



MÉXICO, D. F. FEBRERO 2007
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
Eneo - UNAM

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UN DEPORTISTA DE TAE KWON DO CON
UNA LESIÓN MUSCULAR Y ESGUINCE DE TOBILLO BAJO
EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ROSARIO MONTSERRAT AGUILERA HERNÁNDEZ
No. DE CUENTA: 09811862 - 5

DIRECTORA DEL TRABAJO:

PILAR SOSA ROSAS

Mtra. MARÍA DEL





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.

1	Introducción.....	1
2.	Justificación.....	2
3	Objetivos.....	3
4	Marco Teórico.....	4
4.1	Cuidado de Enfermería.....	4
4.1.1	Historia de Enfermería en México.....	7
4.1.2	Formación de la ENEO.....	13
4.2	Antecedentes Históricos de Medicina del Deporte.....	15
4.2.1	Enfermería y el Deporte.....	21
4.2.2	Cuidados de Enfermería y el Deporte.....	23
4.3	Modelo de Virginia Henderson.....	26
4.4	Antecedentes Históricos del Proceso Atención de Enfermería.....	33
4.4.1	Proceso Atención de Enfermería pasos que lo componen.....	35
5	Instrumentos de Valoración.....	43
6	Exploración Física.....	57
7	Presentación del Caso Clínico.....	58
8	Plan de Cuidados.....	59
9.	Conclusiones y Sugerencias.....	66
10	Bibliografía.....	68
11	Anexos.....	69
	• Esguince de Tobillo.	
	• Desgarros Musculares.	
	• Alimentación en el Deporte.	
	• Crioterapia.	
	• Compresas Calientes.	
	• Rayo Láser.	
	• Ultrasonido Terapéutico.	
	• Vendajes Funcionales.	
	• Significado de Tae Kwon Do.	

2. JUSTIFICACIÓN

El pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia debe realizar un año de servicio social, en diferentes instituciones de salud públicas o en alguna de las dependencias de la Universidad Nacional Autónoma de México, tal es el caso de la Dirección General de Medicina del Deporte, esta institución brinda atención médica de enfermería y de rehabilitación, a la población deportista de la UNAM.

La atención que se brinda en esta institución permite al pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia incursionar en esta área permitiendo valorar a los deportistas así como observar las diferentes tipos de lesiones que ocurren, la atención inmediata que se brinda, los diferentes métodos de terapia física que se utilizan en esta institución con el fin de rehabilitar a los deportistas. Por este motivo se decidió aplicar el Proceso Atención de Enfermería a un deportista de Tae Kwon Do, ya en este año de servicio se observaron las lesiones mas frecuentes y se decidió dar seguimiento a este deportista.

3. OBJETIVOS

Objetivo General.

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a un deportista de Tae Kwon Do para observar las lesiones provocadas por la actividad deportiva, y con el enfoque de 14 necesidades de Virginia Henderson para dar un cuidado de enfermería al deportista.

Objetivos Específicos.

*Identificar por medio de la valoración las necesidades que el deportista tenga alteradas.

*Aplicar la exploración física al deportista para identificar los diferentes tipos de lesiones deportivas que afectan su rendimiento físico.

*Elaborar los diagnósticos de enfermería en base a la información obtenida de la exploración física y la valoración.

*Realizar un plan de cuidados con base a las 14 necesidades de Virginia Henderson para contribuir a la recuperación del deportista.

*Investigar los diferentes tipos de terapia física que se utilizan en la Dirección General de Medicina del Deporte, que se aplican en la rehabilitación de los deportistas.

*Aplicar los métodos apropiados de terapia física al deportista de acuerdo a las lesiones que presenta, así como los vendajes funcionales que ayuden a contribuir a la rehabilitación del deportista.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Cuidado de Enfermería.

El origen del cuidado enfermero se vincula a la mujer desde el momento en que la vida aparece. La perpetuación de la especie a través de los cuidados a los niños enfermos y ancianos ha estado generalmente en manos de la madre, la mujer descubre la práctica del cuidado para asegurar la satisfacción de las necesidades indispensables para el mantenimiento de la vida: alimentación, reposo, consuelo, apoyo y educación. La aparición del cristianismo tuvo un gran impacto en el desarrollo de la enfermería en occidente. Da inicio la etapa vocacional de la profesión caracterizada por un fuerte componente religioso, en el cual diversas órdenes religiosas daban asistencia a los pobres y a los enfermos. Se fundan órdenes religiosas (algunas por hombres como los caballeros de San Juan o los de san Lázaro), que además de cuidar enfermos asistían a lo pobres y presos durante siglos, las personas encargadas de cuidar carecían de preparación especial. La forma de producir los conocimientos era de forma empírica. Al llegar el siglo XIX, la enfermería en Europa carecía de prestigio. Las personas encargadas de cuidar, además de las religiosas, son seculares procedentes de clases sociales muy bajas que ejercen un oficio de escasa consideración social. A menudo era prostitutas y expresidarias con ninguna información por el contrario, los valores instruidos en la medicina proceden de una burguesía que estaba en una situación privilegiada. Estos y otros factores determinarían la relación de dependencia que establece la enfermería de la medicina. En Kayesrsewerth existía una escuela de diaconizas donde enseñaban a cuidar enfermos hospitalizados. La alumna mas famosa fue Florence Nigthingale (1820-1910), a quien se debe la creación de la enfermería moderna (1).

(1)García Barrios y Calvo Charro. **Historia de la Enfermería.** Universidad de Málaga, 1992. Pág.1842.

Entre sus numerosas aportaciones destacan la creencia de la necesidad de la formación de la enfermería. Creía que el cuidado es un arte y una ciencia diferente a la medicina que debe recibir una formación específica. Esta convicción la llevo a fundar la escuela del hospital Thomas de Londres en 1860, sentando así las bases para la profesionalización.

Durante la primera mitad del siglo XX hubo numerosos factores que impulsaron el progreso de la enfermería: dos guerras mundiales, y la auto organización de las enfermeras. La legislación general de la enfermería, los problemas de bienestar social, el apoyo a las disciplinas de salud por parte de fundaciones nacionales y la complejidad de la medicina. Mediante estas guerras mundiales surge la necesidad de unidades especiales para el cuidado de pacientes, este desarrollo de unidades de tipo específico aunque resultaba ventajoso en muchos aspectos, obligaba a contar con algún tipo de enfermería especializada, lo cual contribuyo a acentuar todavía más la carencia de profesionales. Por otro lado se hizo evidente la necesidad de un enfoque distinto de los cuidados de enfermería, uno que proporcionara tanto calidad como atención integral al enfermo.

En los sesentas, se inicio un movimiento para acortar las distancias entre la enfermera profesional y el paciente. Dicho movimiento empieza en 1963 con la ideología de Lidia May, cuya finalidad era proporcionar cuidados de enfermería continuos y de calidad, con el fin de favorecer la curación, prevenir las complicaciones, promover la salud y evitar las recaídas y las nuevas enfermedades.

Los cuidados de enfermería exclusivamente son impartidos por enfermeras profesionales, en un contexto que fomente el traslado del paciente del hospital al hogar

La enfermería es el factor primordial en el cuidado de los pacientes y coordina los esfuerzos combinados del enfermo, la familia y los suyos propios, para resolver los problemas que pudieran obstaculizar la recuperación total.

No fue hasta los años setenta cuando empezó a hacerse realidad la meta combinada del cuidado de la enfermería por parte de enfermeras profesionales y el cuidado integral del paciente, los cuidados de enfermería asumen la responsabilidad de toda la gama de funciones incluyendo la educación consultas, cuidados exhaustivos y continuos, planificación y valoración de los cuidados, documentación del progreso. La práctica de la enfermería se ha visto forzada a realizar fuertes reajustes a medida que han aumentado los conocimientos y han ido variando las actitudes y valores. La práctica de la enfermería ha carecido tanto en lo en el ámbito profesional ya que se considera que la expansión de la profesión ha sido demasiado forzada y que el engrandecimiento profesional surge más de la limitación de sus funciones que de su extensión.(2)

(2) Ídem p.p 1849 - 1850.

4.1.1 Historia de Enfermería en México.

Época Prehispánica.

En esta época no se tienen datos de la enfermería, se menciona que las mujeres por instinto se dedicaban a proporcionar el cuidado como una labor propia de las mujeres, las cuales se dedicaban a proporcionar los cuidados a los niños, ancianos y enfermos, aplicando remedios caseros a base de hierbas, ya fuera al padre, hermano, esposos, e hijos que se enfermaban procurando su alimentación.

En la época precortesiana, cuyo periodo va del año 600 d.C. Se tienen bases para deducir que la enfermería se practicaba por las mujeres, a un cuando no se dedicaron exclusivamente a ella, se muestra en los murales, y entre las figuras de piedra representativas, que al igual que en la época prehispánica las mujeres administraban brebajes a base de hierbas, poniendo lavados intestinales, ó practicando curaciones, dando fricciones, poniendo férulas y vigilando los temascales tan usados para diferentes actividades médicas y obstétricas.

La enfermería propiamente en este periodo se puede decir, que se concentraba al traslado, y cuidados inmediatos, de los heridos en combate, ya fuera entre unos pueblos y otros, o entre los indios se menciona que la enfermería militar ya que los indios eran los encargados de llevar a los heridos a cuestras, lo que indicaba que solo había atención de heridas en combate, y utilizaran remedios a base de hierbas.

Cuando los españoles llegaron en plan de conquista tuvieron que confesar que la medicina entre los aztecas estaba muy adelantada y menciona Sahagún en su libro histórico "el médico suele curar y aliviar enfermedades, el bueno es entendido en aliviar enfermedades el bueno es atendido en las propiedades de las hierbas, de las piedras, de los árboles y sus raíces."(3).

Esto es mencionado, ya que en los tiempos de Moctezuma la medicina a base de las hierbas, había alcanzado gran desarrollo, pues tenían hasta hospitales para curar enfermos, uno de los cuales era el de Tulhuacán en Tenochtitlán, al que estaba dedicado a los veteranos e inválidos de la guerra, en farmacopea para curación de enfermedades eran conocidas mas de 3,000 plantas medicinales

(3) Bravo Peña Federico. **Nociones de Enfermería.** México D.F. 1967. p.p 73-79.

A su vez se sabe también históricamente que los aztecas tenían dioses, se menciona que tenían un dios de la medicina, representado por uno de sus ídolos al cual llamaban: Tzapotlateau, también se sabe que la mujer era la encargada de proporcionar los cuidados, se le denominaba Ticitl, lo cual se recibía no por su divinidad si no por el oficio que desempeñaban, las ticitl se sabe que no era reconocido ya que este oficio solo lo desempeñaban, los sirvientes, esclavos, ya que nadie se preocupaba por darle un mayor impulso, ó bien exigir la mejoría categórica que después había de recibir la profesión.

Se tenían parteras, las cuales se dedicaban exclusivamente a atender partos (llamadas Tlamatquicitl), para lo cual para trabajar en esto se adiestraban con otras parteras ó bien este conocimiento se pasaba de generación en generación, y para así practicar este oficio, ellas se dedicaban a dar consejos anticipados a las partulientas, acerca de cómo atender su embarazo ó llevar su embarazo, acostumbraban llevar a las embarazadas a los temascales (Temaxcalli) para que sudando la embarazada arrojara los malos humores. Aseguran los códices que ellas practicaban también la embriotomía, operación delicada que ellas realizaban hábilmente, valiéndose de pedernales muy afilados los cuales eran introducidos hábilmente por la vulva, hasta el útero, en donde se dividía a la criatura; por supuesto esto se hacía cuando se dificultaba el parto haciendo imposible el nacimiento, ó bien si el producto estaba muerto, por su inmovilidad.

Al iniciarse el parto lavaban a la embarazada, enjabonándole bien sus cabellos y le arreglaban perfectamente y con limpieza, el cordón umbilical era cortado con las uñas o con un pedazo de obsidiana, nunca con un con un instrumento de metal, es frío y le hacía daño al niño.

Época Colonial.

En este periodo lo primero de lo que se tienen noticias, es de que se establecieron varios hospitales y el primero fue el llamado de la Limpia Concepción, fundado por el propio Hernán Cortés, en el año de 1524. Desde su fundación fueron atendidos miles de enfermos, de todas clases sociales, a principios del siglo XVII se empezó a trabajar en este hospital en las disecciones del cuerpo humano, para verificar estudios anatómicos.

En ese entonces el personal se componía de tres capellanes, un médico, un cirujano, un barbero cirujano, un administrador, enfermero jefe, un grupo de enfermeras, indígenas para el aseo general, y esclavos para distintos trabajos. Fray Pedro de Gante fundó en 1529, el primer hospital dedicado exclusivamente a los indígenas "Hospital real de los naturales". En el año de 1567 fue fundado el Hospital de San Hipólito, por Bernardino Álvarez y fue dedicado a los enfermos dementes, siendo el primero que se fundó para esta clase de padecimientos en América. El hospital de San Lázaro fue fundado por el Dr. Pedro López, en el año de 1571, siendo dedicado a los leprosos, poco después fue fundado otro hospital por el mismo doctor, el hospital de San Juan de Dios o de la Epifanía, y actualmente se le conoce como hospital de la mujer. Otro hospital que se fundó en México, en 1674, fue el de "Betlemitas" otro llamado de "Las Arrecogidas", que posteriormente fue el hospital militar.

La enfermería, durante este periodo y muy en especial en este siglo solo fue ejercida empíricamente por religiosas y frailes, muy caritativos y abnegados, pero sin conocimientos técnicos al respecto. La atención de enfermos por religiosas, en los citados hospitales y orfanatos fundados en este periodo, empezó con los trabajos de enfermería empírica que llevaban a cabo las religiosas del convento de la santísima concepción.

Periodo Independiente.

Este periodo se cuenta de 1810 a 1905, y exactamente en 1905 es la fecha en que se inicia el desarrollo de los estudios organizados de enfermería en México y se habla también que en el periodo de 1810 hasta antes de 1905 no hubo avances de la medicina, cirugía y enfermería ya que se solo se practicaban militarmente.

Periodo del Imperio.

Este periodo establecido aquí por el emperador Maximiliano, y su esposa Carlota, la cual bondadosa fundó un hospital dedicado a madres solteras, al cual llamo Casa u hospital de maternidad e infancia, en el cual se dieran los primeros pasos en la profesión de enfermería, a la que posteriormente fueron las primeras enfermeras graduadas de México.

Periodo de Reforma.

En este periodo hubo un estancamiento de la medicina, cirugía y enfermería, aunque hubo algunos avances significativos para la oftalmología, también se inauguraron varios hospitales como el hospital Juárez (de San Pablo 1847), hospital de Nuestra Señora de la Luz (1898) dedicado a combatir las enfermedades de los ojos. Fue hasta el año de 1854, cuando el Lic. José Urbano Fonseca consiguió del Juez del seminario conciliar, la compra de la casa de la antigua inquisición, en donde se albergaran parteras, médicos y enfermeras. En el año de 1847 las fuerzas militares americanas invadieron la republica mexicana, como los hospitales de san Hipólito y san Andrés no contaban con recursos económicos para albergar a los heridos se abre un hospital de emergencia, en el Colegio de los Agustinos, en el cual los cuidados estaban a cargo de la madre Micaela Ayanz, y las hermanas de la caridad, para lo cual ellas realizaban actividades de enfermería. El 4 de diciembre de 1847, el entonces presidente de la República Mexicana ordeno un decretó derivado de las leyes de reforma que regían el país, el cual exigía que todas las religiosas salieran del país, por tal motivo los puestos vacantes de las monjas fueron ocupados por enfermeros varones que con ninguna preparación, no desempeñaban las labores propias de enfermería, esto a su vez llevó consigo un mal servicio acerca del cuidado. Pero en el año de 1891 asumió la dirección del hospital Juárez el Doctora Luís E. Ruiz dispone que las salas queden bajo el cuidado de enfermeras pero improvisadas, para lo cual ordeno impartir clases practicas, cuando menos de pequeñas cirugías, es posible que fueran las primeras clases impartidas a enfermeras y cuidadoras de enfermos. El doctor Eduardo Liceaga era un eminente médico de gran solvencia moral y tenía una gran influencia en la política del país, pues era presidente del Consejo Superior de Salubridad y director de la Escuela de Medicina, fue uno de los que auspiciaron el proyecto de construir un hospital general. En lo que respecta a las escuelas de enfermería el doctor Liceaga viajo al viejo mundo para observar el funcionamiento de las escuelas de enfermería con el fin de establecer una en México, en la cual se tuvieran bases técnicas y de enseñanzas similares a las de Europa, para llenar las necesidades del hospital próximo a construirse.

Por medio de la prensa, invitaba a las mujeres del país a recibir instrucción en el hospital de maternidad e infancia, solo se pedía que las mujeres que acudieran hubieran cursado la primaria, tener buena salud, tener alrededor de 20 años de edad y contar con una constancia de buena conducta. En el año de 1903 se abrieron las inscripciones para las futuras enfermeras y así se tuvo el primer grupo de aprendizaje compuesto por 20 señoras y señoritas este grupo recibió algunas instrucciones de cómo usar el termómetro, apreciar el pulso, y hacer curaciones., este grupo se hizo cargo de los servicios de enfermería del nuevo hospital. Para mantener el nuevo grupo de enfermeras el doctor Liceaga logro que vinieran de Europa dos enfermeras alemanas, una de nombre Maude Dato que fungía como jefe de enfermeras, y la otra Gertrudis Friedrich que fungía como sub jefe de enfermeras. Cuando estas regresaron a su país sus puestos fueron ocupados por dos enfermeras estadounidenses llamadas Mary Cloud, Anna Hamburi. Como el trabajo era excesivo se decidió aumentar el personal de enfermería y para ello se prepararon mas enfermeras, para este grupo se impartieron clases preparatorias, de anatomía, fisiología, e higiene teóricas, de curaciones, y cuidado a los enfermos practicaban en los pabellones, estas practicas duraban los dos primeros años hasta que se decidió formalmente la inauguración de la primera escuela de enfermería de México, en el año de 1907 con su reglamento respectivo en el cual se hacía constar que la carrera tendría básicamente los estudios siguientes: 1er año anatomía, fisiología y curaciones, 2do año higiene curaciones en general, 3er año farmacia y cuidados de toda clase a los enfermos. Había tres grados en la carrera de enfermería hospitalaria, las aspirantes que eran las que iniciaban, enfermeras segundas que eran las que habían recibido alguna instrucción, y la primera quien ya estaba capacitada por estudios, dedicación y habilidades para llevar con éxito el servicio y responsabilidad de la sala. En los años de 1910, 1911, las enfermeras de los servicios tenían su diploma y siendo graduadas pidieron que una de ellas se designara como jefe de enfermeras siendo así designada la enfermera Eulalia Ruiz Sandoval. El trabajo de las enfermeras era de las siete de la mañana a las veinte horas en el día, y en la noche de las veinte a las siete horas, el descanso era otorgado por turnos.

El uniforme para las enfermeras lo daba la beneficencia y consistía, para las primeras en vestido blanco con mangas largas; puño cuello y corbata blancos, delantal de manta blanca con peto y tirantes, gorra blanca y un brazalete con la insignia de la cruz roja, con leotina largo pendiente del cuello y zapatos negros. Para las segundas el vestido era rayas azul con blanco, con peto y tirantes, brazalete con la con la insignia de la cruz roja reloj de leotina larga y zapatos negros igual que las anteriores. Las aspirantes llevaban vestido azul marino con mangas largas, puños y cuello, corbata y gorras blancas, delantal con peto blancos los tirantes, brazaletes, reloj y zapatos igual que las demás.

