



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

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN
REHABILITACIÓN APLICADAS A UNA
PACIENTE CON LESIÓN DE PLEXO
BRAQUIAL OBSTÉTRICO DESDE LA
PERSPECTIVA DEL MODELO DE
DOROTHEA OREM**

E S T U D I O D E C A S O
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :

**ENFERMERO ESPECIALISTA EN
REHABILITACIÓN**

P R E S E N T A :

L.E. López Hernández Julio César

CON LA ASESORÍA DE LA
E.E.R. Dulce María Esquivel Hernández



México, D. F.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

A mi mamá Isabel Hernández gracias por todo tu esfuerzo, tu apoyo y por nunca dejarnos solos a mis hermanos y a mí. Te amo.

A mi papá Jorge López sé que siempre has estado conmigo, gracias por acompañarme cuando te necesito.

A mis hermanos Jorge y Miriam gracias por cada experiencia compartida por ayudarme tanto económicamente como moralmente se que siempre puedo contar con ustedes.

A mis tías Paty y Vero gracias porque siempre nos han visto como sus hijos y siempre nos han apoyado.

A mi tíos Lalo y Memo por ser una fuente de inspiración para seguir adelante.

A Joseph y a Gizmo gracias por haber llegado a mi vida y por todo el apoyo que me han brindado, los amo.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	OBJETIVOS	6
III.	FUNDAMENTACIÓN	7
	3.1 Antecedentes	7
IV.	MARCO CONCEPTUAL	10
	4.1 Conceptualización de enfermería	10
	4.2 Paradigmas	11
	4.3 Teoría de enfermería	13
	4.4 Proceso de enfermería	18
V.	METODOLOGÍA	20
	5.1 Estrategia de investigación: estudio de caso	20
	5.2 Selección de caso y fuentes de información	22
	5.3 Consideraciones éticas	
VI.	PRESENTACIÓN DEL CASO	26
	6.1 Descripción de caso	26
	6.2 Antecedentes generales de la persona	26
VII.	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	27
	7.1 VALORACIÓN	27
	7.1.1 Valoración focalizada	32
	7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete	36
	7.1.3 Jerarquización de los problemas	37
	7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	39
	7.3 Problemas interdependientes	43
	7.4 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	44
	7.4.1 Objetivos de enfermería	44
	7.4.2 Objetivos de la persona	44
	7.4.3 Intervenciones de enfermería	44
	7.5 EJECUCIÓN	113
	7.5.1 Registro de las intervenciones	113
	7.6 EVALUACIÓN	115
	7.6.1 Evaluación de la respuesta de la persona	115
	7.6.2 Evaluación del proceso	115
VIII.	PLAN DE ALTA	130
IX.	CONCLUSIONES	134
X.	SUGERENCIAS	135
XI.	BIBLIOGRAFÍA	136
XII.	ANEXOS	145

I. INTRODUCCIÓN

En el presente estudio de caso se aplicó el proceso de atención de enfermería con el modelo de Dorotea Orem de auto-cuidado a una persona con diagnóstico médico de lesión de plexo braquial obstétrico.

La lesión de plexo braquial obstétrico se define como una lesión mecánica del plexo braquial al momento del nacimiento.

Datos epidemiológicos mencionan que la lesión de plexo braquial obstétrico (LPBO) es un problema común a nivel mundial tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, la incidencia es de 1 a 3 por 1000 nacidos vivos. En México se ha reportado una incidencia de 0.37- 0.87 por cada 1000 nacimientos (2007).¹

La etiología es multifactorial, los factores de riesgo² son los siguientes: 1.- Características maternas: anomalías uterinas, desproporción céfalo pélvica y obesidad, 2.- Características del neonato: macrosomía (peso al nacer > 4500 KG), presentación pélvica y mecanismos forzados generados al momento del nacimiento; utilización de fórceps.

Se presentan varios signos y síntomas dependiendo la edad del paciente y del tipo y desarrollo de la lesión. Poco después del nacimiento³ se observa que el miembro afectado pende a lo largo del cuerpo, presenta ausencia del reflejo del moro, incapacidad de abducir el brazo y el antebrazo en presentación de pronación y codo en extensión o en ligera flexión.

En el paciente pediátrico presenta otras características clínicas como las siguientes: acortamiento del miembro afectado, atrofia muscular, hombro en aducción y rotación interna y ausencia de los reflejos bicipital y radial.

¹ Secretaría de Salud. Diagnóstico y tratamiento de la lesión obstétrica del plexo braquial en niños y niñas de 0 a 15 años en el 2° nivel de atención. México, 2012. [consultado 2014 Nov 10] Esta guía puede ser descargada de Internet en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/565_GPC_Lesiondel_plexobraquial/DIF-565-12-ER-Lesiondelplexobraquial.pdf

² IBID

³ Marrero R. L, Cabrera V.N, Rodríguez T.O, Navarro G. A, Castro S.V, Tarragona R.R, Hernández G.R. Diagnóstico y tratamiento de la parálisis braquial obstétrica. Rev Cubana Ortop Traumatol [revista en internet]. 1998 [consultado 2014 Nov 10]; 12(1-2):28-39. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ort/vol12_1_98/ort06198.pdf

El diagnóstico se basa en la exploración física donde presentara la ausencia de reflejo de moro, hipotonía, dolor al movilizar el brazo y tumefacción en la fosa infraclavicular.

Los estudios de gabinete para completar el diagnóstico son los siguientes: radiografía simple de clavícula, tórax y extremidad superior afectada, ultrasonido de la articulación glenohumeral y tomografía computarizada.

Las lesiones del plexo braquial se clasifican en 3 grupos en supraclaviculares (superiores), infraclaviculares (inferiores) y las de plexo medio (intermedio), se agrega un cuarto grupo que es la total y cada una de ellas con características clínicas diferentes:

1. De Erb-Duchenne⁴ se clasifica dentro de la superior: lesión de nervio C5-C6.
2. De plexo medio⁵ y superior ó Intermedia: lesión del nervio C5-C6-C7.
3. De Klumpke- Dejerine⁶ ó inferior: lesión del nervio C8-T1.
4. De Horner- Bernard⁷ ó total: lesión del nervio C5, C6, C7, C8 y T1.

Los pacientes con esta afectación presentan alteración funcional durante su vida, algunos presentaran incapacidad de realizar sus actividades de la vida diaria por tal motivo es necesario la intervención de enfermería en rehabilitación con el objetivo de su reinserción a sus actividades cotidianas al aplicar diferentes métodos de rehabilitación y evitar mayores secuelas en las funciones básicas.

Es necesario apoyo psicológico, ya que con frecuencia los pacientes que sufren algún tipo de discapacidad presentan cuadros depresivos importantes. La pérdida funcional de una extremidad superior puede ser psicológicamente peor que una amputación. Una buena ayuda para la persona con lesión de plexo braquial es que

⁴ Rodríguez D.M, Amigo C.P. Una mirada a la parálisis braquial obstétrica. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2011 Ago [consultado 2014 Nov 10]; 33(4):509-522. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400013&lng=es

⁵ Dogliotti AA. Conceptos actuales en la parálisis braquial perinatal. Parte 1: etapa temprana. Arch. Argent. Pediatr [revista en la internet]. 2011 Ago [consultado 2014 Nov 11]; 109(4):347-353. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752011000400011&script=sci_arttext

⁶ Marrero R. L, Cabrera V.N, Rodríguez T.O, Navarro G. A, Castro S.V, Tarragona R.R, Hernández G.R. Diagnóstico y tratamiento de la parálisis braquial obstétrica. Rev Cubana Ortop Traumatol [revista en internet]. 1998 [consultado 2014 Nov 11]; 12(1-2):28-39. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ort/vol12_1_98/ort06198.pdf

⁷ Secretaría de Salud. Diagnóstico y tratamiento de la lesión obstétrica del plexo braquial en niños y niñas de 0 a 15 años en el 2° nivel de atención. México, 2012. [consultado 2014 Nov 11] Esta guía puede ser descargada de Internet en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/565_GPC_Lesiondel_plexobraquial/DIF-565-12-ER-Lesiondelplexobraquial.pdf

conozca a otras personas que padezcan discapacidades similares, ya que pueden animarlos con sus resultados.

En otro orden de ideas, el cirujano debe mantener un diálogo franco y honesto con el paciente, para que comprenda y asuma las consecuencias de la parálisis, así como las posibilidades de intervención.⁸

Como se muestra en el presente estudio de caso un aspecto importante a tratar son los problemas emocionales que lleva consigo las personas que presentan una lesión de plexo braquial obstétrico, ya que puede presentar mayor relevancia para que la persona presente un apego al tratamiento conservador.

Por lo anterior el presente estudio de caso abarca desde la revisión de artículos que fundamentan la práctica de Enfermería en Rehabilitación así como la aplicación del proceso de atención de enfermería desde la perspectiva de Dorothea Orem.

⁸ Palazzi C y Cáceres L. Lesion de plexo braquial en el adulto. Capitulo 5. Centro médico tekno. Barcelona. [consultado 2015 Julio 7]. Disponible en: <http://www.teknon.es/documents/104978/79949192-3d7c-495d-9d06-9f2aeb3adfd0>

II. OBJETIVOS

General

- Conocer detalladamente sobre el caso de una paciente con lesión de plexo braquial dentro de su contexto en la vida real desde distintos fenómenos bio-psico-sociales y espirituales y ofrecer alternativas de cuidado desde la perspectiva de Enfermería en Rehabilitación.

Específicos

- Integrar los conocimientos y habilidades adquiridos en la teoría a la práctica de Enfermería en Rehabilitación.
- Aplicar un instrumento de valoración que incluya historia clínica y una exploración física que permitan conocer las necesidades y factores de riesgo de la paciente.
- Identificar déficits reales y potenciales de la paciente para poder ofrecer alternativas de cuidado para mejorar su calidad de vida por medio del autocuidado.
- Hacer una planeación de cuidados especializados en Rehabilitación.
- Proporcionar orientación a la paciente y su familia de acuerdo a las necesidades detectadas para que de esta forma la paciente pueda ejercer un autocuidado que le permita mejorar su calidad de vida.
- Realizar evaluación de las intervenciones realizadas que garanticen o aseguren la calidad de vida de la paciente.

III. FUNDAMENTACIÓN

3.1. Antecedentes

Se realizó una búsqueda de artículos de práctica basada en evidencia, encontrando limitados ejemplos de estudios hechos por la disciplina enfermera, se hace referencia a un solo documento de enfermería el cual es el siguiente:

En el Plan de Cuidados Estandarizados del HGUA⁹ utilizan el modelo de Dorothea Orem como base para la realización de planes de cuidado en un paciente hospitalizado en un periodo pre-quirúrgico y postquirúrgico, el artículo plantea las etapas del proceso de atención enfermería desde la valoración del paciente, diagnósticos de enfermería, planeación y ejecución de los cuidados, así como la planificación del alta.

