



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ESCUELA
NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA A UNA PACIENTE CON LUMBALGIA
BASADO EN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARIA GRISELA AVENDAÑO ARAUJO

NUMERO DE CUENTA:

402122225

DIRECTORA DEL TRABAJO:

LIC.ENF.BERTHA ESTRELLA ALVAREZ.

JUNIO 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

- A la Lic. Bertha Estrella Álvarez por la asesoría en el desarrollo, metodología y corrección de este trabajo, que hizo posible la feliz culminación de este proceso de enfermería.
- A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por la enseñanza a lo largo de la licenciatura a través de sus excelentes maestros.

DEDICATORIA

- A mis padres Concepción Araujo Álvarez y Juan Rodríguez Ramos por todo el apoyo brindado durante toda mi vida y por haber sembrado los principios de superación personal y profesional que permitieron alcanzar la meta.
- A mi esposo José Antonio García Cisneros y a mi hija Ilse María García Avendaño que han estado a mi lado para apoyarme siempre.

INDICE

Introducción.....	06
Justificación.....	07
Objetivos.....	08
Metodología del trabajo.....	09
Marco teórico.....	10
• Antecedentes del cuidado.....	10
• Virginia Henderson.....	11
• Teoría de las 14 necesidades.....	12
• Meta paradigma de enfermería.....	13
• Proceso de enfermería.....	15
○ Antecedentes del proceso.....	16
○ Valoración.....	18
○ Diagnóstico.....	21
○ Planeación.....	24
○ Ejecución.....	27
○ Evaluación.....	28
• Anatomía y fisiología de la lumbalgia.....	30
Desarrollo del proceso de enfermería.....	48
• Valoración.....	49
• Diagnósticos de enfermería.....	56
• Planeación.....	58
• Ejecución.....	67
• Evaluación.....	74
• Conclusiones.....	74
Glosario.....	75
Anexos.....	77

INTRODUCCION

La lumbalgia es un padecimiento que afecta a más del 10 % de la población siendo una de las patologías que presenta incapacidades. Este tipo de padecimiento se atribuye en su mayoría a una inadecuada postura, una escasa masa corporal, estrés, entre otras cosas.

Tan solo el 5 % de las lumbalgias se deben a una patología grave (como una fractura por compresión, infección o tumor).

En este Proceso Atención de Enfermería se presentan datos como: que es el cuidado y que relación hay con enfermería, en el cuidado de una paciente con lumbalgia.

El Proceso Atención de enfermería se basa en el modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades; a si mismo se analiza el metaparadigma de enfermería según Virginia Henderson, para continuar en el mismo contexto de su propuesta técnica.

Se menciona en otro apartado antecedentes históricos del Proceso de Enfermería, características y la definición de cada una de sus etapas: valoración, diagnostico, planeación, ejecución y evaluación.

Con forme avanza el proceso de atención se puede ir valorando a nuestro paciente de manera organizada de esta manera atender sus necesidades priorizando cada una de ellas.

Se agrego un desglose que menciona lo que es la lumbalgia con algunos esquemas que nos ayudan a entender la patología de la paciente motivo de este Proceso Atención Enfermería continua con todo el desarrollo por etapas.

JUSTIFICACION

En el Instituto Nacional de Rehabilitación del total de ingresos al servicio de cirugía de columna fueron 60 pacientes con lumbalgia en el año 2008 al 2009 de los cuales 34 fueron de lumbalgia con radiculopatía de los cuales 6 le realizaron infiltración, 28 le realizaron cirugía por tener la lumbalgia asociada a otra patología propiamente en la columna y los restantes fueron para manejo del dolor ya que solo eran lumbalgias mecánicas .

El presente Proceso Atención de Enfermería se realiza con la autorización de una paciente del servicio de cirugía de columna con lumbalgia ya que es una patología que en diversas ocasiones se considera inespecífica y que puede tratarse con éxito sin realizar ninguna prueba diagnóstica salvo el examen físico siendo el pronóstico generalmente bueno.

Algunas veces es tratada solo con AINES (Analgésicos no Esteroideos) por largos periodos donde en algunas ocasiones no se ven mucha mejoría por lo cual ingresan al servicio de cirugía de columna donde son tratados para manejo del dolor donde se le realizan diferentes exámenes físicos y de laboratorio para descartar las diferentes patologías a las que puede estar asociada.

OBJETIVOS

GENERAL:

- Realizar un Proceso Atención de Enfermería analizando y utilizando cada una de sus etapas, de acuerdo al modelo de Virginia Henderson.

ESPECIFICOS:

1. Identificar las principales funciones y actividades de la enfermera para lograr la calidad de atención de los pacientes con lumbalgia que permitan guiar funciones de enfermería, para lograr una atención optima en la paciente.
2. Describir las intervenciones de enfermería que aportaran apoyo y beneficio en la atención a una paciente con lumbalgia.
3. Involucrar a la familia en el cuidado a fin de prevenir daños en el resto de sus integrantes .

METODOLIGA DEL TRABAJO

El estudio de casos tiene dos ejes uno metodológico sustentado en el Proceso Atención de Enfermería y otro conceptual sustentado en la teoría de las 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson.

El eje metodológico permite a la enfermera identificar la independencia o grado de dependencia que presenta el paciente con lumbalgia. También permite identificar los problemas que están afectando sus actividades de la vida diaria.

El eje conceptual ayuda a la enfermera a centrar su cuidado en la persona y en sus necesidades.

Se eligió a una persona con lumbalgia internada en el Instituto Nacional de Rehabilitación en la cama 705 en el periodo comprendido entre los días 15 al 18 de marzo del año 2010.

Con previa autorización verbal del paciente, se aplicó un instrumento de valoración completa según el modelo de Virginia Henderson con el fin de utilizar de forma activa las etapas del Proceso de Enfermería.

El Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado el cual consta de 5 etapas; valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación, el cual es un instrumento valioso en la práctica profesional de enfermería al cual se recurrió para la realización de este trabajo.

MARCO TEORICO

¿Que es el cuidado?

El cuidado ha existido durante todos los tiempos ya que puede ser proporcionado de forma empírica; pero si hablamos de los cuidados de enfermería es hablar de todo un proceso del arte de cuidar.

A diferencia de lo que se deja de creer el arte de cuidar no nació de la enfermedad, ni aun de la lucha contra la muerte. No es como frecuente mente se ha dicho “el arte de curar”, ya que cuidar se sitúa más acá y más allá de la enfermedad, es decir con mucha anterioridad a toda enfermedad y mucho después de ella, siesta esta superada.

Florencia Nightingale centra los cuidados de enfermería en línea tradicional de las practicas curativas proporcionadas por mujeres pero de forma explicita y verbal, diciendo en que consisten, dándose cuenta que , con la evolución de las técnicas reparadoras las modificaciones económicas y sociales de la era industrial los cuidados habituales administrados por mujeres se caen por su propio peso “ninguna mujer es por si misma una buena enfermera”.

La acción de la enfermería se centra por una parte de todo aquello que mejora las condiciones que favorecen el desarrollo de la salud para prevenir y limitar la enfermedad, y por otra, en todo aquello que revitaliza al ser humano cuando esta enfermo.

Hay que aclarar la diferencia que existe entre **cuidar y tratar** sin darse cuenta que tratar la enfermedad no pondrá jamás suplir a toda esta movilización de las capacidades de vida que representa cuidar.

El cuidar no exige el desarrollo de numerosas capacidades a si como de ingenio, de inventiva y de creatividad es vivido las mayoría de las veces como una actividad subdesarrollada.

BIOGRAFIA

VIRGINIA HENDERSON

- ❖ Nació en 1897. Originaria de Kansas City, Missouri.
- ❖ En 1917 ingreso a la Escuela de Enfermería del Ejército de Washington, se graduó en 1921.
- ❖ En 1922 inicio su carrera docente de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.
- ❖ En 1929 ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica de Estrong Memorial Hospital de Rochester Nueva York.
- ❖ En 1930 regresa a TEACHERS Collage como miembro del profesorado e impartió e impartió cursos sobre técnicas de análisis en enfermería y practicas clínicas hasta 1948.
- ❖ En los años que fue profesora del Teachers Collage reescribió la cuarta edición de Textbook of the Principles and Practice of Niursing, de Bertha Harmer, publicado en 1939.
- ❖ En 1960 se publico su folleto Basic Principies of Niursing Care para la Internacional Council of Nurses, que fue traducido a mas de 20 idiomas.
- ❖ En 1966 perfiló su definición de enfermería en su libro The Nature of Niursing.
- ❖ Sus conclusiones y su influencia en esta profesión le han hecho merecedora de más de 9 títulos doctorales honoríficos.
- ❖ En la convención de 1988 de la América Nurses Asociation (ANA), recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad de la enfermería a lo largo de su vida.
- ❖ En 1996 falleció de muerte natural a la edad de 98 años.
- ❖ Henderson se convirtió en una leyenda viva. Halloran escribió sobre ella "la señorita Virginia Henderson significo para el siglo XX lo que para Florence Nathingale para el siglo XIX. Las dos escribieron una extensa obra de amplia resonancia mundial."

Las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson

Virginia Henderson en su propuesta teórica describe 14 necesidades que se mencionan a continuación, con la finalidad de que cada individuo logre su independencia en la vida diaria a través de satisfacer dichas necesidades respaldado por elementos personales como son la fuerza, la voluntad y el conocimiento.

1. Respiración normal
2. Alimentación e hidratación adecuada
3. Eliminación de los desechos corporales
4. Movimiento y mantenimiento de posiciones deseadas
5. Sueño y descanso
6. Selección de la ropa adecuada
7. Mantenimiento de la temperatura corporal
8. Mantenimiento de la higiene corporal
9. Prevención de los peligros ambientales
10. Comunicación con otros para expresar emociones, necesidades temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo a sus creencias
12. Trabajar de forma que proporcione sensación de satisfacción
13. Jugar o participar en varios tipos de actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo y salud normales.

Definiciones de Virginia Henderson y los cuatro conceptos del metaparadigma de enfermería

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

Metaparadigma

Persona: Es considerada por Henderson como un individuo que necesita asistencia para alcanzar su estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son consideradas como una unidad.

- La mente y el cuerpo son inseparables.
- Consta de componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.
- Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno: Henderson no lo define explícitamente.

- Implica la relación que uno tiene con su familia.
- También abarca a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados; Henderson cree que la sociedad quiere y espera de las enfermeras que proporcionen un servicio para los individuos incapaces de funcionar independientemente, pero por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.
- Puede ser controlado por los individuos sanos; una enfermedad puede interferir con esta discapacidad.

Salud:

- Se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación a las catorce necesidades básicas.
- Es una cualidad de la vida básica para el funcionamiento humano
- Es el equilibrio biosicosocial.
- Requiere fuerza , voluntad o conocimiento

Enfermería: Henderson lo define como la asistencia fundamental al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyan a la salud a una muerte tranquila; la persona con suficiente fuerza voluntad y conocimiento llevará a cabo las actividades sin ayuda.

- Requiere trabajar de forma independiente con otros miembros del equipo de salud; las funciones de la enfermera son independientes de las del medico, pero utiliza el plan de cuidados de este para proporcionar un cuidado holístico al paciente.
- Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades; esta opinión pionera, que consideraba el programa de licenciatura como el entrenamiento básico para las enfermeras fue adoptado por la American Nurses Asociación asta 1965.

Antecedentes Históricos del Proceso Atención de Enfermería

La enfermería utiliza estructuras teóricas y modelos conceptuales, como la jerarquía de necesidades de Maslow o las etapas de Erikson. Para establecer un marco de referencia y comprender al paciente y su ambiente. Estos sistemas nos guían en la observación y clasificación de los individuos y las situaciones, ya que como enfermeras utilizamos estos sistemas o enfoques teóricos como nuestro marco de referencia en cada componente del Proceso de Atención de Enfermería.¹

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955) quien lo descubre como un proceso diferente, Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiendenbach (1963), considera un proceso en tres etapas (valoración, planeación, realización); y Blach (1974), Roy (1975) Aspinall (1976) y algunos autores mas establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnostica.²

CONCEPTO

El Proceso de Atención de Enfermería ha sido conceptualizado por diferentes autoras; Alfaro lo define como: Método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud. En otras palabras, es un conjunto de acciones mencionadas que la enfermera realiza en un orden específico con el fin de asegurar que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible.³

Phaneuf lo define como un proceso lógico y deliberado, que se utiliza para la planificación de intervenciones en cuidados enfermeros. Comprende cinco etapas interrelacionadas que se dirigen principalmente a la planificación de cuidados personalizados Virginia Henderson decía incluso que el proceso de cuidados es un

¹ Janet Graiffith. El Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Manual Moderno. México. 1986

² Angelina Rivera Montiel. Prof. ENEO-UNAM. Proceso de Atención de Enfermería (mecano grama)

proceso de resolución de problemas que debía de ser utilizado por todos los profesionales que trabajan como enfermeras.⁴

Como se puede observar ambas autoras coinciden en señalar que el Proceso Atención de Enfermería requieren de habilidades reflexivas de la enfermería en su aplicación, a si el proceso intelectual y deliberado, estructurado con arreglo a una serie de etapas ordenadas lógicamente, que se utiliza para planificar unos cuidados personalizados dirigidos al mayor bienestar de la persona cuidada.⁵

ETAPAS

Las etapas del Proceso de Enfermería están estrechamente relacionados entre si cada una depende de la precisión de la etapa que le ha precedido.