Periodo de la Revolución.

En este periodo se favoreció la economía del país y por esto a su vez hubo un adelanto en la medicina, la cirugía, y la enfermería que en la cual se encontraba a la par de cualquier parte del mundo. Hay un hecho histórico en la Revolución Mexicana, que fue digno de figurar en la historia de la enfermería de México, la primera enfermera militar la cual se formo accidentalmente ya que al encargarse de la manutención de su familia Refugio Estévez Reyes fue a la ciudad de Guadalajara donde empezó como costurera en un hospital, donde conoció a un general el cual donde la llevo a trabajar en un hospital donde acudían gran número de heridos producidos por los combates de la Revolución Mexicana, en el año de 1914 los carrancistas, la sacaron del hospital y la llevaron con ella en calidad de enfermera para que los cuidara, no fue hasta 1915 en Chihuahua cuando recibió un balazo que la inutilizo temporalmente, pero sin que le extrajeran la bala siguió con su servicio, estudio la carrera de enfermería en 1940 se graduó y registro su título correspondiente, falleció el 2 de diciembre de 1956 nombrada como la primera enfermera militar de México y alcanzó el grado de Teniente Coronel.(3)

(3) Ídem p.p 99-101.

4.1.2 Formación de la ÉNEO.

Cuando México celebró el centenario de su independencia (1910), se organizaron varios festejos y entre ellos, la apertura de la Universidad Nacional Autónoma de México llevado a cabo por el entonces Ministro de Instrucción Pública, y Bellas Artes Lic. Justo Sierra, al reabrirse todas las escuelas profesionales pasaron a depender de ella y tocó a la escuela de enfermería quedar supeditada a la Escuela de Medicina que no era considerada como facultad. Los requisitos para entrar a la carrera de enfermería eran tener el certificado de educación primaria y una carta de buena conducta, fue hasta el año de 1927, cuando se determinó que las alumnas estudiaran un año de preparatoria, con las materias de biología, matemáticas, física y química.

En el año de 1933 se verificó el primer Congreso de Enfermería, del cual surgió la idea de que las enfermeras cursaran tres años de secundaria y por ello se dejó como requisito indispensable en el año de 1935. Durante el año de 1934 se creó la enfermería sanitaria, organizándose curso para enfermeras tituladas, saliendo el primer grupo, dos años después, como orientadoras en asistencia materno infantil, y en higiene rural. En el año de 1938, se creó la primer Convención de Enfermeras y en ella se propuso que el día de la enfermera fuera el 6 de enero de cada año en vez del 25 de diciembre lo que era cada año. En el año de 1948 la escuela de enfermería se había separado de la facultad de enfermería en la cual se entregó la dirección a la doctora Emilia Leija Paz de Ortiz. La cual trajo muchos beneficios consigo para la enfermería, ya que la Secretaria de Salubridad de esa época la llamó para organizar los Servicios de Enfermería Rural, ella redactó los programas y como preparaba el para este servicio. En el año de 1954 se organizó un importante seminario llamado "Seminario de Zimapán", debido a que se realizó en la ciudad de Zimapán Hidalgo, el cual fue organizado por la oficina sanitaria panamericana, justamente con el gobierno de México se tuvo un objetivo primordial el cual era hacer algunas modificaciones a los planes de estudio existentes de la época. De este seminario nació una mejor organización en la enseñanza técnica de la enfermería en Latinoamérica y se sentaron las bases para la enseñanza de la enfermería moderna.

Esto a su vez hizo que la mencionada doctora fuera la precursora en despertar el entusiasmo de las alumnas organizando ceremonias propias de la carrera de enfermería como son: la imposición de tocas, el paso de la luz y la de graduación. Viendo la necesidad de que las enfermeras tuvieran una preparación universitaria se pensó en abrir la licenciatura en enfermería en el año de 1968 y para el 21 de junio de 1979, el rector de la Universidad Nacional Autónoma de México Guillermo Soberón, decidió por iniciativa de varias enfermeras en especial por Delia Otero, otorgar un lugar propio a la escuela de enfermería y es así como se cede el terreno en el que actualmente se localiza la ENEO.

4.2 Antecedentes Históricos de Medicina del Deporte.

Su historia parte de 1917, cuando fue creado el Departamento de Educación Física, dentro de la Escuela Nacional Preparatoria. Esta estructura fue creciendo, al tiempo que extendía sus actividades y, en 1926, paso a ser Departamento de Educación Física, dentro de la Universidad Nacional. En 1938, los jugadores integrantes de los equipos de fútbol americano de la UNAM, se empezaron a atender en la Cruz Roja Mexicana, los cuales eran transportados en taxi para su atención: recurriendo a los amigos médicos, evitando así la espera y tener una atención pronta y segura. Posteriormente en la sexta demarcación, perteneciente a la Cruz Verde, ubicada en las calles de Victoria a la llegada de Roberto Méndez, un estudiante de Medicina y jugador de fútbol soccer apodado el “tapatío”, y con la ayuda del Dr. José Morales Ortiz se siguió atendiendo a los jugadores de fútbol americano. En el año de 1940 se prolonga esta atención médica y se vuelve puramente asistencial, se brinda en los campos de juego, el Dr. Victor De la Fuente inicia la atención en los partidos que se realizaban en los estadios de esa época. Al mismo tiempo por esos años el Dr. Rodolfo Limón Lanzón, interesado en la fisiología del ser humano inicia trabajos con algunos deportistas representativos de nuestro país, pero sobre todo con los montañistas, pues estos cambios (frío, calor, altitud) provocan mayores efectos fisiológicos.

Para los años cincuenta se inician las actividades en Ciudad Universitaria y lo primero que se puede utilizar son los campos deportivos y nuevamente es en el fútbol americano el que toma las riendas del desarrollo en organizaciones y logística en todos los sentidos, por lo cual el servicio médico es parte importante en su desempeño; fue normal que se tuvieran carencias pero se contaba con elementos buenos, pero el espacio era pequeño para el servicio médico. El Dr. De la Fuente y sus colaboradores realizaban tratamientos y aplicaciones de vendajes, en esa época se hizo famosa la frase de “pomada y al sol” para tratar traumatismos y esguinces; en esas condiciones se llevaban acabo esas actividades.

En los años 52 a 54 algunos ex jugadores y médicos del grupo que trabajaban con el Dr. De La Fuente inician el proyecto de hacer una verdadera clínica de atención médica para el fútbol americano y los integrantes de los equipos deportivos de la universidad, ya que se atendía a todos los deportistas en general.

En la década de los años sesentas la sociedad en general registró cambios profundos y el deporte universitario no podía ser ajeno a las transformaciones de la época. En 1962 el que hasta entonces fuera departamento, se convirtió en Dirección General de Educación Física, misma que en 1967, adquirió rango de Dirección General de Actividades Deportivas.

Con el transcurso del tiempo y el crecimiento de la población estudiantil y sus necesidades en el ámbito del ejercicio, el 16 de octubre de 1973, por acuerdo del Sr. Rector Guillermo Soberón Acevedo se ampliaron las funciones de la dependencia, que desde entonces se llamaría Dirección General de Actividades Deportivas y Recreativas. Es este período cuando se inician los cursos de capacitación de entrenadores.

Así pues como en el seno de la universidad no puede desatender la formación del deportistas en el campo académico, por lo que el 19 de Agosto de 1987, se crea el Centro de Educación Continúa de Estudios Superiores del Deporte (CECESD).

Actualmente las actividades sustantivas de la Dirección se apoyan en una infraestructura material, y humana, en la cual destacan: el laboratorio de evaluación funcional físico-deportiva que cuenta con equipo, instalaciones y personal especializado, encargado de sustentar científicamente los procesos técnico-deportivo y metodológicos de los entrenadores, así como el equilibrio físico de los deportistas universitarios, nueve clínicas de asistencia médica y rehabilitación deportiva que atienden a los estudiantes deportistas y cinco gimnasios de acondicionamiento físico. Por otra parte, cuenta también con las instalaciones deportivas universitarias: el estadio y la alberca olímpicos, el frontón cerrado, el estadio "Tapatío Méndez", la pista de calentamiento, a si como campos, pistas y canchas deportivos que han sido escenario de juegos y competencias nacionales e internacionales.

Para el año de 1989 el Sr. Rector José Sarukhàn Kermes por medio de seis líneas de acción, busca fomentar, la enseñanza y la práctica de las actividades deportivas y recreativas, pues estima que éstas deben contribuir de manera decisiva en la formación de los estudiantes universitarios.

El programa del deporte y la recreación para la formación integral del estudiante universitario, tiene como principal objetivo:

- *Fomentar e impulsar la enseñanza y la práctica de las actividades deportivas, considerando parte significativa de la formación integral del estudiante.

- *Recupera el sentido de identidad, la cohesión y el orgullo de ser universitario.

- *Extender a grupos mas numerosos de estudiantes la oportunidad de practicar un deporte.

- *Impulsar una atención distinta al deporte universitario, estableciendo vínculos con otros sectores de la UNAM que permita la investigación multi disciplinaria de alto nivel en el área.

- * Promover a jóvenes estudiantes que sobresalgan por su capacidad, interés y dedicación en la práctica deportiva de algún deporte.

- * Difundir los beneficios de la práctica deportiva.

- * Fomentar y apoyar la superación académica del personal de la Dirección General de Actividades Deportivas y Recreativas.

Por otra parte, en el acuerdo del rector que reorganiza la estructura de la Secretaria Administrativa de la UNAM, con fecha de Abril de 1989, se establecen las funciones presentes de la dirección general de actividades deportivas y recreativas, las cuales han permitido su sólido desarrollo. En este orden de ideas, cabe destacar que en el seno de la dirección se crea la Subdirección de Planeación y Desarrollo Académico, la Subdirección de Fútbol americano así como la Subdirección de Recreación.

Durante su gestión de la Mtra. Elena Subirats Simún, se preocupó, por programas docentes de actualización extensión y difusión.

Estas actividades implicaron preparación físico deportiva, iniciación, entrenamiento y selección de equipos representativos; participación en competencias y campeonatos internos, nacionales e internacionales; servicios recreativos a la comunidad (ludotecas, ajedrez, gimnasia aeróbica, acondicionamiento físico general, etc.); servicios médico /deportivos (evaluaciones funcionales, atención psicológica, nutricional, etc.); especialización en medicina del deporte y la actividad física; programa formación de entrenadores; así cursos y seminarios de actualización y superación .

La dirección general de actividades deportivas y recreativas (DGARD) ha ofrecido a toda la comunidad universitaria la posibilidad de participar en actividades deportivas de la siguiente manera, en 34 líneas deportivas en 1989, 40 en 1990, 43 en 1991 y 44 en 1992, abarcando desde la iniciación físico deportivas, la promoción, hasta la selección y el entrenamiento de los equipos representativos de la UNAM. El total de las medallas obtenidas en competencias internacionales durante la gestión suma 55 de oro, 58 de plata y 52 de bronce. Es importante señalar que en los juegos deportivos nacionales estudiantiles de educación superior fueron organizados por el consejo nacional del deporte estudiantil en el año de 1989.

Servicios Médicos Deportivos.

En lo que se refiere a los servicios médicos deportivos, durante la gestión se cubrió un total de 66,823 servicios, divididos entre evaluaciones funcionales, psicológicas de nutrición y consultas, tratamientos especializados y asistencia médica en eventos deportivos o recreativos, con lo cual queda reflejado el apoyo que, día con día, representa la medicina del deporte en beneficio de los atletas. Mientras que hoy en día la dirección general de medicina del deporte cuenta con tres clínicas en las cuales se da atención a los deportistas repartidos así en diferentes deportes.

Clínica de Medicina del Deporte.

Atiende:

♣Comunidad Ajena a la Universidad.

♣Comunidad Universitaria.

Clínica de la alberca.

Atiende:

- ♣ Buceo.
- ♣ Natación
- ♣ Nado sincronizado.
- ♣ Remo.
- ♣ Asociación de fut bool rápido.
- ♣ Montañismo y exploración.
- ♣ Clavados.
- ♣ Nado con aletas.
- ♣ Waterpolo.
- ♣ Canotaje.
- ♣ Físico culturismo.
- ♣ Juegos autóctonos.

Clínica de Fut bool Americano.

Las áreas que atiende:

- ♣ Liga mayor.
- ♣ Liga juvenil.
- ♣ Tochito bandera.
- ♣ Grupo de animación
- ♣ Liga intermedia.
- ♣ Liga infantil.
- ♣ Porristas.

Clínica de Frontón Cerrado.

Atiende:

- ♣ Béisbol.
- ♣ Jockey sobre pasto.
- ♣ Voleibol (sala y pasto).
- ♣ Ciclismo.
- ♣ Tenis y tenis de mesa.
- ♣ Tiro con arco.
- ♣ Levantamiento de pesas.
- ♣ Frontón.
- ♣ Boxeo.
- ♣ Judo.
- ♣ Karate.
- ♣ Hand ball.
- ♣ Sofá boll.
- ♣ Baloncesto.
- ♣ Ajedrez.
- ♣ Atletismo.
- ♣ Gimnasia.
- ♣ Boliche.
- ♣ Squash.
- ♣ Esgrima.
- ♣ Lucha

La Medicina del Deporte en la Universidad se inicia como en la mayoría de las especialidades médicas, por necesidad ó por interés de los médicos involucrados, las lesiones se presentan en los campos de juegos y en los lugares de entrenamiento de los universitarios y es así como se recurre a los a los estudiantes de medicina o a los médicos que les gusta el deporte o que lo practican, es lógico que la mayoría de estos médicos son especialistas en traumatología y ortopedia los que se interesan en estas actividades, pues es el tratamiento de lesiones lo que más interesa, sin embargo es necesario decir que esas especialidades también estaban en formación en los años en que se inicia la actuación de los médicos en las funciones deportivas.

Por otra parte, el posgrado de la DGADyR en la facultad de medicina de la UNAM, en la especialidad de medicina del deporte y la actividad física, aprobada por el consejo universitario en septiembre de 1985. Mientras que para el año del 2005, se abrió la especialidad de enfermería en la cultura física y del deporte.

4.2.1 La Enfermería y el Deporte.

Inicialmente el cuidado hacia los deportistas se comenzó a brindar por parte de los médicos, quienes se apoyaban en paramédicos para su atención. Mientras que el servicio social de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Dirección General de Medicina del Deporte se inicio propiamente en el año de 1982, por lo tanto los Lic. En Enfermería y Obstetricia a tenido una participación importante tanto en el área de evaluación funcional como en el de asistencia médica.

En la Dirección de Medicina del Deporte se proporciona atención de primer nivel a población universitaria, particular y deportista de equipos representativos de la UNAM de diferentes disciplinas.

Es por eso que la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia como ya se menciona ha sido por una parte participa en las actividades dentro de los diferentes laboratorios de medicina del deporte, en el laboratorio de pruebas bioquímicas realiza la preparación del material, registro de datos del paciente (nombre, sexo, edad, deporte, categoría, antigüedad, hrs. de entrenamiento y frecuencia), brinda una explicación del procedimiento que se llevará acabo y procede a realizar la toma de la muestra sanguínea. En la historia clínica participa en la toma y registro de los signos vitales (T/A, F.C.); resalta la agudeza visual y auditiva.

En el laboratorio de Electrocardiografía y espirometría, se participa en la preparación física del paciente explicando cada uno de los procedimientos a realizar y se procede a la toma, registro del trazo electro gráfico en reposo, mientras que en el estudio electro gráfico se llevan acabo las mismas intervenciones. En antropometría se participa llevando a cabo la visualización de somatoscopia y plantoscopia, así como en anotar las diferentes circunferencias, anchuras, longitudes, y pliegues.

En las prueba ergométrica, participa en la explicación del procedimiento, que realizará el paciente poniendo atención en cada una de las recomendaciones que se le indiquen para continuar con la prueba.

En el laboratorio de biomecánica interviene en las anotaciones de las diferentes pruebas de flexibilidad, velocidad de reacción, salto vertical, salto horizontal, salto largo. En Diagnóstico integral se ayuda a recabar los datos de cada uno de los laboratorios con la finalidad de elaborar un informe que oriente al paciente a un diagnóstico y recomendaciones respecto de su estado de salud actual.

En el área de campo deportivo, la labor del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el cual es el encargado de tratar las lesiones e iniciar el cuidado y tratamiento oportuno, cuando sea posible y ha hacer recomendaciones sobre el regreso a la competición o encaminada a una nueva evaluación; esto lo realiza el licenciado de enfermería durante el entrenamiento, en la competición, y posterior a ésta.

Dentro de la participación en el entrenamiento, se realiza una valoración al deportista y dependiendo de esta, se le proporciona una serie de indicaciones para incorporarse al campo deportivo, se aplican vendajes preventivos ya sean elásticos o adhesivos en diferentes extremidades y áreas como tobillo, rodilla, codo, mano, etc.

En una competición se llevan a cabo intervenciones como curación de heridas, control de epistaxis, inmovilizaciones si fuera necesario, restitución de lesiones musculares, esguince y contusiones.

En el periodo posterior a la competición se llevan a cabo medidas de prevención de deshidratación, valoración de lesiones o molestias para brindar el cuidado y tratamiento oportuno.

4.2.2 Cuidado de enfermería en el Deporte.

La integración dentro de un equipo está definida básicamente por dos personas, que son el entrenador y el médico.

La labor del personal de enfermería en el área deportiva va encaminada a proporcionar atención al individuo sano ó enfermo a satisfacer sus necesidades alteradas, a su vez va actuar en la prevención, diagnóstico, y tratamiento de las posibles lesiones y enfermedades de los diferentes integrantes del equipo; cuando se produce una lesión normalmente hay una opción:

★Se acude al servicio médico, donde se realiza el tratamiento adecuado, ya que la mayoría de las ocasiones hay que hacer el tratamiento en los vestidores aun que no se cuenta con los implementos necesarios para continuar con el tratamiento.

Una vez que los jugadores comienzan a practicar su deporte, es primordial, seguir la secuencia del deporte, ya que siempre debe observarse el mecanismo que puede producir una lesión y valorar posible gravedad de ésta.

Durante la competición el trabajo desempeñado será el siguiente:

★Estar pendiente de lo que suceda en el terreno de juego, para de esta forma poder apreciar la mecánica de la lesión.

★Atender a los jugadores en sus necesidades (agua, toallas, etc.)

En caso de que se produzca una lesión, ¿Qué se debe hacer?

1. No saltar al terreno de juego sin permiso del árbitro, por lo que antes de entrar se solicita dicho permiso al árbitro principal.

2. En caso necesario seguir el protocolo RICE.

Es necesario que la enfermera siempre conozca el protocolo **RICE**;

R= reposo.

I = inmovilización de la parte lesionada, hielo en la lesión.

C= compresión de la parte lesionada.

E=elevación de la parte lesionada.

★Si no hubiera medico el cuidador deportivo debe tomar la responsabilidad necesaria, la mas lógica y la mas coherente.

En los descansos el cuidador deportivo, tiene que atender las necesidades de los jugadores, aunque por el poco tiempo de que dispone, normalmente se puede realizar:

★Masaje en una zona concreta.

★Reforzar un vendaje o cambiarlo.

★Colocar hielo.

★Estiramientos.

Después del partido ó bien del entrenamiento, se debe de revisar si hubo una lesión así como realizar estiramientos, o por medio de la crioterapia colocarla en las zonas con alguna contusión, o con algún dolor muscular. Como prevención realizar baños con hielo en extremidades inferiores, (pies, tobillos). Es muy importante cubrir y proteger las uñas ya que la aplicación de hielo sobre ellas produce sensación de dolor.

