresiva
Observaciones:		

BIOTIPO
Longilíneo (altos y delgados):
Brevilíneo (bajos y gordos):
Normolíneo (intermedio entre los anteriores):

VESTIDO E HIGIENE PERSONAL:

LENGUAJE:

CABEZA

FORMA Y VOLUMEN DEL CRÁNEO:
PELO:
CEJAS:
PÁRPADOS:
OJOS (ASPECTOS GENERALES):
REFLEJOS:
AGUDEZA VISUAL:
FONDO DE OJO:
NARIZ:
CAVIDAD ORAL
LABIOS:
ENCÍAS Y DENTADURA:
LENGUA:
AMIGDALAS:
OIDOS:

OBSERVACIONES

CUELLO

TAMAÑO Y FORMA:
CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL:
GANGLIOS LINFÁTICOS:
G. TIROIDES:

TRÁQUEA:
PULSOS:
MÚSCULOS:
OBSERVACIONES:

POSTURA

VISTA POSTERIOR	IZQUIERDO	DERECHO	OBSERVACIONES
Desnivel de hombros			
Desnivel de escápulas			
Desnivel pélvico			
Escoliosis dorsal			
Escoliosis lumbar			
Escoliosis dorso lumbar			
Observaciones			
VISTA LATERAL			
Proyección anterior de la cabeza			
Proyección anterior del cuello			
Escápulas aladas			
Aumento de la xifosis dorsal			
Aumento de la lordosis lumbar			
Basculación anterior de pelvis			
Flexión de caderas			
Flexión de rodillas			
VISTA ANTERIOR			
Valgo de rodillas			
Varo de rodillas			
Varo de tibias			
Torsión tibial interna			
Torsión tibial externa			

COLUMNA

CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL
Coloración:
Presencia de:
Zonas de enrojecimiento como manchas: ¿ dónde ?
Manchas vellosas: ¿ dónde ?
Lipomas: ¿ dónde ?
Manchas de aspecto café con leche: ¿ dónde ?
Marcas de nacimiento: ¿ dónde ?
Ampollas:
Cicatrices:
Nódulos:
Pelotones grasos dolorosos:

Dolor a la movilización de cuerpos vertebrales:
Movimientos involuntarios en cabeza y cuello:
Otros (¿ cuáles ?):

APÓFISIS ESPINOSAS:

SACRO Y CÓCCIX:

ARCOS DE MOVIMIENTO:			
DE LA REGIÓN DEL CUELLO :	NORMAL	LIMITADO	CON DOLOR
Flexión			
Extensión			
Rotación lateral izquierda			
Rotación lateral derecha			
Inclinación lateral izquierda			
Inclinación lateral derecha			
DE LA REGIÓN LUMBAR:			
Flexión			
Extensión			
Inclinación lateral izquierda			
Inclinación lateral derecha			
Rotación derecha			
Rotación externa			
OBSERVACIONES:			

TÓRAX

FORMA, VOLUMEN Y MOVIMIENTO:
GLÁNDULAS MAMARIAS:
CORAZÓN (RUIDOS CARDIACOS, FRECUENCIA, RITMO, RUIDOS AGREGADOS):
EXPLORACIÓN BRONCOPULMONAR:
SENSIBILIDAD (DERMATOMAS):
MÚSCULOS:

COSTILLAS:

OBSERVACIONES:

ABDOMEN

FORMA Y VOLUMEN:

CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL:

VISCEROMEGALIAS:

HERNIAS:

HÍGADO:

BAZO Y RIÑÓN:

RUIDOS INTESTINALES:

GANGLIOS INGUINALES:

ALTERACIONES:

SI

NO

¿ EN DONDE?

DOLOR:

ASCITIS:

TUMOR:

OTRAS:

SENSIBILIDAD (DERMATOMAS):

MÚSCULOS:

PELVIS

HUESOS COXALES (CRESTAS ILIACAS) :

GENITALES MASCULINOS O FEMENINOS:

SENSIBILIDAD:

MÚSCULOS:

MIEMBROS TORÁCICOS

FORMA, TAMAÑO Y SIMETRÍA:

CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL:

UÑAS:

ARTICULACIONES:

PULSOS
Braquial Radial
Características:

CIRCULACIÓN ARTERIAL Y VENOSA:

MÚSCULOS (FORMA, TONO Y TROFISMO):
FUERZA MUSCULAR:

REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE	DISMINUIDO	AUMENTADO
	D I	D I	D I	D I
Tricipital				
Bicipital				
Supinador				
Radial				

REFLEJOS PATOLÓGICOS:

GANGLIOS:

SENSIBILIDAD (DERMATOMAS):

ALTERACIONES: Si No ¿ Cuáles ?