Por ello es esencial que los datos recopilados sean fidedignos para si establecer un diagnostico correcto.⁶

1. La **valoración** es la recogida y la organización de los datos que conciernen al enfermo estos se obtienen de varias fuentes y son la base de la actuación y las decisiones de los siguientes estadios.
2. El **diagnóstico de enfermería** es la identificación y aproximación al estado de los pacientes. Establece los problemas reales y potenciales que entran en la competencia de las enfermeras.
3. La **planificación** incluye la valoración del diagnostico, a si como la preparación de los cuidados idóneos.
4. La **ejecución** es la realización de las tres fases que realiza personalmente la enfermera o que puede delegar en otras profesiones.
5. La **evaluación** es la comparación de las respuestas del paciente a estas acciones con los datos normalizados previamente llamadas criterios de resultados o de evaluación.

⁴ Margot Phaneuf. La planificación de los cuidados enfermeros . Ed. Interamericana. México 1999.

⁵ IDEM pp.55

⁶ ALFARO pp.8

ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

Primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería que se reúnen los datos con el fin de identificar problemas reales y/o potenciales de salud.⁷

a) Concepto

Es la recogida y la organización de los datos que conciernen al enfermo estos se obtienen de varias fuentes y son la base para la actuación y las decisiones de los siguientes estadios.⁸

b) Técnicas de valoración

Los datos deben de obtenerse a través de la observación la entrevista y el examen físico. La recogida de datos comienza con la entrevista de enfermería y la valoración física que se realizan durante el ingreso al hospital.

1. Entrevista

Es la técnica indispensable en la valoración ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, esta puede ser formal e informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre la enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

⁷ Bárbara Kozier. Fundamentos de enfermería. Ed. Interamericana 5ª ed. México. 1999

⁸ Bárbara Kozier. Fundamentos de enfermería. Ed. Interamericana 5ª ed. México. 1999

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades estas son:

- ✓ Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- ✓ Facilitar la relación enfermera paciente.
- ✓ Permitir al paciente informarse y participar en la diferenciación de sus problemas y el planteamiento de sus objetivos.
- ✓ Ayudar a las enfermeras a determinar que áreas requiere un análisis específico a lo largo de la valoración.

2. Observación

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera-paciente.

El segundo método básico de la valoración sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de la información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa del entorno, a sí como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina.

3. Exploración

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe de explicarse al paciente en que consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona en proceso de enfermedad, al tener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, percusión y auscultación y palpación.⁹

⁹ www.terraes/personal/dueñas/p.a.e.htm

c) Fuentes de información.

Pueden ser primarias o secundarias. Entre las primarias tenemos al paciente utilizando la conversación informal, la entrevista formal, historia de enfermería y examen físico, como las secundarias están las personas que lo rodean y podemos utilizar para obtener información. La comunicación con otras personas significativas, médicos compañeros y otros miembros del equipo de salud, registros sanitarios previos, registros de los pacientes informe de pruebas diagnósticas, historias médicas registros de ingresos.¹⁰

d) Instrumentos de registro

Historia clínica: es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ello obtenemos el mayor número de datos.

Con estos métodos de documentación el registro del cliente reflejara los juicios, acciones y evaluación de la enfermera en relación con los diagnósticos enfermeros y médicos. El Kardex servirá como referencia rápida de todos los problemas del cliente que requiere atención enfermera.

La documentación es importante crítica para propósitos legales, continuidad de los cuidados.

Los registros son un método de documentación habitualmente utilizado, el registro orientado a los problemas.

¹⁰ Bárbara Kozier. Fundamentos de enfermería , Ed. Interamericana 5ª ed. México. 1999

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Es la segunda etapa del proceso de enfermería, durante la cual se analizan los datos de valoración.

a) Concepto

Diagnostico de Enfermería: problema de salud real o potencial (de un individuo, familia o grupo) que las enfermeras pueden tratar de forma legal e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo resolverlo o reducirlo.¹¹

b) Tipos de diagnósticos

La NANDA (2003) reconoce tres tipos de diagnósticos:

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principalmente identificables. Tienen cuatro componentes: 1.- enunciado, 2.- definición, 3.- características que lo definen, 4.- factores relacionados.

El enunciado debe de ser descriptivo de la definición del diagnostico y las características que lo definen Gordon (1990). El termino real no forma parte del enunciado en un diagnostico de enfermería real.

Consta de tres partes, formato PES.

Problema (P) % etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos y síntomas (S). Estos últimos son los que validan el diagnóstico.

- **Potencial:** es un juicio clínico que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnostico potencial se emplean los factores de riesgo. Consta de dos componentes, formato PE.

¹¹ Alfaro.Op.Cit.pp59

En caso de clasificación de la NANDA no enuncie el problema en términos de riesgo la descripción concisa del estado de salud de la persona va precedida por el termino "riesgo".

- **De salud:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben de estar presentes de dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces.

Son enunciados de una parte, conteniendo solo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional mas elevado si se desea ó si se es capaz.

La enfermera puede interferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.¹²

C) diagnósticos de la NANDA

La lista de la NANDA es el resultado del trabajo conjunto de muchas enfermeras para establecer perfeccionar categorías diagnosticas de enfermería, que pueden ser utilizadas por todas las profesionales. Este trabajo de perfeccionamiento esta en sus comienzos. Queda un largo camino por correr, pero ya se ha empezado. La enfermería ha comenzado a conceptualizar los conocimientos y acciones que le son propios.

Componentes de las categorías diagnosticas de la NANDA.

Epígrafe (titulo o etiqueta): ofrece una descripción concisa del problema de salud características definitorias: grupos de signos y síntomas que suelen asociarse a se diagnostico en particular.

Factores etiológicos y contribuyentes, factores conyurales, fisiopatologicos y de desarrollo que pueden causar el problema o contribuir a el.

¹² Rivera Op.CIT

D) formato PES

Consiente de la importancia de que todos los diagnósticos de enfermería constara de 3 componentes (problema, etiología, signos y síntomas) Gordon(1976) sugirió el uso del formato PES para su descripción:

Al describir el diagnostico se incluye lo siguiente:

- 1) enunciar el problema (P)
- 2) enunciar la etiología (E) utilizando las palabras "en relación a"
- 3) enunciar los signos y síntomas (S) utilizando las palabras "manifestado por".

PLANEACIÓN

a. Concepto

La planeación se ha definido por varias autoras como :

Tercera etapa del proceso de enfermería en el transcurso del cual se fijan los siguientes objetivos y se eleva el plan de cuidados .¹³

Phaneuf lo define como:

La planificación como tercera etapa del proceso de cuidados, deriva directamente del diagnostico enfermero.

A su vez la planificación de los cuidados enfermeros consiste en establecer un plan de acción, en proveer la etapas de su realización, las acciones que se han llevar a cabo, los medios que hay que emplear y las precauciones que hay que adoptar en pocas palabras, en pensar y organizar una estrategia de cuidados bien definida.

Así una vez concluida la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero.

En esta fase se trata de establecer los cuidados de enfermería que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

¹³ IDEM pp.6

La fase de planeación en el Proceso de Atención de Enfermería incluye 4 etapas, Capernito (1987) e Iyer (1989):

- Establecer prioridades en los cuidados
- Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados
- Elaboración de las actuaciones de enfermería
- Documentación y registro

Tipos de intervenciones

Las intervenciones constituyen la segunda parte de la planificación de los cuidados.

La diferencia entre la situación problema y situación ideal lleva a la enfermera a planificar intervenciones para alcanzar un objetivo. Puede tratarse de acciones realizadas por la enfermera o por la propia persona; o de actitudes que haya que adoptar.

Los objetivos se centran en la persona y es ella misma la que interviene pero es la enfermera la que planifica las intervenciones; siempre orientadas hacia el mayor bienestar de la persona.

En la elaboración de actividades han de tener presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta los recursos humanos, en la cantidad y la calidad de los distintos elementos que van a intervenir, a si mismo es importante considerar los recursos financieros destinados para la atención del paciente.

Según Iyer (1989) las actividades de enfermería se clasifican en tres tipos .

- 1) Dependientes: son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señala la manera que han de llevar a cabo una actuación médica.
- 2) Interdependientes: son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.
- 3) Independientes: son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que están legalmente autorizadas a atender. Gracias a

su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa del médico. Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989) son las siguientes:

- ✓ Serán coherentes con el plan de cuidados. Es decir no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos con otros miembros del equipo
- ✓ Estarán basados en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería; empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico. Estos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- ✓ Serán individualizadas para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aun que tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- ✓ Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- ✓ Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje
- ✓ Comprenderán la utilización de los recursos apropiados

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud
- Prevenir las enfermedades.
- Restablecer la salud.
- Rehabilitación
- Acompañamiento de los estados agónicos

a. Criterios de evaluación

Se debe entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera.

Durante la fase de planeación es responsabilidad de enfermería establecer tanto los objetivos a alcanzar por el paciente (resultados) como los propios objetivos personales (objetivos de enfermería). El objetivo del paciente expresa lo que la enfermera que el enfermo sea capaz de alcanzar.

Indicar el y cuando espera alcanzar el enfermo sus objetivos sirve para dos propósitos.

- Tanto el paciente como la enfermera saben lo que se ha de lograr y en que momento, con el fin de reducir o resolver los problemas identificados.
- El objetivo fijado o resultado esperado, puede estudiarse posteriormente para evaluar que tanto esta funcionando el plan de cuidados.

EJECUCIÓN

a. Concepto

Corresponde a la cuarta etapa del proceso de Enfermería que supone la puesta en práctica del plan de cuidados.

b. Aspectos a considerar.

Durante esta fase es cuando se lleva realmente a la práctica el plan que se ha elaborado. En otras palabras, pondrá en acción el plan. La ejecución implica siguientes actividades:

- Continuar la recogida y valoración de los datos
- Realizar actividades de enfermería
- Anotar los cuidados de enfermería
- Comunicar los informes verbales de enfermería mantener un plan de cuidados actualizados.

Las actividades de enfermería son aquellas acciones que efectúa la enfermera y el paciente para prevenir la enfermedad (o sus complicaciones) y promover, mantener o restablecer la salud. Realizar las actividades de enfermería supone:

- Efectuar una actividad directamente una actividad para un paciente ayudar al paciente a efectuar una actividad por si mismo supervisar al paciente mientras realiza una actividad por si solo enseñar al paciente a cuidar su salud controlar al paciente por si se desarrollan complicaciones.

EVALUACIÓN

a) Concepto

Es la quinta etapa del Proceso de Enfermería. Se determina si se han alcanzado los objetivos de los cuidados de enfermería, se identifican los factores que han contribuido al éxito o fracaso del plan y se establece si se ha de modificarse los cuidados o estos pueden darse por concluidos.

b) Objetivo

El objetivo se acompaña de un pronóstico que permite revitalizar los resultados a la luz de las dificultades previstas.

Finalidad de la evaluación:

- Verificar la consecución de los objetivos
- Tratar de averiguar lo que podría mejorarse
- Reciclar el curso de la acción asegurar unos cuidados de calidad .

c) Aspectos a considerar

La evaluación implica las siguientes actividades:

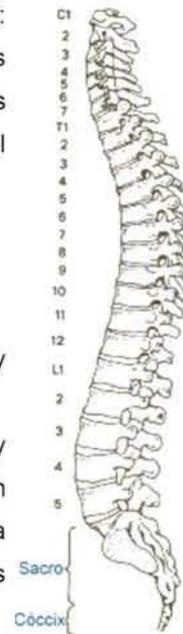
- Establecimiento de los criterios para la evaluación
- Evaluación de la consideración de los objetivos
- Valoración de las variables que afectan la consecución de objetivos modificación del plan de cuidados /conclusión de los cuidados de enfermería.

PATOLOGIA

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA COLUMNA

En el ser humano esta constituida por las vertebras, que son 33 ó 34 elementos óseos, discorques que se superponen, distribuidas así: 7 cervicales, 12 dorsales, 5 lumbares, 9 o 10 pélvicas. Las vértebras cervicales, dorsales y lumbares son independientes "libres" las pélvicas se sueldan formando 2 elementos el sacro y el cóccix.