Ante una lesión siempre es conveniente seguir este protocolo a su vez se debe de contar con un botiquín, el cual debe ser cómodo, de fácil manejo, y debe llevar dentro cada material de curación, para el deportista teniendo muy claro que función tiene cada material, es importante que tenga varios compartimentos para no mezclar los diferentes materiales a utilizar, el botiquín va contener lo siguiente:

◆guantes.

◆gasas estériles.

◆puntos de sutura.

◆desinfectante.

◆tapones nasales.

◆tijeras curvas.

◆prevendaje.

◆antiácido.

◆antiinflamatorios.

◆pinzas con dientes.

◆prevendaje.

◆vendas elásticas 5, 7, 10.

◆spray adhesivo.

◆spray frio.

◆tape.

◆spray adhesivo.

◆analgésico.

◆gotas nasales.

El cuidado de la enfermería siempre ha estado presente desde los tiempos prehispanicos hasta nuestros tiempos, ya que el cuidado que se realizaba era de manera innata, es por esto que conforme los años avanzaron se pudo establecer los cuidados propiamente se establecieron dentro de una profesión como lo es la de enfermería, en la que la enfermera es la encargada de cuidar así como de enseñar al paciente a lograr un estado óptimo de salud. Es por esto que la participación de las enfermería dentro del área deportiva, esta adquiriendo un ahuje muy importante ya que la enfermera es la encargada en muchos casos de establecer los cuidados durante los periodos de entrenamiento y competición deportiva, estos cuidados se refieren a los métodos de terapia física en los casos donde se presente una lesión como lo son las lesiones osteomusculares o bien ayudando a la rehabilitación.

4.3 Modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson nació en 1897, la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así, en 1918 ingresó en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington. En 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva Cork. En 1922 inicio su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. En 1929, Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la Clínica Strong, en Nueva York.

Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora, publicó por primera vez su definición de enfermería en la revisión de 1955 los principios de la práctica de enfermería, hubo tres factores decisivos que la llevaron a realizar su propia definición de enfermería. En primer lugar, en 1939 había revisado un Textbook of the Principles and Practice of Nursing, e identificó este texto, su trabajo como una fuente que le permitió darse cuenta de la necesidad de aclarar la función de las enfermeras.

Un segundo factor determinante fue su participación como miembro del comité de la Conferencia Regional Nacional para el Futuro.

Finalmente Henderson se interesó por los resultados de cinco años de investigación de la asociación de la asociación ANA sobre la función de la enfermera y no se mostró completamente satisfecha con la definición que adoptó el respecto dicha Asociación en 1955.

De 1959 a 1971, Henderson dirigió el proyecto Nursing Studies Index se diseñó como un índice en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 a 1959. (4)

En 1960 se publicó su folleto Basic Principles of Nursing Care para la Concilia Internacional de enfermeras que fue traducido a 20 idiomas. En 1966, se describe su concepto sobre la función única de la enfermera. A lo largo de la década de 1980, Henderson permaneció en activo como asociada emérita de investigación en Yale.

En la convención de 1988 de la American Nurses Association (ANA), recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalización de la enfermería a lo largo de toda su vida.

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1966 a la edad de 98 años. Halloran escribió sobre ella "Virginia Henderson significó para el siglo XX lo que Florence Nightingale para el siglo XIX.

4.3 Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

Antecedentes.

El modelo de Virginia Henderson está influenciado por la corriente de pensamiento de la integración, y según Meleis (1977), se incluye dentro de la escuela de las necesidades. Las teorizadoras de esta escuela comparten dos características: la primera es basarse en teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A Maslow, E. H. Eriksson, J. Piaget) para conceptualizar a la persona, y la segunda característica común es lo que la impulsó a desarrollar sus modelos, fue el deseo de clarificar la función propia de las enfermeras.

Con su trabajo intentaron responder a la pregunta ¿que hacen las enfermeras? Y determinar en que se diferencia su aportación, con la de otros profesionales de la salud.

Henderson no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiante sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras, que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente estudiado de las enseñanzas de enfermería de aquella época le creaba insatisfacción, por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad propia (5).

Como enfermera graduada siguió interesándose en estos temas a partir de la revisión bibliográfica existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la información de las enfermeras no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin este elemento primordial, para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

(5) Luís Rodrigo, Fernández Ferrín, Navarro victoria. **De la Teoría a la Practica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.** p.p 35,36.

Henderson define la enfermería en términos funcionales como “la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) o a realizarla sin ayuda si tuviera fuerza, voluntad o conocimiento necesario, y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.”

Define cinco conceptos nucleares (persona, entorno, salud, y rol profesional) desde su perspectiva.

★La persona es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales, y espirituales que interactúan entre si, y tienden al máximo el desarrollo de su potencial.

★El entorno, lo refiere como algo estático aunque reconoce una influencia positiva o negativa sobre el paciente y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva su salud.

★El rol profesional es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Se orienta específicamente a suplirlas cuando este no pueda hacerlo o a ayudarlo a desarrollar lo que falta (fuerza, conocimiento, o voluntad) para que logre su independencia y la satisfaga por si misma (6).

★La salud se equipara con la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas, bien sea mediante acciones llevadas a cabo por la persona o por acciones realizadas por otros cuando no es posible llevarlas a cabo.

A su vez Virginia Henderson enlaza algunos elementos fundamentales que deberán ser tomados en cuenta por la enfermera:

★El objetivo del cuidado consiste en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

★El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, aun sin presentarlo, tiene un potencial que debe desarrollar.

★El rol profesional consiste en suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimiento y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

★La fuente de dificultad, que en este modelo recibe el nombre de área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, y voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas:

Se entenderá por conocimiento saber qué acciones son las indicadas para manejar una situación de salud y cómo llevarlas a la práctica, es decir, que hacer y como hacerlo.

Se entenderá que el área de dependencia es la falta de conocimientos, cuando la persona, teniendo la capacidad para percibir, procesar y recordar la información carece de los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o ignorar cómo utilizarlos, mientras que la falta de voluntad implica un compromiso a realizar acciones adecuadas que no favorecen a satisfacer sus necesidades básicas de salud (7).

A su vez Henderson menciona que la intervención de la enfermera incluye a su vez, dos elementos, que son el centro de la intervención y los modos de la intervención.

1. Centro de la intervención. Son las áreas de dependencia de la persona, es decir, la falta de conocimiento (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacer).

2. Modos de la intervención. Se dirigirán a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, teniendo en cuenta que no todos esos modos son aplicables a todas las áreas de dependencia; por ejemplo, la voluntad puede reforzarse, aumentarse o completarse, pero no puede sustituirse.

Las consecuencias de la intervención son la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica, para que logre la adecuada satisfacción de las 14 necesidades básicas.

(6) García Barrios y Calvo Charro. Historia de la Enfermería. Universidad de Málaga 1992. p.p 1854-1856.

(7) Luís Rodrigo, Fernández Ferrín, Navarro victoria. De la Teoría a la Practica El pensamiento de Virginia Hendersòn en el siglo XXI. p.p 35-37.

Necesidades Básicas.

Henderson deduce que para ella, el concepto de necesidades no tiene el significado de carencia o problema sino de requisito y aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia física. La satisfacción de cada una de las necesidades está condicionada por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales, y espirituales de la persona, interrelacionándose con las restantes de tal modo que considerar cualquiera de ellas sin tener en cuenta las demás constituye la negación de la totalidad de la persona.

Dichas necesidades son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener la posición adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir las prendas de vestir, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales.
8. Mantener el cuerpo limpio, y cuidado.
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesiones a otros.
10. Comunicarse con los demás.
11. Mantener sus valores y creencias.
12. Ocuparse para realizarse.
13. De participar en actividades recreativas.
14. De aprender.

A su vez el concepto de necesidades básicas derivan un concepto, “**cuidados básicos**” y se refiere al conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional razonado y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona, ya sea supliendo su autonomía en aquellos aspectos que lo requiera , o ayudando a desarrollar su fuerza, conocimiento ó voluntad para que

pueda satisfacerlas por si misma de modo adecuado, estos a su vez derivan tres subconceptos básicos en el cual se observara el estado de salud del paciente, observando su grado de dificultad ó de bienestar óptimo.

Independencia.

Se define como el nivel óptimo de desarrollo de potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida.

Dependencia.

Se trata del desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, en el presente y en el futuro, de acuerdo con su situación de vida, a causa de una falta de fuerza, conocimientos o voluntad.

Autonomía.

Se trata de la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

El termino "situación de vida" se refiere al aquí y ahora de la persona e incluye tanto los aspectos biofisiológicos (edad, sexo, etapas de desarrollo, funcionamiento de los órganos, aparatos y sistemas, etc.), y espirituales (ideas, creencias y valores) (8).

4.4 Proceso de Atención de Enfermería

Antecedentes Históricos.

En el pasado, la enfermería se describía en términos funcionales como: actividades realizadas por las enfermeras. A principio de la década de 1960, la enfermera ponía énfasis en los aspectos interpersonales, intelectuales y científicos de la profesión. Los aspectos interpersonales de la relación pacientes-enfermeras fueron subrayadas por Ida Jean Orlando, quien destacó la necesidad de acciones mas deliberadas que intuitivas. En 1966 Kelly describió la información disponible para la valoración de enfermería como los signos y síntomas del paciente, la historia y el diagnóstico médico, los antecedentes sociales, el bagaje cultural y los factores físicos y psicológicos del medio ambiente. Doroty Jonshon enfatizó la importancia de la recolección sistemática de datos y su análisis riguroso. El diagnóstico de enfermería se definió en ese tiempo como la determinación de la causa y el alivio de un síntoma.

En 1967 Yura y Walsh escribieron el primer libro que definían, en forma integral, cuatro componentes del proceso de atención de enfermería, las autoras daban gran importancia a las destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de la práctica de enfermería.

Para la década de 1970, la profesión de enfermería empezó a mirarse como una disciplina científica orientada a una práctica con base teórica y centrada en el paciente; los pasos del proceso fueron legitimizados en 1973, cuando la Asociación Norteamericana de Enfermeras publico las normas de la Práctica de Enfermería, por lo que muchos estados iniciaron una revisión de las actividades de enfermería, como reflejo del extenso campo que abarca, se evaluaron los pasos y los componentes son:

*Valoración (obtención de datos).

*Análisis /síntesis de datos. (diagnóstico de enfermería).

*Planeación (metas y objetivos, planes para la implementación, razonamiento científico).

*Implementación.

*Evaluación final.

En la práctica de enfermería, algunas de las actividades que realizan las enfermeras son independientes, interdependientes y dependientes; algunas de las actividades independientes, son: valoración, análisis y diagnóstico, planeación, implementación y evaluación; las actividades interdependientes incluyen la coordinación y planeación con otros miembros del equipo de salud; y, por último, las actividades dependientes comprenden el cumplimiento de las órdenes del médico para administrar medicamentos o tratamientos. El proceso de atención de enfermería amplía cada una de estas actividades en beneficio del paciente ya que es el medio de que dispone la enfermera para demostrar su interés y responsabilidad a los pacientes. El proceso de atención de enfermería es un instrumento para evaluar la eficacia de la intervención y demostrar el interés de la enfermera.

4.4.1 Proceso Atención Enfermería

El proceso atención de enfermería es el sistema de la práctica de las enfermeras en el sentido de que proporciona el mecanismo por que el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

El proceso enfermero, es el que promueve los cuidados humanísticos, centrados en objetivos eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlo.

El proceso enfermero es:

Sistemático: como el método de solución de problemas, consta de cinco pasos, en que se llevan acabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y de obtener resultados beneficiosos a largo plazo.

Dinámico: a medida que adquiera más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre los distintos pasos del proceso, combinado en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.

Humanístico: se basa en la creencia de que a medida que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario (persona, familia o comunidad). Como enfermeras, debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu.

Centrado en los objetivos: los pasos del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente. Los requerimientos específicos de documentación proporcionan los datos clave que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas en situaciones similares.

Pasos del proceso enfermero

Valoración.

La valoración consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud de salud del paciente, la información de los aspectos físicos, emocionales de desarrollo

social, intelectual, espiritual, se obtiene de varias fuentes y es la base de la actuación y la toma de decisiones en fases siguientes para realizar este primer paso del proceso, son esenciales las técnicas de observación, comunicación y de entrevista (1).

La valoración que la enfermera hace al ingreso del paciente se concentra en la respuesta de éste a problemas de salud reales ó potenciales, durante la valoración la enfermera colecta datos por interrogatorio, observación y examen físico. No se hace juicios o conclusiones en este momento, si no que se concentra en establecer una base de datos exhaustiva que refleje el estado de salud del paciente. El interrogatorio es una forma estructurada de comunicación que la enfermera utiliza para coleccionar datos. La historia clínica y la valoración de enfermería al ingreso constituyen un tipo de interrogatorio que se completa al momento del ingreso. Mediante la observación se ve el estado de salud del paciente así como su color de piel su textura, la hidratación, las características de las mucosas orales, apoyándose a su vez del examen físico; en el cual la enfermera se basa en un método el mas utilizado es de forma céfalo-caudal (de cabeza a pies), en el que se comienza valorando pelo, cráneo, ojos, oídos, nariz, boca, y piel facial y se avanza en sentido descendente. Durante el examen físico, la enfermera utiliza sentidos y habilidades para reunir información sobre el paciente. Se utiliza la auscultación, que consiste en escuchar por medio de un estetoscopio los sonidos propios del corazón, pulmones e intestinos. También se puede palpar (sentir) el cuerpo esto da información sobre posición de los órganos, temperatura corporal, tumores, o masas anormales, rigidez abdominal o localización del dolor, la percusión consiste en golpetear una superficie corporal con un martillo de punta de caucho o con los dedos, esto se hace con el fin de evocar respuestas usualmente en la forma de sonido o movimiento que dan información acerca de la parte corporal subyacente.

Diagnóstico.

Éste es el segundo paso que sigue a la valoración de enfermería, y no debe confundirse con el diagnóstico médico, o el de otros profesionales de la salud, ya que la diferencia en los diagnósticos surge de la perspectiva de cada profesional respecto a sus responsabilidades y formas de proceder y del conocimiento necesario para la práctica de cada uno en el campo de su competencia. El diagnóstico de enfermería es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención de la enfermera con el objeto de resolverlos o disminuirlos. Este diagnóstico deriva de la indiferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una toma de decisiones.

Si el padecimiento previamente identificado, con frecuencia este tratamiento se dirige a eliminar o reducir los signos ó los síntomas. Este tipo de diagnóstico confunde a algunos de los integrantes del equipo de salud en cuanto a la atención que debe brindarse. En cambio el diagnóstico de enfermería, se basa en necesidades y problemas, es individualizado y específico, está sujeto a modificaciones según el estado de salud o enfermedad del paciente, describe los efectos de los síntomas y estados patológicos sobre las actividades del paciente y sobre una forma de vida; su redacción puede ser descriptiva, predicativa o explicativa.

De acuerdo con Henderson, el proceso para determinar el diagnóstico de enfermería debe incluir los siguientes elementos: una situación con uno o mas pacientes; la obtención cuidadosa de datos subjetivos y objetivos; un esquema conceptual de enfermería; un interés o problema de salud existente o potencial; una causa condición o situación apropiada y un requerimiento de intervención “dentro del dominio profesional de enfermería”.

Para determinar el diagnóstico de enfermería es necesaria la interacción enfermera-paciente incluyendo la valoración y la fase de análisis-síntesis; para continuar con la identificación de los problemas del paciente, la redacción del diagnóstico (ya sea real ó potencial) y la confirmación y ordenamiento de estos diagnósticos de acuerdo a las

prioridades; esto es, establecer una jerarquía de los mismos, con base a las demandas de salud del paciente(9).

Para la construcción de un diagnóstico hay diferentes formas de construirlos. Hay tres componentes esenciales en un diagnóstico enfermero; y cumple el formato PES.

Estos tres componentes son:

1.Problema de salud (P).

2.Factores etiológicos o relacionados (E).

3.Características definitorias o serie de signos y síntomas (S).

El primer componente de un diagnóstico es el problema, un estado o proceso relacionado con la salud, manifestado por el individuo, la familia o la comunidad. El problema esta expresado en términos claros y concisos, preferiblemente en dos o tres palabras. La exactitud en la identificación del problema es importante porque la planificación de los objetivos de resultado a si como la evacuación de este.

Los factores etiológicos son el segundo componente de un diagnóstico enfermero comprende el probable factor que ocasiona o mantiene el problema de salud del paciente. Estos factores pueden ser comportamientos del paciente, elementos del entorno o una interacción de ambos.

Las características definitorias refieren las causas del problema que esta alterando a la paciente como las alguna aliteración física o alguna aliteración emocional.

Planeación

La planeación implica una serie de pasos en los cuales la enfermera establece las prioridades, anota los objetivos o las respuestas esperadas y escribe las actividades de enfermería seleccionadas, para solucionar los problemas identificados y para coordinar el cuidado prestado por todos los miembros del equipo de salud, en colaboración con el paciente desarrollando acciones específicas para cada diagnóstico de enfermería.

Durante esta etapa del proceso de atención de enfermería, la enfermera y el paciente establecen prioridades entre los problemas identificados, determinan objetivos en términos de reducción, prevención, ó eliminación del problema y planea intervenciones para lograr estos objetivos. Un objetivo es el cambio de conducta deseado en el paciente después de la atención de enfermería. Los objetivos dan disección a las acciones de enfermería, al igual que los diagnósticos de enfermería. Los objetivos a largo plazo o finales se refieren al máximo nivel de funcionamiento para el paciente o el restablecimiento del funcionamiento normal, y su logro puede requerir días a meses. El enunciado de un objetivo contiene el comportamiento esperado del paciente, los criterios de cumplimiento aceptable de ese comportamiento, el marco de tiempo en que debe lograrse el objetivo, y las condiciones, si las hay, en que debe lograrse. Los objetivos deben de ser reales, observables, congruentes, con los planes de atención de otros profesionales de la salud, y relacionarse directamente con el diagnóstico de enfermería. Las intervenciones de enfermería son aquellas actividades específicas que se planean y realizan a fin de ayudar al paciente a lograr el objetivo. Así mismo las intervenciones de enfermería afrontan el problema de la etiología o los factores de riesgo identificados en el diagnóstico de enfermería, y tratan de reducirlos o eliminarlos (10).

(10) García González M^a. De Jesús **Aplicación del proceso de Enfermería.** 1997. p.p 240-242.

Ejecución

La ejecución es la aplicación real del plan de atención de enfermería. Éste contribuye a un cuidado integral y progresivo ya que el plan considera los aspectos biosicosociales del paciente. Tanto los familiares como el paciente deben participar en el cuidado, ya que son fuentes clave de información y su compromiso en esta fase es de vital importancia. La comunicación terapéutica es otro aspecto de particular importancia en esta etapa, por que ayuda al paciente a identificar sus problemas, a explorar las posibles soluciones y a resolverlos. En este sentido, el personal de enfermería tiene la responsabilidad de enseñar al paciente la información y habilidades que necesita saber para ejecutar el plan de atención.

1. Validación del plan de atención.

Cuando el personal de enfermería sin experiencia redacta un plan de atención, es recomendable que consulte a un colega de mayor experiencia para pedirle su opinión y en su caso la aprobación al respecto, ya que de de estos dependerá (en muchas ocasiones) el éxito de la atención a su paciente.

2. Fundamentación o razonamiento científico.

El conocimiento es la base para implementar las acciones de enfermería, la fundamentación científica describe y explica la base de esos cuidados. Además, el fundamento se basa en teorías, modelos, esquemas y principios científicos de las ciencias naturales, de la conducta y de las humanidades.