Dentro de la búsqueda se encontraron un gran número de artículos científicos realizados por médicos especialistas, los siguientes son los más relevantes en el aspecto rehabilitatorio en personas con lesión de plexo braquial obstétrico y fundamentan las intervenciones de enfermería en rehabilitación, son los siguientes:

Yanes S.VL. et al, en su artículo “parálisis braquial obstétrica en el contexto de la rehabilitación física temprana”¹⁰ nos explica datos históricos de la lesión de plexo braquial, así como la fisiopatología ahí nos habla sobre los tipos de lesión, la clasificación de las lesiones del nervio, también aspectos epidemiológico existentes en el país de donde se realiza el artículo, para dar un aspecto más amplio y entendible del tema nos habla sobre la anatomía del plexo braquial y sus componentes, el examen físico y las escalas utilizadas dentro de la evaluación, examen muscular, movilidad articular y la preservación o ausencia de reflejos así como datos clínicos que indiquen una lesión de plexo braquial al momento del nacimiento, de igual forma hacen importante el hecho del tratamiento conservador

⁹ Unidad de Planes de Cuidado del HGUA. Plan de cuidados estandarizados, proceso: lesión plexo braquial adulto. 2010. [consultado 2011 Nov 11] Disponible en: http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18116/PLAN+DE+CUIDADOS+lesi%C3%B3nplexobraquial_2010_def.pdf

¹⁰ Yanes S.V, Sandobal F.E, Camero A.D, Ojeda-D.L. Parálisis braquial obstétrica en el contexto de la rehabilitación física temprana. Medisur [revista en Internet]. 2014 [consultado 2014 Nov 12]; 12(4): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2014/msu144h.pdf>

a través de las Intervenciones de rehabilitación temprana implicando no sólo al paciente con lesión de plexo braquial sino también a los padres al cómo deben de posicionar al neonato y no dejar caer el brazo lesionado, la movilización pasiva en forma gentil dirigido a las articulaciones de hombro, codo, muñecas y dedos, así va explicando detalladamente un programa de rehabilitación por tiempo de evolución desde las primeras semanas de nacido hasta la etapa escolar. Un tratamiento rehabilitador temprano puede conducir a buenos resultados funcionales.

El resultado satisfactorio del tratamiento rehabilitador está relacionado con la continuidad de los ejercicios en casa, incorporando al núcleo familiar.¹¹

En el artículo de Cruz P.S. en su Tesis titulada “Eficacia de las terapias conservadoras y la toxina botulínica en la parálisis braquial obstétrica”¹² indica aspectos para la comprensión del texto como la incidencia de la lesión del plexo braquial obstétrico, la anatomía, los factores de riesgo que predisponen a la aparición de la lesión que las agrupa en las de origen materno y factores neonatales, la fisiopatología de la parálisis braquial obstétrica así como la clasificación de las lesiones que son lesiones superiores, de plexo medio y superior, inferiores y las lesiones mixtas o también llamadas completas, su diagnóstico en base a la clínica y exámenes complementarios, también la secuelas por una LPBO como son trastorno del crecimiento donde hay una disminución de la longitud de la extremidad torácica afectada, limitación en los arcos de movilidad debido a la inmovilidad de las articulaciones y limitaciones funcionales y secuelas paralíticas con un déficit de la función de la parte afectada y el tratamiento de la LPBO. Hace mención que los objetivos de la Rehabilitación que están enfocados en asegurar las condiciones musculares necesarias para la recuperación funcional además del re-entrenamiento tanto motor como sensitivas así como evitar las deformidades que puede ocasionar la inmovilización. Las diferentes técnicas utilizadas en rehabilitación como las movilizaciones pasivas enfocadas en articulaciones como la glenohumeral, codo y muñeca, así como la estimulación sensitiva, higiene postural y el uso de férulas.

Hace referencia a la técnica en rehabilitación llamada “restricción –inducción del

¹¹ Yanes S.V, Sandobal F.E, Camero A.D, Ojeda-D.L. Parálisis braquial obstétrica en el contexto de la rehabilitación física temprana. Medisur [revista en Internet]. 2014 [consultado 2014 Nov 12]; 12(4): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2014/msu144h.pdf>

¹² Cruz P.S. Eficacia de las terapias conservadoras y la toxina botulínica en la parálisis braquial obstétrica [tesis]. Pamplona- Iruña: Universidad Pública de Navarra. Facultad de ciencias de la salud; 2014. [Consultado 2014 Nov 12] Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11984/TFGSandraCruzPedraja.pdf?sequence=1>

movimiento” (CIMT)¹³ en la cual se busca la restricción del movimiento de la extremidad torácica que no presenta lesión y la estimulación del uso de la extremidad torácica afectada durante un periodo de tiempo en el día del 90%.

Rodríguez D.M y Amigo C.P. en su artículo con título “Una mirada a la parálisis braquial obstétrica” hace constatar como en los demás datos específicos de la lesión de plexo braquial y otros datos importantes como son la prevención donde indica que pueden evitarse realizando buenas técnicas obstétricas en factores de riesgo como lo es la macrosomía y mala presentación del producto. Menciona el pronóstico de personas con LPBO donde un 80- 90% de los niños presentan una funcionalidad normal y que aproximadamente 10-20% presentaran secuelas permanentes que dificulten su integración social. Dentro del tratamiento rehabilitatorio los objetivos son mantener la funcionalidad de la extremidad afectada y la prevención de complicaciones musculoesqueléticas. Dentro de las intervenciones en rehabilitación se encuentran el tratamiento postural que con ayuda de los padres se les enseña la protección de la extremidad afectada y cómo deben colocarlo en una posición correcta y evitar la compresión de la extremidad, la movilización pasiva de la articulaciones comprometidas donde indican que constituye una fuente de estímulos propioceptivos importantes para la recuperación de la lesión del nervio¹⁴, las movilizaciones activas donde se trabaja la musculatura que actúan en la posición de la extremidad afectada, los masajes que por sus efectos vasodilatadores facilitan la circulación y evitan contracturas, la estimulación táctil donde se emplea texturas estimulando los receptores sensitivos de la piel, la estimulación de las actividades de la vida donde se le invita al niño que participe en cada una de ellas como lo son el baño o el vestido entre otras, el juego especialmente los que involucran el uso de las manos, terapia ocupacional al realizar actividades de armado-desarmado y pintar entre otras y un punto importante que marca el artículo es la “Rehabilitación comunitaria mediante visitas a domicilio”¹⁵ donde se realiza un seguimiento de la persona en la cual se valora y se recomienda nuevos ejercicios de acuerdo a su evolución.

¹³ IBID

¹⁴ Rodríguez D.M, Amigo C.P. Una mirada a la parálisis braquial obstétrica. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2011 Ago [consultado 2014 Nov 12]; 33(4):509-522. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400013&lng=es

¹⁵ IBID 518

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Conceptualización de la enfermería

En la conceptualización de Enfermería es importante establecer las bases por las cuales se reconoce ésta como una disciplina profesional. Para comprender el sentido de esta denominación, se retoma lo presentado por Ana Luisa Velandia quien cita a Taylor, para afirmar que la profesión se refiere a “todas aquellas ocupaciones que poseen una combinación particular de características tales como: la competencia, la autonomía, el compromiso y la responsabilidad”; y a Styles, quien plantea que la profesión implica “la generación de un conjunto de conocimientos avanzados y destrezas, un sistema de valores elaborado, que es transmitido mediante una formación académica y una socialización profesional amplia”; aunado a estos conceptos, se afirma que “el núcleo de la disciplina profesional, se deriva del sistema de creencias y valores acerca del compromiso social de la profesión, de la naturaleza de sus servicios y del área de responsabilidad para el desarrollo del conocimiento particular”.¹⁶

Es precisamente el ejercer la profesión a partir de un conocimiento específico que es propio de una disciplina, lo que permite establecer la diferencia entre el ejercicio profesional y el ejercicio disciplinar. En el caso de Enfermería, se han planteado los elementos metaparadigmáticos o conceptos esenciales: Enfermería –Cuidado, salud, persona y entorno, como los ejes que permiten establecer lineamientos para comprender el ser, el saber y el quehacer y se acepta que la profesión solo puede avanzar si se asume como una disciplina que analiza, profundiza y crea conocimientos aplicables a un quehacer en forma permanente, reflexiva y crítica. En el contexto de Enfermería, el desarrollo conceptual ha llevado a la construcción filosófica del saber (desarrollo conceptual), el ser (cuidado), y el quehacer (forma como se proporciona el cuidado) de Enfermería

¹⁶ Cabal E.V. y Guarnizo M. Enfermería como disciplina. Rev. Colombiana de Enfermería. [Revista en la internet] 2011 Jul. [citado 2014 Dic 12]; 6(6): 73-81. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen6/enfermeria_disc.pdf

como base para facilitar la comprensión de la Disciplina Profesional.¹⁷

4.2 Paradigmas

Desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describan justamente sus actividades de cuidados al lado de las personas provenientes de diversos lugares. Estas enfermeras, a menudo llamadas enfermeras teorizadoras y meta teóricas han querido delimitar el campo de la disciplina enfermera. Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, Fawcett ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido, que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita. En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina.¹⁸

El paradigma de la categorización, los fenómenos son divisibles en categorías, clases y grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. Aplicando en el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión de enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica. La orientación hacia la salud pública está caracterizada por la necesidad de publicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos comparativos así como por una enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios.¹⁹

El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización

¹⁷ IBID.

¹⁸ Balan G.C. y Franco O.M. Teorías y Modelos de enfermería. 2 ed. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México 2009.

¹⁹ IBID.

reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrado el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. En el contexto que se encuentra una persona en el momento en que aparece una infección influenciará su reacción al agente infeccioso y su respuesta al tratamiento. Múltiples factores son los responsables de esta reacción y, entre ellos, algunos los son más. El paradigma de la integración ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. Según esta orientación, el cuidado va dirigido a mantener la salud de las personas en todas sus dimensiones; salud física, mental y social.

La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de las personas teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación de ayuda. Intervenir significa “actuar con” la persona, a fin de responder a sus necesidades. La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas. Se vuelve una consejera experta que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpretación más armonioso.²⁰

El paradigma de la transformación, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ninguno otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con la unidad global más grande, un mundo que lo rodea. Conocida desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento está ya bien situada en todas las enfermeras del mundo.²¹

Dentro de esta óptica, la persona es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser, entero y único, es indisoluble de su universo. La persona está en relación con su entorno o su medio próximo, ya sea exterior o interior a ella. La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. La salud no es un bien que se posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad. Formando parte de la dinámica de la experiencia humana, la salud “se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular.”²²

²⁰ Balan G.C. y Franco O.M. Teorías y Modelos de enfermería. 2 ed. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México 2009

²¹ IBID. P.p 71.