- 7 cervicales (la 1ª llamada Atlas y la 2ª Axis)
- 12 dorsales o torácicas
- 5 lumbares
- 5 sacras (sin articulación entre ellas pues están fundidas y componen el hueso llamado Sacro)
- 4 coccígeas (sin articulación entre ellas pues están fundidas y componen el hueso llamado cóccix - tampoco existe articulación entre el sacro y el cóccix; según teorías evolutivas sería la reminiscencia del rabo o cola correspondiente a otras especies animales).



Si observamos la columna vista de perfil, obtendremos la siguientes curvaturas anatómicas:

- LORDOSIS CERVICAL: curvatura cóncava hacia atrás
- CIFOSIS DORSAL: curvatura convexa hacia atrás
- LORDOSIS LUMBAR: curvatura cóncava hacia atrás

VERTEBRAS LIBRES

Caracteres comunes:

Todas las vértebras tienen:

- 1.º un cuerpo
- 2.º un agujero
- 3.º una apófisis espinosa
- 4.º dos apófisis transversas
- 5.º cuatro apófisis articulares
- 6.º dos laminas
- 7.º dos pedículos

1.º Cuerpo.

El cuerpo ocupa la parte anterior y tiene la forma de un cilindro con dos caras y una circunferencia. De las dos caras, una es superior y la otra inferior. Son planas y horizontales. Una y otra presentan en su centro una superficie acribillada de agujeritos, circunscrita por una zona anular ligeramente prominente y formada de tejido compacto. La circunferencia, cóncava en sentido vertical por delante y por los lados, presenta un canal horizontal, dirigido de uno al otro lado. Por detrás es plana o hasta excavada en sentido transversal, para constituir la pared anterior de agujero vertebral. En su parte media se ven numerosos orificios destinados a conductos venosos, que proceden del cuerpo vertebral

2.º Agujero Vertebral.

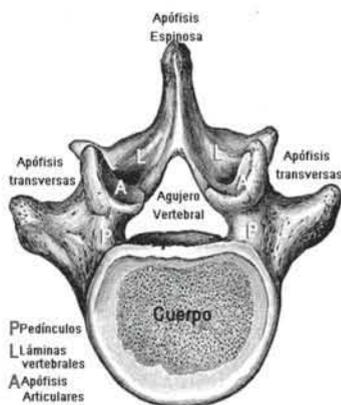
Está comprendido entre la cara posterior del cuerpo vertebral y la apófisis espinosa. Tiene la forma de un triángulo de ángulos más o menos redondeados.

3.º Apófisis Espinosa.

Impar y media se dirige hacia atrás bajo la forma de una larga espina, de la cual recibe el nombre. Se distinguen en ella la base, que la une a la vértebra; el vértice, a veces ligeramente desviado a derecha o a izquierda; dos caras laterales izquierda y derecha, en relación con los músculos espinales; un borde superior, más o menos cortante; un borde inferior, generalmente más grueso que el precedente y también mucho más corto.

4.º Apófisis transversas

En número de dos, una derecha y otra izquierda, se dirigen transversalmente hacia fuera, y de ahí el nombre que llevan. En cada una de ellas hemos de considerar: la base, que la une a la vértebra; el vértice, que es libre; dos caras, anterior y posterior, y dos bordes, superior e inferior.



5.º Apófisis articulares.

Son dos eminencias destinadas a la articulación de las vértebras entre sí. Son en número de cuatro: dos ascendentes y dos descendentes. Colocadas simétricamente a cada lado del agujero vertebral, unas y otras sobresalen hacia arriba o hacia abajo del nivel del arco óseo que limita este orificio.

6.º Láminas vertebrales.

En número de dos: derechas e izquierda. Aplanadas y cuadriláteras, forman la mayor parte de la pared posterolateral del agujero raquídeo. Hemos de distinguir en cada una de ellas: la cara anterior, que mira a la medula; la cara posterior, cubierta por los músculos espinales; dos bordes, superior e inferior; la extremidad interna, que se confunde con la base de la apófisis espinosa, y la extremidad externa, que se solda, ya con la apófisis transversa, ya con las apófisis articulares. Las láminas vertebrales son ligeramente oblicuas hacia abajo y atrás.

7.º Pedículos

Son dos porciones óseas delgadas y estrechas que a uno y a otro lado, unen la base de la apófisis transversa y las dos apófisis articulares correspondientes a la parte posterior y lateral del cuerpo vertebral. Los borde inferior y superior son curvos, lo que hace que cada pedículo presente dos escotaduras una superior y una inferior. Estas escotaduras, superponiéndose regularmente con las vertebra vecinas, forman a cada lado de la columna vertebral una serie de agujeros, llamados agujeros de conjunción, por los que salen los nervios raquídeos.

Lumbalgia

El síndrome doloroso lumbar, conocido también como lumbalgia, se caracteriza por dolor en la región lumbar, que si bien desde el punto de vista anatómico corresponde específicamente a la localización de las vértebras lumbares, compromete estructuras osteomusculares y ligamentosas. Desde el punto de vista clínico el dolor comprende desde el borde inferior de la parrilla costal hasta la región glútea inferior acompañado generalmente de contractura muscular .

Por otro lado, la lumbociática se refiere al dolor lumbar que irradia a la extremidad inferior, usualmente por la cara posterior .

Frecuencia

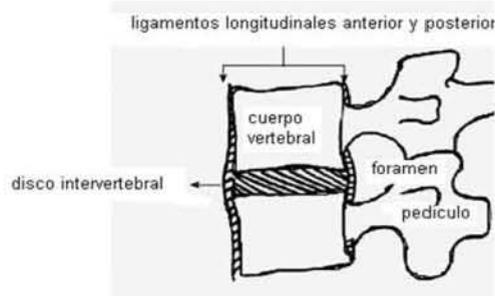
- El 80 por ciento de las personas van a tener una crisis de lumbalgia en algún momento a lo largo de la vida
- Existe un pico de afección entre los 25-45 años
- Es más frecuente en hombres, en una proporción de 3 a 1
- Provoca ausentismo laboral, de unos 5 días por cada evento agudo

Factores Biomecánicos

La columna vertebral está compuesta por cinco vértebras lumbares, separadas entre sí por el disco intervertebral.

El *segmento anterior*, que contiene los cuerpos vertebrales separadas por un disco intervertebral sirve para dar sostén, soportar los pesos y absorber los choques.

El *segmento posterior* que está constituido por los pedículos, apófisis transversas, láminas, facetas articulares y apófisis espinosas sirven ante todo, como guía direccional y no tiene función alguna en la acción de soportar peso. El segmento de la región lumbar es el principal sostén de la columna vertebral, pues ayuda en la transmisión de la carga a las extremidades inferiores, por medio de las articulaciones.



vista antero posterior de la unidad vertebral

Composición estructural del disco intervertebral

Cada disco intervertebral posee un núcleo pulposo rodeado por una gruesa cápsula denominada anillo fibroso. Las placas terminales de cartílago hialino lo separan del cuerpo vertebral.

La relación única entre el núcleo pulposo, anillo fibroso y placas terminales le otorgan cualidades al disco para soportar fuerzas de compresión, rotación y deslizamiento. El núcleo pulposo se sitúa en el centro del disco intervertebral, excepto en la columna lumbar donde se coloca ligeramente por detrás de la unión de los tercios medio y posterior del diámetro sagital (AP). Está compuesto de una laxa red de finas hebras fibrosas dentro de una matriz gelatinosa que contiene glucosaminoglucanos unidos a agua; el número de estos con la edad se reducen y, por tanto, la hidratación del núcleo pulposo disminuye. El anillo fibroso es la porción externa circular del disco y consta de fibrocartilago y tejido fibroso; se localiza dentro de una serie de bandas laminares concéntricas. Por último, en el centro del disco la fibras de colágeno del anillo fibroso se unen a las placas terminales cartilaginosas y en la periferia las fibras se unen al hueso del cuerpo vertebral mediante las fibras de Sharpey.

Clasificación de la lumbalgia según evolución

En relación con el tiempo de evolución, la podemos clasificar en tres formas:

- Lumbalgia aguda (menos de seis semanas)
- Lumbalgia sub aguda (de seis semanas a tres meses)
- Lumbalgia crónica (mayor de tres meses)

Clasificación etiológica

La lumbalgia es un síntoma que puede corresponder a una gran cantidad de causas y por ello existen diversas formas de clasificarla, una de ellas es la que se detalla a continuación:

Lumbalgia mecánica

Esta es la causa mas frecuente de lumbalgia, corresponde a un 80 por ciento de los casos. Se debe fundamentalmente por sobrecarga funcional o postural por ejemplo en el embarazo, en la mujer posparto inmediato, sedentarismo, obesidad y en la hipotonía muscular abdominal.

En estos casos usualmente existe una hiperlordosis con un Ángulo de Ferguson aumentado (normal hasta 38 grados) El ángulo está formado por la plataforma superior de S1 y la horizontal, en una radiografía lateral de columna lumbosacra con el paciente de pie .

Causas viscerogénicas

Ocurren en lesiones correspondientes a las vísceras, v. gr. tumores renales, quistes gigantes de ovario, endometriosis, litiasis renal, etc.

Causas vasculogénicas

En casos de aneurisma disecante de aorta.

Infecciosas

Tuberculosis vertebral, discitis por estafilococos, por estreptococos o por gram negativos posteriores a procedimientos genitourinarios, por ejemplo, después de legrados o cistoscopia.

Inflamatorias

Artritis reumatoide, espondilitis anquilosante.

Traumáticas

Fracturas osteoporóticas, especialmente L1 y L2. La espondilolistesis que consiste en el desplazamiento de la vértebra superior sobre la inferior, secundaria por diversos procesos, entre ellos; trauma, fracturas o a una lisis del arco posterior. En caso de producirse dicho desplazamiento por patología degenerativa, se habla de pseudo espondilolistesis. La espondilolistesis se describe en grados de acuerdo con el desplazamiento antero posterior entre vértebra y vértebra, así por ejemplo:

Grado	I	=	Desplazamiento	de	0%	–	25%
Grado	II	=	Desplazamiento	de	25%	–	50%
Grado	III	=	Desplazamiento	de	50%	al	75%
Grado	IV	=	Desplazamiento mayor del 75%				

Causas tumorales

Sean primarios o metastáticos (carcinoma de mama, carcinoma de próstata, cáncer de riñón, etc.).

Defectos de Alineamiento

Ocurre fundamentalmente en escoliosis o cifosis severa.

Discrepancia de longitud de miembro inferior

Lesiones músculo ligamentosas

Desgarros o distensiones músculo ligamentosas, por sobrecarga, por levantar pesos con mala técnica, lesiones en la práctica deportiva, etc.

Degenerativas

Esta es característica en personas mayores de 60 años en las cuales hay una espondilo artrosis o artrosis de las facetas articulares.

Causas psiquiátricas

En pacientes con depresión, histeria o con intensión de ganancia secundaria.

Hernia discal

En estos casos se manifiestan como una lumbociática. Las más frecuentes se ubican entre L5 – S1 (45-50%) y entre L4 – L5 (40-45%) y en menor grado entre L3 y L4. (5%).

Semiología de las hernias discales

HERNIA	RAIZ AFECTADA	FUERZA	SENSIBILIDAD	REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS
L3- L4	L4	Disminución fuerza del cuádriceps	Disminuido cara interna de la pierna y el pie	Rotuliano disminuido o ausente
L4 – L5	L5	Disminución de fuerza dorsiflexora del 1er orjejo	Disminuido cara antero-lateral de la pierna y el dorso del pie y de los primeros 3 orjejos.	Normales
L5 – S1	S1	Disminución gastrocnemios(dificultad para caminar de puntillas)	Disminuido cara posterior de la pierna y últimos 2 orjejos	Aquileano disminuido o ausente

Existen diversos grados de hernia de disco intervertebral, la cual tiene importancia desde el punto de vista clínico y terapéutico:

- 1. Protrusión: cuando hay ruptura de algunas fibras internas del anillo fibroso, el cual se hace incompetente y se abomba (bulging) hacia atrás. No es frecuente encontrar compresión radicular.
- 2. Extrusión: subligamentosa, cuando hay ruptura del anillo fibroso, con salida hacia atrás del núcleo pulposo, el cual todavía es retenido por el ligamento longitudinal posterior intacto.
- 3. Extrusión extraligamentosa con ruptura del ligamento longitudinal posterior: permite que una parte del núcleo pulposo se proyecte dentro del canal raquídeo.
- 4. Migración o "secuestro", cuando el núcleo pulposo extruido queda libre dentro del canal y migra en sentido cefálico o caudal.