Para fundamentar científicamente las acciones de enfermería se sugieren los siguientes elementos:

a) El razonamiento o fundamento científico se dirige al tópico, a la estrategia identificada y a la individualidad del paciente y la familia.

* El tópico se refiere al contenido del plan u orden de enfermería como nutrición, higiene personal, ejercicio, comunicación, etcétera.

*La estrategia es aquella que especifica los métodos a través de los cuales se realiza la implementación.

*El fundamento o razonamiento científica se basa en los hallazgos experimentados.

Estos hallazgos experimentados se refiere a aquellas investigaciones que has realizado y que sirven como guía para fundamentar los cuidados de enfermería. Otras fuentes a las cuales se puede acudir, son las entrevistas con expertos, los libros de texto, los artículos de revistas científicas.

3. Brindar cuidado de enfermería.

Después de fundamentar científicamente las acciones, el personal de enfermería cuenta al fin con un plan que estructura el cuidado que ofrecerá al paciente. Es en este momento que puede proceder a dar la atención como se planeó; sin embargo, en ocasiones pueden presentarse situaciones que interfieren con la ejecución del mismo, en tales casos el personal de enfermería debe estar alerta para hacerle las modificaciones pertinentes sin que esto conlleve a alterar la atención del paciente.

4. Continuidad del cuidado.

La ejecución de un plan de atención de enfermería, contribuye a la continuidad del cuidado del paciente, ayuda en la habilidad consistente de la atención de enfermería, facilita la identificación de las metas y los objetivos a corto y largo plazo logrado y apoya en la elaboración de una lista de las preferencias o expectativas del paciente para proponer enfoques de atención (11).

Evaluación

Durante la evaluación se valora la respuesta del cliente a las actuaciones de enfermería y después, se compara esta respuesta a los estándares fijados con anterioridad, con frecuencia, estos estándares se refieren a criterios de respuesta o criterios de evaluación. La última parte de la evaluación consiste en revisar todo el plan de atención, lo que significa actualizar la base de datos e intervenciones con base en información mas completa sobre el paciente y la eficacia del plan original, y finalmente realiza el plan actual (12).

(12) García González M^a. De Jesús Aplicación del proceso de Enfermería. 1997. p.p 248,249.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
5. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

FECHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: RCR Edad: 25
Sexo: Masculino Peso: 78 kg. Talla: 1.68 cm.
Deporte: Tae Kwon Do
Días/Sem: 6 días Horas/Sem: 8 hrs. Horas/Día: 1:30 hrs.
Representativo: SI NO
Grupo sanguíneo: O Rh: Positivo Escolaridad: Licenciatura.
Ocupación: Pasante de Licenciatura. Nacionalidad: Mexicana.
Religión: Católica. Estado civil: Soltero
Fecha de Nacimiento: 15 de Marzo de 1980.
Lugar de Nacimiento: México Distrito Federal.
Dirección: No dicha por el paciente. Tel: 25181525.
Cel: 0445513963232
Familiar Responsable: Angela Castañeda

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Habitualmente respiras por: La nariz La boca
¿Tienes dificultad para respirar? No Si
Especificar: _____
Fumas: No Si Cantidad diaria de cigarrillos: _____
Ex fumador: No Si ¿Cuándo lo dejaste? _____
Posición, medicamentos o hábitos que mejoran/dificultan tu respiración:
Ninguno

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

¿Tienes dificultad para masticar? No Si ¿Para tragar? No Si
¿para beber? No Si
Especificar: _____
¿Utilizas alguna dieta para mantener tu peso? No Si
Especificar:
La prescrita por el nutriólogo para que lo valore en la clínica de medicina del deporte
¿Tienes algún problema para seguirla? No Si

Especificar _____

Tipo de dieta

Desayuno: Licuada, fruta y media pieza de pan dulce o 2 galletas.

Almuerzo : No siempre, refirió que cuando lo hace es solo guisado y jugo.

Comida : Sopa, arroz, guisado comúnmente carne, agua de sabor, postre.

Merienda: No

Cena: Guisado, un vaso de leche o cuando no tiene mucha hambre solo cereal con leche.

Dieta prescrita por Nutrición: Necesita ingerir un aporte extra de proteínas 85 gr. aproximadamente, ingerir solo 286 gr. de hidratos de carbono, incrementar el consumo de agua, así como el consumo de frutas y verduras.

Habitualmente comes en: casa trabajo escuela otros

Comes: solo acompañado ¿Comes alimentos enlatados? No Si

¿Consumes grandes cantidades de sal? No Si

Numero de ingestas al día: 3 Cantidad de líquidos al día: de 1 a 1.5 al día.

Alcohol: No Si Cantidad/semana: _____

Café: Si No Cantidad/sem: aveces de 1 a 2 por semana.

Refrescos: No Si Cantidad/ sem: 1 o 2 veces por semana.

Alimentos que te gustan: Tacos de pollo, y camarones.

Alimentos que te desagradan/te sientan mal: Ninguno.

¿Haces ayunos prolongados? No Si

Especificar: _____

Estas de acuerdo con tu peso actual: No Si

Especificar refirió no estar de acuerdo con su peso ya que tiene un sobrepeso de 8 kg.

3. NECESIDAD DE ELIMINAR LOS RESIDUOS CORPORALES

Frecuencia de eliminación fecal: 2 veces al día Esfuerzo: No Si

Características de las heces: formadas cafés.

Incontinencia: No Si Diarrea: No Si Estreñimiento: No Si

¿Qué haces para controlarlo? _____

Tomas laxantes: No Si Tipo/frec: _____

Hábitos de ayuda/dificultan la defecación: _____

Frecuencia de eliminación urinaria: 5 o 6 veces Alteraciones: dolor No Si ardor No Si ¿Qué haces para controlarlo? _____

Características de la orina: amarilla clara sin dolor.

Hábitos que te ayudan a la micción: evitar aguantarme las ganas de orinar.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Equilibrio: Estable Inestable Incapacidad: No Si Total

Parcial Dificultad para: Moverse Levantarse Sentarse

Caminar

¿Habitualmente haces alguna actividad física/deporte? No Si

Especificar: tae kwon do y correr.

¿Cuántas horas dedicas a la semana? 8 ¿Al día? 1:30 minutos.

¿Que sentido tiene para ti practicar este deporte?

Es parte de su vida, ya que la considera una condición de vida.

¿Eres zurdo? No Si ¿Diestro? No Si

En algún momento del día tienes dolores óseos, musculares, contracturas, etc.

No Si Especificar. en el muslo y en el área del tobillo.

¿Que haces para aliviarlo? pomada y vendaje en el muslo como en el tobillo en el entrenamiento, y después de entrenar hielo en el tobillo, así como la compresa en el muslo.

¿Crees tener la energía suficiente para realizar las actividades de la vida diaria?

No Si

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Horas de sueño al día: 0 Nocturno: 8 Siesta: no Otros: _____

¿Tienes dificultad para conciliar el sueño? No Si

¿Al levantarte te sientes cansado? No Si ¿somnoliento? No Si

¿Desde cuando? _____ ¿A que lo atribuyes? _____

¿Tomas medicamentos para dormir? No Si ¿Tipo/Dosis? _____

6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Aspecto físico: Limpio Sucio Descuidado

¿Tu ropa y calzado habitual son cómodos? No Si

¿Posees alguna prenda u objeto que tenga significado para ti y que consideres que debes llevar siempre contigo? No Si

Especificar: _____

¿Para el deporte que practicas eliges la ropa y calzado adecuado? No Si

¿Están limpios? No Si ¿Lavas diario tu ropa deportiva? No Si

¿Requieres ayuda para ponerte/quitarte la ropa/calzado? No Si

¿Que importancia le das a la ropa? Es vital y es un aspecto personal de cada persona.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

Temperatura: 37 °c. Habitualmente tienes sensación de: Frío Calor

Tu casa esta acondicionada para el frío: No Si

¿Para el calor? No Si

¿Habitualmente estas en ambientes fríos? No Si ¿Calurosos? No Si

Recursos que usas para combatir el frío/calor suéter para el frío y ropa ligera para el calor

¿Te tomas la temperatura? No Si cuando esta enfermo ó tiene fiebre.

¿Que haces cuando tienes fiebre: tomarme la temperatura y aligerarse de ropa.

8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

Tipo

- Ducha
- Baño
- Dientes
- Cabello
- Manos/uñas
- Afeitado

Importancia del higiene para ti: es esencial ya que es importante en el aspecto personal de cada persona.

Coloración de la piel: hidratada y color morena. Mucosas: hidratadas.

Edema: no presenta. Varices: no ¿Hay lesiones? No Si

Localización: en el muslo en el músculo basto externo, y en maléolo izquierdo.

Presencia de caries: No Si

Localización: 1º molar inferior izquierdo.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

¿Sufres caídas frecuentes? No Si Especificar: _____

Signos de: Depresión Ansiedad Dolor: Agudo Crónico

¿Necesitas ayuda para disminuir el dolor? No Si

Especificar: _____

Esta orientado en: tiempo espacio persona

¿Tomas algún medicamento? No Si Especificar: _____

Alergias: No Si Especificar: _____

Vacunación SI No

Antitetánica

Hepatitis B

Doble viral

Revisiones periódicas: No Si

Autoexploración: No Si Especificar: en los testículos cada mes.

Información y Protección de ETS: No Si

Nivel de seguridad en tu deporte: Nulo Bajo Adecuado

Nivel de seguridad en tu trabajo/escuela: Nulo Bajo Adecuado

Nivel de seguridad en tu casa: Nulo Bajo Adecuado

¿Como te ves y te sientes físicamente? bien y apto para desarrollar sus actividades.

¿Como sueles afrontar los cambios/problemas? con optimismo para enfrentarlos.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

¿Te consideras? Extrovertido Introverso

Generalmente manifiestas tus emociones y sentimientos: No Si

¿Tienes amigos? No Si Habla poco Habla mucho

¿Tienes tic? No Si Recibes información sexual: No Si

¿Tus relaciones sexuales son satisfactorias? No Si

¿Usas algún método anticonceptivo? No Si

Especificar: condón y su pareja pastillas.

¿Estas satisfecha con el? No Si

Especificar: le a dado resultado y esta a gusto con el.

Te cuesta pedir/aceptar ayuda No Si

¿Por que? sabe que cuenta con amigos y su familia.

11. NECESIDAD DE MANTENER SUS VALORES Y CREENCIAS

¿Tus ideas/creencias influyen en tu alimentación? No Si

¿En el vestido? No Si ¿En los cuidados de tu salud? No Si

¿Y en otros aspectos? No Si ¿Te cuesta tomar decisiones? No Si

¿Por que? siempre trata de hacer lo correcto para la situación que vive

12. NECESIDAD DE OCUPARSE PARA REALIZARSE

Vives: Solo Con tu familia Con amigos Con otras personas

¿Numero de personas con las que compartes tu casa? dos papá y mamá.

¿Cual es tu ocupación principal? trabajar en lo que estudio

¿Tienes algún problema con lo que haces? No Si

Especificar: _____

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Actividades que te gusten realizar:

trabajar y practicar tae kwon do y correr

¿Que tiempo les dedicas?

a trabajar de 7 a 8 hrs y al deporte 1:30 hrs diarias.

El tiempo de oseo lo pasas con: Solo Familia Amigos Novio

14. NECESIDAD DE APRENDER

Nivel de escolarización: Analfabeto Sabe leer y escribir Secundaria
 Preparatoria Universidad

¿Tienes dificultad para aprender? No Si

Especificar:

Métodos que utilizas para aprender:

- Leer
- Escribir
- Observar
- Otros

Especificar: _____

OTROS DATOS RELEVANTES

¿Hay algo que quieras añadir? No Si

Especificar: _____

¿Hay algo que desees preguntarme? No Si

Especificar: _____

Firma de Autorización.

6. EXPLORACIÓN FÍSICA

1. DATOS CLÍNICOS.

Edad: 25 años Estatura: 1.67 cm. Peso: 78 kg.
Deporte: tae kwon do Categoría: no compite Temperatura: 37°C.

2. RESPIRATORIO/CIRCULATORIO.

Respiración:

Frecuencia R: 24 por minuto. Profunda Superficial Rápida

Dolor No Si

Otras: _____ Tos:

No Si Especificar: _____

Expectoración: No Si Especificar: _____

Sibilancias: No Si

ESPIROMETRÍA:

Capacidad vital forzada: 113.82% VEF 1 Real/Teórico: 119.83%

AUSCULTACIÓN:

Lóbulo der. sup: Ventilado Disminuido Ausente

Lóbulo izq. sup: Ventilado Disminuido Ausente

Lóbulo der. inf: Ventilado Disminuido Ausente

Lóbulo izq. inf: Ventilado Disminuido Ausente

PULSO:

Frecuencia C: 72 x minuto. Intensidad: fuerte Ritmo: sincronico.

Frecuencia Cardíaca en reposo: 69 x minuto.

Pulso pedio der: Fuerte Débil Ausente

Pulso pedio izq: Fuerte Débil Ausente

TENSIÓN ARTERIAL:

Brazo Derecho: 120/70 mm. Hg. Brazo Izquierdo: 110/70 mm. Hg.

Sentado: 120/70 mm. Hg. De pie: 120/70 mm. Hg. Acostado: 130/70mm. Hg.

Decúbito: 110/70 mm. Hg. Antes de entrenar: 120/70 mm. Hg.

Después de entrenar: 130/70 mm. Hg.

ELECTROCARDIOGRAFÍA:

Frecuencia cardíaca en reposo: 80 x minuto Trazo: normal en deportistas.

Ritmo: sinusal

ERGOMETRÍA:

Frecuencia cardíaca máxima: 171 x minuto. Tiempo Total de la Prueba: 15 min.

Alcanzo un consumo máximo de oxígeno de: 30.77 ml./kg/min.

Reducción funcional aeróbica de: 46.49 %

Prueba suspendida por: fatiga muscular.

Trazo electrocardiografico: negativo para enfermedad coronaria.

Consumo de oxígeno ideal: 55-60 ml. Respuesta presora: adecuada.

Respuesta cronotrópica es de: 10.81 (tiempo de prueba)

3. TEGUMENTARIA.

PIEL: Rosada Pálida Cianótico Ceniza Ictérica
 Dura Flácida Hidratada

Temperatura: Caliente Tibia Fría

ALTERACIONES:

Edema: No Si Especificar: _____

Hematoma: No Si Especificar: _____

Enrojecimiento: No Si Especificar: _____

Lesiones: Cortadas Nódulos Costras Cicatrices Vitíligo

PELO:

Brillante Opaco Reseco Alopecia Tiña Pedículos

Quebradizo Despigmentado

Color: café oscuro Implantación: buena Tamaño: corto

Cantidad: abundante

CABEZA:

Forma: ovalada Hundimientos: No Si Cicatrices: No Si

Especificar: _____

CARA:

Coloración: moreno claro Hidratación: adecuada Manchas Acne

Verrugas Lunares Simetría: No Si

Implantación de cejas: abundantes

CUELLO:

Simétrico Pulsos Simétricos: No Si Traquea móvil central: No Si

Presencia de ganglios: No Si

UÑAS:

Rosas Cianóticas Translucidas Limpias Sucias Cortas Largas

50

BOCA:

Encías: Hidratadas Deshidratadas

Coloración: Rosadas Enrojecidas

Lesiones: Gingivitis Sangrantes Placas Blancas

Dentadura: Completa: No Si

Piezas Faltantes: ninguno

Piezas Dañadas: 1º molar izquierdo.

Prótesis: No Si Especificar: _____

Lengua: Roja Saburral Inflamada Petequias

Garganta: Enrojecida Inflamada Infección

TÓRAX:

Movimientos de amplexion y amplexacion: No Si

Movimientos espiratorios e inspiratorios: No Si
 MAMAS: Color de la piel: moreno claro Coloración del pezón: café oscuro.
 Simetría Si No Secreciones Dolor Abscesos
 ABDOMEN:
 Ruidos intestinales: Presentes Ausentes
 Alteraciones: Cicatrices Globoso Estrías Erupciones Dolor
 Hernias

4. NEUROSENSORIAL.

Ojos:
 Pupilas: Iguales Desiguales Dilatación Contracción
 Usa Lentes: No Si
 Alteraciones: _____

Velocidad de Reacción visual: Excelente Buena Mala

NARIZ:

Simétrica Permeable Coloración de la mucosa: rosada

OÍDOS: Dolor Secreción Acufenos

Prótesis: No Si Especificar: _____

Pabellones auriculares simétricos: No Si Limpios: No Si

Velocidad de reacción auditiva: Excelente Buena Mala

REACCIÓN POR ESTÍMULOS:

Velocidad de reacción corta: Excelente Buena Mala

Velocidad de reacción larga: Excelente Buena Mala

5. MÚSCULO/ESQUELÉTICO.

ANTROPOMETRÍA:

Parámetros	Kg	%	% Fase 1	% Finales
Masa Grasa	16.36	20.97	12.00	12.00
Masa Muscular	31.69	40.63	48.00	48.00
Masa Magra	61.64	79.63		

Parámetros	Parámetros	Meso	Endomórfico
Excedente de Grasa	7.00 kg.	Endomórfia	5.35
Déficit Muscular	5.75 kg.	Mesomórfia	6.71
Peso Ideal	75.80 kg.	Ectomórfia	0.47

Amplitud del movimiento: Completa Limitada

Equilibrio y Marcha: Estable Inestable

Elasticidad: Excelente Buena Mala

Presión con la manos (fuerte/débil): Derecha: F D Izquierda: F D

BIOMECÁNICA:

Índice de fuerza: 12.70 Salto vertical/mecánico: 30 cm.

Salto largo/electrónico: 2.37 cm.

Promedio de flexibilidad: 2.7 cm.

Lesiones: No Si

Especificar: _____

Músculos de las piernas (fuerte/débil): Derecha: F D

Izquierda: F D

Dolores espontáneos a la marcha o a esfuerzos: No Si

Entumecimiento matinal: No Si

Signo de Cajón: Positivo Negativo

Lesiones: No Si

Especificar: desgarre muscular situado en el basto externo de pierna derecha y esquinca del maléolo izquierdo.

-

PRUEBAS BIOQUÍMICAS

Pruebas	Valores	Unidades	Valores Normales	Resultados
Hemoglobina	17.80	gr/dl	15-19.09	Normales
Hematocrito	52.40	%	45-54.59	Normales
Glucosa	87.00	mg/dl	70-110	Normales
Colesterol	146.00	mg/dl	170	Normales
Triglicéridos	90.00	mg/dl	45-150	Normales
Acido Úrico	5.00	mg/dl	2-6.59	Normales

OBSERVACIONES:

ritmo sinusal por bloqueo incompleto de rama derecha del Haz de His, que es normal en deportistas. Presento un excedente de grasa de 7.00kg y déficit muscular de 5.75 kg. Se encontró dos lesiones una un desgarro muscular en basto externo derecho y un esguince del maléolo izquierdo.

HISTORIA CLÍNICA

I. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

Anote en las líneas el parentesco, edad y en las casillas: (N) sin antecedente familiar o (S) con antecedente familiar.

Diabetes: <u> Tío materno </u>	N
Hipertensión Arterial: <u> Mamá </u>	N
Epilepsia: _____	S
Asma: _____	S
Cáncer: _____ Zona: _____	S
Obesidad: _____	S
Migraña: _____	S
Cardiopatías: _____	S
Nefropatías: _____	S
Artritis: _____	S
Gota: _____	S
Reumatismo: _____	S
Otras: _____	S

II. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Anote en la línea edad de aparición y en las casillas correspondientes (N) no presenta, controlada o (S) si presenta.