²² IBID. P.p. 73.

4.3 Teoría de Enfermería.

El modelo de enfermería de Dorothea Orem es utilizado como medio para organizar el conocimiento, las habilidades y la motivación de las enfermeras, necesarios para brindar cuidados a los pacientes, proporciona un marco desde el que contemplar la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.²³

Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas las cuales son las siguientes; 1) teoría del autocuidado, 2) teoría del déficit del autocuidado y 3) teoría de sistemas de enfermería. Las cuales se describen a continuación:

TEORIA DEL AUTOUIDADO

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.

²³ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Fundamentación teórica: Modelo Orem. Universidad Nacional Autónoma de México. [consultado el 12 de diciembre del 2014] Disponible en: http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion_teorica.PDF

4. Prevención de la incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL²⁴

Los requisitos de autocuidado son un componente principal del modelo y constituyen una parte importante de la valoración del paciente.

El término requisito se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado que son los requisitos de autocuidado universal.

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

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD²⁵

Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. El individuo tiene demandas adicionales de cuidados de la salud. La principal premisa es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud.

REQUISITOS DEL DESARROLLO²⁶

²⁴ Balan G.C. y Franco O.M. Teorías y Modelos de enfermería. 2 ed. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México 2009

²⁵ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Fundamentación teórica: Modelo Orem. Universidad Nacional Autónoma de México. [consultado el 12 de diciembre del 2014] Disponible en: http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion_teorica.PDF

Estos requisitos se clasifican en: etapas específicas de desarrollo y condiciones que afectan el desarrollo humano. Algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo estas incluyen:

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

CONDICIONES QUE AFECTAN EL DESARROLLO HUMANO²⁷

El segundo grupo de requisitos de autocuidado del desarrollo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. Este requisito de autocuidado del desarrollo tiene 2 subtipos:

- El primer subtipo se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de las condiciones adversas.
- El segundo subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes (o potenciales) de una condición particular. Las consideraciones relevantes incluyen:
 1. Deprivación educacional.
 2. Problemas de adaptación social.
 3. Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
 4. Pérdida de posesiones o del trabajo.
 5. Cambio súbito en las condiciones de vida.
 6. Cambio de posición, ya sea social o económica.
 7. Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
 8. Enfermedad terminal o muerte esperada.
 9. Peligros ambientales.

VISION GENERAL DE LOS REQUERIMIENTOS DE AUTOCUIDADO²⁸

²⁶ Balan G.C. y Franco O.M. Teorías y Modelos de enfermería. 2 ed. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México 2009

²⁷ Balan G.C. y Franco O.M. Teorías y Modelos de enfermería. 2 ed. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México 2009

²⁸ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Fundamentación teórica: Modelo Orem. Universidad Nacional Autónoma de México. [consultado el 12 de diciembre del 2014] Disponible en: http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion_teorica.PDF

Desde una perspectiva general, los individuos capaces de hacerse cargo de su propio autocuidado pueden:

- I. Apoyar a los procesos vitales, físicos, psicológicos y sociales esenciales
- II. Mantener la estructura y funcionamiento humano.
- III. Desarrollar plenamente su potencial.
- IV. Prevenir las lesiones o enfermedades.
- V. Curar o regular la enfermedad (con ayuda apropiada).
- VI. Curar y regular los efectos de la enfermedad (con ayuda apropiada)

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO²⁹

El déficit debe contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen.

El déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en los que las capacidades de autocuidado, debido a las limitaciones existentes, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico.

El déficit de autocuidado se identifica como completo cuando no hay capacidad para satisfacer la demanda de cuidado terapéutico; o parciales que pueden ser extensos o limitarse a una incapacidad de satisfacer uno o varios requisitos de autocuidado dentro de la demanda de cuidado terapéutico.

TEORÍA DE SISTEMA DE ENFERMERÍA³⁰

Enfermería es la acción realizada por las enfermeras en beneficio de otros para alcanzar objetivos de salud específicos. Sistema de enfermería se denomina a la manera y el contexto en los que la enfermera y el paciente interactúan.

Los elementos básicos constituyentes de un sistema de enfermería son:

²⁹ Balan G.C. y Franco O.M. Teorías y Modelos de enfermería. 2 ed. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México 2009

³⁰ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Fundamentación teórica: Modelo Orem. Universidad Nacional Autónoma de México. [consultado el 12 de diciembre del 2014] Disponible en: http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion_teorica.PDF

- La enfermera.
- El paciente o grupo de personas.
- Los acontecimientos ocurridos incluyendo, las interacciones con los familiares y amigos.

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería:

1. Totalmente compensatorio: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

El papel de la enfermera en los sistemas de enfermería totalmente compensatorio es:

- I. Compensar las incapacidades para el autocuidado que pueda tener el paciente.
 - II. Apoyar y proteger al paciente mientras le proporciona un entorno apropiado para cultivar las capacidades de autocuidado existentes y reforzar el desarrollo de otras nuevas.
2. Parcialmente compensatorio: La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.

El papel de la enfermera en el sistema de enfermería parcialmente compensatorio incluye:

- I. Realizar algunas medidas de autocuidado por el paciente.
- II. Compensar cualquier limitación del autocuidado que pueda tener el paciente.
- III. Ayudar al paciente según requiera.

Este sistema de enfermería también otorga algunas responsabilidades al paciente, incluyendo:

- I. Realizar algunas medidas de autocuidado (se espera que los pacientes se impliquen en la tarea de cuidar de sí mismos cuando

- son capaces de hacerlo).
- II. Aceptar cuidados y ayuda por parte del equipo de enfermería cuando sea apropiado.
3. Soporte-educación: Este sistema de enfermería sería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería.

El papel de la enfermera en el sistema de soporte-educacional incluye:

- I. Se limitará a ayudar a tomar decisiones
- II. Comunicar conocimientos y habilidades al paciente.
- III. Requerir que la enfermera enseñe al paciente, o que modifique el entorno para ayudar al aprendizaje quizá.

4.4 Proceso de Enfermería.

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

Los objetivos son:

- Permite a la persona participar en su propio cuidado.
- Garantiza la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales.
- Ofrece atención individualizada continua y de calidad.
- Ayuda a identificar problemas únicos de la persona.

El proceso de atención enfermería³¹ incluye 5 pasos los cuales son los siguientes:

1. Valoración: Consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación, la entrevista, el examen físico céfalo-caudal basados en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud –enfermedad de la persona. Partiendo de esta recolección de información se obtiene datos subjetivos que hacen referencia a lo que indica verbalmente la persona y datos objetivos que son los aspectos que se valoran en la persona. En esta fase de recopilación de información de la persona se organizan los datos

³¹ Balan G.C. y Franco O.M. Teorías y Modelos de enfermería. 2 ed. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México 2009

obtenidos de los cuales se identifican los déficits de la persona y se jerarquizan en base a las prioridades de cada una de ellas.

2. **Diagnostico de enfermería:** Estuvo en su estado embrionario incluido en la fase de valoración en forma de establecimiento de conclusiones sobre los datos provisionales o definitivos. El diagnostico de enfermería real se compone de tres partes que son el problema, el factor relacionado o la causa del mismo y los datos objetivos y subjetivos que indican su presencia. Diagnostico de riesgo describe respuestas humanas a situaciones de salud/ procesos vitales que pueden desarrollarse a un futuro próximo en una persona y solo está constituido por las dos primeras partes del diagnóstico esto es el problema y el factor de riesgo causal. Por su parte los diagnósticos de salud son un juicio real que se emite en una situación de salud pero que podrían alcanzar un nivel mayor.
3. **Planificación:** En esta etapa se incluye la planificación de intervenciones de enfermería con fundamento científico con el objetivo de reforzar las respuestas saludables de la persona, para impedir, reducir o corregir las respuestas insanas. El segundo componente es el desarrollo de los resultados o denominados objetivos. Estos objetivos son los propuestos por la persona y su formulación deriva en los resultados que él desea obtener y el segundo objetivo son los planteados por el enfermero y su formulación deriva de la respuesta humana identificada en el diagnostico enfermero al tener que estar centrados en la persona, ya que su propósito es el de construirse como criterios para la evaluación del grado en la que la respuesta humana ha sido impedida, modificada o corregida y así valorar la calidad de los cuidados de enfermería.
4. **Ejecución:** Las intervenciones enfermeras suelen clasificarse en dependientes, interdependientes e independientes y se centran en las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud de la persona. Mientras que el primer tipo de intervenciones son aquellas que el profesional de la enfermería ejecuta el tratamiento facultativo, las interdependientes son llevadas a cabo junto con otros profesionales del equipo de salud, y las independientes de enfermería son aquellas actividades que puede realizar las enfermeras sin necesidad de una orden medica. Esto se lleva a cabo mediante la realización de un cronograma de actividades de enfermería donde se registrarán las intervenciones a realizar en un lapso de tiempo.
5. **Evaluación:** Es la fase donde se determina la calidad de los cuidados prestados, obliga a la revisión de todos y cada uno de los pasos

establecidos por el Proceso de Enfermería y permite apreciar tanto los progresos experimentados por la persona como la adecuación de las intervenciones. Para que la evaluación sea objetiva se incluyen indicadores; un indicador es una medida cuantitativa que se utiliza como guía para controlar y valorar la calidad de aspectos importantes de la práctica asistencial. Nos dan la posibilidad de comparación al disponer de estándares de cumplimiento que nos determinan si los resultados obtenidos en nuestro servicio son correctos o no, y nos permiten realizar acciones de mejora.³²

V. METOLOGÍA

5.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso.

El diseño de estudios de casos como parte de una estrategia investigativa busca dar respuesta a una pregunta de investigación que permite usar diferentes métodos para hacer constantes comparaciones múltiples. En síntesis, los estudios de casos son usados por los investigadores y tienen un potencial de utilidad en situaciones y contextos de enfermería y salud. Los investigadores en salud, como en la disciplina de enfermería, han incursionado en los Estudios de Casos (EC) desde hace más de una década, tanto desde escenarios cuantitativos como cualitativos, lo que implica que a veces se entrecrucen perspectivas epistemológicas y metodológicas. El Estudio de Casos ha sido usado en una variedad de disciplinas como un detallado examen de un fenómeno único (caso) dentro del contexto de la vida real y consiste en una investigación en profundidad de un caso usando diferentes perspectivas y métodos para investigar los fenómenos sociales.³³

En resumen, los EC con tradición o perspectiva cualitativa pueden distinguirse como una investigación profunda y única de un hecho social y la unidad de análisis permanece en el objeto único, otorgando al investigador una perspectiva holística de una situación real en su propio contexto.³⁴

³² Abuye N.O, y Marcos M.P. Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro. Rev. Enfermería Global. [revista en la internet] Abril 2012. [consultado 2015 Jul. 29] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/administracion3.pdf>

³³ Urra M.E., Nuñez C.R., Retamal V.C., Jure C.L. Enfoques de estudio de caso en la investigación de enfermería. Rev. ciencia y enfermería [revista en la internet] 2014. [consultado 2014 Dic 12]: XX (1): 131-142. Disponible en: <file:///C:/Users/casa/Downloads/est%20casoo.pdf>

³⁴ IBID. p.134.