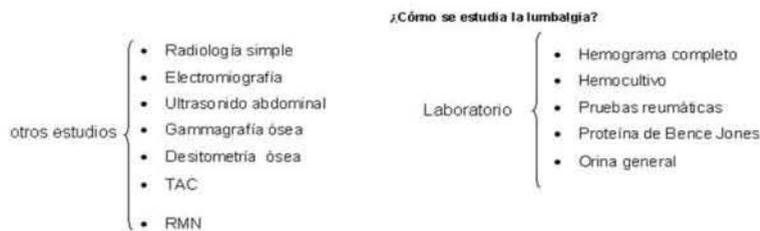
Causas misceláneas

Fibrosis retro peritoneal, patología coxofemoral, úlcera duodenal o bien en simuladores, neuralgia por herpes zóster, etc.

Evaluación clínica

En la evaluación inicial se debe incluir un interrogatorio completo y un examen físico dirigido, enfatizando en evaluar la fuerza muscular, la presencia o ausencia de déficit neurológico y la identificación de signos de alarma. La presencia de signos de alarma se traduce en enfermedades sistémicas y en la necesidad de profundizar en los estudios. En la evaluación neurológica se recomiendan los siguientes componentes semiológicos, que se detallan a continuación.

SIGNOS DE ALARMA
<ul style="list-style-type: none">• Dolor en reposo especialmente nocturno que progresa en intensidad• Historia personal de cáncer• Fiebre superior a 38°C• Perdida inexplicable de peso• Trauma lumbar reciente• Déficit neurológico progresivo• Pacientes que usan esteroides



Tratamiento

Reposo en cama

No se recomienda en la fase aguda del cuadro ya que puede retrasar la recuperación del paciente. Se recomienda que el paciente continúe con las actividades habituales livianas, evitando esfuerzos mayores o evitando los movimientos corporales bruscos de flexión, giro y estiramiento.

Anti-inflamatorios no esteroideos (AINES)

Son efectivos para la mayoría de los pacientes con síndrome doloroso lumbar al ser comparados con placebo. Para escoger el anti-inflamatorio depende de la experiencia del clínico en su elección, debe considerarse el riesgo de producir efectos secundarios, principalmente gastrointestinales. El principal mecanismo de acción de los antiinflamatorios no esteroideos es la inhibición de la ciclooxigenasa (COX) - enzima encargada de la síntesis de prostaglandinas, las cuales se expresan en dos formas COX-1, presente en todas las células normales y la COX-2, inducida en casos de inflamación por acción de las citoquinas y mediadores de la inflamación. Los AINES se clasifican de acuerdo con la inhibición del tipo de ciclooxigenasa. Los de mayor riesgo por su efecto sobre la mucosa gástrica e inhibición plaquetaria son los inhibidores de COX-1 cuyos principales representantes son los derivados de salicilatos, indometacina, acetaminofeno, ibuprofeno, naproxeno, piroxicam y diclofenaco. Los inhibidores selectivos de COX-2, están representados por diferentes medicamentos como el celecoxib, valdecoxib, etoricoxib y lumiracoxib

entre otros. La duración del tratamiento dependerá de la evolución del cuadro clínico, oscilando entre 2 y 14 días.

Relajantes musculares

Podemos utilizar el diazepam, a razón de 5 mg tres veces al día; ciclobenzaprina de 5 a 10 mg, tres veces al día, tizanidina, de 2-4 mg tres veces al día o carisoprodol, a razón de 175 mg tres veces al día. Es importante que los pacientes que toman miorelajantes no utilicen maquinaria peligrosa o conduzcan vehículos durante el consumo de estos medicamentos.

Uso de esteroides

Está indicado en pacientes con lumbociática con afección radicular. Su potente efecto antiedematoso produce alivio de los síntomas radiculares, principalmente en caso de hernias discales. Se puede administrar por vía oral o intramuscular, por periodos de 5 a 10 días.

Uso de vitaminas B1, B6 y B12

El uso de vitaminas del complejo B, especialmente por vía parenteral, es muy difundido. Se considera tener efectos antineuríticos y analgésicos.

Cinturones o corsé lumbosacro

Se recomienda en los casos de lumbalgia crónica o en casos de artrosis facetaria para que el paciente los use por periodos intermitentes durante el día, ya que de lo contrario el abuso de este implemento puede producir debilitamiento muscular.

Fisioterapia

Podemos aplicar algunos métodos físicos como el calor húmedo o ultrasonido térmico en el área dolorosa. La electroterapia a base de corrientes diadinámicas tiene resultados comparables al masaje en el alivio del dolor y la mejoría de la función.

El ejercicio terapéutico no se recomienda en el alivio del dolor en la fase aguda de la lumbalgia; pero se puede utilizar en la fase subaguda o crónica, pues alivia el dolor y mejora el estado funcional; sin embargo, no existe consenso acerca del tipo de

ejercicio (flexión, extensión y estiramiento), más efectivo en el tratamiento. No obstante, los ejercicios de Williams, o de flexión, están recomendados en los pacientes con síndrome doloroso lumbar crónico, conjuntamente con las técnicas sobre los cuidados posturales de la columna, su realización debe ser progresiva y debe ser realizado de tres a cuatro veces por semana para conseguir beneficio. Los ejercicios de flexión de columna; conocidos como los ejercicios de Williams, los cuales fueron descritos en 1937, donde se describieron los beneficios de los ejercicios de flexión y se refiere a que con este programa se logra la reducción de la lordosis lumbar, incrementando la fuerza muscular en abdomen y glúteos, disminuyendo también la hiperlordosis lumbar, evitando de esta manera el riesgo de lumbalgia .

Usualmente se reúnen en pequeños grupos y que tienen como objetivo concienzar y educar al paciente sobre aspectos generales como anatomía, biomecánica corporal, reeducación postural, técnicas de relajación y estiramiento. También se enfatiza en el fortalecimiento de músculos abdominales y extensores de columna, el buen uso de la mecánica corporal y en el manejo del dolor y el estrés .

Cirugía

Las indicaciones quirúrgicas para las hernias discales (menos del 5% de los casos requieren cirugía) no están bien delineados, pero se proponen cuando existe:

- Síndrome de cauda equina
- Déficit neurológico progresivo
- Presencia de ciática persistente a pesar del manejo conservador por un periodo de mas de 6 semanas

La cirugía consiste básicamente en la descompresión o liberación de la raíz correspondiente, hemilaminectomía más discectomía. Existen algunas variaciones como la discectomía percutánea, mediante técnica endoscópica que ha adquirido popularidad. Otras alternativas menos invasivas incluyen la ozonoterapia que disminuyen la actividad de radicales libres y tienen un efecto antiinflamatorio y antiedematoso. Algunos utilizan la quemonucleólisis en el cual se introducen sustancias que se absorben.

**DESARROLLO
DEL
PROCESO
DE
ENFERMERIA**

Valoración

La Sra. Bárbara de 46 años casada dedicada al hogar con escolaridad primaria completa con domicilio: Cerrada de fresnos col. Lomas de la Hera de religión católica no cuenta con una institución de salud por lo que acude al particular o al centro de salud.

1.- De la necesidad de respiración no presenta problemas para respirar, no se ha expuesto a humo de fabricas; casi no fuma solo de ves en cuando si acaso un cigarro, si convive con fumadores ya que su esposo fuma por la noche después del trabajo, comenta que hay veces que si siente que le falta el aire cuando sube escaleras.

No hay fábricas cerca de su domicilio y su casa cuenta con una ventana. No tiene familiares con problemas de respiración. Hace dos años le diagnosticaron hipertensión por lo que toma captopril dos al día por la mañana y por la noche a si como celebrex para el dolor.

Se realiza auscultación de campos pulmonares bien ventilados libre de inspiración y expiración se observa ligera palidez de tegumentos, lechos ungueales con respuesta de 5 segundos de recuperación.

2.- De la necesidad de alimentación e hidratación: dice tener buenos hábitos alimenticios ejemplo: en el desayuno suele comer dos huevos estrellados, jugo de naranja y café, en la comida sopa un guisado por lo regular es carne con verduras agua ó refresco y tortillas, en la cena un pan y un vaso de leche ya que si cena demasiado no puede dormir, no tiene la costumbre de comer entre comidas ni en la calle, sino en su casa en compañía de sus nietos. Comenta que cuando esta triste o estresada le da por comer de más. Refiere no haber ningún alimento que no le guste, que le cause intolerancia o que le cause alergias.

La Sra. Bárbara refiere no tener problemas de digestión ya que toma en su casa 5-6 vasos de agua al día pero en el hospital dice que no le da mucha sed a si que no toma mucha agua, suele tomar refresco por lo menos una coca cola diario y café así como alcohol cuando hay alguna fiesta.

Se realiza exploración en la cavidad oral observándose dientes completos con caries en las muelas posteriores, en región abdominal con un poco de distensión debido a que no presenta evacuación.

3.- Necesidad e eliminación: dice evacuar una vez al día pero de los días que esta en el hospital a tenido estreñimiento a si como esfuerzo para defecar, dolor abdominal un poco de flatulencias, no presenta meteorismo, ni incontinencia ni hemorroides, cuando presenta problemas para evacuar suele tomar mas agua y consumir mas verduras deja de comer alimentos sólidos y prefiere lo que son mas caldosos.

Realizaba ejercicio y considera que si suda el sudor es normal no en mucha cantidad ni en poca. Orina 3 – 4 veces al día; la orina es de color amarillo ámbar no refiere tener ningún síntoma como disuria, poliuria, nicturia, retención de orina comenta que cuando se enferma de vías urinarias asiste mejor al medico.

La fecha de su ultima menstruación fue el 15 de febrero en un periodo de 28 días con una duración de 3 – 5 días refiere no presentar dismenorrea, ni perdidas inter menstruales, ni flujo vaginal.

No se realiza exploración vaginal ya que para la patología no es un dato muy importante además de no contar con los materiales necesarios para su realización.

4.- En cuanto a la necesidad de movimiento y mantener buena postura la señora Bárbara dice que la deambulación se le dificulta debido al dolor que presenta al deambular o al mantenerse de pie problema que le afecta sus actividades de la vida diaria motivo por el cual a dejado de trabajar ya que se dedica a las labores del hogar y debe de caminar y agacharse. El dolor es lumbar que irradia a miembro pélvico izquierdo en una Escala Visual Análoga de 8/10 además que siente que pierde fuerza en su pie izquierdo. No presenta mareos ni perdida del equilibrio o desorientación. Realiza solo caminatas 30 minutos dos veces por semana por el momento su problema la imposibilita.

Durante el interrogatorio se observa postura, marcha antalgica, asistida con bastón, reflejos disminuidos en miembro pélvico izquierdo a si como la fuerza muscular.

5.- Necesidad de descanso y sueño; ella descansa durante el día duerme solo por la noche 6 – 7 horas diarias debido a su padecimiento presenta dificultad para conciliar el sueño, además de despertarse con facilidad, dice no tener sueño agitado, ni pesadillas no hay nerviosismo pero si hay un poco de inquietud ya que si le es un poco incomodo el hospital por el movimiento que hay durante la noche prefiere su casa ya que el lugar donde duerme le brinda un descanso satisfactorio. A la exploración se observa ojeras, bostezos y un poco adinámica.

6.- En esta necesidad que es el vestido se viste de acuerdo a cada temporada ejemplo: si hace frio chamarra, si hace calor ropa ligera regularmente utiliza ropa que le permita libertad de movimiento. Ella se viste y desviste sola si hay que mantenerse en pie le cuesta un poco de trabajo.

Se observa vestida con ropa cómoda (pans y tenis), ligeramente sucio y desalineada.

7.-Termorregulacion en este rubro se le pregunta acerca de si sabe medir la temperatura a lo que responde que no, además de no presentar ningún síntoma de hipertermia o hipotermia solo un poco de febrícula a la hora de tomar signos vitales (8:00 am).

8.- Higiene la Sra. Bárbara realiza su baño diario incluyendo el lavado del cabello realizando posteriormente el cambio de ropa total. El lavado de manos lo realiza cada que es necesario el cuidado de manos y pies incluye el mantenerlos limpios con uñas cortas actividad que realiza cada semana, en la higiene bucal realiza cepillado de dientes dos veces al día (por las mañanas y por la noche) no utiliza hilo dental visita una vez al año al dentista o cuando tiene alguna molestia.

Se observa piel lubricada e hidratada . Con puntos de caries en muelas posteriores, en uñas de pies se observan datos de micosis. A si como un poco de suciedad en su persona.

9.- Necesidad de evitar peligros. En sus prácticas sanitarias habituales tiene esquema de inmunizaciones completas como el toxoide diftérico y tetánico, rubeola y sarampión. Se realiza auto exploración mamaria cada que se acuerda pero que nunca se a realizado una mamografía, el papanicolaou lo realiza a veces una vez al año en el ultimo encontraron células epiteliales no indicaron ningún medicamento.