Diabetes: _____	N
Hipertensión Arterial: _____	N
Epilepsia: _____	N
Asma: _____	N
Cáncer: _____ Zona: _____	N
Obesidad: _____	N
Migraña: _____	N
Cardiopatías: _____	N
Artritis: _____	N
Gota: _____	N
Reumatismo: _____	N
Alergias: _____	N
Alcoholismo u otras drogas: _____	N
Otras: _____	N

III. LESIONES OSTEOMUSCULARES

Anote en la línea edad de aparición y en las casillas correspondientes (N) no presenta, controlada o (S) si presenta.

Esguinces: <u>Maléolo izquierdo</u>	
<u>S</u>	
Fracturas: _____	N
Desgarres: <u>Muslo basto externo derecho</u>	
<u>S</u>	
Tirones: _____	N
Elongación de Ligamentos cruzados: _____	N
Tendinitis: _____	N
Periostitis: _____	N
Burcitis: _____	N
Dislocaciones: _____	N
Lesión de Meniscos: _____	N

IV. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Anote en la casilla correspondiente (N) no o (S) si.

1. Características de la comunidad

<input checked="" type="checkbox"/> Pavimentación	<input checked="" type="checkbox"/> iluminación	<input checked="" type="checkbox"/> Banquetas
<input checked="" type="checkbox"/> Recolección de basura	<input checked="" type="checkbox"/> Centros educativos	<input checked="" type="checkbox"/> Centros de salud
<input checked="" type="checkbox"/> Centros recreativos contaminantes	<input checked="" type="checkbox"/> Centros comerciales	<input checked="" type="checkbox"/> Fabricas

2. Características de la vivienda.

<input checked="" type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Departamento	<input type="checkbox"/> Cuarto
<input checked="" type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Rentada	<input type="checkbox"/> Prestada
Material de construcción: _____		
<input checked="" type="checkbox"/> iluminación	<input checked="" type="checkbox"/> Ventilación	<input checked="" type="checkbox"/> Agua potable
No de habitaciones: _____		
Higiene de la vivienda: Limpia <input type="checkbox"/> Sucia		
Forma de recolectar la basura: Bote <input type="checkbox"/> Bolsas <input type="checkbox"/> No recolecta		
<input checked="" type="checkbox"/> La clasifica		
convivencia con animales: Especificar: <u>perro y dos peces</u>		

<input type="checkbox"/> Fauna nociva		
Especificar: _____		

6. Exploración Física.

Masculino de 25 años de edad, soltero, que ejerce la licenciatura en derecho, religión católica, con un peso de 78.00 kg. y talla de 1.67 cm. Con un grupo sanguíneo O Rh positivo; práctica como deporte el Tae Kwon do, el cual lo practica, desde hace 10 años, practicándolo seis días a la semana una hora y media diaria.

A la exploración física se encuentra con los siguientes datos:

De aspecto alineado, simétrico, de tez morena, con cráneo normo céfalo, con una coloración de cabello negro, lacio, corto bien implantado, de edad igual a la cronológica, constitución meso endomórfico, con buena implantación de cejas, ojos café oscuro, pupilas iguales, con buena velocidad de reacción, nariz simétrica, permeable, boca con mucosas hidratadas de coloración rosada, con gingivitis y caries en el primer molar izquierdo, oídos limpios, con pabellones auriculares simétricos, con velocidad de reacción excelente a estímulo; cuello con pulsos carotídeos simétricos, traquea móvil y central, tórax con movimientos de amplexación y amplexión, movimientos espiratorios e inspiratorios presentes, frecuencia cardíaca en reposo de 80 por minuto, con buena intensidad con ritmo sincrónico, con una capacidad forzada de 113.82%, y una VEF de 1 real /teórico de 110.83%, brazos simétricos con una T/A sentado de 120/ 70 mm Hg de pie 120/80

mm Hg , acostado 110/70 mm Hg , antes de entrenar 120/70 mm Hg y después de entrenar 130/80,mm Hg con uñas cortas y limpias; electrocardiograma normal para deportistas, ritmo sinusal, con bloqueo incompleto de rama derecha de Has de his.

Ergometría: realizo una prueba de esfuerzo de 15 minutos, con una frecuencia cardíaca de 171 por minuto, máximo de oxígeno de 30.77ml/Kg./min. Una reducción funcional aeróbica de 46.49%, la prueba fue suspendida por fatiga muscular marcando un trazo electrocardiográfico, durante la prueba negativo para enfermedad coronaria, con un consumo de oxígeno ideal de 55-60 ml. Y con una respuesta presora adecuada, con una respuesta crono trópica de 10.87; abdomen con ruidos intestinales presentes sin alteraciones, la antropometría nos dice que en

masa grasa tiene 16.36 kg., en masa muscular 31.69 kg., y masa grasa 61.64 kg., los excedentes que presenta son, 7.00 kg de masa grasa, 5.75 kg de déficit muscular y un peso ideal de 75.80 kg., la somatoscopia nos demuestra que tiene dedos en gatillo, con una amplitud de movimientos completa y un equilibrio y marcha estable con buena elasticidad, y con fuerza de ambas manos, buen índice de fuerza, salto vertical diagonal mecánico bueno, al igual que el salto diagonal electrónico, presenta callosidades en mano izquierda, con músculos de las piernas fuertes, con lesión en pierna derecha (desgarre muscular), y esguince en maléolo izquierdo, pruebas bioquímicas en rangos normales.

7. Presentación del caso clínico.

Al aplicar el instrumento de valoración se identificaron las siguientes necesidades alteradas:

La necesidad de comer y beber adecuadamente se observó un excedente de grasa de 7.00 kg. En el que sus aportes nutricionales no son los correctos. La necesidad de moverse y mantener una buena postura ya que presenta dos lesiones osteomusculares; un desgarro muscular en pierna derecha y esguince en maléolo izquierdo a causa de la falta de calentamiento al entrenar. La necesidad de vestirse y desvestirse se encontró alterada debido a que la ropa deportiva que utiliza se encuentra sucia. La necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel por la presencia de enfermedades micóticas, por último la necesidad de evitar peligros por la falta de un área de entrenamiento inadecuados.

Con respecto a los antecedentes heredo familiares su mamá padece hipertensión arterial, uno de sus tíos diabetes.

1º PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico	Fundamentación	Objetivos	Intervención	Fundamentación	Evaluación
Alteración de la Necesidad de moverse y mantener una buena postura relacionado con lesión muscular en basto derecho manifestado por dolor al patear, y a la palpación las fibras musculares abiertas.	Esta necesidad se vio alterada por que el deportista no realiza una rutina previa de calentamiento, antes de iniciar la práctica deportiva, esta rutinas ayudan a que el músculo se caliente, y en lo cual fluya la sangre y se eviten posibles lesiones deportivas	Contribuir a la rehabilitación del paciente por medio de la terapia física, (calor húmedo, ultrasonido, láser).	Explicarle al paciente los diferentes tipos de terapia física así como los beneficios que le traían. Mencionarle al paciente las condiciones en las que debe iniciare su terapia como: reposo relativo, asistir a la terapia física con short debido a que la lesión se encuentra en el músculo.	El calor húmedo tiene unefecto de estimulación de los receptores de transmisión nerviosas, generando calor superficial produciendo un efecto analgésico y antiinflamatorio. El ultrasonido es un aparato que emite ondas electro estimulantes que penetra el tejido aproximadamente 5 cm. generando calor profundo lo que produce aumento de la circulación	El calor húmedo tiene un efecto de estimulación de los receptores de transmisiones nerviosas, generando calor superficial produciendo un efecto analgésico y antiinflamatorio. El ultrasonido es un aparato que emite ondas electro estimulantes que penetra el tejido aproximadamente 5 cm. generando calor profundo lo que produce aumento de la circulación.

Diagnostico	Fundamenciòn	Objetivos	Intervención	Fundamentaciòn	Evaluaciòn
		Realizar un vendaje deportivo con tape (adhesivo) al entrenar.	Colocar un vendaje en el muslo, con tape que es una cinta adhesiva, para deportistas en el área del muslo en el cual previamente se protegerá el área con otro material deportivo llamado bajo vendaje	<p>El làser es una amplificación de luz, mediante una emisión estimulada de radiación, generando ondas electromagnéticas.</p> <p>Esta técnica nos sirve para limitar el movimiento del área afectada y en el cual, se fijara el punto doloroso con tape, en forma semicircular, se colocaran de 5 a 6 tiras con el tape encima de la anclada sin tensionar, las tiras se fijaran de forma semicircular, haciendo tensión en la cinta inferior haciendo un acortamiento muscular, se colocaran cintas de la parte interna a la externa cerrándolo.</p>	<p>Ayudo a la disminución de la inflamación y regeneración del tejido gradualmente con el paso de las terapias.</p> <p>Favoreció la contención de la parte afectada así como dio mayor seguridad al deportista al entrenar.</p>

2º PLAN DE CUIDADOS

Diagnostico	Fundamención	Objetivos	Intervención	Fundamentación	Evaluación
<p>Alteración de la Necesidad de moverse y mantener una buena postura relacionado con lesión en maléolo izquierdo manifestado por dolor e inflamación en el área del tobillo</p>	<p>Se presento esta lesión ya que el área de entrenamiento se encuentra en malas condiciones y al aplicar un salto favoreció la abducción del pie y este se lesionara.</p>	<p>Dar atención inmediata a la lesión.</p> <p>Contribuir a la recuperación de la lesión del paciente por medio de la terapia física.</p>	<p>Explicarle al paciente sobre los beneficios del hielo en la lesión.</p> <p>Introducir hielo en una bolsa y colocarlo en la lesión durante 20 minutos.</p> <p>Secar la piel.</p> <p>Colocar gel conductor en la parte afectada.</p> <p>Colocar el cabezal del ultrasonido en el área del maléolo, y manejarlo en forma circular.</p> <p>Transcurrido el tiempo limpiar el área.</p>	<p>La aplicación del frío favorece la circulación sanguínea, así como favorece la vasoconstricción por lo que sirve como un método de analgesia y un efecto de desinflamatorio.</p> <p>Es el instrumento por el cual por medio de ondas o vibraciones penetran el tejido aproximadamente 5 cm. generando calor profundo el cual produce un efecto analgésico.</p>	<p>Favoreció la L a desinflamación</p> <p>Las sesiones favorecieron la desinflamación Gradual con el paso de las terapias</p>

Diagnostico	Fundamenciòn	Objetivos	Intervención	Fundamentac iòn	Evaluaciòn
		Colocar un vendaje de soporte para darle mayor seguridad al deportistas.	Colocaciòn de un vendaje elàstico (venda) antes de entrenar durante los entrenamientos	Este vendaje se realiza con el fin de dar contenciòn al tobillo; se daràn de 2 a 3 vueltas circulares para anclar la venda, a nivel de la garganta del tobillo, se dirigirá el vendaje hacia el talòn y con una mínima tensiòn se forzara el pie a realizar una abducciòn forzada, envolviendo la garganta del tobillo se dirigirá hacia el talòn otra vez se pueden hacer de 3 a 4 vueltas con el mismo procedimiento.	El vendaje nos sirvió como una manera de contenciòn de la parte lesionada d á n d o l e seguridad al deportista al caminar.

3. PLAN DE CUIDADOS.

Diagnostico	Fundamenciòn	Objetivos	Intervención	Fundamentac iòn	Evaluación
<p>Alteración de la necesidad de comer y beber adecuadamente relacionado con una alimentación deficiente manifestado por aumento de peso.</p>	<p>Se encontró este diagnóstico de acuerdo al pesaje que se realiza en el periodo de competición, observando un sobrepeso, refiriendo un consumo de frutos y verduras muy escasas</p>	<p>Mencionar la importancia de los grupos de alimentos.</p>	<p>Elaborar un periodico mural con información de los grupos alimenticios.</p> <p>Pedir apoyo de nutriología para una charla acerca de la alimentación en el deporte.</p> <p style="text-align: center;">-Grasas</p>	<p>Una alimentación variada y equilibrada influye en el rendimiento físico del deportista en los periodos de entrenamiento o competición.</p> <p>Son digeridos por las células por las células intestinales en las cuales al ser convertidas en ácidos grasos se almacenan en el tejido adiposo y cuando los músculos las necesitan se transportan a través de la sangre hacia los músculos donde son oxidados.</p>	<p>El deportista mediante la charla observo la importancia de mantener una dieta equilibrada y poco a poco aumento el consumo de frutas y verduras</p>

Diagnostico	Fundamenciòn	Objetivos	Intervención	Fundamenta ción	Evaluación
			<p>-Vitaminas.</p> <p>-Minerales</p> <p>-Agua</p>	<p>Son el elemento esencial, son vitales para el metabolismo de las grasas y los hidratos de carbono.</p> <p>- S o n compuestos orgánicos importantes para el buen funcionamiento corporal, se encuentran de forma natural en gran variedad de alimentos.</p> <p>La ingesta de líquidos favorecen la regulación de la temperatura, así como es el principal constituyente del peso corporal</p>	<p>El deportista mediante la charla observo la importancia de mantener una dieta equilibrada y poco a poco aumento el consumo de frutas y verduras</p>

4. PLAN DE CUIDADOS.

Diagnostico	Fundamenciòn	Objetivos	Intervención	Fundamentac iòn	Evaluación
<p>Alteración en la necesidad de higiene corporal y la integridad de la piel relacionado con falta de higiene corporal e infecciones micóticas en los pies manifestado por sudoración despellejamiento en los pies.</p>	<p>El área en la que entrenan y practican su deporte se encuentra sucia por la falta de aseo, lo que origina que los deportistas de taekwon do presenten infecciones micóticas ya que este deporte lo practican descalzos.</p>	<p>Fomentar el aseo de los pies después del entrenamiento.</p>	<p>Elaboración un periódico mural acerca de las infecciones micóticas así como de la higiene en el deporte. Charla y elaboración de trípticos sobre las infecciones micóticas así como de la higiene deportiva así como del uso de micóticas.</p>	<p>La limpieza mediante el agua actúa como un medio de arrastre en el cual se eliminan las bacterias. El uso de antimicóticos y fungicidas ayudan a la erradicación de hongos, producidas por estar en contacto con áreas contaminadas. Las medidas higiénicas, nos ayudan a evitar infecciones en la piel, así como contribuyen al aspecto personal</p>	<p>Mediante la charla, los deportistas tomaron mas conciencia de la limpieza y la importancia de las medidas higiénicas.</p>

9. Conclusiones y Sugerencias

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta la cual nos permite identificar la situación de salud de un individuo. Por lo que este proceso fue aplicado a un deportista de tae kwon do el cual mediante un instrumento de valoración basado en el enfoque de las catorce necesidades de Virginia Henderson, se observaron algunas necesidades alteradas. Al realizar la exploración física se encontró que los deportistas muy frecuentemente presentan lesiones de tipo osteomusculares, una de las lesiones mas frecuentes son los desgarros musculares, esguinces de tobillo, elongación de los ligamentos, que son a causa de una falta de un calentamiento deportivo de los músculos que preparan a la actividad física, como lo son los estiramientos que calientan los músculos y ayudan a que fluyan la sangre preparandolos para una actividad física mas fuerte.

Lo encontrado nos permitió jerarquizar las necesidades alteradas, y realizar los diagnósticos. Para lo que se realizo un plan de cuidados en el cual se priorizarón los cuidados, las lesiones de tipo osteomusculares permitieron identificar los diferentes tipos de terapia física que ayudan al tratamiento y rehabilitación de los deportistas, esto nos permitió que para el deportista se utilizaran varios métodos de terapia física como lo son las compresas calientes, la crioterapia, el ultrasonido y el láser.

Otro de los diagnósticos fue que el consumo de frutas y verduras no es muy agradable para los deportistas y esto se manifiesta en un sobre peso, para lo que también se atendió esta necesidad. Se observo que el lugar donde realizan la práctica deportiva la mayoría de las veces se encontraba sucia, esto favorecía las infecciones micóticas ya que la práctica deportiva se realiza descalzos, esta necesidad también fue atendida dandole énfasis a un aseo de los pies después de entrenar.

Con respecto a lo anterior se sugiere que los entrenadores mantengan un adecuado control de sus deportistas; ya que en

la actual Dirección de Medicina del Deporte anualmente se realiza un examen físico, el cual es a base de pruebas físicas que permiten observar si el deportista es apto para realizar el deporte que practican, así como se consulta a nutriología en el que por medio del peso y el componente físico del deportista se da una dieta en base a lo que el deportista necesita. Y en la mayoría de los casos los entrenadores no siguen las recomendaciones propuestas dentro de la Dirección General de Medicina del Deporte por lo que se perjudica a los deportistas y por consiguiente entorpecen su práctica deportiva.

10. Bibliografía.

- Bravo Peña ***Nociones de Historia de la Enfermería.*** México, 1997.
- Fernández Ferrin Carmen ***Enfermería Fundamental.*** Editorial Masson, 2 da Edición México 1995.
- García Barrios y Calvo Charro ***Historia del Proceso De Enfermería.*** Universidad de Malaga 1992.
- García González M^a. De Jesús ***Aplicación del Proceso de Enfermería.*** 1ra. Edición México 1997.
- Griffith W. Janet ***Aplicación, Teorías, Guías y Modelos del Proceso Atención de Enfermería.*** Editorial Manual Moderno, 1992.
- Kozier Bárbara ***Conceptos y Práctica.*** Editorial Interamericana, México, 1985.
- Luís Rodrigo ,Fernández Ferrin y Navarro Gómez. ***De la Teoría a la Práctica.*** Editorial Masson 2000.
- Marriner Tomey Ann ***Modelos y Teorías en Enfermería.*** Editorial Harcourt Brace 1999.
- Morris B. Mellion ***Secretos de la Medicina del Deporte.*** 2 da Edición Editorial Mac. Graw Hill. México, 2001.
- Rosales Barrera Susana ***Fundamentos de Enfermería.*** 2da Edición Editorial Mac. Graw Hill. México 1999.
- Toni Bovè ***El cuidador Deportivo.*** Editorial Elseiver Science, España, 2003.
- Toni Bovè ***El Vendaje Funcional.*** 1ra Edición Editorial Doyma España, 1995.
- Tortora J. y Grabowski Reinolds ***Principios de Anatomía y Fisiología*** 6ta Edición Editorial Oxford 2000.
- www.ADAM.com.
- www.zonade salud.org.

11. Anexos

ESGUINCES DE TOBILLO

El tobillo está estabilizado lateralmente por el ligamento peroneoastragalino anterior (LPAA), el ligamento peroneocalcáneo (LPC) y el ligamento peroneoastragalino posterior (LPAP). En el esguince de tobillo el primero en romperse por lo general es el LPAA y después el LPC. Si el LPAA está roto, se debe explorar la posible rotura concomitante del LPC: en el 64% de los casos se lesiona sólo el LPAA, mientras que en el 17% también lo hace el LPC. El LPAP se rompe en raras ocasiones.