OBSERVACIONES:

MIEMBROS PÉLVICOS

FORMA, TAMAÑO Y SIMETRÍA:

CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL:

UÑAS.

ARTICULACIONES:

PULSOS
Femoral Popiteo
Pedio
Características:

CIRCULACIÓN ARTERIAL Y VENOSA:

MÚSCULOS (FORMA, TONO Y TROFISMO :

FUERZA MUSCULAR:

PRUEBAS ESPECIALES	POSITIVA	NEGATIVA
Elevación de la pierna extendida		
Elevación de la pierna extendida con dorsiflexión		
Kernig		
Valsalva		

REFLEJOS	PRESENTE	AUSENTE	DISMINUIDO	AUMENTADO
Rotuliano				
Aquileano				
REFLEJOS PATOLÓGICOS:				
SENSIBILIDAD (DERMATOMAS):				

ALTERACIONES:	Si	No	¿ Cuáles ?
OBSERVACIONES:			

AMPUTACIÓN

Miembros torácicos	si	_____	no	_____
Miembros pélvicos	si	_____	no	_____
Utiliza alguna prótesis	_____			
Nivel de la amputación:	_____			

MUÑON

FORMA Y TAMAÑO:

CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL:
Lisa Áspera Escamosa Turgente Hidratada Sequedad
Integridad:
Temperatura:
Sensibilidad:
Coloración:
Otras:

CARACTERÍSTICAS DE LA CICATRIZ QUIRÚRGICA:

CARACTERÍSTICAS DE TEJIDOS BLANDOS:

ALTERACIONES O LESIONES:				
Dolor	Edema	Tumefacción	Eritema	Urticaria
Petequias	Prurito	Masas	Secreción :	
Otras:				

ARCOS DE MOVIMIENTO

HOMBROS	DERECHO	IZQUIERDO	LÍMITES NL.
Abducción			(180°)
Aducción			(0- 70°)
Flexión			(0 - 180°)
Extensión			(0 - 60°)
Rotación interna			(0 - 90°)
Rotación externa			(0 -90°)
Circunducción			(360°)
Flexión			(60°)
Extensión.			(90°)
Pronación			(90°)
Supinación			(90°)
MUÑECA			
Flexión			(80°)
Extensión.			(70°)
Lateralización radial			(20°)
Lateralización cubital			(45°)
Circunducción.			
MANO			
Flexión. M .F			90° +
Extensión. M .F.			0-10°
Flexión. F			90°+
Extensión. F.			0- 10°
Abducción falanges			20°
Aducción falanges			0°
DEDO PULGAR.			
Abducción			70°
Aducción			0°
Flexión			50°
Extensión			0-10°
Circunducción			360°

CADERA.			
Flexión.			135°
Extensión			10° - 30°
Abducción.			45°
Aducción			20-30°
Rotación interna			35°
Rotación externa			45°
Circonducción			360°
RODILLA.			
Flexión			45°
Extensión.			100°
PIE			
Flexión			20°
Extensión.			50°
Inversión			5°
Eversión.			5°
Abducción.			10°
Aducción			20°
Circonducción.			360°

APÉNDICES



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA
POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN



PASE LO QUE PASE,
SUCEDA LO QUE SUCEDA,
SIEMPRE HABRÁ UN
HERMOSO MAÑANA

ELABORADO POR: LEO. GRISELDA GIL FLORES.

ASESORADO POR: LEO/ EER. NIEVES AVENDAÑO G.

MECÁNICA

CORPORAL



MECÁNICA CORPORAL

La mecánica corporal la podemos definir como el uso adecuado de todo nuestro cuerpo en todas las actividades de nuestra vida diaria, cuyo fin es reducir la cantidad de esfuerzo, la fatiga, la tensión, así como el peligro de lesión.

En las manipulaciones de objetos en la vida diaria y doméstica se deben evitar las posiciones forzadas y mantenidas de la columna vertebral.