5.2 Selección del caso y fuentes de información

Se realizó la selección de un paciente del sexo femenino con diagnóstico de lesión del plexo braquial obstétrico en el periodo del 3 al 5 de noviembre del 2014, la cual acudía al servicio de Gimnasio del Instituto Nacional de Rehabilitación para el tratamiento de su extremidad torácica derecha la cual se encuentra afectada. Se les explico el objetivo del estudio del caso y los beneficios del mismo a la paciente y familia, los cuales accedieron firmando el consentimiento informado.

Como fuentes de información se contó con la ayuda de su familia; padre, hermana y sobrinos, los cuales presentaron gran disposición para la obtención de información respecto al estado de salud de la persona., se realizo interrogatorio directo y la exploración física en diversos momentos, se conto con fuentes de información secundarias como lo fue la familia, revisión del expediente clínico, artículos científicos, textos y revistas.

Trascendencia

En la revisión de la literatura científica se puede observar que hay escaso material que hable o trate este tema propiamente de la disciplina enfermera, mientras existe un número importante de material de la disciplina medica, por lo tanto el presente estudio de caso puede servir como referente a otros profesionales de la salud, como es el caso del especialista de enfermería en rehabilitación, en el manejo de personas que presenten lesión de plexo braquial obstétrico; por otro lado, dada la relevancia que tiene enfrentar esta discapacidad para las personas, se pretende que el paciente en cuestión logre su reinserción a sus actividades de la vida diaria.

Una de las metas importantes en este Estudio de Caso es que el profesional de Enfermería vea a la persona como un ser biopsicosocial y espiritual y no sólo enfocándolo en el aspecto físico sino en el emocional ya que este adquiere gran relevancia para obtener mejores resultados en su rehabilitación.

A manera personal, es una oportunidad de adquirir habilidades, experiencia y práctica del manejo rehabilitatorio integral en personas que presentan esta discapacidad y hacer hincapié en la realización de artículos enfocados en su cuidado.

Magnitud

No existen datos precisos sobre la incidencia estadística de las lesiones traumáticas de plexo braquial pero normalmente son consideradas raras.³⁵

Con razón de éste caso es importante mencionar la magnitud de esta lesión como consecuencia de un trauma obstétrico; sin embargo los estudios al respecto son escasos.

Según la Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Lesión Obstétrica de Plexo Braquial, 2012; la lesión de plexo braquial obstétrico (LPBO) es un problema común a nivel mundial tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, la incidencia es de 1 a 3 por 1000 nacidos vivos.³⁶

En México se ha reportado una incidencia de 0.37-0.87 por cada 1000 nacimientos, actualmente se reportan 45 casos a nivel Nacional.

A pesar del incremento del número de cesárea a nivel mundial y la aplicación de medidas de capacitación preventivas del personal médico y parteras la incidencia no se ha modificado en los últimos 10 años.

Con lo anterior es importante resaltar que no son sólo las estadísticas lo importante si no las consecuencias que conlleva esta lesión, los pacientes afectados presentan en su mayoría alteración y limitación funcional con grave peso no sólo físico si no también psicológico, social e incluso laboral.

Factibilidad

La realización del presente estudio de caso se facilitó debido a la disposición de la persona y de la familia para las visitas domiciliarias, y para la aplicación de intervenciones especializada.

Se le indicó a la paciente y su familia el número de visitas por mes y se un fijó horario para que no interviniera con sus actividades escolares, labores y del hogar, las visitas fueron realizadas con la mejor disposición de la paciente y familia ya que presentaron gran interés.

³⁵ Garozzo D. Las lesiones de plexo braquial. Cómo diagnosticarlas y cuándo tratarlas. Rev. Orthotips [revista en la internet]. 2012 Mar [consultado el 2014 Dic 12]; 8(1): 7-16. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2012/ot121c.pdf>

³⁶Secretaría de Salud. Diagnóstico y tratamiento de la lesión obstétrica del plexo braquial en niños y niñas de 0 a 15 años en el 2° nivel de atención. México, 2012. [Consultado 2014 Dic 12] Esta guía puede ser descargada de Internet en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/565_GPC_Lesiondelplexobraquial/DIF-565-12-ER-Lesixndelplexobraquial.pdf

La distancia y el tiempo de recorrido hacia su casa son cortos ya que se encuentra ubicada dentro de una avenida principal y los trasportes son accesibles.

Durante el periodo de selección, la persona acudía al Instituto Nacional de Rehabilitación al área de terapia física; sin embargo en casa no llevaba a cabo su tratamiento, es por ello que el apego al tratamiento es uno de los objetivos que sin duda ayudarán a la persona a mejorar su calidad de vida.

5.3 Consideraciones éticas

La aplicación de cuidados de salud con calidad y eficiencia ha situado en primera línea la práctica profesional de la enfermería basada en evidencias y en la investigación sistemática que trata de aportar nuevos conocimientos en beneficio de los pacientes, las familias y las comunidades. La investigación de enfermería se inserta y se relaciona con las investigaciones biomédicas, clínicas y de la salud pública, en cualquiera de ellas hay implicación de seres humanos, por lo que, se deben tener en cuenta para su desarrollo los principios éticos.³⁷

Los principios éticos de enfermería son los siguientes:³⁸

Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se conoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones

Consideraciones con las personas³⁹

³⁷ Martínez T.N. La ética y la investigación en enfermería. Rev. Cubana de Enfermería. [revista en la internet]. 2010 Mar. [consultado 2014 Dic 12]; 26(1):18-29. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_1_10/enf060110.pdf

³⁸ Secretaría de salud. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. Cruzada Nacional por la Calidad. [consultado 2014 Dic 12]. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/DOCUMENTOSCON SULTA/10.pdf>

Las áreas a revisar antes de iniciar la investigación para reducir los riesgos en las personas y teniendo siempre presente que la relación profesional de enfermería con la persona debe fundamentarse en el respeto a la dignidad humana, siempre dentro de un esquema holístico, su máxima defensa es el bienestar social, implícito en el fomento y preservación de la salud a través de acciones tendientes a satisfacer las exigencias sanitarias y sociales de la comunidad que nos ocupe, por tanto deberemos atender a los siguiente:

- Consentimiento informado
- Confidencialidad
- Protección de datos
- Derecho a retirarse
- Beneficios potenciales
- Riesgos potenciales

Antes que las personas sean reclutadas para una investigación deben ser informadas sobre los objetivos de la investigación, sus beneficios y potenciales riesgos dando su consentimiento voluntariamente.

En ningún momento el individuo se sentirá coaccionado a participar en un estudio, o ser indebidamente persuadidos por la promesa de una recompensa. Las personas deben ser conscientes de los riesgos que puedan ocurrir como resultado de su participación en la investigación.

Consentimiento informado:

El Consentimiento informado es la forma que tiene la Ley de garantizar el derecho a la información de todo individuo que va a ser sometido a una exploración que implica un riesgo para el mismo, la manera de asegurar que previamente ha existido una ocasión comprobable de ejercer éste derecho.

El principio ético general en el que se basa el consentimiento informado es que toda persona debe ser considerada libre y competente para decidir sobre su integridad y, por tanto, poder intervenir activamente en las decisiones clínicas que le atañen.⁴⁰ Es por tanto un principio ético que cristaliza en exigencia legal y es la expresión máxima de la autonomía del paciente.

³⁹ Bermúdez G.A, Cárdenas J.M, Fernández G.V, Matus M.R, Pérez C.I, Olvera A.S, et al. Principios éticos para la investigación en la ENEO. Comité de Investigación. 2013. [consultado 2014 Dic 12] Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/novedades/ENEO-UNAMprincipiosEticosInvestigacion.pdf>

⁴⁰ Pérez C.G, Mañas S.A, Guardia M.N, Cap. II. Preparación del paciente y cuidados generales. Información del procedimiento. consentimiento informado. Barcelona. [consultado 2014 Dic 12]

Para el presente estudio de caso se firmaron dos tipos de consentimiento informado el día 6 de Noviembre, uno para la aceptación y participación de la persona en el estudio de caso y otro para uso de equipos de video y fotografía (VER ANEXOS 1 y 2).

Los derechos de los pacientes⁴¹ son los siguientes:

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Derechos generales de las enfermeras y los enfermeros⁴²:

1. Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
3. Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.

Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/hemo/hemo_08.pdf

⁴¹ Gobierno del estado de México. Comisión de conciliación y arbitraje medico: Carta de los derechos de los pacientes. 2014 .[consultado 2014 Dic 12] Disponible en: <http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/cartapacientes.htm>

⁴² Ruiz P.R. La carta de los derechos generales de las enfermeras y los enfermeros. Rev. Méx. Cardiología. [revista en la internet] 2006 Jun. [consultado 2014 Dic 16]; 14(1):33-35. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en061g.pdf>

5. Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.
7. Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.
8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.
9. Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.
10. Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 Descripción del caso

Nombre: E.S.U.

Edad: 21 años

Domicilio: Andador Dolores Jiménez Lote 23, colonia Carmen Serdán. Delegación Coyoacán. México, Distrito Federal.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Paciente femenino de 21 años de edad acude al servicio de consulta externa de rehabilitación de mano con diagnóstico de lesión de plexo braquial derecho al momento del nacimiento por trauma obstétrico y uso de fórceps, sufre hipoxia al nacer y desconoce tratamiento inicial, solo sabe que estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos. Refiere la hermana que recibió tratamiento conservador con rehabilitación hasta los 3 años de edad, niega tratamiento quirúrgico, refiere que desde entonces no ha recibido ningún tratamiento.

6.2 Antecedentes generales de la persona

ANTECEDENTES HEREDOS FAMILIARES

- Madre diabetes mellitus (finada).
- Padre con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

- Toxicomanías negadas.
- Tabaquismo y consumo de alcohol negados.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

- Trauma obstétrico e hipoxia al nacer con fractura de brazo izquierdo y lesión de plexo braquial obstétrico en brazo derecho.
- Alérgico a la penicilina.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉRICOS

- Menarca a los 12 años
- Menstruación cada 28 días con duración de 6 días.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 Valoración.

VALORACIÓN INICIAL REALIZADA EL 6 Y 7 DE NOVIEMBRE DEL 2014

1. FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BÁSICO

Paciente adulta joven del sexo femenino con edad de 22 años aparente a la cronológica.

Soltera, de religión católica, actualmente estudiante del 2º semestre de la preparatoria,

Refiere no sentirse satisfecha con el rol asumido ya que le gustaría trabajar.