Para prevención de enfermedades de transmisión sexual no utiliza ninguna medida de prevención.

En uso de drogas no consume ninguna no se auto medica; no le han recetado ninguna para el dolor.

Uso de medidas de seguridad; si utiliza el cinturón de seguridad, utiliza los pasamanos en el hospital y en algunos medios de transporte y escaleras.

Utiliza bastón para tener un punto de apoyo ya que el dolor se lo requiere.

Ella en este momento se ve y se siente cansada y con dolor por lo que prefiere mantenerse acostada y en decúbito lateral no cuenta con ninguna medida de seguridad en la casa y en el trabajo solo el uso de bastón.

10.- A la Sra. Bárbara no tiene ninguna alteración en los órganos de los sentidos que le impidan comunicarse eficientemente de hecho ella se considera una persona optimista que tiene una buena relación con sus familiares con los que convive. Durante el interrogatorio se puede observar que es una persona consistente ubicada en tiempo y espacio sin mayor dificultad para relacionarse.

11.- Creencias y valores.

Lo mas importante para ella son sus hijos y su familia; proporciona ayuda a personas desconocidas solo si se cree que es conveniente o necesario por ejemplo: en caso de desastre lo considera necesario, considera que la vida le a dado todo lo que ella quisiera no en la medida y cantidad que le hubiera gustado pero sin embargo, esta satisfecha y consiente de valorar lo que hasta ahora ha logrado.

Ella es católica cree en su iglesia y considera que la fe le ha ayudado a salir en repetidas ocasiones de sus problemas.

Durante su estancia se pudo observar que si lee con frecuencia que tiene estampas en su buro, pero no reza durante el día ni por la noche, no habla acerca de su religión solo se dice que es católica.

12.- Trabajar y realización

La Sra. Bárbara se dedicaba a lavar y a planchar ajeno, no realiza ninguna actividad que no le sea remunerada, no tiene ninguna discapacidad física solo su lumbalgia la cual considera que solo es temporal pues los médicos le han dicho que con una infiltración quedara muy bien pero por el momento tiene como dependencia el uso del bastón lo cual afecta a su estado emocional pero no le impide socializar pero si le ha requerido ser hospitalizada.

Comenta que por falta de preparación si le afectado en su vida su realización pues en los trabajos que hay piden mínimo la preparatoria; pero en este momento su meta es que sus nietos estén bien por que los quiere mucho.

13.- Recreación

La Sra. Bárbara por lo regular siempre esta contenta pocas veces se enoja; para recrearse ve televisión o escucha el radio asiste a fiestas y suele caminar por las tardes alguna veces prefiere quedarse en su casa por que se encuentra cansada.

Paciente que se observa cooperadora con buen estado de ánimo de no ser por su dolor.

14.- Aprendizaje

A su edad dice que requiere a un de adquirir nuevos conocimientos por que nunca esta demás aprender algo nuevo a un que ella aprende con regularidad.

Para adquirir conocimientos suele leer algo que le parezca importante además de ver televisión y escuchar el radio; algunas veces lo que aprende lo pone en practica y de esta manera a podido cambiar algunos malos hábitos se ve beneficiada en su salud.

Ha estado con anterioridad enferma de la columna y eso le a ayudado asta hace dos años que comenzó de nuevo.

Jerarquización de necesidades de enfermería de acuerdo a las 14 necesidades según Virginia Henderson .

NESECIDAD	DEPENDENCIA	INDEPENDENCIA
Oxigenación		No presenta problemas para respirar no se a expuesto a humo y fuma poco.
Alimentación e hidratación		No hay dificultad, puede alimentarse sola no presenta ningún problema para la deglución.
Eliminación	Paciente que refiere no poder evacuar desde hace tres días además de realizar esfuerzo para poder defecar.	
Movimiento y mantener buena postura	Presenta dolor y dificultad a la de ambulación de modo que afecta sus actividades de la vida diaria	
Descanso y sueño	Presenta dificultad para conciliar el sueño por la noche debido al dolor y ala ansiedad que le produce estar hospitalizada.	
Vestido		No tiene dificultad para vestirse sola, se viste de acuerdo al clima.
Termorregulación		Presenta febrícula de 37.5

Higiene	Paciente que comenta higiene diario se observa ligeramente desalineada(falta de higiene)	Realiza baño diario, cambio de ropa a si como cepillado de dientes 2 veces al día.
Evitar peligros	Ella es muy cuidadosa pero realiza utilización de dispositivo para su deambulaci3n (bast3n)	
Comunicaci3n		Puede comunicarse con todas las personas que le rodean no hay ninguna patología que se lo impida.
Creencias y valores		La Sra. Bárbara se dice ser solo creyente de la religi3n que profesa (cat3lica) tiene fe en su religi3n y cree que algunas veces le a ayudado.
Trabajo y realizaci3n		Trabaja lavando y planchando algunas veces realiza aseo. Es feliz con sus nietos
Recreaci3n		Por lo regular siempre esta contenta pero por ahora tiene dolor y eso no la mantiene muy contenta.
Aprendizaje		La Sra. Bárbara considera que se aprende día a día

DIAGNOSTICOS

(Según el orden de Henderson)

DIAGNOSTICOS REALES

- Estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente manifestado por la disminución de la frecuencia de evacuaciones y distensión abdominal.
- Alteración de la movilidad relacionada con dolor lumbar manifestado por la limitación del movimiento (elevación del miembro pélvico izquierdo)
- Alteración del patrón de sueño relacionado con alteraciones sensoriales (adaptación a la estancia hospitalaria).
- Alteración en la necesidad de higiene relacionada con déficit de hábitos higiénicos manifestado por el uso inadecuado de prendas a si como en su higiene.

DIAGNOSTICOS DE RIESGO

- Riesgo potencial de caída relacionado con el uso de dispositivo (bastón)
- Riesgo de infección relacionado a procedimiento invasivo (infiltración facetaria).

PLANEACION

(JERARQUIZACION DE DIAGNOSTICOS)

1.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA : Estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente manifestado por la disminución de la frecuencia de evacuaciones y distensión abdominal.

OBJETIVO: proporcionar alternativas de solución para que logre mejorar su eliminación intestinal lo mas pronto posible.

ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Escuchar al paciente las quejas del usuario acerca de posibles dificultades para defecar; colocar cómodo o acompañarla al sanitario.

El escuchar al paciente acerca de sus inquietudes y molestias permite poder brindarle una mejor atención y cubrir de una manera mas completa sus necesidades.

La comunicación puede ayudar a disminuir la ansiedad y los sentimientos de aislamiento favorecen la sensación de control sobre la situación y de seguridad

Valorar el patrón de evacuación habitual

En condiciones normales una persona defeca una vez al día.

Un habito intestinal normal se mantiene mediante el aporte diario de fibra de 6 - 8 vasos de agua y ejercicio diario. la defecación supone la relajación coordinada de los músculos puborectal y del esfínter anal externo simultáneamente con un aumento en la presión intra abdominal que empuje las heces hacia el recto.

	Los ruidos intestinales deben ser activos y de tono grave; debe de oírse un movimiento peristáltico al menos cada 30 segundos.
Escuchar los ruidos peristálticos y la presencia de flatulencias	La flatulencia puede constituir un signo de disminución del peristaltismo intestinal y estreñimiento , aun que también puede ser causado por alimentos ricos en fibra y de propiedades emolientes
Aplicación de calor local en región abdominal	El calor local aumenta la vasodilatación favoreciendo el riego sanguíneo del tubo digestivo lo cual promueve el peristaltismo y facilita la evacuación de las heces .
Realizar masaje marco cólico	La inmovilidad dificulta la defecación a causa de la hipotonía muscular, la hipomotilidad gastrointestinal y la ausencia del efecto de la gravedad, que entorpece el llenado de la porción inferior del recto y disminuye el reflejo de la defecación. El reflejo gastrocolico y el reflejo deudocolico, estimulan los movimientos intestinales en masa dos o tres veces al día sobre todo después de las comidas. la contracción voluntaria ayuda a expulsar las heces .
Proporcionar laxantes	Los laxantes alteran el programa de reeducación intestinal por que hacen que gran parte del intestino se vacíe y pueden programar defecaciones no programadas.
Comprobar la cantidad y consistencia de las heces	En condiciones normales deben tener color pardo, ser blandas estar bien formadas y eliminarse en cantidades variables.
Proporcionar una dieta rica en fibra	La fibra asegura el volumen adecuado de las heces. Una dieta rica en fibra estimula el peristaltismo.

Proporcionar una ingesta adecuada de líquidos

El agua es medio por el cual se forma el bolo fecal, el mecanismo que ayuda a que los nutrientes de los alimentos que se ingieren se absorban para el intestino y se distribuyan a todo el organismo.

Para mantener el hábito intestinal y conseguir una consistencia adecuada de las heces es necesario consumir al menos 2 litros de líquido al día.

2.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración de la movilidad relacionada con dolor lumbar manifestado por la limitación del movimiento (elevación del miembro pélvico izquierdo).

OBJETIVO: Brindar orientación al paciente y familiar sobre técnicas de relajación que disminuyan el dolor y le permitan que realice sus actividades de la vida diaria con el menor dolor posible.

ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA

FUNDAMENTACION

Valoración correcta del dolor	Se hace valoración del dolor; lo que nos permite brindarle una adecuada analgesia. Los estudios han demostrado que el cerebro humano segrega endorfinas, las cuales disminuyen el dolor.
Indicar reposo en cama	Con propiedades parecidas a los opiáceos que alivian el dolor. La liberación de endorfinas pueden ser las responsables de los efectos positivos Se evita que el paciente se ponga de pie con la finalidad de no ejercer presión sobre los pies. Al eliminar la gravedad, se suprime la presión en los discos y articulaciones. A si la tensión de los músculos y ligamentos.
Colocar al paciente en posición adecuada	Colocar al paciente en decúbito dorsal aligera la presión que ejerce sobre la columna.
Aplicación de calor local	El calor local favorece la circulación y la movilidad además de disminuir la inflamación. Alivia el dolor gracias ala reducción del espasmo muscular. En la inflamación hay acumulación de líquido en los tejidos y el calor aumenta la irrigación eliminando el líquido que se haya acumulado en los tejidos.

Aplicación de hielo local	El hielo origina constricción de los vasos sanguíneos musculares y esto disminuye el flujo sanguíneo.
Realizar ejercicios pasivos	Los ejercicios pasivos mejoran la flexibilidad del paciente así como el tono muscular aumentando la fuerza del dorso
Realizar masaje en espalda	El movimiento expulsa el líquido del tejido inflamado; la presión sobre la piel también disminuye el dolor. Se realiza una respiración lenta y limpia de esta manera disminuye el dolor y la ansiedad.
Realización de técnicas de relajación	La relajación y la fantasía guiada resultan eficaces en el tratamiento del dolor por que aumentan la sensación de control, disminuyen los sentimientos de desasosiego e impotencia, proporcionan una diversión tranquilizante.
Se indicar y enseñar la realización de ejercicios para la columna.	La realización de ejercicios aumenta el flujo sanguíneo, facilita el retorno venoso con salida de metabolitos de la zona con lo que aumentamos la recuperación del musculo. Estimula el sistema inmune provoca la segregación de endorfinas, y hormonas que disminuyen el dolor.
Terapia ocupacional	Las intervenciones no farmacológicas proporcionan al cliente una mayor sensación de control, fomentan la participación activa, disminuye el estrés y la ansiedad, y elevan el ánimo y el umbral del dolor. Las intervenciones cognitivas tratan de modificar los procesos del pensamiento para aliviar el dolor. La actividad cognoscitiva desvía la percepción dolorosa. Algunos ejemplos son: contar, juegos de mesa entre otros.

Ministración de analgésicos

La ministración de analgésicos permiten al paciente permanecer sin dolor durante un largo periodo.
Aplicación de AINE (analgésicos no esteroideos) analgésicos, relajantes del musculo esquelético y cortico esteroides para obtener alivio del dolor mediante diversas acciones específicas, con el fin de lograr el descanso y la comodidad del paciente.

3.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del patrón de sueño relacionado con alteraciones sensoriales (adaptación a la estancia hospitalaria).

OBJETIVO: favorecer el ambiente para que pueda obtener un ambiente de tranquilidad y confort para que pueda conciliar el sueño.

ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Identificar los factores etiológicos y relacionados que le impidan dormir (dolor, ansiedad, estrés, ambiente extraño o ruidoso etc.)