ACTITUDES POSTURALES

PARADO

Párese erecto, con su peso sobre su pie y la prótesis provisional (estos ligeramente separados). Mantenga su cabeza erguida, tronco recto y contraiga sus músculos abdominales (columna vertebral sin curvas).

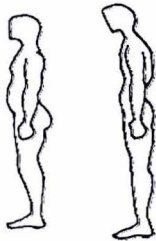
Mantenga una pierna o la prótesis elevada sobre un taburete, de forma alternativa, con ligera flexión de cadera y rodilla al permanecer mucho tiempo en esta posición, caderas y hombros



Boca abajo los pies deben sobresalir del borde de la cama para evitar deformidades, utilizar una almohada de 5 cm de altura para la cabeza y abdomen.



CORRECTO



INCORRECTO



CORRECTO

Al trabajar sobre una mesa, tanto está como la silla ha de tener una altura adecuada, de forma que el borde llegue a la altura del pecho, evitando la flexión del cuello y del tórax. Durante el trabajo en esta posición conviene apoyar los pies en un banquillo.

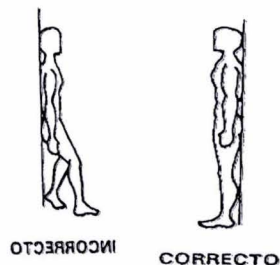
ACOSTADA

El colchón ha de ser rígido. Boca arriba utilizar un almohada de 5cm de grosor para la cabeza, un rodillo de hule espuma de 10 cm de diámetro bajo las rodillas y una almohada bajo la espalda a nivel de la cintura.



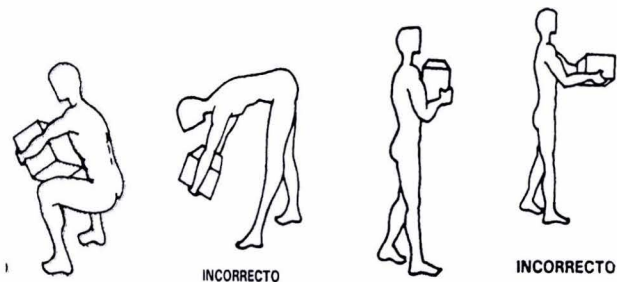
De lado, utilizar una almohada de 10 cm de altura para la cabeza, de 5 cm a nivel de la cintura así como entre los miembros inferiores.

Cualquier movimiento necesario para coger o alcanzar un objeto debe basarse en movimientos de las extremidades superiores e inferiores, nunca en posturas forzadas de la columna..



Para levantar algo del suelo, habrá ligeramente su base de sustentación, flexione rodillas y cadera , y mantenga el tronco derecho procurando llevar siempre el objeto cerca del cuerpo.

Es recomendable que el traslado de objetos se realice llevándolos sujetos con ambas manos pegadas al pecho o sobre la cabeza, con lo que la presión sobre la columna es longitudinal, o con apoyo en la cadera, o bien colgado a la espalda como una mochila o repartiendo el peso en ambas manos.



Contraiga los músculos abdominales y glúteos para estabilizar la pelvis antes de mover un objeto . Esto protege la columna, los ligamentos y articulaciones contra la tensión y las lesiones.

También es importante que los objetos y utensilios de uso más frecuente y más pesados deben estar colocados a una altura media, a la del pecho o a la altura de la cabeza, sino utilizar un banquito adecuado que compense la altura.

Siempre es preferible empujar o traer el objeto en forma de deslizamiento hacia a nuestro cuerpo, que cargar o arrastrar (con nuestras manos).

La manipulación de objetos a baja altura (lavadora, estufa, etc.) se hará sin forzar la espalda, se realizará con flexión de caderas y rodillas o bien colocar los equipos a una altura correcta.

SENTADO

Es mejor realizar las actividades sentado, cuando sea posible.

Siéntese con la espalda recta, en silla o sillón con brazos y respaldo altos, apoyando perfectamente toda la espalda en el respaldo, su pie y la prótesis en el suelo y el peso distribuido en los dos muslos y con los músculos del abdomen contraídos.



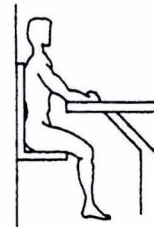
CORRECTO



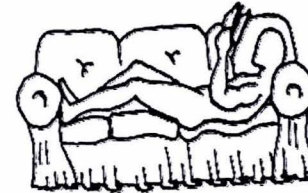
INCORRECTO



CORRECTO



CORRECTO



INCORRECTO



INCORRECTO

COMIDA

- 2 tortillas de maíz.
- 1 plato de sopa de verduras.
- 2 tortitas de papa con salvado de trigo.
- ½ pza. de aguacate.
- 1 taza de betabel.
- 1 fruta.