No le gusta el concepto de sí misma desde los 12 años y sigue igual hasta la actualidad.

Sus costumbres y tradiciones van ligadas a las festividades de la religión católica.

En el sistema familiar su padre es quien asume el rol de jefe de familia y quien aporta económicamente todo, su hermana mayor vive con ellos y asume el rol de cuidadora ya que su madre falleció hace 5 años de complicaciones de Diabetes Mellitus.

Las expectativas de la familia ante su enfermedad es que mejore y animarla.

Los valores que rigen en su familia son el respeto y cariño.

Refiere que no le gusta expresar sus sentimientos a su familia.

Su patrón de vida habitual consta de bañarse sola, ir a la escuela, abrir el negocio (cyber café) al llegar a casa y lavar los trastes.

Vive en casa propia, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios y tiene barreras arquitectónicas; su casa cuenta con 2 escaleras sin barandales.

No cuenta con seguro de salud, pero la familia cuenta con los recursos económicos para satisfacer las necesidades familiares.

2. REQUISITOS DE AUTOCAUIDADO UNIVERSALES

1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

Sin alteraciones.

2. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA

Consumo de 1 a 1 ½ litros al día o menos, bebe refrescos y jugos 2 veces a la semana.

3. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

Realiza 3 comidas (desayuno 10 am, comida 4-5 pm y cena 11 pm) con un tiempo de ingesta de 10-20 minutos, no ingiere colaciones por lo que existe un tiempo prolongado de ayuno, indica consumo diario de comida chatarra como pan, chocolates, galletas y consumo de verduras solo 2 veces a la semana.

4. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE EILIMINACIÓN Y LAS EXCRETAS.

En ocasiones presenta molestias para evacuar (estreñimiento) aunque refiere evacuar 2 a 3 veces al día de cantidad moderada y consistencia solida Escala de BRISTOL 3 (VER ANEXO 3).

Higiene bucal dos veces al día con incorrecta técnica de cepillado de dientes.

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Presenta limitación para peinarse y agarrar objetos pesados.

Regularmente duerme 5 horas refriendo sentirse cansada al despertar y dificultad ocasional para conciliar el sueño

De acuerdo al índice de BARTHEL (VER ANEXO 4) tiene un puntaje de 90/105 para la realización de sus actividades de la vida diaria con limitación para el vestido y el arreglo personal y una puntuación de 7/8 en la escala de LAWTON (VER ANEXO 5) para las actividades instrumentales de la vida diaria con limitación para la preparación de la comida ya que no lleva una dieta adecuada.

No realiza ningún ejercicio físico y refiere preferencia por actividad de bajo esfuerzo; pasa gran parte del día sentada frente a la computadora.

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL

Se considera tímida, penosa e insegura para las relaciones humanas y no hace nada para resolverlo. Indica presentar temor e inseguridad al estar con otras personas.

Refiere que no hacer lo que ella quisiera le provoca tristeza.

No pertenece a ningún grupo social.

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

Presenta astigmatismo y por indicación verbal de la paciente menciona que usa lentes en la escuela.

Presenta alteraciones en la sensibilidad (hipoestesia) en antebrazo y mano derecha.

Los accidentes que sufre en su casa son caídas y quemaduras con la estufa (ocasionalmente).

Nunca explora su cuerpo para detectar problemas de salud.

Presenta falta de atención al realizar las cosas.

Escasa implicación en su rehabilitación.

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

Menciona que no le gusta su físico, debido a su brazo.

Refiere que quería cambiarse a los mormones pero su padre no la dejó.

Respecto a las creencias sobre la vida menciona que ésta es muy difícil y solo es bonita si se sabe vivir (refiere no saber vivir) y la muerte algo muy triste.

Nunca ha recibido tratamiento psicológico.

3. REQUISITOS DE AUTOCAUIDADO DEL DESARROLLO

Adulta joven, con lesión de plexo braquial derecho.

Se han presentado cambios en las condiciones de vida como el no poder trabajar de manera formal dificultad para el estudio y falta de memoria.

4. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Conoce muy poco acerca de su patología; solo reconoce que fue un trauma al momento de nacer.

Reconoce la cirugía, el ejercicio y el uso de la férula como tratamiento.

RESUMEN EXPLORACION FISICA

1. Datos generales antropométricos

Pesa actualmente 64 kg, mide 158 cm presentando un índice de masa corporal de 25.63 indicando sobrepeso.

2. Signos Vitales

Pulso: 72 Temperatura: 36.5

Respiraciones: 19 T/A: 100/60 mmHg

3. Inspección general

Edad concordante a la cronológica, alerta y orientada en tiempo, espacio y persona, actitud somática libre.

Lleva adecuadamente las fases de la marcha, sin embargo en puntas y talones ésta es deficiente. No utiliza ningún implemento para la marcha.

La piel se encuentra con coloración rubicunda generalizada, facie ansiosa.

Su biotipo es normolíneo.

Su lenguaje es deficiente ya que no forma frases complejas.

En relación a la postura presenta proyección de las escapulas, aumento de la curvatura dorsal, prominencia del abdomen y basculación anterior de la pelvis, desplazamiento lateral derecho del cuerpo, desnivel de ambos hombros y escápulas.

EXPLORACION FÍSICA CEFALOCAUDAL

Cráneo normo céfalo con adecuada implantación de cabello; no presenta alteraciones en cara.

Presenta caries dental parcial en molares y sarro dental en incisivos.

Pares craneales sin alteraciones excepto espinal con fuerza muscular en trapecio y esternocleidomastoideos de 3/5.

Tórax Endomórfico.

MIEMBROS TORÁVICOS: Asimétricos, el miembro torácico derecho presenta acortamiento de 4 cm e hipotrofia de músculos, articulación del codo derecho en actitud de flexión de 60°.

Reflejos tricipital hiporreflèxicos y bicipital se encuentran normorreflèxico en extremidad derecha mientras que el radial se encuentra hiporreflexicos.

Presenta alteración de la sensibilidad (hipoestesia) en extremidad torácica derecha especialmente en zona de antebrazo y mano

Miembros pélvicos no presentan alteraciones.

EXAMEN MANUAL MUSCULAR

El examen manual muscular para extremidades torácicas se encuentra alterado por lo que se presentan los resultados de manera bilateral para apreciar de modo comparativo las limitaciones. El examen manual muscular se realizo utilizando la escala de valoración de fuerza muscular con la escala de DANIELS (VER ANEXO 6).

Músculos del cuello: 4/4, músculos del hombro: 3/4, Músculos del codo: 3/4, Músculos de muñeca: 3/5, Músculos de los dedos: extensor común de los dedos: 0/5, extensor propio del índice: 3/5, extensor propio del meñique: 0/5, flexor común de los dedos: 2/5, flexor común superficial de los dedos: 2/5, Lumbricales mediales y laterales: 0/5, interóseos dorsales: 0/5, abductor del meñique: 0/5, Oponente del meñique: 0/5, Interóseo palmar: 0/5, Extensor corto del pulgar: 0/5, Extensor largo del pulgar: 2/5, Flexor corto del pulgar: 2/5, Flexor largo del pulgar: 2/5, Abductor largo del pulgar: 2/5, Abductor corto del pulgar: 2/5, Aductor del pulgar: 2/5, Oponente del pulgar: 2/5.

En cuanto a la extremidad Músculos de la cadera: 4/4, Músculos de la rodilla 4/4, Músculos del pie: 4/4.

ARCOS DE MOVILIDAD

Cuello con flexión y rotación lateral derecha normal, extensión (22°), rotación lateral izquierda (54), inclinación lateral derecha e izquierda (24/22) se encuentran limitados.

Región lumbar flexión 40°, extensión 16°, inclinación izquierda 24° e inclinación derecha 20° se encuentra limitados.

Hombros; abducción: 110°/172°, aducción: 6°/30°, flexión: 50°/ 180°, extensión: 10° asistido/ 28°, rotación interna: 60°/90°, rotación externa: 90° por actitud/ 50.

Codos; flexión: 60°/138°, extensión: -30°/0°, pronación: 0°/90°, supinación: 0°/90°.

Muñeca; flexión: 70°/54°, extensión: 22°/72°, desviación radial: 10° asistido / 10°, desviación cubital: 30° asistido/ 38°.

Mano; Flexión MCF: derecha se encuentra limitados de la primera hasta la quinta metacarpo-falángica los valores son: 40°, 48°, -68° -68° y -20°. Izquierda se encuentran arcos de completos. Extensión MCF: El 3er, 4to y 5to se encuentran en actitud de extensión 68°, 68° y 20 correspondientemente por lo que a la extensión asistida aumenta 10°, 1ro y 2do normales de 10° ambos.

Flexión de IFP: Mano derecha del 1ro al 5to son de 70°, 90°, 100°, 90° y 90°. Mano izquierda se encuentran completas.

Extensión de IFP: Mano derecha del 3er, 4to y 5to se encuentran -100, -90 y -90. Mano izquierda completas.

Cadera; flexión: 86°/87°, extensión: 8°/8°, abducción: 44°/44°, aducción: 18°/18°, rotación interna: 30°/ 32°, rotación externa: 60°/ 60°.

Rodilla; rango de movilidad completas.

Tobillo; rango de movilidad completas.

7.1.1 Valoración focalizada.

VALORACIÓN REALIZADA EL DÍA 18 DE ABRIL DEL 2015

1. FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BÁSICO

Nombre: E.S.U

Paciente adulto joven del sexo femenino con edad de 22 años aparente a la cronológica.

Soltera, de religión católica, actualmente estudiante del 2º semestre de la preparatoria,

2. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE

Sin alteraciones.

2. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA

Consumo de 1 ½ litros al día, bebe refresco 1 vez a la semana.

3. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

Realiza 3 comidas al día (desayuno 9 am, comida 4-5 y cena 9 pm), con tiempo de ingesta de 30 minutos, ocasionalmente ya ingiere colaciones de fruta y en menor cantidad consumo de comida chatarra aproximadamente 2 veces a la semana.

4. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE EILIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS

Higiene bucal dos veces al día con mejora en la realización de la técnica de cepillado de dientes.

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Presenta limitación para peinarse y agarrar objetos pesados.

Actualmente duerme de 7 a 8 horas diarias refiriendo sentir mejor descanso durante el día.

De acuerdo al índice de BARTHEL tiene un puntaje de 90/100 para la realización de sus actividades de la vida diaria con limitación para el arreglo personal (peinado) y vestirse y desvestirse (ponerse los zapatos y amarrarse las agujetas) una puntuación de 7/8 en la escala de LAWTON para las actividades instrumentales de la vida diaria.

No realiza actividad física.

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL

Se considera tímida, penosa e insegura para las relaciones humanas y no hace nada para resolverlo. Indica presentar temor e inseguridad al estar con otras personas.