Las necesidades individuales de sueño varían notablemente. Por lo general, una persona que puede relajarse y descansar fácilmente necesita menos sueño para sentirse renovada.
Con la edad suele disminuir el tiempo de sueño total.
El identificar el problema que le impide realizar su sueño nos permite darle una atención adecuada a demás de buscar la manera de solucionar el problema.
El estar informado de dicho procedimiento disminuye la ansiedad favoreciendo el descanso.

Reducir o eliminar las distracciones ambientales y las interrupciones del sueño

El ruido externo no permite un descanso óptimo.
El proporcionar un ambiente más cálido contribuye a que pueda dormir favorablemente.
El sueño es difícil sin relajación, el ambiente extraño del hospital puede dificultar la relajación y la realización del mismo.
Los patrones de sueño irregulares, pueden alterar los ritmos circadianos normales, conduciendo probablemente a problemas de sueño.

Aumentar las actividades diurnas

El mantenerla distraída evita el que duerma durante el día y pueda descansar por la noche.
Las siestas matutinas generan más sueño que las siestas por la tarde.
Las siestas de mas de 90 minutos disminuyen el estímulo para ciclos de sueño mas largo.

4.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración en la necesidad de higiene relacionado con el déficit de hábitos higiénicos manifestado por el uso inadecuado de prendas a si como en su higiene personal.

OBJETIVO: Proporcionar los recursos y medidas necesarias para que el paciente no presente hipertermia, además de mantener una higiene adecuada.

ACTIVIDAD DE ENFERMERIA

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Realizar baño	El baño contribuye a promover la circulación al estimular las terminaciones nerviosas de la piel y los tejidos subyacentes a demás de disminuir la temperatura corporal y sentirse fresca y cómoda.
Proporcionar ropa cómoda que no genere mucho calor sino que sea fresca	La ropa cómoda proporciona una sensación de bienestar y frescura manteniendo al paciente autermico
Mantener su área de descanso limpia y en orden	El mantener un área limpia y en orden nos brinda una sensación de descanso a si como de paz.
Indicar y/o orientar sobre la higiene diaria y el consumo de líquidos	El realizar un aporte adecuado de líquidos permite mantener un buen equilibrio hídrico además de disminuir la temperatura.

Movilización fuera de cama a reposit.

La movilización fuera de cama disminuye el calor que se genera debido a la movilización a demás de evitar la aparición de zonas de presión

Tomar temperatura corporal cada hora

Al sentirnos demasiados calientes o demasiado fríos efectuamos acciones deliberadas para conservar el calor corporal, para producir más calor o para perder mas calor.

Favorecer un clima templado que influya en la termorregulación.

La temperatura corporal puede elevarse cuando la temperatura y la humedad ambientales son lo suficientemente altas como para inhibir los mecanismos fisiológicos de compensación

5.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo potencial de caída relacionado con el uso de dispositivo (bastón)

OBJETIVO: Prevenir lesiones que puedan prolongar su estancia hospitalaria.

ACTIVIDAD DE FUNDAMENTACION CIENTIFICA ENFERMERÍA

Retirar objetos que obstruyen el paso como bancos, tripies , bombas entre otros

El mantener una unidad en orden y bien iluminada permite el fácil acceso, una circulación correcta, así como el evitar accidentes.

Enseña el uso seguro de dispositivo de movilización

El uso de dispositivo correcto permite la realización de deambulación a si como su fácil manejo.

Enseñarle de donde se enciende la luz antes de levantarse de la cama.

Tenga una buena visibilidad durante la noche evitando accidentes.

6.-DIGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo de infección relacionado a procedimiento invasivo (infiltración facetería).

OBJETIVO: prevenir que puedan presentarse infecciones intrahospitalarias que prolonguen su estancia.

ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA

FUNDAMENTACION

Lavado de manos antes y después del contacto de los pacientes.

El lavado de manos antes y después de tocar a un paciente evita el contagio de infecciones intrahospitalarias.

Realizar técnicas asépticas durante los cambios de apósito.

La realización de una buena técnica favorece la eliminación o destrucción de los gérmenes patológicos a si como protección después de la intervención.

Ministracion de antibióticos (cefelotina 1 gr Iv cada 8 hrs).

Los antibióticos tienen la capacidad de destruir o impedir el desarrollo de un organismo vivo a si como el que funcione como medida profiláctica. Los antibióticos administrados con el intervalo adecuado aseguran el mantenimiento de los valores terapéuticos.

Toma de constantes vitales

Los cambios sutiles en las constantes vitales, en especial la fiebre, pueden ser signos precoces de sepsis.

La temperatura corporal puede elevarse cuando la temperatura y la humedad ambientales son lo suficientemente altas

como para inhibir los mecanismos fisiológicos de compensación.

Los factores predisponentes son factores controlables que aumentan el riesgo de infección por que obstaculizan o alteran las defensas del huésped

EJECUCIÓN

El día 15 de marzo ingresa al hospital por el servicio de urgencias; posteriormente pasa al servicio de cirugía de columna a las 23:45 hrs. Se realiza toma de signos vitales se instala en la unidad se observa con facies de dolor, refiere sentirse distendida por que no a podido evacuar desde hace tres días se le proporcionan alimentos los cuales son tolerados realiza sueño fisiológico.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Se escucha a la paciente acerca de posibles dificultades para defecar; se le coloca el cómodo a lo que comenta que le es molesto se le retira y se le ayuda asistir al baño.

Se valorar el patrón de evacuación habitual; dice evacuar una vez al día pero diario.

Se le realiza aplicación de calor local en región abdominal

Se realiza masaje marco cólico en sentido contrario de las manecillas del reloj 20 minutos después de los alimentos con la finalidad de favorecer la peristalsis intestinal a si como el enseñarle al familiar como realizarlo.

Se le proporciona una dieta rica en fibra; se realiza solicitud de dieta rica en fibra para posteriormente.

Se le proporciona agua y se le sugiere que debe tener una ingesta adecuada de líquidos; mínimo 750ml en 24 hrs.

Evaluación:

El usuario comprendió la importancia de llevar acabo una adecuada alimentación alta en fibra y líquidos.

Logra evacuar sin mayor complicación; su familiar a prende a realizar el masaje marco cólico.

No fue necesaria la aplicación de microlax ni de ningún laxante.

El día 16 de marzo a las 7:35 am. Se realiza interrogatorio se le informa que es para una actividad externa al área. (Proceso de Atención de Enfermería) se muestra cooperadora; encontrándose a un con dolor; refiere EVA de 8/10.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Se realiza valoración del dolor con escala visual análoga con la finalidad de brindarle una adecuada analgesia.

Reposo en cama; es decir evitar que el paciente se ponga de pie para evitar ejercer presión sobre los pies.

Se coloca ala paciente en posición decúbito dorsal a lo que comenta sentirse cómoda y no presentar dolor se le informa que debe movilizarse cada dos horas para evitar la presencia de úlseras por presión .

Se colocan guantes con agua caliente en región lumbar .

Asiste personal de clínica del dolor y realizan plicación de hielo local 5 minutos dejan indicación que se realice 5 minutos hora en forma de masaje asta que la piel se observa con una ligera tonalidad rosada. El hielo origina constricción de los vasos sanguíneos musculares y esto disminuye el flujo sanguíneo

La paciente realiza ligeramente ejercicios pasivos cuando no hay presencia de dolor .

Se aplica masaje en espalda y se enseña a familiar.

Se le enseña como realizar respiraciones cuando exista la presencia de dolor.

Se le enseña tríptico para realización de ejercicios de higiene de columna para cuando egrese por el momento presenta dolor .

Realizan terapia ocupacional para fortalecer músculos y tendones con apoyo del familiar.

Ministracion de analgésicos de acuerdo a indicación medica con la finalidad de disminuir el dolor.

Parecoxib 40 mg iv cada 12 hrs

Metamizol 1 gr + diacepam 10 mg iv cada 8 hrs.

El parecoxib es un inhibidor de la cloxigenasa

Diacepam: ansiolítico

Metamizol: analgésico, antipirético, antiespasmódico, antiinflamatorio.

Evaluación

Con la aplicación de analgésicos; mantenerla en una buena postura cede el dolor.

La movilización fuera de cama presenta dolor EVA 3/10.

El día 17 de marzo a la realización de toma de signos vitales se observa que tiene 37.5 c. así como un déficit de higiene.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Se le indica a la paciente que se meta a bañar.

Se le informa que puede usar pijama para que se encuentre más cómoda.

En su dieta se le solicita con abundantes líquidos y se le informa a la paciente que consuma mas líquidos de los que esta consumiendo. El realizar un aporte adecuado de líquidos permite mantener un buen equilibrio hídrico además de disminuir la temperatura.

Se toma la temperatura cada hora y se moviliza fuera de cama (se pasa a reposit).

Evaluación:

La temperatura no aumenta se mantiene en 37°c .

Paciente que se realiza baño y se mantiene fresca y limpia en cama

El día 17 de marzo comenta que no a podido dormir bien debido a que se encuentra un poco preocupada, por la realización del procedimiento, además de sentirse un poco angustiada por sus nietos que se encuentran aun muy chicos.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Durante la noche se cierran las cortinas, se apaga la luz.

Se apaga el televisor.

El medico informa acerca del procedimiento a realizar.

Se evita el estar despertándola por la noche, se le proporcionan cobijas

Se le indica que a la paciente que realice actividades como leer un libro, realizar actividades como platicar y ver televisión.

Se le recomienda al familiar que traiga juegos de mesa para que se mantenga ocupada durante el día.

Evaluación.

La paciente logra dormir durante la noche aunque despierta cuando uno realiza ronda.

El día 18 de marzo se baja a la paciente a cirugía (infiltración).

ACCIONES DE ENFERMERIA

Se realiza lavado de manos antes y después del contacto de los pacientes.

Se realiza valoración de herida quirúrgica sin observarse datos de sangrado.

No se cambia apósito por personal de enfermería lo realiza medico residente utilizando técnicas asépticas durante el cambio de apósito.

Se realiza aplicación de antibióticos (cefelotina 1 gr Iv cada 8 hrs)por indicación medica.

Evaluación

La paciente no ha presentado datos de infección y continúa en observación.

El día 18 de marzo posterior al procedimiento (infiltración) realiza de ambulación con apoyo de bastón.

Se retiran objetos que obstruyen el paso como bancos, bombas de infusión, tripies. etc.

Se mantiene la cama en su nivel mas bajo

Se le enseña el uso seguro de dispositivo(bastón) de movilización a demanda fuera de cama .

Se mantienen las luces de la sala prendidas con la finalidad de que tenga una buena visibilidad durante la noche

Se le enseñan donde se encuentran los timbres por si necesitara algo.

Evaluación

Durante su estancia no se reporta ningún accidente ni incidente por el tratamiento realizado y continua con su deambulacion .

EVALUACIÓN

Se realizó el Proceso de Atención de Enfermería con un paciente del Instituto Nacional de Rehabilitación encontrándose 6 diagnósticos de enfermería a los cuales se les dio atención de manera inmediata de acuerdo a necesidad del paciente se cubrieron los objetivos alcanzaron su propósito a corto y largo plazo sin embargo se continúa evaluando durante la estancia de la señora Bárbara en el hospital.

Para la atención de este paciente participaron dietista, asistentes de Rayos X, laboratorio, médicos sobre todo los familiares que participaron de manera constante entre otros.

CONCLUSIONES

Durante la realización del Proceso de Atención de Enfermería se realizaron acciones con la finalidad de que el paciente se encontrara con la menor cantidad de dolor lo cual fue logrado ya que se mantuvo gran parte del tiempo con un EVA de 5/10 y no con un EVA de 10/10 como llegó.

La participación del equipo interdisciplinario fue de suma importancia ya que sin su apoyo la paciente no se encontraría en este momento sin dolor.

La lumbalgia es un padecimiento que muchas veces no se les hace mucho caso debido a que creen que el dolor desaparecerá y así es pero en otras ocasiones es importante que descarten patologías con las que se puede encontrar relacionada.

Glosario

Estabilidad de la columna: es la integridad de las estructuras óseas y nerviosas para definir las funciones de la columna vertebral a si como su evolución y su tratamiento general funcional.

Fenestracion intralaminar:consiste en extirpar el ligamento amarillo y el borde inferior de la posición proximal de la lamina.

Laminectomia unilateral: Se extirpan el ligamento amarillo y la lamina. Se indica cuando hay espacio interlaminar insuficiente o cuando se puede observar la raíz en su recorrido paracentral y en el conducto recesofoaminal(sector lateral)

Laminotomia bilateral: se extirpa el ligamento amarillo, la apósis espinosa y las dos laminas

Fusión intervertebral: se realiza mediante la estabilización intertrasversa, extirpándose con antelación las protrusiones en los conductos

Lumbociatica: En este caso el dolor se irradia distalmente al miembro inferior, correspondiendo con la distribución de las raíces nerviosas lumbosacras, con o sin déficit sensitivo o motor.