COLACIÓN

- 1 fruta o 1 taza de verduras libres.

CENA

- 1 taza de hojuelas de maíz.
- 1 taza de leche.
- 1 taza de verduras libre.
- 1 taza de papaya.

RECOMENDACIONES

- Ingerir aproximadamente 200 ml de agua simple o de frutas (natural) por hora desde la hora de levantarse hasta las 18 hrs..
- Ingerir lo menos posible de agua, media hora antes y media hora después de consumir alimentos.
- Tratar de establecer un horario determinado para la ingesta de los alimentos.
- El grupo de verduras libres se puede consumir sin restricción.
- Las frutas como la pera, durazno y manzana hay que consumirlo con cáscara y como la naranja y mandarina, los gajos completos.
- Las verduras limitadas se pueden consumir ½ taza por ración.

SISTEMA DE EQUIVALENTES

VERDURAS LIBRES

Espinacas	Champifones	Verdolagas
Nopales	Acelgas	Flor de calabaza.
Ejote	Cilantro	Rábanos
Perejil	Tomate	Pápalo
Pepinos	Jitomate	Quelites
Berros	Alcachofa	
Col	Coliflor	
Pimiento	Apio	

VERDURAS LIMITADAS

Brócoli	Zanahoria	Romeritos
Chile poblano	Cebolla	Col
Germinado de soya	Espárragos	Jugo de verduras
Poro	Huitlacoche	Chícharo
Chayote	Betabel	Pimiento

FRUTAS

Ración y Alimento	
3 pzas. de ciruela fresca.	3 pzas. de ciruela pasa.
2 pzas. de durazno.	1 pza. de naranja.
1 taza de fresas.	1 taza de papaya.
2 pzas. de guayaba.	½ pza. de pera.
2 pzas. de higo.	½ taza de piña.
1 pza. de lima.	½ pza. de plátano.
1 pza. de mandarina.	1 taza de sandía.
½ pza. de mango.	½ pza. toronja.
½ pza. de manzana.	½ taza de uvas.
1 taza de melón.	1/3 pza. de zapote.
1/3 pza. mamey.	½ taza de jugos naturales.

Elaborado por: LEO. Griselda Gil Flores.
Asesorado por: LEO/EER. Nieves Avendaño



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN
REHABILITACIÓN



LA ALIMENTACIÓN
ADECUADA ES
INDISPENSABLE
PARA LA SALUD

Una alimentación adecuada y variada contribuye a mantener en equilibrio el organismo y a preservar la salud. Una dieta rica en fibra favorece el funcionamiento del aparato digestivo y mejora la consistencia de las heces.

MENÚ DE SUGERENCIA PARA DIETA RICA EN FIBRA

PRIMER DÍA

DESAYUNO

1 taza de avena cocida.
2 tazas de verduras libres.
1 pza. de naranja.
1 huevo revuelto.

COLACIÓN

1 ½ taza de jícama.

COMIDA

3 tortillas de maíz.
1 plato de sopa de verduras libres y limitadas.
1 chile poblano (relleno: atún o queso).
1 taza de fruta.

COLACIÓN

1 taza de zanahoria rallada.

CENA

½ pza. de pan.
1 taza de leche.
1 taza de verduras libres.
1 manzana con cáscara.

SEGUNDO DÍA

DESAYUNO

1 pza. de pan integral.
1 taza de leche.
2 rebanadas de jamón.
2 tazas de verduras libres.
1 taza de melón.

COLACIÓN

Pepino al gusto.

COMIDA

1 pza. de tortilla de maíz.
1 taza de arroz con verduras.
1 taza de verduras libres.
½ taza de frijoles.
3 pzas. de ciruela pasa.

COLACIÓN

1 fruta al gusto.

CENA

1 plato de amaranto con leche (240 ml).
1 rebanada de queso panela.
1 taza de verduras libres.
1 plátano.

TERCER DÍA

DESAYUNO

1 yogurth natural con 6 cdas. de salvado de trigo.
2 tazas de verduras libres.
1 plátano mediano.
½ pza. de pan.

COLACIÓN

1 fruta.