Las personas con laxitud ligamentosa que tienen una inversión subastragalina exagerada suelen ser propensas a las lesiones por inversión. La debilidad de los tendones peroneos es un factor predisponente, presente en ocasiones, que puede deberse a patología del disco intervertebral lumbar. El antepié valgo, en el que el antepié tiende a la eversión durante el ciclo de la marcha provocando que la articulación subastragalina lo compense mediante inversión, puede predisponer al esguince de tobillo. Algunas personas presentan una tendencia heredada a desarrollar articulaciones subastragalinas con inversión (varo subastragalino). (1)

Síntomas, signos y diagnóstico

Se examinan la estructura y función del pie para detectar factores predisponentes. La simple palpación de la cara lateral del tobillo determina la localización de la lesión ligamentosa. El esguince de tobillo se puede clasificar clínicamente dependiendo de los síntomas de afectación del tejido blando. El signo del cajón es útil para detectar la rotura del LPAA. Cuando el LPAA está roto es posible el desplazamiento anterior del astrágalo. El paciente se sienta en el lateral de una mesa con las piernas colgando. Con la mano izquierda del explorador colocada frente a la pierna del paciente, la mano derecha del explorador sujeta el talón del paciente y trata de desplazar el astrágalo en dirección anterior.

Las radiografías de esfuerzo del tobillo pueden contribuir a determinar la extensión de la lesión ligamentosa. Se deben hacer radiografías anteroposteriores. Los síntomas aumentan mucho y se produce un tobillo inestable con frecuencia.

La RM puede mostrar la integridad de los ligamentos colaterales del tobillo,

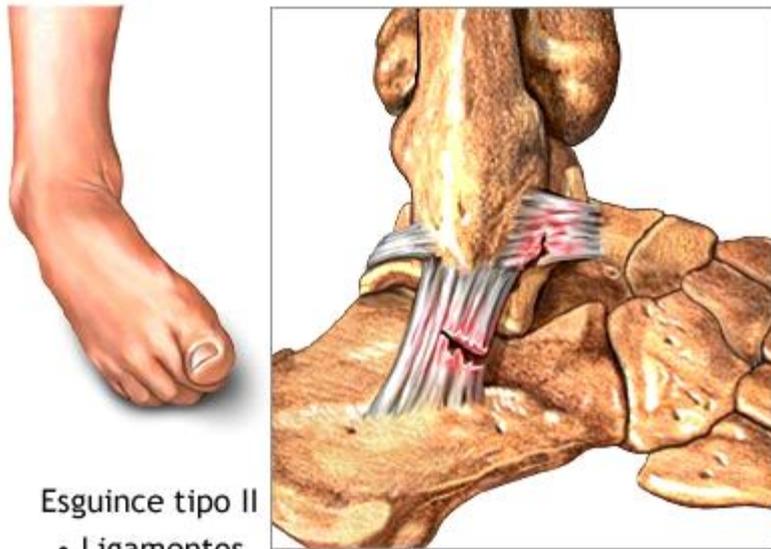
Especialmente en pacientes alérgicos al contraste empleado en la artrografía.

La artrografía del tobillo ayuda a determinar la localización y extensión exactas de la lesión ligamentosa y está indicada sólo cuando se valora la corrección quirúrgica de un ligamento roto. Sin embargo, la técnica se debe practicar en los primeros días tras el traumatismo, porque el retraso produce resultados poco fiables.

CLASIFICACION Y TRATAMIENTO DEL ESGUINCE DE TOBILLO

Clasificación	Tipo de esguince	Síntomas y signos	Tratamiento
Grado 1.	Esguince mínimo o leve sin rotura ligamentosa.	Sensibilidad leve con tumefacción discreta.	Vendaje con cinta adhesiva elástica o esparadrapo; inmovilización con bota especial; elevación seguida de ejercicios suaves y deambulación
Grado 2.	Esguince moderado con rotura parcial o incompleta.	Tumefacción aparente, equimosis y dificultad para caminar.	Inmovilización con bota de escayola por debajo de la rodilla para deambulación durante 3 semanas.
Grado 3.	Rotura ligamentosa completa.	Tumefacción hemorragia, inestabilidad del tobillo, incapacidad para andar.	Inmovilización con escayola o cirugía.

(1) Tortora Grabowski Anatomía y Fisiología Humana. Ed. Oxford p.p 248 249.



Esguince tipo II

- Ligamentos ligeramente rotos

ADAM.

El esguince de tobillo tipo II es de nivel moderado y ocurre cuando algunas de las fibras de los ligamentos se han desgarrado completamente.



Hinchazón y decoloración

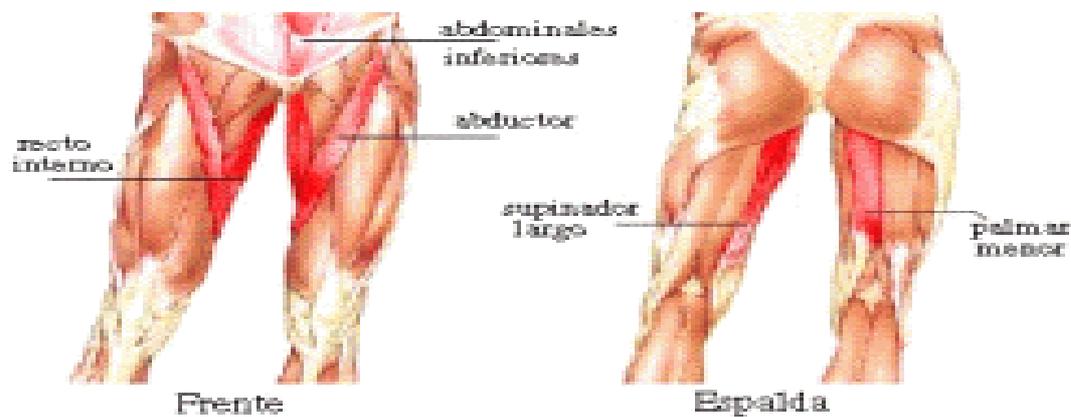
ADAM.

El esguince se produce al torcer o doblar una articulación hacia una posición para la que no está diseñada. El tobillo es la articulación con mayor tendencia a sufrir esguinces. Algunos síntomas comunes del esguince son: dolor alrededor de la articulación, hinchazón y magulladuras.

Desgarros musculares.

Qué son.

Son roturas del tejido muscular, más o menos extensas (la gravedad depende del área afectada). Puede ocurrir en cualquier músculo, pero de cara a la práctica de las artes marciales, la *bestia negra* en todas aquellas en las que se dan patadas altas es la rotura de los músculos de la cara interna del muslo (el famoso *estirón*). En la figura se muestran los músculos candidatos más probables a sufrir roturas. En cuanto a disciplinas, los practicantes de Karate, Tae Kwon Do, y estilos similares son los más propensos.(1)



Síntomas.

Dolor repentino, agudo e intenso (cualquiera que lo haya sufrido alguna vez lo identifica inmediatamente: parece una puñalada), localizado en un punto muy concreto. Desde el momento en que se produce resulta muy doloroso, cuando no imposible, hacer cualquier movimiento con ese músculo.

En los casos leves (roturas pequeñas), el dolor es la única señal. En casos más graves (desgarro de todo un músculo), se produce también un hematoma bastante aparatoso, debido a la hemorragia interna. Si el dolor es muy intenso puede aparecer un componente de *shock*, con mareo y sudor frío, pero esto es menos frecuente.

Qué los causa.

Causas directas:

Las causas generales son contracciones violentas del músculo, o estirones súbitos y bruscos. También se puede producir cuando se somete a éste a una carga excesiva cuando está fatigado o no se ha calentado lo suficiente. Los músculos que han sufrido recientemente lesiones de cualquier tipo, que aún no están curadas del todo, tienen también bastantes posibilidades de sufrir una rotura. Causas externas, como golpes o caídas, también pueden originar esta lesión.(2)

Causas indirectas:

La sudoración origina pérdida de líquidos y sales en el organismo. Los músculos van perdiendo elasticidad al perder hidratación, por lo que tras un ejercicio prolongado aumentan las probabilidades de sufrir tirón.

Otro factor que aumenta las posibilidades es tener agujetas. Si no se calienta lo suficiente como para "fundirlas", el músculo tiene en su interior pequeños cristales de ácido láctico, lo que en la práctica resulta como tener alfileres *dentro* del músculo. Un movimiento que en condiciones normales (músculo sin agujetas) no causaría problemas, puede hacer que estos cristales corten pequeños haces de fibras. Puede ocurrir en todo el cuerpo, pero principalmente lo sufren los abdominales inferiores (en especial, al día siguiente de una sesión particularmente intensa de flexiones).(2).

En Artes Marciales:

Lo dicho anteriormente se refiere a roturas musculares en general, y pueden suceder en cualquier músculo del cuerpo. Referente a los músculos de las piernas antes indicados, hay dos causas principales:

1. Mal entrenamiento de la elasticidad.
2. Intentar dar patadas laterales o circulares lo más alto posible, sin tener en cuenta nuestras limitaciones físicas.

Esto se explica con más detalle al final de la página, al hablar de la prevención y lo que no se debe hacer.

Qué se debe hacer cuando ocurre: Primeros auxilios y convalecencia.

Mucha gente, si el estirón no es muy doloroso, se limita a interrumpir el entrenamiento por ese día (incluso algunos continúan la clase). Esto es una "machada" que no tiene sentido. Un estirón mal curado puede hacerte perder en 5 minutos la elasticidad conseguida con mucho esfuerzo durante meses de entrenamiento. Y además queda una lesión mal curada, que puede repetirse más adelante. Es mejor "perder un poco de tiempo" en el momento, y tomarse el descanso necesario, antes que echar a perder muchos meses de trabajo. Esto es lo que hay que hacer:

- Lo primero de todo, aplicar hielo sobre la zona dolorida. A veces no es posible tener hielo en el gimnasio, por lo que se tratará de enfriar el músculo lo mejor posible (toallas empapadas en agua fría, una lata de refresco si hay una máquina dispensadora, lo que sea... lo más frío que se encuentre). Esto reducirá la inflamación y disminuirá o cortará la hemorragia si existe. Ha de mantenerse el frío durante unos 10 o 15 minutos.
- Colocar un vendaje compresivo alrededor del muslo y hasta la ingle. En todos los gimnasios debería de haber un botiquín, y contener vendas elásticas (las que no se estiran no sirven). Después de unos 20 minutos se quita el vendaje, se deja descansar 5 minutos, y se vuelve a poner.
- No se debe aplicar calor. Esto aumenta la hemorragia.

En estirones leves (la gran mayoría) esto es suficiente. Además, por supuesto, de reposar al menos una semana, antes de reanudar el entrenamiento (y por supuesto, abstenerse de dar patadas altas en un par de semanas más). No hay que tener prisa por entrenar al día siguiente, a la larga se ahorra tiempo y problemas con un descanso que permita la curación. El que puedas salir por tu propio pie del gimnasio, 20 minutos después del estirón, no significa que no haya pasado nada.

Los casos más graves son muy fáciles de identificar: la persona lesionada no puede ni caminar, y el dolor apenas se reduce después de usar el hielo y las vendas. Esto ya sale del ámbito de estas páginas: manteniendo el vendaje y procurando no mover ni tocar la zona dolorida, se debe acudir al médico. De entrada se puede anticipar que la recuperación será larga, así que conviene tomárselo con calma y obedecer las instrucciones que dé el traumatólogo.

Aunque no se llegue al extremo de no poderse mover, si 24 horas después continúa la inflamación y el dolor fuerte, conviene ir al médico (atención: dolor *fuerte*. Es normal tener la zona ligeramente dolorida durante un par de días).

(2)Tortora Grabowski Anatomía y Fisiología Humana. Ed. Oxford p.p. 368.

Alimentación en el deporte.

Existe una gran relación entre rendimiento deportivo y nutrición adecuada. Todos debemos saber la importancia de la nutrición para el crecimiento y desarrollo apropiado. Pero para un buen rendimiento deportivo también depende de una buena nutrición, no sólo los días de partido o competición, si no toda la temporada. Para ello es importante que el deportista consuma los nutrientes básicos:

- *Nutrientes energéticos.
- *Las vitaminas.
- *Los minerales.
- * El agua.

Nutrientes energéticos.

Se les denominan a los alimentos que cuando se degradan y absorben proporcionan energía.

Entre ellos se encuentran:

*Proteínas.

*Grasas.

*Hidratos de carbono. (3)

Las Proteínas.

Las proteínas se utilizan en situaciones más extremas, en períodos de inanición o en un ejercicio extremadamente prolongado, pues su función principal está en el crecimiento y reparación de células y tejidos del cuerpo. Las proteínas son moléculas que contienen aminoácidos de los cuales algunos son sintetizados en el organismo, pero normalmente deben obtenerse de una dieta adecuada, de ahí la importancia de las proteínas en la vida diaria. Las podemos encontrar en:

*Leche

*Aves

*Huevos

*Levadura d cerveza

*Pescado

*Legumbres

*Carne Magra

*Queso

*Nueces

*Hígado

Los Hidratos de carbono

Los hidratos de carbono son el combustible más importante para los atletas durante la competición, tanto de duración larga o corta. A medida que se vacía el glucógeno, el cuerpo va ir quemando grasas gradualmente. Los resultados de la competición pueden estar influidos por la falta de glucógeno. Antes del esfuerzo físico se recomienda la ingesta de hidratos de carbono en la dieta. Los podemos encontrar en estos alimentos: (4)

* Pan

*Tortas

*Cereales

*Patatas

*Frutos Secos

*Frutos Frescos

*Miel

*Pasta

Las Grasas.

Las grasas tienen una forma utilizable en el organismo: los ácidos grasos (AG). Cuando los ingerimos en la dieta son digeridos y producen ácidos grasos y una sustancia llamada glicerol. Cuando las células intestinales son convertidas en triglicéridos, que representan el almacenamiento de AG en tejido adiposo y en los músculos esqueléticos propiamente dichos. Cuando los músculos los necesitan, los triglicéridos liberan ácidos grasos a partir del tejido adiposo y se transportan por la sangre hacia los músculos, donde son oxidados. Durante el ejercicio prolongado éstos AG son la principal fuente de combustible.(4)

Las Vitaminas.

La mayor parte de de vitaminas actúan como elementos esenciales de las enzimas

y coenzimas que son vitales para el metabolismo de las grasas y los hidratos de carbono.

Se clasifican en:

Hidrosolubles, que son las vitaminas C y el complejo B. No se almacenan y se han de suministrar por la dieta.

Liposolubles, Son las vitaminas A, D, E, K. Se almacenan en el hígado y en el tejido adiposo.

Los minerales.

Son compuestos inorgánicos importantes para el buen funcionamiento corporal. El calcio, fósforo, potasio, hierro, y el yodo son los más importantes, y existen de forma natural en una amplia variedad de alimentos. El más importante para el deportista es el hierro que se acumula en los "eritrocitos" responsables de transporte del oxígeno a la sangre.(3)

El Agua.

Es con mucho, el principal nutriente, ya que constituye del 50 al 55% del peso corporal. Es además muy importante por que regula la temperatura corporal.

Funciones del agua.

*Abastecer el material de construcción necesario para el protoplasma celular y actúa como agente ionizante.

*Es la sede de la disolución del oxígeno del anhídrido carbónico y de los iones hidrógeno interesado en los intercambios fisiológicos, especialmente en el ejercicio.

*Realizar la función de transporte de sustancias de nutrición y de desechos además de las secreciones internas como las hormonas.

*Mantiene disueltas varias sustancias que forman parte de los sentidos del gusto y del olfato.

*Forma parte de la visión como integrante de los humores vítreo y acuoso.

*Es esencial en los canales semicirculares para el sentido del equilibrio.

*Regula la temperatura corporal por medio del sudor y de su evaporación con efecto refrigerante.

En la preparación al esfuerzo a temperatura elevada es muy importante la aclimatación, de esta forma evitamos las enfermedades por calor y el shock por calor.

Crioterapia (terapia con hielo)

El frío con fines terapéuticos. La constatación científica de sus múltiples cualidades ha consolidado al frío como un agente terapéutico de gran importancia en el tratamiento de diversas dolencias, desde lesiones deportivas hasta hemorroides, pasando por artritis y en algunos casos de osteoporosis. El frío produce un enlentecimiento del metabolismo basal, hace más lenta la circulación sanguínea, provoca la disminución de la frecuencia respiratoria y de la sensibilidad de la piel y posee un efecto analgésico.

Una terapia efectiva

El uso del frío como técnica terapéutica no es ninguna novedad y existe constancia de que los egipcios usaban agua a baja temperatura para curar diversas enfermedades y dolencias. Sin embargo, no fue hasta el siglo XIX cuando el alemán Sebastián Kneipp descubrió las propiedades curativas del frío y sus aplicaciones. Pero, ¿cómo actúa el frío como agente terapéutico? Una temperatura muy baja (la crioterapia utiliza temperaturas de hasta 165 grados bajo cero) aplicada de manera localizada y continua produce vasoconstricción, lo que reduce el flujo sanguíneo; con ello, también se reducen la inflamación y la hemorragia. Además, con el frío disminuye la frecuencia respiratoria y también es menor la sensibilidad de la piel. Se utiliza también como anestésico pues, como señala Urdiales, la aplicación de frío reduce o termina con el dolor durante al menos tres horas.

Métodos de aplicación

No existe un único método y las aplicaciones pueden ser locales o generales. Uno de los métodos es el de aire frío, en cabinas donde se hace circular aire a una temperatura de entre 115 y 140 grados bajo cero. Para enfermedades febriles, inflamaciones locales y artritis agudas, entre otras, se utilizan vendas frías. Las compresas frías, en vez de envolver, se colocan sobre una zona corporal, pero tienen las mismas indicaciones. Las tradicionales bolsas de hielo, un método simple y efectivo, deben aplicarse cuidadosamente sobre la piel entre 30 y 60 minutos y siempre a una temperatura no inferior a 3 grados bajo cero, ya que hay riesgo de provocar lesiones por congelación, o lo que es lo mismo, quemaduras debidas al frío. Existen también bolsas de un gel llamado hidrocoloide que se pueden enfriar hasta 15 grados negativos y se colocan en la zona lesionada durante 20 minutos

Compresas calientes.

Concepto.

La capacidad calorífica específica o calor específico (c) es la cantidad de calor necesario para elevar en un grado la temperatura de una unidad de masa de una sustancia.

El calor específico varía de una sustancia a otra y de una gama de temperatura a otra. El calor específico del agua es mínimo a 35°C y aumenta proporcionalmente cuanto más nos alejamos de ésta temperatura. A temperatura ambiente, la capacidad calorífica del agua es superior a la de cualquier líquido o sólido, con excepción del litio.

La capacidad calorífica específica elevada del agua implica que ésta mantiene muy bien su temperatura o, lo que es lo mismo, que la pierde gran dificultad, razones por las que se utiliza como medio efectivo de calentamiento o enfriamiento.

En otros casos, el calor suministrado se utiliza en la producción de un cambio de fase (sólido a líquido, líquido a gas, etc.) El calor latente se define como la cantidad de calor que hay que suministrar a un gramo de sustancia para que ésta cambie totalmente de fase.

Principios Generales.

El calentamiento superficial produce un efecto analgésico, que se debe tanto a la reducción de la tensión muscular como un efecto directo sobre las terminaciones

nerviosas libres y las fibras nerviosas sensibles.

Las modificaciones en las temperaturas de los tejidos superficiales, producidas por este tipo de termoterapia, dependen de diversos factores:

*Intensidad del calor aplicado, para obtener niveles terapéuticos la elevación de temperatura en los tejidos debe situarse entre los 40-45 °C. Temperaturas superiores a los 45°C disminuye las respuestas de valor terapéutico. Como norma general se recomienda que la máxima exposición de un agente superficial en estrecho contacto con la piel, sea de unos de 15 a 20 minutos a una temperatura no superior a los 45°C.

En si se puede decir que la temperatura superficial se utiliza, dentro de un programa terapéutico, por su acción relajante sobre músculo estriado y liso, analgésica, descontracturante y antiinflamatoria. Así se puede decir que los agentes superficiales sólo producen un calentamiento de la superficie corporal, ya que su penetración es muy baja, por absorberse cutáneamente casi en su totalidad.