Esta experiencia dolorosa no puede reducirse a una experiencia subjetiva desagradable, evocada por la estimulación de una variedad nosológica de receptores sensoriales, sino que nos enfrentamos a un estado emocional anormal provocado por determinados patrones de actividad en los sistemas eferentes reflejos y cambios hormonales que ocurren simultáneamente, despertados por la actividad

Manobra de lasague: Tecnica que se realiza para descartar radiculo patia en las lumbalgias el signo de Lasague positivo sugiere compresión del niervo ciático de las raíces proximales sacras.

Signo de Lasègue: Con el paciente en decúbito dorsal, se eleva pasivamente la pierna con la rodilla extendida. El dolor debe aparecer a menos de 45°. El dolor posterior en más de 45° no es concluyente, ya que podría deberse a retracción de los músculos isquiotibiales. El dolor aparece en la cara posterior del muslo y en la pierna. Está en relación a afección de la raíz L5 o S1.

Es positivo cuando la elevación del miembro inferior con la rodilla extendida produce dolor. Si la rodilla está flexionada la elevación es fácil, signo que distingue la ciática de las afecciones articulares.

Signo de Lasègue contra lateral: Al levantar pasivamente la pierna no dolorosa, se induce el dolor ciático en el otro miembro inferior. Es sugestivo de hernia discal grande o extruida.

Signo de Braggard: Con el paciente en decúbito supino se realiza la elevación del miembro inferior y dorsiflexión pasiva del pie, se considera positivo cuando se reproduce el dolor ciático al realizar la maniobra.

Signo de Cavazza: Existe el signo de Cavazza interno y externo, el signo de Cavazza interno consiste en la presión en el primer espacio intermetatarsiano del pie, lo cual es sugestivo de una radiculopatía L5 y el signo de Cavazza externo se realiza mediante la compresión en el cuarto espacio intermetatarsiano, el cual es sugestivo de una radiculopatía S1.

Signo de Wassermann: Consiste en colocar al paciente en decúbito ventral, se coloca la mano debajo de la rodilla, se eleva el muslo con la rodilla flexionada, provocando el dolor en la cara anterior del muslo, en caso de compromiso de la raíz L4.

Signo de Valleix: Consiste en realizar digitopresión sobre el trayecto del nervio ciático especialmente a nivel de la escotadura isquiática, en la región posterior del muslo y en el hueco poplíteo; antes de la bifurcación del tronco ciático.

Reflejos osteotendinosos: Se evalúan los reflejos rotulianos y aquileanos que valoran los arcos reflejos de L4 y S1 respectivamente.

Signo de Babinski: Es la extensión del dedo gordo obtenida por estimulación de una zona que no sea el pulpejo del dedo, en la zona plantar del pie, de atrás hacia adelante con un objeto que produzca una molestia moderada sin llegar a ser doloroso, expresa disfunción piramidal y puede estar presente en lesiones del cono medular o en niveles superiores.

Clonos del pie: Es un reflejo tendinoso involuntario que consiste en la flexión y extensión repetida del pie (al realizar la extensión brusca y pasiva del tendón aquileano).

Está presente en lesiones de la vía piramidal. Por otro lado, el clínico podrá realizar exámenes de laboratorio o gabinete, de acuerdo con la evolución y la sospecha clínica que tenga

BIBLIOGRAFIA

BURNS,Nancy y Susan K Grove.investigacion en enfermería

Editorial Elsevier. ·ra. Edicion. Barcelona ,2004

CARPENITO,Lynda Joul. Manual de diagnosticos de enfermería.

Editorial interamericana Mc. Graw Hill, 2003

GRISPET.Carlos. Funadamentos y técnicas de Enfermeria.

Editorial Oceano Centrum. Barcelona, 2004

GRISPET.Carlos.diccionario de medicina .

Editorial Oceano Mosbi 4ta edición, Barcelona , 2004.

KROSIER G.B Fundamentos de Enfermeria.

Editorial Interamericana Mc. Graw Hill.ed 2005

PAYNE Rosmeri. Técnicas de relajación.

Editorial Paidotribo 4ta edición Barcelona ed. 1996

CAILLET Rene. Lumbalgia.

Editorial Manual Moderno Mexico. D.F ed. 1986

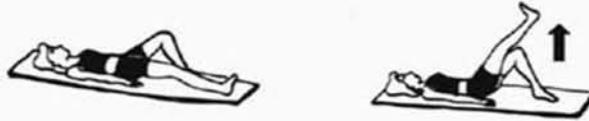
CABREIRA Jose. Dolor lumbar.

Editorial El ateneo fLORIDA

Anexos

Ejercicios para la columna

1. Acostado boca arriba, con una pierna flexionada, eleve la otra con la rodilla recta.



2. Acostado boca arriba con las piernas flexionadas, llevarlas hacia el pecho ayudadas con la mano y retornar a su posición inicial.



3. Acostado boca arriba, flexione la cadera y rodilla a 90° y comience a hacer movimientos circulares en ambos sentidos.



4. Acostado boca arriba, con las piernas flexionadas, realice abdominales.



5. Acostado boca arriba con las rodillas flexionadas levantar los glúteos despegándolos de la cama, contar hasta 5 y descender.



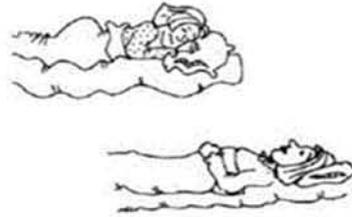
6. Hiperflexión de tronco. Paciente arrodillado sobre el piso, apoyando las palmas de la mano, se debe arquear dorsalmente la espalda, aumentando la flexión del tronco.



Figura 7.8 Ejercicios para lumbaga.



1. Al levantar un peso, recuerde doblar las piernas manteniendo recta su columna.



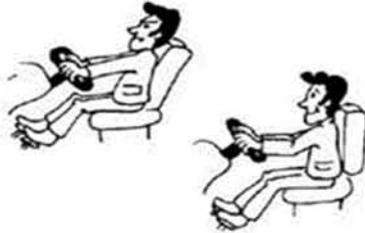
2. Es cómodo dormir en un colchón suave, pero no es bueno para su espalda. Use siempre un colchón firme, de preferencia ortopédico y evite dormir boca abajo.



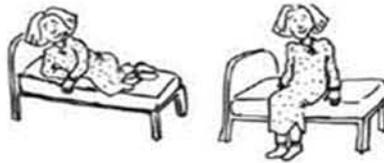
3. Sentarse en un sillón muy suave pareciera ser muy cómodo, es mejor sentarse en un sillón recto y más firme.



4. Cargar cosas pesadas en un solo brazo daña la espalda, distribuya sus cargas igualmente para cada lado manteniendo la espalda recta.



5. Maneje su carro no inclinado hacia atrás, la postura correcta es sentarse cerca del volante, espalda recta y piernas ligeramente flexionadas.



6. Cuando se levante de su cama no lo haga bruscamente, primero gire su cuerpo de medio lado y luego saque sus piernas para quedar sentado a la orilla de la cama y esté listo para empezar un gran día.

Figura 7.9 Cuidados para prevenir la lumbaga.

Anexo 3

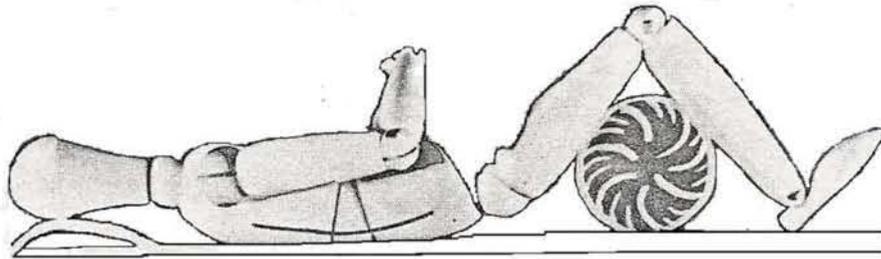
Tratamiento no quirúrgico para evitar el dolor y restituir la función.

Posición del cuerpo que modifica la postura:

Debe evitarse la hiperlordosis y favorecerse todo lo que sea cifosis lumbar.

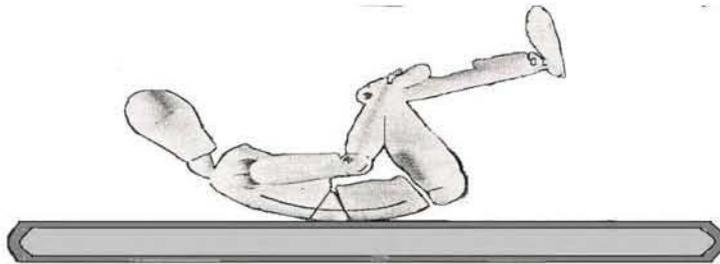
Como debe de acostarse:

- Con flexión pasiva de las rodillas sostenidas por almohadas.



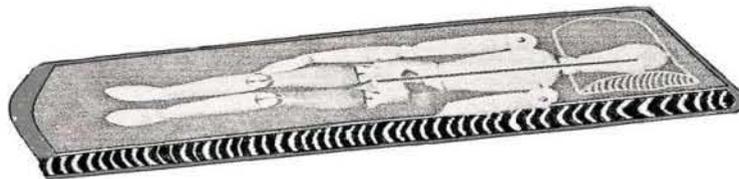
De cubito antalgico

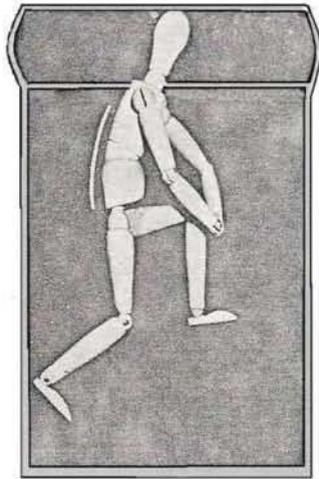
- Tomándose de las rodillas con ambos brazos en posición de flexión máxima.



Posición activa antalgica

- Sobre cama dura para evitar que la columna se doble en el decúbito

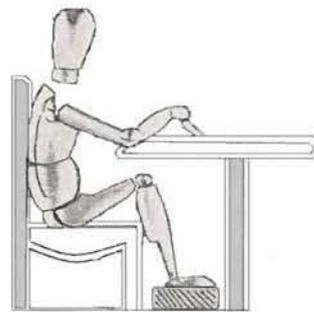
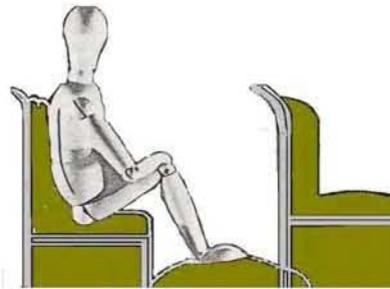




Posición cómoda en cama con sifosis lumbar

Como debe sentarse; seca de un escritorio o mesa, apoyando cualquiera de las extremidades sobre una tarima pequeña o plataforma de modo tal que entre el tronco y el muslo se forme un ángulo agudo.