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

Sensibilidad no valorable por presencia de yeso Ante- braquipalmar

La paciente presenta aumento de su vocabulario sin embargo aun requiere ayuda para completar frases.

Presenta alteración de la memoria.

Disminución de la atención.

Escala MINIMENTAL O MEC DE LOBO (VER ANEXO 7) con indicativo de discreto déficit.

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

Menciona que no le gusta su físico, debido a su brazo.

No le gusta el concepto de sí misma desde los 12 años y sigue igual hasta la actualidad.

Refiere no sentirse satisfecha con el rol asumido aunque actualmente trabaja en un cyber café familiar.

Refiere que no le gusta expresar sus sentimientos a su familia.

De acuerdo a la escala de HAMILTON (VER ANEXO 8) presenta depresión moderada con puntaje de 18.

Refiere cuidador primario que no recibió atención psicológica previa a la cirugía ni durante su estancia después de la operación.

Presenta 28 puntos en la escala de autoestima de ROSENBERG (VER ANEXO 9) lo que indica autoestima media.

3. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

Adulta joven, con lesión de plexo braquial derecho.

El día 27 de Marzo del 2015 es sometida a cirugía de transferencia de flexor carpi radialis a extensores carpi radialis + artrodesis metacarpo falángica con placa de 2.0 a pulgar de la mano derecha.

4. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Presencia de caries en molares y sarro en incisivos.

Conoce acerca de la patología y de las medidas sin embargo no realiza los ejercicios adecuadamente.

Además no fue orientada por parte de los médicos acerca del pronóstico de la cirugía ya que ella expresa haber tenido otra idea acerca del resultado; creyó que a partir de ésta ella podría moverse normal.

Se le recomendaron la realización de aditamentos para cubrir las necesidades de de sus actividades de la vida diaria como el de arreglo personas (peine de mango largo) y no lo utiliza. Se implemento el calzador de mango largo el cual fue de gran ayuda para la paciente ya que lo utiliza.

RESUMEN EXPLORACION FISICA DEL DÍA 18 DE ABRIL DEL 2015

1. Datos generales antropobiométricos

Pesa actualmente 62. 800 kg, mide 158 cm presentando un índice de masa corporal de 25. 15 indicando sobrepeso; sin embargo el dato es menor que el anterior.

2. Signos Vitales

Pulso:	68	Temperatura:	36.5
Respiraciones:	19	T/A:	100/60 mmHg

3. Inspección general

Edad concordante a la cronológica, alerta y orientada en tiempo, espacio y persona, actitud somática libre.

En relación a la postura presenta proyección de las escapulas, aumento de la curvatura dorsal, prominencia del abdomen y basculación anterior de la pelvis, desplazamiento lateral derecho del cuerpo, desnivel de ambos hombros y escápulas.

EXPLORACION FÍSICA CEFALOCAUDAL

Presenta caries dental parcial en molares y sarro dental en incisivos.

Tórax Endomórfico.

MIEMBROS TORÁVICOS: Asimétricos, el miembro torácico derecho presenta acortamiento de 4 cm e hipotrofia de músculos, articulación del codo derecho en actitud de flexión de 50°, presencia de yeso antebraquial del miembro torácico derecho con estado neurovascular distal sin alteraciones.

Reflejos tricipital y bicipital se encuentran hiperrefléxicos en extremidad izquierda mientras que en el contralateral no valorables.

EXAMEN MANUAL MUSCULAR

Músculos del cuello: 4/4, músculos del hombro: 3/4, Músculos del codo: 3/4, Músculos de antebrazo, muñeca y dedos no valorables por colocación de yeso ante- braquipalmar.

ARCOS DE MOVILIDAD

Cuello con extensión (25°), rotación lateral izquierda (54°), inclinación lateral derecha e izquierda (24/24°).

Hombros; abducción: 110°/172°, aducción: 6°/30°, flexión: 50°/ 180°, extensión: 10° asistido/ 28°, rotación interna: 60°/90°, rotación externa: 90° por actitud/ -50.

Codos; flexión: 50°/138°, extensión: -30°/0 limitadas, prono-supinación no valorables por presencia de yeso ante-braquipalmar.

Muñeca, mano y dedos no valorables por presencia de yeso ante-braquipalmar.

7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete.

No aplica.

7.1.3 Jerarquización de problemas identificados el 6 de noviembre de 2014.

1. Fuerza muscular disminuida en ambos brazos 0, 2,3/4.
2. MTD con acortamiento de 4 cm e hipo trófico.
3. Postura alterada (presenta una curvatura dorsal y desplazamiento lateral derecho del cuerpo y desnivel de las escapulas)
4. Arcos de movilidad disminuidos de predominio en miembro torácico derecho: Arcos de movilidad: codo flexión 60°/138°, extensión -30°/0° y muñeca flexión 70°/54°, extensión 22°/72°, en mano arcos de movilidad de articulaciones de los dedos se encuentra a partir del 3er al 5to dedo limitadas.) articulación del codo en actitud del flexión
5. BARTHEL 90/100 a expensas de limitación de arreglo personal (peinarse) y el vestido.
6. LAWTON 7 a expensas de limitación de preparación de comida.
7. Hipoestesia en antebrazo y mano derecha.
8. Presencia de lesiones cutáneas (quemaduras)
9. No se gusta.
10. Timidez, Inseguridad, temor y tristeza.
11. No se siente satisfecha con su rol.
12. Sobre-peso IMC 25.63.
13. Consumo diario de alimentos de bajo contenido nutrimental (galletas, papas y chocolates).
14. Consumo de refrescos y jugos.
15. Ayunos prolongados, alrededor de 6 horas entre alimentos.
16. Consumo de alimentos en un tiempo de 10 minutos.
17. Sedentarismo crónico.
18. Consumo de agua menor a un litro en 24 horas.
19. Características de la evacuación BRISTOL DE 3, por indicación verbal menciona que son solidas presenta molestias para evacuar.
20. Mala técnica de cepillado dental.
21. No realiza el cepillado dental de forma regular.
22. Caries parcial en molares y presencia de sarro en incisivos.
23. Duerme 5 horas.
24. Presenta cansancio al despertar.
25. Dificultad para conciliar el sueño.
26. Lenguaje deficiente (no forma frases complejas).
27. Falta de atención al realizar sus cosas.
28. Alteración de la memoria.
29. Presenta problemas para el estudio, falta de memoria y su lenguaje es deficiente ya que no formula frases complejas.

30. Barrera arquitectónica (no cuenta con barandales las escaleras).
31. Accidentes en casa (caídas y quemaduras).
32. Falta de implicación en su rehabilitación.
33. Desconocimiento de su patología y cuidados (reconoce tratamientos como cirugía, férula y rehabilitación).
34. Escasa implicación en su rehabilitación.
35. Insatisfacción de su religión.

JERARQUIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS EL 18 DE ABRIL DEL 2015

1. Presenta una autopercepción negativa ya que no le gusta su físico.
2. Inseguridad, timidez, pena.
3. Escala de autoestima ROSEMBERG presenta una autoestima baja.
4. Poca interacción social, también se presenta ansiosa y con facies de tristeza.
5. Falta de implicación en el tratamiento rehabilitador (no realiza los ejercicios sugeridos por indicación verbal).
6. No realiza la terapia adecuadamente.
7. Escala de depresión HAMILTON presenta depresión moderada.
8. MTD con presencia de hipotrofia y acortamiento de 4 cm
9. Fuerza muscular de MTD disminuida DANIELS 3/5
10. Articulación del codo derecho en actitud de flexión de 50°.
11. Arcos de movilidad disminuidos cuello con extensión (25°), rotación lateral izquierda (54°), inclinación lateral derecha e izquierda (24/24°); Hombros; abducción: 110°/172°, aducción: 6°/30°, flexión: 50°/ 180°, extensión: 10° asistido/ 28°, rotación interna: 60°/90°, rotación externa: 90° por actitud/ -50. ; Codos; flexión: 50°/138°, extensión: -30°/0 limitadas, prono-supinación no valorables por presencia de yeso ante-braquipalmar.
12. Índice de BARTHEL puntuación 95/100 limitación en arreglo personal (peinarse).
13. Escala de LAWTON 7/8 a expensas en la preparación de alimentos.
14. No utiliza la ayuda técnica para el arreglo personal (peine).
15. Presencia de yeso ante- braquipalmar mano derecha.
16. IMC 25.15
17. Ingesta de alimentos de bajo contenido nutricional galletas y pan una vez por semana.
18. Disminución de la atención
19. Alteración de la memoria.
20. Escala de evaluación del deterioro cognitivo MINIMENTAL con indicativo de sospecha patológica.

21. Realiza poca actividad física (por indicación verbal menciona falta de interés).
22. Falta de tratamiento odontológico.
23. Presencia de caries en molares.
24. Presencia de sarro en incisivos.
25. En su hogar hay presencia de barreras arquitectónicas donde se observa escalares sin barandales

7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA REALIZADOS EL 7 DE NOVIEMBRE DE 2014

1. Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c deficiencia neuromuscular m/p acortamiento e hipotrofia de extremidad torácica derecha, disminución de la fuerza muscular con predominio en extremidad torácica derecha (hombro 3/4, codo 3/4, muñeca 3/5, extensor común de los dedos 0/5, flexor superficial de los dedos 2/5, interóseos palmares 0/5, interóseo dorsales 0/5, oponente del pulgar 2/5 y oponente del meñique 0/5), disminución de los arcos de movilidad de predominio derecho (hombro: abducción 110°/172°, aducción 6°/30°, flexión 50°/ 180°, extensión: 10° asistido/ 28°, rotación interna: 60°/90°, rotación externa: -50° / 90°, articulación del codo en actitud de flexión 60°/138°, extensión - 30°/0° y muñeca flexión 70°/54°, extensión 22°/72°, en mano arcos de movilidad de articulaciones de los dedos se encuentra a partir del 3er al 5to dedo limitadas) .
2. Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c deficiencia neuromuscular m/p limitación de las actividades de la vida diaria (BARTHEL 95/100 con limitación para el vestido y el arreglo personal y LAWTON 7/8 con limitación para la preparación de alimentos.
3. Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c alteración de la transmisión sensitiva de la extremidad torácica derecha (hipoestesias) m/p lesiones cutáneas (quemaduras).
4. Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social r/c autoevaluación negativa de la imagen corporal m/p timidez, inseguridad, temor y retraimiento para la interacción social.