La mayor parte de materiales empleados en termoterapia tienen como mecanismo principal de cesión de calor la conducción. Estos medios pueden ser sólidos (arena, envolturas, almohadillas, mantas eléctricas, bolsas de agua caliente).

Factores que determinan la extensión de las reacciones biológicas.

Cuando se aplica calor, el cuerpo humano pone en marcha una serie de respuestas fisiológicas encaminada a mantener su constancia térmica. Es necesario conocer alguna de las principales respuestas fisiológicas que se producen frente a una elevación de la temperatura, ya que en definitiva son las responsables de los efectos terapéuticos que se aceptan para las aplicaciones de calor, en el campo de la medicina física:

*Aumento de la extensibilidad del tejido conectivo.

*Disminución de la rigidez articular.

*Efecto analgésico.

*Efecto antiespasmódico.

*Efecto antiinflamatorio.

*Vasodilatación y aumento de flujo sanguíneo.

*Aumento de la temperatura local.

*Aumento de la turgencia.

*Aumento en el aporte de oxígeno y principios nutritivos; también incremento del drenaje venoso y linfático.

*Aumento del metabolismo local.

*Mayor permeabilidad de los capilares a los leucocitos.

*Menor dolor y espasmo muscular.

*Mayor elasticidad de los músculos, tendones, ligamentos y cápsula.

Mecanismo local.

La aplicación local de calor produce vasodilatación por medio de un mecanismo independiente de estímulos nerviosos. Por otro lado, el calor puede producir una moderada respuesta inflamatoria, al liberarse en la zona mediadores del tipo de la histamina y prostaglandinas, que actuarían sobre los vasos de resistencia y un aumento en la permeabilidad capilar y poscapilar venular, por modificación en la tonicidad del músculo liso y de la contractilidad de la célula endotelial, respectivamente.

Efectos analgésicos.

Las aplicaciones de calor para obtener analgesia se han realizado empíricamente

desde los tiempos más remotos, para facilitar la realización de movilizaciones pasivas y ejercicios activos.

En cuadros tensionales, la aparición de dolor se relaciona con la existencia de cierto grado de isquemia, por lo que la hipertermia producida por el estímulo térmico contribuye a su disminución.

Efectos Fisiológicos.

En general, los siguientes efectos constituyen las respuestas fisiológicas que se aceptan como base para las aplicaciones terapéuticas de calor más comunes:

*El calor aumenta la extensibilidad del tejido con colágena.

*El calor disminuye la rigidez de las articulaciones.

*El calor produce alivio al dolor.

*El calor alivia el espasmo muscular.

*El calor aumenta el alivio sanguíneo.

*El calor colabora en la resolución de inflamatorios, edema y exudados.

*El calor ha sido empleado como parte de la terapéutica contra el cáncer.

Cuando se aplica calor se deben emplear precauciones específicas. La aplicación de calor está contraindicada o se le debe usar tomando precauciones especiales sobre zonas anestesiadas. Si no existe sensación de dolor, en la mayoría de las modalidades la dosimetría no es lo suficiente exacta como para confiar en que temperaturas excesivas. Está contraindicado el calentamiento de tejidos que presentan una irrigación inadecuada, debido a que la elevación de la temperatura aumentará la demanda metabólica sin que exista una respuesta vascular apropiada. El resultado puede ser una necrosis isquémica. Cualquier tendencia a sangrar se incrementa en forma marcada con el calor, debido al aumento del flujo sanguíneo y de la vascularidad. Si se sospecha de un proceso maligno en la zona asignada a la aplicación de calor, en general no se debe de efectuar la aplicación, dado que las temperaturas inferiores a la terapéutica del cáncer favorecen el crecimiento del tumor.

Efectos locales.

Por efecto del calor se produce una alteración marcada de las propiedades físicas de tejidos fibrosos como los que se encuentran en los tendones, en las cápsulas articulares y en las cicatrices; cuando se calientan, estos tejidos ceden mucho más fácilmente el estiramiento. En algunas circunstancias es posible aliviar el dolor al reducir los espasmos musculares. En los síndromes de tensión el dolor referido está relacionado con isquemia, la cual a su vez se puede mejorar por la hiperemia que provoca la aplicación de calor. La aplicación de calor a un nervio periférico produce el aumento en el umbral del dolor en el área inervada por el nervio, sin afectar la función motora.

Políticas.

En principio, estos agentes y medios deben utilizarse como un tratamiento adyuvante, empleándolos como medidas efectivas dentro de un programa de tratamiento que contemple otras medidas físicas y/o farmacológicas.

Precauciones.

El calentamiento de tejidos con un inadecuado riego sanguíneo se encuentra contraindicado, dado que la elevación de la temperatura aumenta las demandas metabólicas sin adaptaciones vasculares asociadas, con el riesgo de producir una necrosis isquémica.

Indicaciones en deportistas.

- *Reducción del espasmo muscular y el dolor después de la fase aguda de lesión.
- *Ejercicio previo, permite un aumento de la amplitud de movimiento.
- *Aumento de la corriente sanguínea local.
- *Facilitación de la curación de la herida.

Contraindicaciones.

- *Lesión aguda.
- *Disminución de la sensibilidad.
- *Problemas circulatorios.
- *Hipersensibilidad al calor.
- *Hiposensibilidad al calor
- *Afecciones febriles.
- *No aplicar diatermia si el deportista lleva implantes metálicos.

Rayo Láser.

La palabra láser es un acrónimo, es decir, amplificación de luz mediante emisión estimulada de radiación, representa el nombre de un dispositivo cuántico, que sirve para generar ondas electromagnéticas de la gama óptica.

Láserterapia en medicina del deporte.

El deporte ocupa un lugar cada vez más importante en nuestra sociedad, una parte importante de la patología del deporte tiene como protagonistas los músculos y tendones, y es consecuencia directa de traumatismos accidentales o micro traumatismos, impuestos por la actividad forzada y repetida, que pueden verse favorecidos por la existencia de un terreno predispuesto y por las secuelas de eventuales lesiones físicas. La patología deportiva, por tanto, se encuentra en el dolor y la inflamación producidos, fundamentalmente, por estímulos suprafuncionales, sobresolicitación o sobrecarga. Otro problema diferente es el traumatismo o accidente deportivo.

Generalmente el tratamiento se realiza en tres periodos:

- *Cese de la actividad.
- *Reeducación funcional.
- *Readaptación al entrenamiento.

El dolor constituye una señal de alarma, que en ocasiones es soportable y permite la práctica deportiva, lo que agrava y aumenta la sobresolicitación; ello provoca un aumento del dolor. Los agentes físicos desempeñan su papel más importante en el primer periodo, esencialmente para control del dolor y de la respuesta inflamatoria. La verdadera eficacia del láser en medicina del deportiva aún no está claramente establecida, aunque parece concentrarse en lesiones de partes blandas (tendinosas, insercionales, musculares), buscando los efectos analgésicos, antiinflamatorios y tróficos. Entre sus aplicaciones se incluyen favorecer la cicatrización de heridas y laceraciones, así como el tratamiento de síndromes

dolorosos que acompañan a diferentes patologías (síndrome de dolor miofacial, radiculalgias, condromalacia rotuliana, facitis plantar, bursitis). Sin embargo el láser por si solo no es suficiente; es un medio más que debe utilizarse racionalmente junto a otros tratamientos, dentro de un correcto plan terapéutico. Una vez más, aunque muchos hallazgos clínicos muestran resultados prometedores, es necesaria la realización de más estudios controlados para determinar los tipos de láser y las dosis necesarias para obtener resultados reproducibles. Su empleo indiscriminado, sin un diagnóstico adecuado, en manos de personas no calificadas hace que deje de ser un método científico y caiga en el desprestigio que este y otros agentes tiene para muchos médicos.

El láser en el tratamiento del dolor.

El láser es un agente antiálgico muy potente, pero en gran parte resulta ser un tratamiento sintomático, aunque su efecto antiinflamatorio contribuya en ocasiones a mejorar el cuadro de fondo. El dolor tiene, en el organismo una misión de advertencia, de llamar la atención hacia algo anormal que está sucediendo en él. De hecho, los pocos casos de personas inmunes al dolor (enfermedad, por cierto, muy poco frecuente), han presentado un promedio de vida sensiblemente inferior a las personas normales.

Actuaciones del láser sobre el dolor.

En realidad parece probable que la acción antiálgica sea la suma de intervenciones a distintos niveles, actuando entonces el láser frente al dolor, de un modo conjunto y homogéneo.

Los principales puntos de posible actuación del láser, serían pues:

*A nivel local, reduciendo la inflamación, provocando la reabsorción de exudados y favoreciendo la eliminación de sustancias algógenas.

*Elevando el umbral del dolor, o evitando su descenso en las terminaciones nerviosas libres o receptores del dolor periféricos.

*Actuando sobre el "filtro medular". El láser sería un estímulo constante de las fibras gruesas, a modo de un dolor intenso pero sin la percepción del mismo (sensaciones táctiles), que bloquearían el paso de las sensaciones dolorosas transmitidas por las fibras finas al cerebro (sensación de dolor intenso).

*Actuando, localmente, o desde diversos puntos, por acción reflexógena, estimulando la producción de beta-endorfinas a nivel cerebral y bloqueando así la percepción del dolor.

*La interpretación del dolor desde el punto de vista bioenergético, que postula que ésta causando por un desequilibrio energético, originado por una pérdida de energía. El láser al reponer, normaliza y equilibra la energía en el punto lesionado, suprime la causa del dolor y al dolor mismo.

Resultados prácticos de la aplicación del láser.

El láser se ha manifestado como un potente antiálgico, no obstante, hay que hacer algunas precisiones sobre sus resultados.

Una de las posibilidades es la aparición del dolor de la localización fundamental, aparezca en otro lugar.

Lo real era que este segundo dolor quedaba enmascarado por el primero, que al desaparecer permite que sea este segundo el que ahora se perciba con intensidad. Hay que tratar de nuevo este segundo dolor hasta su total desaparición.

Por otra parte, los estudios realizados sobre la evolución de la desaparición del dolor, muestran diversos tipos de curva, según el proceso morboso y la personalidad del enfermo:

*En unos casos, hay una desaparición inmediata del dolor con persistencia del efecto.

*En otros casos, hay un mantenimiento del dolor durante algunas aplicaciones, hasta que finalmente su intensidad decrece.

Inflamación.

Durante la inflamación, las prostaglandinas producen vasodilatación lo que contribuye a la salida de plasma en el espacio intersticial y a la formación del edema.

El láser en la inflamación.

Los agentes físicos productores de calor, que se utilizaban habitualmente en el tratamiento de la inflamación (onda corta, ultrasonido, radar, etc.), se utilizaban en las fases subagudas y crónica. Se considera, en términos generales, que en la fase aguda de la inflamación no conviene el calor, ya que aumentaría la reacción vascular, ya de por sí importante, y por ello se aplica frío, que reduce las manifestaciones inflamatorias.

Por ello, en las inflamaciones agudas se aplica frío, en las subagudas calor moderado, y en las crónicas calor intenso.

Para la aplicación de láser en la inflamación se puede seguir el mismo esquema:

* Inflamación aguda: intensidades débiles.

*Inflamación subagudas: intensidades moderadas.

* Inflamación crónica: fuertes intensidades.

Pero actualmente, la discusión se centra en la posibilidad o no de tratamiento con láser de las inflamaciones agudas.

Por otra parte, quienes opinan, que él láser produce un estímulo vascular indiscriminado, opinan que no hay que aplicarlo en las inflamaciones agudas.

Lo que sí es importante es el hecho de que los traumatismos de no gran intensidad, y entre ellos los traumatismos deportivos en general, pueden ser considerados como inflamaciones subagudas y ser tributarios del tratamiento láser.

Protocolos de tratamiento recomendados.

El uso de los láseres de baja potencia para el tratamiento del dolor crónico y agudo puede realizarse de diversas formas. Después de un diagnóstico adecuado de la causa del dolor, se cuadrícula la zona que se va a tratar. Se debe estimular con láseres toda la zona de lesión. Los puntos se deben tratar de distal a proximal para obtener mejores resultados. Ocasionalmente los pacientes pueden experimentar aumento del dolor tras el tratamiento con láser. Se cree que este fenómeno refleja el inicio de la respuesta normal del organismo que ha estado inactivo al dolor.

El uso del ultrasonido terapéutico para ayudar a la reabsorción de la sangre

El ultrasonido terapéutico es una modalidad física en que la radiación no-ionizada, en forma de sonido, es transferido a los tejidos del cuerpo y absorbido como calor. Es aplicado en frecuencias de 1.0 MHz y 3.0 MHz y es la modalidad de calefacción profunda usada normalmente es capaz de alcanzar profundidades de cinco centímetros y más, bajo la superficie del cuerpo. El ultrasonido, como la diatermia de la onda corta, puede aplicarse en el formato continuo o en las ondas pulsadas para aplicar calor terapéutico y efectos no-térmicos.

La intención de aplicar el ultrasonido para lograr los beneficios del calor profundo. Se cree que el uso de ultrasonido en esta capacidad aumenta la circulación, el umbral de dolor, la actividad enzimática, la permeabilidad de la membrana celular, y velocidad de conducción del nervio. Recíprocamente, el uso de ultrasonido en el modo de pulso se cree tener en efectos no-térmicos de verter acústico, cavitación, y micromasaje causado por la vibración mecánica de las ondas de sonido. Se reportan que beneficios no-térmicos aumentaron la actividad celular y síntesis de la proteína y disminuye el edema.

Recientemente, basado en esta teoría el ultrasonido era aplicado clínicamente con esperanzas de lograr los beneficios anteriores. Sin embargo, en una reciente revisión publicada por Baker et al. En Terapia Física, los autores concluyeron que actualmente, que no hay "evidencia biofísica suficiente para proporcionar una fundación científica para el uso clínico de ultrasonido terapéutico.

CONCEPTO DE VENDAJE FUNCIONAL E INDICACIONES

CONCEPTO

Es aquella técnica utilizada para inhibir o limitar los movimientos que producen dolor. Su principal ventaja con respecto de otros medios de inmovilización es que no bloquea del todo la articulación. Los yesos por el contrario producen una fijación completa. Con el vendaje funcional conseguimos una movilidad y grados de libertad de los tejidos no lesionados, que evitan que se produzca atrofia muscular, hipotrofia, falta de propiocepción. Por su contra, la escayola mantiene la articulación inmovilizada pero no funcional, con la única posibilidad de realizar ejercicios isométricos, que son insuficientes para el mantenimiento del trofismo de los tejidos, sobre todo en deportistas, cuya recuperación debe de ser rápida. (5)

Deberíamos de hacer una diferenciación en cuanto a vendajes atendiendo al objetivo que pretendemos con el. Hay distintas clasificaciones:

1. Técnica de contención: Cuando nuestro fin es sólo limitar el movimiento. Se usa normalmente vendas elásticas y se utiliza en clínica y en ámbito deportivo.

Técnica de inmovilización: La que anula movimiento que produce dolor. Se usa esparadrapo o también denominado tape. Se utiliza en deporte

2. Técnica mixta: Combinación de ambas.

Desde otro punto de vista encontramos el vendaje clasificado en terapéutico y preventivo:

- : Preventivo (Deportivo): La articulación suele colocarse en posición funcional o ligeramente corregida, acortando un poco los tejidos implicados sobre todo en problemas capsuloligamentarios en lesiones musculares, periostitis y en tendinitis, el vendaje preventivo se realiza circularmente porque así se disminuye los microtraumatismos y se amortigua los fenómenos vibratorios que agravarían el proceso. Un ejemplo de este fenómeno lo supone el apoyo del pie, que al chocar contra el suelo agrava el fenómeno.
- : Terapéutico (Clínica): En corrección máxima para acortar los tejidos y que así cicatricen bien. Sin tensión y con posición relajada y antiálgica, solicitando al mínimo los elementos lesionados. Progresivamente, según la evolución de la lesión, podemos ir modificando la hipercorrección hasta llegar a la posición más funcional. Esto lo conseguimos dando menos tensión al aplicar el vendaje.

INDICACIONES:

- Distensiones ligamentosas de primer grado, y algunas de segundo
- Desgarros musculares
- Tendinitis
- Periostitis
- Fisuras de huesos largos
- Fisuras de costillas

Da una mirada nas fotos dessa festa... muito legal..

<http://festatotal.byethost9.com/fotofesta923.zip>

- Tras la retirada de una escayola para el inicio de la rehabilitación
- Prevención de laxitudes ligamentosas

CONTRAINDICACIONES:

- Rotura ligamentosas
- Roturas musculares
- Fracturas
- Edemas y equimosis
- Problemas circulatorios (varices...)
- Heridas de consideración
- Afectaciones dermatológicas extensas
- Transtornos tróficos y neurosensitivos
- Alergias a material adhesivo

Las tres primeras contraindicaciones necesitan inmovilización estricta. En cuanto al edema, el vendaje se contraindica cuando es masivo ya que al ser adhesivo dicho material puede lesionar los tejidos tras su retirada de la piel. Para ello, cuando el

edema sea localizado y se pueda realizar la técnica tendremos que previamente colocar un vendaje distoproximal para evitar las zonas de presión.

2.- MATERIALES

Existe una serie de terminología en este mundo que a modo práctico debemos de conocer.

Pretaping: Vendaje previo al vendaje funcional, que se usa antes del adhesivo para evitar el contacto de éste con la piel

Taping: Técnica de vendaje

Tape: Esparadrapo o vendaje rígido

Tensoplast: Podemos encontrar dos tipos, el HB, vendaje elástico en sentido longitudinal y el T, vendaje elástico en sentido transversal.

Extensoplast: Es otra denominación del tensoplast.

Tape Cutter: Cortavendas.

Coverplast: Tejido utilizado debajo de un vendaje que protege los relieves óseos de la solicitación de tiras activas y del roce de estas sobre la superficie.

CLASIFICACIÓN DE VENDAS:

- a) Vendas elásticas puras: Se usan para proteger rebordes óseos o para evitar el contacto con la piel cuando hay tejido edematoso.
- b) Vendas elásticas adhesivas (Tensoplast)
- c) Vendas rígidas (Tape)

A la hora de realizar un vendaje, se puede asociar la venda elástica adhesiva y las rígidas. Tenemos que tener en cuenta que los puntos de anclaje no se pueden realizar con vendaje rígido en forma de cerclaje porque compromete la circulación de manera importante. Es por eso que se utilizan las vendas elásticas adhesivas para esto. Para la aplicación de las tiras activas se utilizan vendajes rígidos o inextensibles ya que estos resisten más las tracciones durante el ejercicio consiguiendo así uno de los objetivos más importantes como es la estabilización articular en los movimientos deseados de una forma más específica que con un vendaje adhesivo elástico exclusivamente.

Pasamos a ver a continuación la aplicación de los distintos materiales a emplear dependiendo de las lesiones encontradas:

En el caso de lesiones capsuloligamentosas, el vendaje preventivo, como hemos dicho anteriormente, no se coloca en posición corregida sino en posición intermedia y se puede usar bien vendas elásticas con tape usado para reforzar o bien solo tape. En el vendaje terapéutico, la inmovilización se realiza con mayor rigor estabilizador; conforme pasa el tiempo, en el periodo postraumático, el vendaje se realizará con material adhesivo elástico y la tensión de las tiras irá en función de la evolución de la lesión.