- Deberá observarse esta posición en el auto o en el autobús .



al cruzar la pierna se evita la lordosis

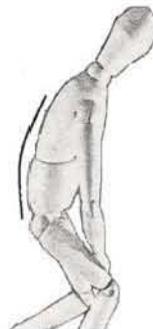


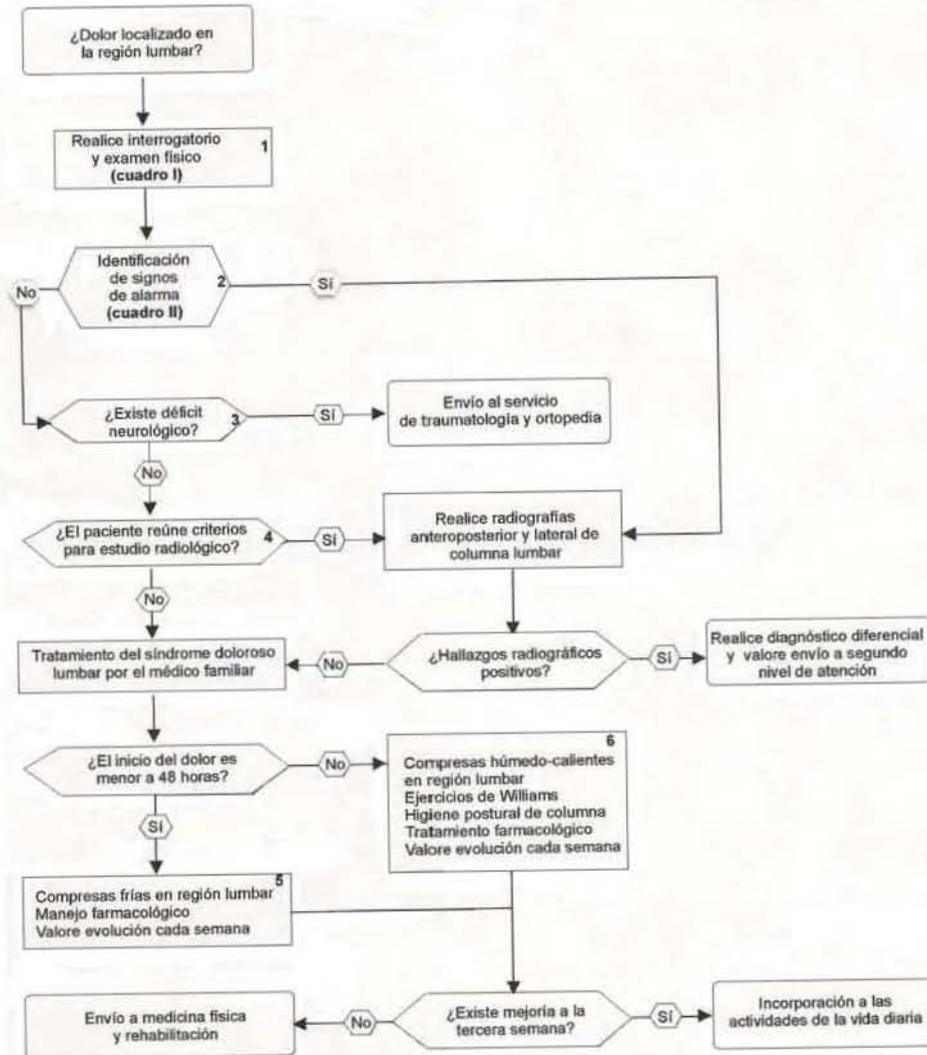
Ilustración marcha antálgica en flexion apoyando o no las manos en las rodillas.



debe evitarse .

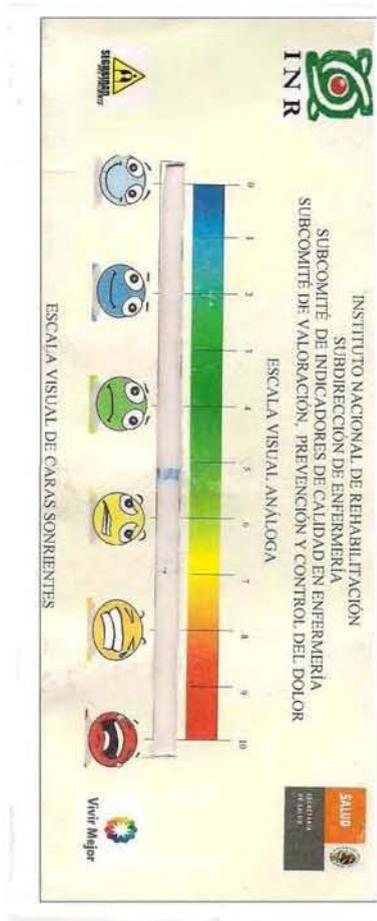
ANEXO 4

GUIA CLINICA PARA EL DOLOR LUMBAR



ANEXO 5

ESCALA VISUAL ANALOGA PARA LA CLASIFICACION DEL DOLOR .



ANEXO 6

TERAPIA OCUPACIONAL

HIGIENE DE COLUMNA

EJERCICIOS RESPIRATORIOS

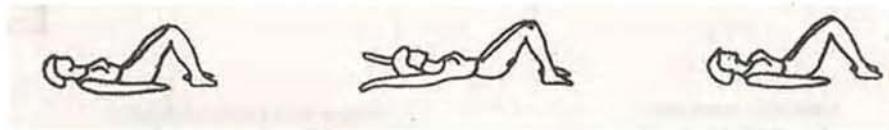
1)



Posición inicial. Respiración abdominal.

- Acostado boca arriba, piernas dobladas, pies apoyados en el suelo, brazos a lo largo del cuerpo.
- Inspirar por la nariz, inflando el vientre sin mover el tórax.
- Espirar por la boca sumiendo el vientre.

2)



- Repetir la posición anterior
- Inspirar por la nariz y al mismo tiempo elevar los brazos hasta tocar el piso.
- Espirar por la boca regresando brazos por el mismo camino a la posición inicial.

3)



- a) Repetir la posición anterior
- b) Inspirar por la nariz y al mismo tiempo abrir los brazos deslizándolos por el piso hasta tocar las palmas
- c) Espirar por la boca regresando los brazos por el mismo camino a la posición inicial.

4)



- a) Acostado boca arriba, piernas dobladas, pies apoyados en el suelo, manos debajo de la nuca y los codos juntos por encima de la cara.
- b) Inspirar por la nariz abriendo los codos hasta tocar el piso
- c) Espirar por la boca cerrando los codos.

COMO ESTAR DE PIE

PARESE ERECTO: CON SU PESO SOBRE AMBOS PIES.

Contraiga sus músculos abdominales y mantenga esta postura hasta la cuenta de 3, relájese. Aumente esta cuenta diariamente, contrayendo sus músculos abdominales con firmeza. Aprenda a respirar con el diafragma y los músculos intercostales normalmente.

El objeto de este ejercicio es corregir la postura, fortalecer los músculos abdominales y aprender a detenerlos hacia adentro a toda hora en todas sus actividades. En las que va a tener más atención son las actividades que tenga que permanecer más de 30 minutos en una sola posición, por lo tanto usted tiene que aprender la forma de caminar, sentarse, pararse, acostarse, etc. También tiene que saber las medidas adecuadas de la mesa, la silla, etc.



MANERA DE ENCONTRAR LA POSTURA CORRECTA ESTANDO DE PIE.

Párese de espaldas contra la pared con los pies separados de esta aproximadamente 25 cm. Procure tocar lo más que pueda su espalda a la pared y si hay curvatura de su columna vertebral "Siéntese" contra la misma, doblando sus rodillas ligeramente. Contraiga los músculos abdominales y de la cadera. Estando en esta postura, extienda sus rodillas y acerque sus talones a la pared, sin separar la columna de la misma. Sepárese procurando mantener esta postura al andar.



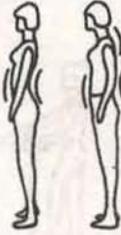
(Observe esta postura varias veces al día).

COMO ESTAR DE PIE.



Correcto

Se debe de parar derecha, con su cuerpo tan alto como le sea posible. En la postura correcta, su barbilla está hacia arriba, la espalda aplanada y la cadera mantenida recta.



No.1

No.2

Incorrecto

No. 1: La parte baja de la espalda arqueada y una curvatura hacia adentro se desarrollara.

No. 2: La parte alta de la espalda esta inclinada y el abdomen se cuelga. Estas posturas modifican el eje normal del cuerpo.



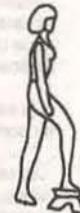
Correcto

Camine con los pies ligeramente separados, distribuya el mismo peso en ambos. Mantenga las caderas y los hombros al mismo nivel. De lo contrario los hombros y las caderas están desnivelados y la columna estará curva.



Incorrecto

Evite estar de pie por tiempo prolongado o párese poniendo un pie en un banquillo para descansar la parte baja de la espalda. Mantenga las caderas al mismo nivel.



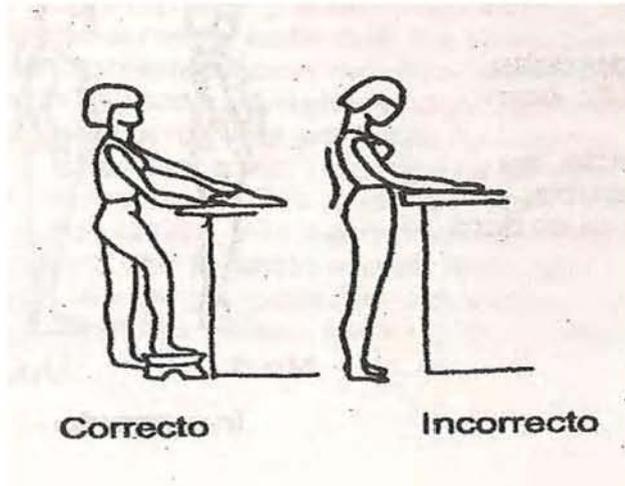
Correcto

El calzado que utilice tiene que ser cómodo, tacón ancho y de 2.5 cm. de alto.



Incorrecto

- Manténgase derecho mientras trabaja en una mesa o gabinete. Manteniendo sus caderas niveladas auxiliándose con un banco de 10 a 15 cm de altura.
- Después de un tiempo prolongado de pie , esta postura es la mas frecuente: el apoyo en una sola pierna al abdomen prominente y la espalda curva.



- Realice sus actividades siempre de frente evitando rotaciones.
- Ubique los objetos de uso común mas frecuentes, de la altura de la cintura hasta el hombro (dependiendo de las actividad que realicen: herramientas, jabón, platos, etc.)
- Si los objetos a tomar, son por debajo de la cintura siempre se hará flexión de rodillas.
- Si es mas arriba de la cabeza procurar estar lo mas cerca del objeto ayudándose con un banco o silla bien fijos . NO estar en puntas para no perder el equilibrio y perder la alineación de la cadera.
- Recuerde que los brazos y las piernas son palancas importantes en nuestro cuerpo para no aumentar el problema de la columna.
- Capacidad de carga de la ultima vertebra lumbar para 50 kg.
- Sobrecarga de la quinta vertebra lumbar con 50 kg.





Forma adecuada de subir y bajar escaleras

Correcto

Correcto

Correcto

Correcto

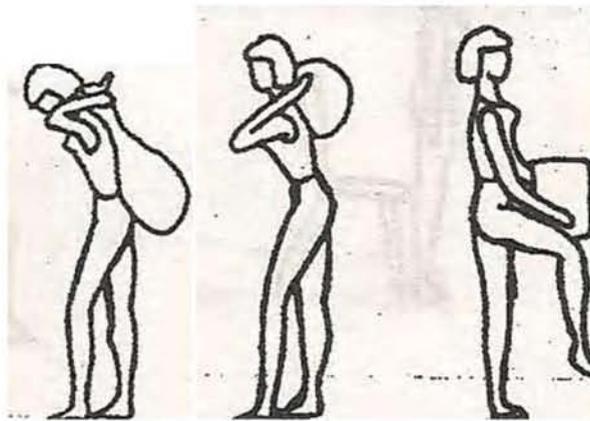
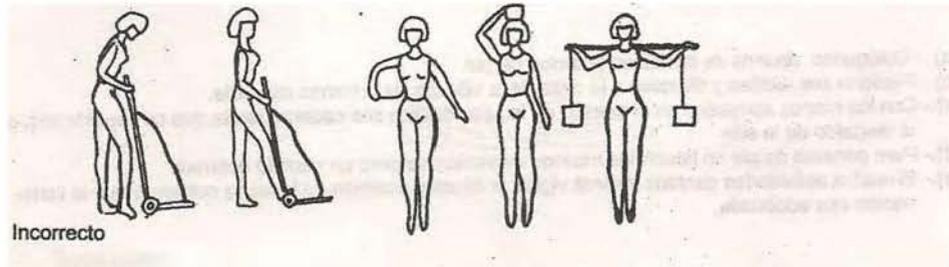


correcto
para levantar los objetos del piso flexione las rodillas, incline ligeramente su espalda, levante el objeto acercandolo a su cuerpo a la altura de la cintura y levantece .



incorrecto
alejando el objeto del cuerpo ya sea para cargar o levantar provoca mas tencion en los musculos de la espalda

Cuando tenga que levantar un objeto y trasladarlo, asegúrese de la posición de las piernas, y que el peso del objeto a desplazar sea proporcional a lo que usted puede cargar, cuidando la alineación de su cuerpo, si la carga es de un peso mayor deberá de auxiliarse de un diablito, montacargas, o de otra persona.



POCISION INCORRECTA DE SENTARSE

Para mantener una posición correcta al sentarse, la silla deberá tener las siguientes características:

- El asiento: debe de ser firme amplio en proporción a la talla.
- El respaldo: con una inclinación aproximada de 100 a 110 grados.
- La altura del asiento al piso , deberá permitir que sus pies estén apoyados al piso.



- a) Colóquese delante de la silla en posición de pie .
- b) Flexione sus rodillas y siéntese a la orilla de la silla con la columna alineada.
- c) Con las manos apoyadas en el asiento de la silla, deslice sus caderas hasta que su espalda toque el respaldo de la silla.
- d) Para ponerse de pie de hacen los mismos movimientos pero en sentido contrario.
- e) Si se realiza actividades sentado deberá vigilar la altura y posición de la mesa cuidando que la iluminación sea la adecuada.