5. Déficit de la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal r/c insatisfacción con el rol asumido m/p necesidades no satisfechas, ansiedad y tristeza.
6. Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos r/c ingesta superior a las necesidades metabólicas y hábitos alimenticios deficientes m/p índice de masa corporal de 25.6369 e informe verbal de ingesta diaria excesiva de alimentos de bajo contenido nutrimental: galletas, papás, chocolates y pan.
7. Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c falta de interés y motivación para realizar ejercicio físico m/p sedentarismo, verbalización de preferencia por actividades de mínimos esfuerzos (pasa mucho tiempo sentada frente a la computadora).
8. Riesgo de provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y deshechos (riesgo de estreñimiento) r/c aporte insuficiente de alimentos ricos en fibra y consumo de líquidos <1 al día, escala de heces BRISTOL de 3.
9. Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c técnica de cepillado de dientes incorrecta, cepillado de dientes no habitualmente m/p caries dental parcial en molares y presencia de sarro en incisivos.
10. Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c higiene del sueño inadecuado m/p informe verbal de sentirse cansada al despertar y dormir solo 5 horas.
11. Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c disminución de la atención m/p incapacidad para aprender nueva información y habilidades, alteración de la memoria y vocabulario escaso.
12. Riesgo de déficit prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano (caídas) r/c barreras arquitectónicas (escaleras sin barandales), falta de atención e inseguridad.

13. Déficit de la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c falta de implicación en el tratamiento rehabilitatorio m/p verbalización de no conocer acerca del diagnóstico médico, cuidados y pasividad.
14. Riesgo de déficit de la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal (religiosidad) r/c dificultad para adherirse a las ideas religiosas y expresión de necesidad de cambio de religión.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA REALIZADOS EL 19 DE ABRIL DEL 2015

1. Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social r/c autoevaluación negativa de la imagen corporal m/p timidez, inseguridad, temor y retraimiento para la interacción social y de acuerdo a la Escala de Rosemberg presenta autoestima baja.
2. Déficit de la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal r/c desempeño inadecuado del rol m/p necesidades no satisfechas, ansiedad y tristeza y de acuerdo a la Escala de Hamilton presenta depresión moderada.
3. Déficit de la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c falta de implicación en el tratamiento rehabilitatorio m/p verbalización de no realizar los cuidados recomendados y muestra de pasividad.
4. Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c deficiencia neuromuscular m/p acortamiento e hipotrofia de extremidad torácica derecha, disminución de la fuerza muscular en extremidad torácica derecha (hombro 3, codo 3 y antebrazo, muñeca y dedos no valorables por presencia de yeso ante-braquialmar), disminución de los arcos de movilidad (hombro: abducción 110°/172°, aducción 6°/30°, flexión 50°/ 180°, extensión: 10° asistido/ 28°, rotación interna: 60°/90°, rotación externa: -50° / 90°, articulación del codo en actitud de flexión 60°/138°, extensión - 30°/0° y muñeca y dedos no valorables por presencia de yeso ante-braquialmar).

5. Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c deficiencia neuromuscular m/p limitación de las actividades de la vida diaria (BARTHEL 95/100 con limitación para el arreglo personal y LAWTON 7/8 con limitación en la preparación de alimentos ya que no sigue una dieta adecuada y falta de apego al tratamiento (uso de ayudas técnicas).
6. Riesgo de déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c presencia de yeso ante-braquial en miembro torácico derecho.
7. Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos r/c ingesta superior a las necesidades metabólicas m/p índice de masa corporal de 25.15 e informe verbal de ingesta de alimentos de bajo contenido nutricional: galletas, papás, chocolates y pan una vez a la semana.
8. Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c disminución de la atención m/p incapacidad para aprender nueva información y habilidades, alteración de la memoria (Minimal con indicativo de discreto déficit).
9. Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c falta de interés y motivación para realizar ejercicio físico m/p verbalización de realizar escasa actividad física.
10. Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c falta de tratamiento odontológico m/p caries dental parcial en molares y sarro en incisivos.
11. Riesgo de déficit prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano (caídas) r/c barreras arquitectónicas (escaleras sin barandales), falta de atención e inseguridad.

7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

PROBLEMA	ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN
Adulta joven con lesión del plexo braquial derecho.	Atención multidisciplinaria de personal especialista medico en rehabilitación y medico ortopedista (consulta con medico rehabilitador el mes de noviembre del 2014 y consulta con medico de Cirugía de mano)
Extremidades torácicas asimétricas, acortamiento e hipotrofia de músculos derechos.	Atención multidisciplinaria de personal especialista medico en rehabilitación, medico ortopedista y terapeuta físico (acude a terapia física con sesiones de 15 días en el mes de noviembre y se le asignan otros 15 días más al termino de las primeras sesiones)
No le gusta su físico debido a su brazo.	Orientarla sobre atención psicológica y que solicite interconsulta con su médico tratante del INR
No le gusta el concepto de sí misma.	Orientarla sobre atención psicológica y que solicite interconsulta con su médico tratante del INR
En cuanto a las creencias de la vida refiere no saber vivir y por lo tanto que la vida no es bonita.	Orientarla sobre atención psicológica y que solicite interconsulta con su médico tratante del INR
Es tímida, penosa e insegura para las relaciones personales, refiere temor al interactuar con otras personas. No expresa sus sentimientos.	Orientarla sobre atención psicológica y que solicite interconsulta con su médico tratante del INR
No se encuentra satisfecha con el rol que desempeña, refiere que no hacer lo que ella quisiera le provoca tristeza.	Orientarla sobre atención psicológica y que solicite interconsulta con su médico tratante del INR
Higiene bucal dos veces al día con incorrecta técnica de cepillado de dientes, presenta caries dental parcial en molares y sarro en incisivos.	Sugerirle que acuda al dentista para tratamiento de caries en un centro de salud cercano a su domicilio.
Presenta astigmatismo hace mención de contar con lentes graduados pero no los utiliza.	Atención multidisciplinaria de personal médico en oftalmología.

7.4 PLANEACIÓN CUIDADOS

<p>1. Diagnósticos de Enfermería</p> <p>Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c deficiencia neuromuscular m/p acortamiento e hipotrofia de extremidad torácica derecha, disminución de la fuerza muscular en extremidad torácica derecha (hombro 3/4, codo 3/4, muñeca 3/5, extensor común de los dedos 0/5, flexor superficial de los dedos 2/5, interóseos palmares 0/5, interóseo dorsales 0/5, oponente del pulgar 2/5 y oponente del meñique 0/5), disminución de los arcos de movilidad (hombro: abducción 110°/172°, aducción 6°/30°, flexión 50°/ 180°, extensión: 10° asistido/ 28°, rotación interna: 60°/90°, rotación externa: -50° / 90°, articulación del codo en actitud de flexión 60°/138°, extensión -30°/0° y muñeca flexión 70°/54°, extensión 22°/72°, en mano arcos de movilidad de articulaciones de los dedos se encuentra a partir del 3er al 5to dedo limitadas) .</p>	
<p>7.4.1. Objetivo de enfermería: Mejorar la fuerza y los arcos de movilidad.</p>	
<p>7.4.2. Objetivo del paciente: Recuperar la fuerza de mi brazo derecho.</p>	
<p>Agente: Estudiante del posgrado de enfermería en rehabilitación.</p>	
<p>Sistema: Parcialmente compensatorio.</p>	
<p>7.4.3. Intervención de Enfermería</p>	<p>Fundamentación</p>
<p>1. Valorar el estado general del paciente mediante la toma de signos vitales previa realización de la sesiones de rehabilitación.</p> <p>Se utilizaran las herramientas necesarias para esta intervención como estetoscopio, baumanómetro, termómetro electrónico y reloj.</p>	<p>Los signos vitales, temperatura, respiración, pulso y tensión arterial son parámetros a través de los cuales es posible evaluar la salud de un individuo, pues sus valores se mantienen constantes dentro de ciertos límites, en estado de normalidad. La valoración de los signos vitales es una de las funciones del personal de enfermería que permite detectar alteraciones potenciales o reales, modificatorias del equilibrio psico-físico del individuo. Esta valoración constituye el punto de partida en la toma de decisiones objetivas que determinan un cuidado reflexivo e</p>

	individualizado al paciente. ⁴³
<p>2. Termoterapia</p> <p>Aplicación de compresa caliente</p> <p>Elaboración de compresa para termoterapia (VER ANEXO 10).</p> <p>*Se elabora con semillas de linaza y tela popelina</p> <p>*Calentar durante 2 minutos en el microondas.</p> <p>*Envolver la compresa con una tela.</p> <p>*Colocarla en extremidad torácica en un tiempo de 10 minutos.</p> <p>*Verificar constantemente la piel para valorar si existe presencia de eritema.</p> <p>*No colocar compresa caliente en forma directa sobre la piel.</p> <p>*No colocar la termoterapia sobre implantes metálicos.</p> <p>*En caso de enrojecimiento permanente de la piel, suspender la termoterapia.</p>	<p>Los efectos bio-fisiológicos⁴⁴ de la aplicación de termoterapia son los siguientes:</p> <p>Aumento de la actividad metabólica y enzimática. La tasa metabólica de los tejidos aumenta entorno al 13% por grado de aumento de temperatura.</p> <p>Modificaciones de las propiedades visco elásticas de los tejidos produciendo una mayor extensibilidad de los tejidos fibrosos ricos en colágeno, como los que se encuentran en tendones, ligamentos, cápsulas articulares o cicatrices.</p> <p>Favorece la relajación muscular y la disminución de los espasmos musculares, reducción del ciclo vicioso dolor-contractura muscular-isquemia-dolor.</p> <p>Aumento del flujo sanguíneo donde se ha aplicado calor (vasodilatación de arteriolas y capilares). Esta vasodilatación produce un aumento de la velocidad de filtración y de difusión a través de las membranas celulares, incrementándose la permeabilidad.</p>
3. Calentamiento.	El calentamiento consiste en la realización de 5 a 10 minutos de

⁴³ Chemes de FC. La enfermera y la valoración de los signos vitales. Tucumán, Argentina. Escuela de enfermería de la UNT. 2008. (consultado 2015 Ago 16). Disponible en: http://www.fm.unt.edu.ar/carreras/webenfermeria/documentos/Valoracion_Signos_Vitales.pdf

⁴⁴ Apolo M.D, López F.A. y Caballero R.T. Utilización de la termoterapia en el ámbito terapéutico. [revista en la Internet]. 2006 Mar [consultado 2014 Dic 16]; Disponible en: <file:///C:/Users/casa/Downloads/Dialnet-UtilizacionDeLaTermoterapiaEnElAmbitoDeportivo-1710483.pdf>

<p>Se realizara un programa de calentamiento (VER ANEXO 11) antes de realizar la movilización de las articulaciones</p> <p>El calentamiento consistirá en la realización de movimientos en todo el rango articular.</p> <p>En un tiempo de 10 minutos con repeticiones 15 a 20.</p> <p>El calentamiento consiste en realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estiramientos • Movimientos articulares 	<p>actividad aerobia (caminar, pedalear, entre otros), con una intensidad baja. La sesión de calentamiento está dirigida a preparar de manera adecuada los músculos, el corazón y los pulmones, para el aumento progresivo de la intensidad del ejercicio. A continuación, los músculos deben estirarse suavemente durante otros 5 a 10 min. El estiramiento muscular se concentrará en el grupo de músculos que van a ser utilizados en la sesión activa de ejercicios. Sin embargo, vale aclarar que lo óptimo es calentar todos los grupos musculares. El calentamiento activo puede llevarse a cabo antes o después del estiramiento. Luego de la sesión activa, el enfriamiento debe estructurarse de manera similar al calentamiento. El enfriamiento debe durar al menos de 5 a 10 min, e ir reduciendo la frecuencia cardiaca de modo gradual hasta los niveles del inicio del ejercicio.⁴⁵</p>
<p>4. Movilización activa, activo asistida y pasiva (Conservar arcos de movimiento).</p> <p>Se realizó un programa de movilizaciones activas, activo asistido y pasivo (VER ANEXO 13) enfocado en articulaciones como: articulaciones de hombro, codo, muñeca y metacarpofalàngicas e interfalàngicas haciendo enfoque en la recuperación de arcos de movilidad de extremidad toràcica derecha.</p>	<p>El objetivo principal de las movilizaci3n activa, activo asistida y pasiva van encaminadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventivo: encaminado a mantener el potencial de extensibilidad de las estructuras músculo-tendinosas y capsulo-articulares, es decir, a evitar la retracci3n de las estructuras blandas del tejido conectivo. • Paliativo: intentando atenuar los

⁴⁵ Hernández R.J y Licea P.M. Papel del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus. Rev Cubana Endocrinol [revista en la Internet]. 2010 Ago [consultado 2014 Dic 16]; 21(2): 182-201. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532010000200006&lng=es.