COMIDA

1 tortilla de maíz.
1 plato de sopa de pasta.
1 pza. de pollo con verduras.
1 plato de ensalada de lechuga con rábano.
1 ración de fruta.

COLACIÓN

1 fruta o 3 galletas.

CENA

1 huevo al gusto.
½ pza. de pan integral.
1 taza de leche.
1 taza de verduras libres.
1 pera.

CUARTO DÍA

DESAYUNO

1 sandwich:
2 renanadas de pan integral.
1 rebanada de jamón.
Lechuga al gusto.
Jitomate al gusto.
Cebolla al gusto.
Aguacate al gusto.
1 vaso de licuado de mamey.
½ taza de gelatina.

COLACIÓN

1 fruta.

del tórax, lo que se siente con las manos y contraer abdomen, elevar y separar ligeramente los codos.

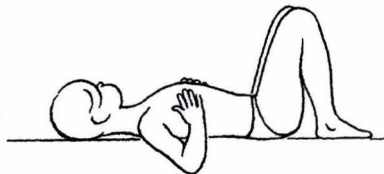
Espirar por la boca, volviendo a la posición inicial.



Boca arriba con las rodillas flexionadas y juntas y las manos apoyadas en la cara lateral de las últimas costillas.

Realizar una inspiración lenta y profunda por la nariz, procurando ensanchar las últimas costillas (desplazamiento de manos).

Durante la espiración por la boca, retraer el tórax.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN
REHABILITACIÓN



ELABORADO POR: LEO. GRISELDA GIL FLORES.

ASESORADO POR: LEO/EER. NIEVES AVENDAÑO

del tórax, lo que se siente con las manos y contraer abdomen, elevar y separar ligeramente los codos.

Espirar por la boca, volviendo a la posición inicial.



Boca arriba con las rodillas flexionadas y juntas y las manos apoyadas en la cara lateral de las últimas costillas.

Realizar una inspiración lenta y profunda por la nariz, procurando ensanchar las últimas costillas (desplazamiento de manos).

Durante la espiración por la boca, retraer el tórax.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN
REHABILITACIÓN



ELABORADO POR: LEO. GRISELDA GIL FLORES.

ASESORADO POR: LEO/EER. NIEVES AVENDAÑO

La respiración implica un intercambio de gases, de oxígeno por bióxido de carbono, para ello se requiere realizar cierto patrón respiratorio , si estuviese alterado, este se puede reeducar mediante algunos ejercicios respiratorios.

EJERCICIOS RESPIRATORIOS

Los siguientes ejercicios se deben hacer de 2 a 3 veces al día (10 repeticiones) sobre el piso o un colchón firme y cuando así se requiera, de pie..

PARA RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

Acostada boca arriba, piernas dobladas, pies apoyados en el suelo, brazos a lo largo del cuerpo.

Inspirar por la nariz y al mismo tiempo llevar brazos por arriba hacia atrás.

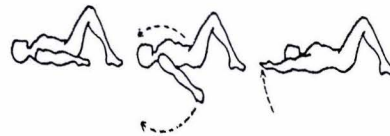
Espirar por la boca, regresando brazos por el mismo camino a posición inicial.



Acostada boca arriba, piernas dobladas, pies apoyados en el suelo, brazos a lo largo del cuerpo.

Inspirar por la nariz y al mismo tiempo abrir los brazos por los lados hasta atrás, en contacto con la superficie de sustentación.

Espirar por la boca regresando los brazos por el mismo camino a posición inicial.



Acostada boca arriba, piernas dobladas, pies apoyados en el suelo, brazos bajo la nuca, codos juntos por encima de la cara.

Inspirar por la nariz abriendo los codos hasta tocar la superficie y espirar por la boca cerrando codos.



PARA RESPIRACIÓN ABDOMINAL

Acostada boca arriba, piernas dobladas, pies apoyados en el suelo, brazos a lo largo del cuerpo (respiración abdominal).

Inspirar por la nariz inflando el vientre sin mover el tórax, espirar por la boca sumiendo el vientre.



PARA RESPIRACIÓN COSTOBASAL

De pie con las manos apoyadas en la parte superior del tórax, los dedos abiertos, con el pulgar hacia arriba en la zona subclavicular, los dedos restantes sobre el tórax, cerca del esternón.

Inspirar profundamente por la nariz ampliando especialmente la parte superior