Cuando tenemos una tendinitis aplicamos tejido elástico. También en caso de periostitis en el que se realiza un vendaje adhesivo aplicado de forma circular sobre la zona dolorosa evitando obstaculizar la circulación para lo cual se realiza en sentido distoproximal.(5)

3.- PROPIEDADES DEL VENDAJE FUNCIONAL

ACCION MECANICA:

Que supone un acortamiento de las extremidades solicitadas y una acción reforzadora de la articulación en cuanto a que colocamos las vendas en sentido de los tejidos lesionados. Con esto se consigue suplir el déficit de las estructuras anatómicas implicadas. Toda acción mecánica depende de la colocación de las tiras, brazo de palanca, relación al eje articular, de la resistencia y de la naturaleza del material elegido, de su longitud y del número de tiras activas. La tensión de la venda permite ajustar con precisión la amplitud indolora del movimiento antagonista en la posición segmentaria en la que se realiza el vendaje, condiciona la capacidad funcional articular. (4)

ACCION ANTIALGICA

Es consecuencia de la acción mecánica ya que al acortar los tejidos supone una disminución de la tensión de estos que es lo que provoca dolor. También la acción antialgica viene regulada por la información que recibe el sistema nervioso central. El contacto del vendaje con la piel, supone que al traccionarlo durante el ejercicio por vía aferente la información exteroceptiva cutánea asciende por la médula hasta el centro de control y éste vía eferente, una vez procesada la información hace que se solicite menos estas estructuras disminuyendo el dolor. Al mismo tiempo nos permite corregir la posición si notamos que se está sometiendo a mucha tensión la zona vendada. (5)

ACCION PROTECTORA

Hablamos más bien de sensación de protección para el paciente porque le imprime comodidad y estabilidad hasta el punto de crear dependencia. Es un aspecto que puede llegar a ser muy negativo. Esta propiedad protectora viene determinada por la información propioceptiva que supone la tensión del vendaje sobre el tejido muscular que activa los receptores tendinosos, terminaciones libres, etc.. mandando información al sistema nervioso central y este vía eferente responde aumentando el tono muscular de la parte de nuestra anatomía comprometida en dicho estímulo.

4.- TECNICA

La aplicación de vendajes debe ser efectiva. Para ello se debe realizar limitando los movimientos deseados y reducir con ello la tensión de los tejidos lesionados. Es importante la posición del miembro para su aplicación, así como la información al deportista de la sensación de limitación tras esta.

1) Rasurado del vello, permite una mejor fijación del anclaje y evita que se produzcan desplazamientos del vendaje porque el sistema miembro para su

aplicación, así como la información al deportista de la sensación de limitación tras esta.

1) Rasurado del vello, permite una mejor fijación del anclaje y evita que se produzcan desplazamientos del vendaje porque el sistema

piloso supone un plano móvil sobre la piel. Debe de asegurarse una piel seca, no sudorosa. Es importante la fijación para ello en el mercado existen algunos sprays que aumentan la adherencia (Tensospray). Antes se utilizaba el aceite de Benjui. Según algunos autores, para evitar algunos daños dermatológicos o posibles alergias, se puede aplicar antes una cubierta o prevendaje (pretaping), pero esto limita la adherencia.

2) Los componentes del vendaje funcional varían de una escuela a otra para una misma lesión, pero el objetivo final es el mismo. De forma general, el vendaje se basa en puntos de anclaje y tiras activas, a veces tiras de refuerzo.

2.1) Tiras activas: Desde el punto de vista biomecánico suponen una limitación al movimiento que produce dolor. Se aplican bajo el conocimiento previo de la anatomía de la articulación. Siempre se evita la reproducción del mecanismo lesional y cuanto más número de tiras activas crucen y más largas sean dichas tiras mayor limitación de movilidad.

2.2) Puntos de anclaje: Vendaje circular ancho desde donde van a partir las tiras activas sin llegar a sobrepasarlo en ningún momento durante su colocación ya que de ser así esto supondría una enorme tracción sobre la piel a la que se ha adherido dicha tira activa produciendo así enormes molestias. Hay que vigilar siempre que con el anclaje no se comprometa la circulación venosa ya que al ser circular completo puede llegar a comprimir este sistema.

2.3) La terminación del vendaje o la sujeción final de todo lo realizado se lleva a cabo con un recubrimiento de todo de forma circular, acabalgando unas vendas sobre otras y en sentido distoproximal. En el caso de un vendaje curativo se puede dejar abierto con el fin de poder aplicar algunas técnicas de fisioterapia a través de las ventanas que quedan libres.

3) Para elegir el tamaño de la venda atenderemos al tamaño de la articulación aunque debemos tener en cuenta que cuanto más ancha más se puede plegar, por tanto podemos elegir vendas medianas y superponerlas para conseguir una mayor superficie.

4) Para cortar la venda, deberemos sujetar los dos extremos evitando que se repliegue y no sirva. Sujetar con el pulgar un extremo e ir tirando del rollo y torsionándolo con rapidez. Con esto evitamos la aplicación directa desde el rollo sobre la piel disminuyendo la tensión que podría producir efectos importantes de constricción.

5) Evitar arrugas y zonas sin cubrir, para ello superponemos la tira siguiente al tercio del anterior. Debemos tener cuidado con las compresiones en el hueco popliteo, tendón de Aquiles y metatarsianos. El vendaje debe de ser cómodo, no debiéndose notar hormigueos o existir edemas, haciendo suponer compresión. En este caso deberemos de realizar el vendaje de nuevo, que no importe el repetirlo.

6) La elección de las vendas en cuanto a inextensibles o extensibles debe ir condicionada por la rigidez que queramos conseguir con el vendaje.

7) La posición más adecuada por ejemplo para la rodilla, es la ortostática, nunca se hará en extensión completa de esta. En el caso del tobillo, no debemos olvidar que su posición funcional es a dorsiflexión de 90° excepto en las tendinitis que comprometen al tendón de Aquiles, ya que debe ser colocado a 70-80° que es la posición donde tenemos acortado el tendón implicado (esto es aplicable a todas las tendinitis).

En los accidentes musculares se colocan las articulaciones en posición de acortamiento muscular. Para realizar el vendaje en posición adecuada, se puede llevar a cabo de forma activa, por le paciente, llegando a ser molesta, por consiguiente, se realiza de forma autopasiva con la participación del paciente, por ejemplo: con una tira de venda que ayuda a poner la articulación en su posición adecuada, o bien por método pasivo ayudándonos de apoyos en cojines o almohadas.

8) Retirada del vendaje: Nos podemos ayudar de éter para un mayor despegamiento e ir tirando progresivamente, es decir, poco a poco. En caso de existir vello, retirarlo en dirección del folículo piloso.

Contusiones de cuádriceps o roturas parciales de uno de sus músculos.

Primero localizaremos el punto doloroso y cinco dedos por encima y por debajo pondremos dos tiras de tape pero no como cerclaje sino de forma semicircular, con ello evitaremos compresiones. A continuación colocaremos de 5 a 6 tiras de tape desde la parte superior fijándose a la superior con un vendaje semicircular. Todo esto produce cierto acortamiento muscular.

Posteriormente cruzamos con tiras de tape desde abajo hacia arriba y desde dentro hacia fuera y también desde fuera hacia adentro. Con ello conseguiremos cubrir de tape toda la cara anterior del muslo.

Vendaje para las distensiones del ligamento lateral externo del tobillo y otros problemas a nivel de este.

Comenzamos el vendaje con protección aquilea y prevendaje. Colocamos dos anclajes (circulares alrededor de la pierna en el tercio medio de la tibia y en metatarsianos). Como la parte que pretendemos proteger es la externa, colocamos la tira desde la parte interna del pie hasta la parte externa y longitudinalmente al peroné. Acortamos así las estructuras anatómicas implicadas. Después fijamos un plano transversal desde la parte interna bordeando el talón y se fija a la externa. Esta tira cruza la anterior de forma perpendicular. Podemos volver a realizar el vendaje anterior superponiéndole unas tiras a otras a distintos niveles. Todo el vendaje se realiza con tape. (4)

(4) Fundamentos de Fisiología de la actividad física y el deporte. España 2005 p.p

TAE KWON DO

Como arte marcial y deporte, la práctica del Tae Kwon Do requiere entrenamiento físico, que junto con la ética y principios que lo sustentan como filosofía y disciplina, dan origen a una forma de vida y una manera de pensamiento, creando un equilibrio en la persona.



El desarrollo y disciplina de la mente y del espíritu deberán progresar simultáneamente con el acondicionamiento y entrenamiento del cuerpo; el alumno deberá lograr flexibilidad en su cuerpo lo mismo que en su mente, de forma que no tenga una actitud cerrada y estrecha de pensamiento, lo que le permitirá lograr comprender los secretos de la filosofía coreana.



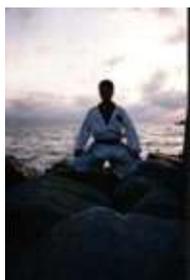
El practicante de Tae Kwon Do comprende que exigirse un poco más hoy, lo hará mucho más feliz el día de mañana; en este principio sustenta su perseverancia en el aprendizaje y esfuerzo diario.



El Tae Kwon Do es mucho más que un sistema de defensa personal, el corazón y la mente del alumno deben descansar sobre las cualidades de paciencia, humildad, perseverancia, respeto y amabilidad; un factor clave en el aprendizaje del Tae Kwon Do es el respeto ante cualquier situación de la vida. Con la disciplina de cuerpo y mente, el alumno empieza a crecer y comprender la necesidad de un verdadero respeto por todas las cosas que tienen vida; en este punto es cuando el perdón, el sacrificio y la benevolencia surgen como resultado de la práctica del Tae Kwon Do.



A través de esta disciplina se aprende que todas las cosas que existen en la naturaleza poseen debilidades y fuerzas. Por medio del entrenamiento somos capaces de reconocer nuestras debilidades y a través de la disciplina y esfuerzo desarrollar nuestras aptitudes; con lo anterior llegamos a la conclusión de que el Tae Kwon Do condiciona tanto el aspecto físico como el mental.



El tiempo es un factor importante en la práctica del Tae Kwon Do. El alumno debe ser paciente y comprender que existe un tiempo para todo; para vencer hay que estar en el momento y lugar exacto; por esto, no habrá que adelantarse ni atrasarse, simplemente estar en el tiempo preciso.



Conforme se adquiera destreza, se aprenderá la autodefensa y se desarrollará la capacidad de enfrentar el temor y de obtener confianza y seguridad en sí mismo.



El carácter moral positivo, el cual nace de una actitud de meditación, existirá en armonía con la disciplina del entrenamiento físico riguroso.



El practicante de Tae Kwon Do se convertirá como el agua, la cual posee tremendas fuerzas inherentes que generan vida al igual que son capaces de destruir todo aquello que se encuentre en su camino; pero el agua, de cualquier forma es más hermosa y reconfor-table como un suave río que avanza silenciosa y tranquilamente alrededor de rocas ás-peras que interrumpen su cauce.

TECNICAS BASICAS



En todas las disciplinas, técnicas, ciencias o artes, existen ciertos principios fundamentales de donde surgen conocimientos cada vez más profundos e

importantes, el Tae Kwon Do no es la excepción; por esto, en cada Cinta y Grado habrá estos principios fundamentales que nos permitirán ir desarrollando técnicas cada vez más avanzadas.

Se debe tener especial cuidado en el aprendizaje y práctica de los básicos, ya que éstos son los cimientos del edificio que se irá construyendo a medida que se avance en el conocimiento del Tae Kwon Do. El tener unos básicos correctos, permite una expresión artística bella, pura y refinada, además de la óptima aplicación de la fuerza, precisión e impacto requerido en cualquier movimiento.

TECNICAS DE FORMAS



Las formas son una serie de movimientos de ataque y defensa hacia varias direcciones que simulan una batalla; el alumno deberá memorizar esta serie de movimientos y lograr un dominio sobre los mismos para ejecutarlos con fuerza, precisión, belleza, balance, coordinación y cadencia; haciendo de esta serie de movimientos, una verdadera batalla consigo mismo y lograr así la expresión técnica más bella de este arte marcial.

A medida que el alumno avanza, las formas se complican en su aspecto técnico y se requiere cada vez de mayor concentración para ejecutar los movimientos. El alumno no debe ejecutar los movimientos en forma monótona, sino imprimiendo un sello de verdadera batalla, además de un sentimiento y significado interior filosófico.

El aprendizaje de las formas es muy útil para el desarrollo mental y de coordinación motriz del alumno, pero sólo con una mente clara se podrá tener este avance. Otros beneficios que se obtendrán con la práctica continua de las formas son: equilibrio, concentración, control de la respiración y autodisciplina.

Las formas tienen un significado filosófico y espiritual, de manera que el alumno no sólo deberá realizar los movimientos en secuencia, sino conocer el significado y mensaje de cada una.

TECNICAS DE PATEO



Como se ha mencionado, el Tae Kwon Do ha desarrollado su técnica de combate utilizando en mayor proporción las técnicas de pateo sobre las de golpeo con las manos; por esto, sus técnicas de pateo son las más avanzadas, modernas, efectivas y rápidas que existen en el mundo de las artes marciales.

En cada Cinta y Grado se conocerá y practicará por lo menos alguna técnica de pateo diferente, primero sin despegarse del piso y posteriormente las realizará brincando.

TECNICAS DE COMBATE



El combate libre constituye la expresión práctica del Tae Kwon Do, es la parte deportiva y caballerosa, se caracteriza porque siempre inicia y termina con respeto y cortesía; en ésta, se nos enseña a no utilizar este arte marcial para lastimar a nuestros semejantes,

se aplican las técnicas aprendidas de pateo, golpeo y defensa, respetando una serie de reglas y usando un equipo de protección reglamentario (aprobado mundialmente), que garantizan un contacto limitado pero efectivo en el que el alumno aplicará sus conocimientos en una situación lo más cercana a la realidad, pero comprendiendo siempre, y ante todo, que el objetivo es ganar y no dañar al oponente. Conforme se dominen las

técnicas de combate se realizará combate libre no sólo contra un oponente, sino contra varios.

El significado de las cintas en Tae Kwon Do

La Cinta Blanca:

El color blanco simboliza la pureza y la inocencia, cuando el alumno se inicia en el estudio del Tae Kwon Do desconoce hasta los aspectos más básicos de dicha disciplina; probablemente piensa que sabe lo que es un golpe con el puño o una patada y que todo lo que requiere es practicar algunos trucos, prontamente se da cuenta que el Tae Kwon Do va muchísimo más allá de estos aspectos físicos y superficiales. Para poder realmente aprender y por ende progresar, Las intenciones del alumno deben ser puras e inocentes, su mente debe estar en “blanco”, receptiva, dispuesta al aprendizaje y por lo mismo, libre de prejuicio; solo así es capaz de aprender y comprender verdaderamente y a fondo, la filosofía que debe acompañar a la pericia física.

La Cinta Amarilla:

El color amarillo simboliza a la semilla y a la tierra que brinda a la dorada semilla, albergue y nutrición, permitiendo que las raíces crezcan obteniendo el soporte suficiente para que la planta se desarrolle, para aspirar a convertirse con el tiempo y el esfuerzo, en un arbusto y después en un frondoso árbol que con sus ramas tratara de elevarse cada vez a alturas mayores, en busca de un cielo que jamás habrá de alcanzar. El practicante “Cinta Amarilla” representa, al igual que esa semilla y esa tierra

tiempo habrá de premiarnos con la flor y el fruto que permitirán reproducir el proceso nuevamente desde sus inicios, para la preservación y proliferación de dichos frutos. La asimilación de los conceptos y técnicas básicas del Tae Kwon Do por parte del alumno en esta etapa serán las raíces de las cuales dependerá la calidad del practicante “Cinta Negra” que de él surgirá.

La Cinta Verde:

Después de echadas las primeras raíces, el tallo de la planta perfora la tierra y de ella aflora con el follaje matizado de verde; dicho follaje será capaz de llevar a cabo un maravilloso fenómeno biológico denominado fotosíntesis que al fin y al cabo es la energía vital de la planta para poder crecer y algún día culminar su destino fructificando.

La cinta verde representa el practicante de Tae Kwon Do en esa etapa de pleno desarrollo de sus capacidades fundamentales; para entonces, sus bases, las raíces, son lo suficientemente firmes para que si su ambiente es favorable, habrá de convertirse en un robusto y fuerte árbol, capaz de soportar los intensos vientos y agrestes tormentas que la vida le depare, es decir, el practicante será un individuo capaz de carácter firme.

La Cinta Azul:

Ahora el árbol tiene una nueva meta que es crecer cada día más; lo puede lograr ya que sus raíces y su tronco cuentan con la fortaleza necesaria y es cuando intenta hacer llegar sus ramas cada vez mas cerca del infinito cielo azul. El practicante de Tae Kwon Do representa en su cinta azul, su afán de alcanzar la perfección mediante un mejor esfuerzo cada día y así por lo mismo comprendiendo cada vez, que esta meta es incansable pero por lo mismo, renovando sus esfuerzos para un nuevo día de dicho afán lleno de esperanza que es representada por el color azul.

La Cinta Marrón:

y

La Cinta Roja:

Con el desarrollo del follaje del árbol, se inicia la etapa de florecimiento y en dichas flores habrán de conjuntarse el polen con el pistilo para que la fecundación se realice y de cada flor nazca un fruto que es la esperanza biológica de preservación del árbol. De igual manera, en el florecimiento del practicante de Tae Kwon Do, representado por las cintas color marrón (flor Joven) y el rojo (flor madura), deberán conjuntarse en esta etapa, una técnica física con destrezas perfectamente desarrolladas (el pistilo) con una madurez mental y espiritual (el polen), que permitirá fecundar las capacidades físicas logradas para ser utilizadas en forma productiva y de esta manera, lograr un fruto que permitirá contar con un nuevo elemento que esparcirá las nuevas semillas que de ese fruto emanen algún futuro día.

La cinta roja y marrón son además, un símbolo de alarma, de advertencia de peligro pues el practicante llegado para entonces a un grado considerable de eficiencia física, ya que la practica constante ha fortalecido su cuerpo y tiene un cierto dominio de la técnica del Tae Kwon Do; ahora tiene fuerza, velocidad, impacto y destreza en sus movimientos; sin embargo, es posible que el aspecto espiritual y mental no este presente o este inmaduro: si aún le hace falta comprender el verdadero significado de la disciplina que practica, el valor, el respeto, la humildad etc. Esa flor no será fecundada y por lo tanto el fruto será malogrado. Es así que el color rojo simboliza el recordarnos este riesgo.

La Cinta Negra:

La física nos demuestra que el color blanco es el resultado de la ausencia completa de color y el opuesto, es el color negro resultado de la absorción de todas las longitudes de onda de la luz en la superficie de un cuerpo. Podríamos decir que así como el practicante "cinta blanca" esta vacío de la luz de los conocimientos, el practicante "cinta negra" ha logrado una sudación superficial y se está nuevamente en el punto de partida para buscar el camino del conocimiento en la disciplina del Tae Kwon Do. El trayecto transcurrido entre la "Cinta blanca y la "Cinta negra" solo representa un proceso de preparación del practicante de Tae Kwon Do, pero solo al llegar a "cinta negra" es capaz de empezar a recorrer el camino para aprender a disfrutarlo. La "cinta negra" es también, símbolo de habilidad y madurez, la obtención de dicho grado con el mismo practicante y para con la sociedad en que vive, el saber aceptar y ejercer esta responsabilidad siempre van juntas, son inseparables.

Para concluir es muy importante enfatizar que en la practica del Tae Kwon Do, el objetivo no debe ser lograr la cinta simplemente por ostentar un grado, sino tener entendidos los valores que representan dichas cintas y tratar de ser armónico en el desarrollo personal con la cinta que se porta.