<p>Dichas movilizaciones se realizaran 3 veces al día con 3 series de 20 repeticiones de cada articulación.</p>	<p>efectos de la enfermedad, por ejemplo, en ciertas afecciones reumatológicas donde se emplean métodos pasivos de movilización para el mantenimiento de la movilidad articular, o en determinadas enfermedades de la infancia en las que es importante realizar un tratamiento de forma precoz (pie equinovaro, parálisis braquial obstétrica, etc.).</p> <p>Curativo: tiene como finalidad recuperar la movilidad articular, aumentar el trefismo y la potencia muscular y mejorar los estímulos informadores del movimiento y su concienciación, lo cual facilita la defensa contra el dolor y el logro de la relajación.⁴⁶</p>
<p>5. Potenciación muscular a través de ejercicio isotónico. Se realizó un programa de ejercicios isotónicos (VER ANEXO 12) muscular a dirigido a extremidades torácicas.</p> <p>Para esta intervención se utilizaran realizará objetos que tenga disponibles en su casa como botellas con agua de diferentes pesos.</p> <p>Se iniciará con un peso de 350 gramos y el peso se aumentará gradualmente conforme pasen las sesiones de rehabilitación.</p> <p>Se realizaran ejercicios isotónicos que</p>	<p>En la contracción muscular isotónica los elementos del musculo se contraen, mientras que los elementos elásticos no varían de longitud. Los isotónicos incluyen el movimiento concéntrico y excéntrico de resistencia a través de la amplitud del movimiento. La contracción muscular isotónica se produce cuando el musculo se acorta y se alarga, se produce movimiento articular y se realiza trabajo.⁴⁷</p> <p>Ventajas del ejercicio isotónico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fuerza se desarrolla por toda la amplitud del movimiento.

⁴⁶ Gonzales M.R. Rehabilitación medica. Barcelona: España. MASSON. 1997.

⁴⁷ Vargas R. Diccionario de teoría del entrenamiento deportivo. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México. 2008.

<p>involucren la musculatura de las extremidades torácicas Se realizarán 3 series de 20 repeticiones, 3 veces al día.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta la resistencia. • Aumenta el tamaño muscular.
<p>2. Diagnósticos de Enfermería</p> <p>Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c deficiencia neuromuscular m/p limitación de las actividades de la vida diaria BARTHEL 90/100 con limitación para el vestido y el arreglo personal y LAWTON 7/8 con limitación para la preparación de alimentos ya que no sigue una dieta adecuada).</p>	
<p>7.4.1. Objetivo de enfermería: Que la paciente mejore el desarrollo de las actividades de la vida diaria.</p>	
<p>7.4.2. Objetivo del paciente: Hacer la mayor parte de mis actividades cotidianas.</p>	
<p>Agente: Estudiante del posgrado de enfermería en rehabilitación.</p>	
<p>Sistema: Parcialmente compensatorio.</p>	
<p>7.4.3. Intervención de Enfermería</p>	<p>Fundamentación</p>
<p>1. Potenciación muscular a través de ejercicios repetitivos, previa valoración de estado general y signos vitales.</p> <p>Programa de ejercicios isotónicos excéntricos y concéntricos (VER ANEXO 12)</p> <p>Para esta intervención se utilizaran objetos que tenga disponibles en su casa como botellas con agua de diferentes pesos.</p> <p>El peso se aumentará gradualmente conforme pasen las sesiones de rehabilitación.</p> <p>Se realizaran ejercicios isotónicos que</p>	<p>En la contracción muscular isotónica los elementos del musculo se contraen, mientras que los elementos elásticos no varían de longitud. Los isotónicos incluyen el movimiento concéntrico y excéntrico de resistencia a través de la amplitud del movimiento.⁴⁸</p> <p>Ventajas del ejercicio isotónico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fuerza se desarrolla por toda la amplitud del movimiento. • Aumenta la resistencia. • Aumenta el tamaño muscular.

⁴⁸ Vargas R. Diccionario de teoría del entrenamiento deportivo. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México. 2008.

<p>involucren la musculatura de las extremidades torácicas Se realizarán 3 series de 20 repeticiones, 3 veces al día.</p>	
<p>2. Implementación de ayudas técnicas para las actividades de la vida diaria (VER ANEXO 16).</p> <p>Se realizaran en conjunto con el paciente implementos de ayuda que faciliten la realización de las actividades de la vida diaria.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Calzador de ropa: este se realizará con un mango de madera y un gacho, materiales fáciles de conseguir en el hogar. 2. Cordones para atarse los zapatos: con la implementación de alambre y agujetas. 3. Calzador de zapatos con utilización de botella de plástico y palo de escoba. 4. Peine de mango largo. Con la implementación de un peine y un mango de madera. 	<p>Las ayudas técnicas o dispositivos de apoyo son productos, instrumentos, equipos o sistemas utilizados por una persona con discapacidad, fabricados especialmente o disponibles en el mercado, para prevenir, compensar, disminuir o neutralizar una deficiencia, discapacidad o minusvalía.</p> <p>El uso de las ayudas técnicas adecuadas permite a una persona con movilidad reducida o persona mayor aumentar su capacidad funcional para la realización de las tareas cotidianas. Son, por tanto, objetos muy diversos que incrementan el nivel de independencia y autonomía personal del usuario con discapacidad en su entorno.⁴⁹</p> <p>La obtención de estos dispositivos no solo pueden ser conseguidas de manera comercial, ya que el material para su fabricación puede ser conseguido de manera fácil y económica para su elaboración en el hogar.</p>

⁴⁹ Asem G .Las ayudas técnicas: esas grandes desconocidas. Deputación de Pontovendra. 2008 [consultado 2014 Dic 16] disponible en: http://www.asemgalicia.com/biblioteca/guia_recursos_ayuda/Las%20ayudas%20tecnicas%20Esas%20grandes%20desconocidas.pdf

3. Diagnósticos de Enfermería	
Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c alteración de la transmisión sensitiva de la extremidad torácica derecha (hipoestesias) m/p lesiones cutáneas (quemaduras).	
7.4.1. Objetivo de enfermería: Recuperar la sensibilidad y prevenir accidentes.	
7.4.2. Objetivo del paciente: Mejorar la sensibilidad de mi brazo derecho.	
Agente: Estudiante del posgrado de enfermería en rehabilitación.	
Sistema: Parcialmente compensatorio.	
7.4.3. Intervención de Enfermería	Fundamentación
<p>1. Re- educación sensitiva.</p> <p>Se aplicaran técnicas de re-educación sensitiva (VER ANEXO 17) en el área afectada del brazo derecho con una duración de 10 a 15 minutos 3 veces al día.</p> <p>Se requerirá la utilización de 5 texturas las cuales va ir ordenando el paciente en base a la cual el sienta más suave hasta la más áspera.</p> <p>Se utilizara material con diferentes texturas iniciando con las texturas suaves y progresando hasta las más ásperas.</p> <p>Las texturas se aplicaran empezando de</p>	<p>La estimulación táctil: Empleando un cepillo de cerda fina, estimula los receptores situados en la piel y envía impulsos que recorren las vías ascendentes, contribuyendo a su reparación. Los aspectos sensitivos se deben trabajar con estimulaciones repetidas con materiales de distintas consistencias, temperaturas y formas.⁵⁰</p> <p>Las sesiones dedicadas a la estimulación sensitiva deben durar 10-15 minutos para lograr una concentración óptima por parte del paciente.⁵¹</p> <p>La rehabilitación sensitiva se basa en la asociación del:⁵²</p>

⁵⁰ Rodríguez D.M, Amigo C.P. Una mirada a la parálisis braquial obstétrica. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2011 Ago [consultado 2014 Nov 10]; 33(4):509-522. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400013&lng=es

⁵¹ Blesedell E.C, Willard, E.S.H, Spackman C, Boyt S.B.A.Terapia ocupacional. Ed. Panamericana. Buenos Aires: Argentina. 2008.

⁵² Leon C.J.C, Arcas P.M.A, Galvez D.D.M, Elosequi B.J.L. Ales R.M. y Caballero O.A. Fisioterapeutas del servicio gallego de salud. MAD. España. 2006. [consultado 2015 Ago 24] Disponible en:

<p>lo distal a lo proximal.</p> <p>Se le pedirá en un principio que cierre los ojos para que logre concentrarse, de igual forma sirve para que no vea la textura que se aplicara.</p> <p>Las texturas se pasaran 15 veces sobre la zona de hipoestesia que se esté trabajando hasta que el paciente logre identificar la textura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento sensorial con apoyo visual y de percepción del mismo estímulo en el miembro contralateral. • Memorización sensorial sin apoyo.
<p>2. Prevención de accidentes.</p> <p>Proporcionar un modelo educativo⁵³ de prevención de quemaduras mediante la orientación sobre cómo prevenir accidentes en especial de quemaduras, se le proporcionaran medidas de seguridad como: Identificación de los factores de riesgo de quemaduras en treinta tipos de actividades humanas, algunas de ellas cotidianas y universales: uso de gas natural o de petróleo, de electricidad, de microondas y de vapor de agua para cocinar; uso de aceite o de manteca para freír alimentos; uso de carbones o de leña para cocinar al aire libre; servicio y consumo de alimentos calientes⁵⁴ entre otros (VER ANEXO 18).</p>	<p>Las zonas de hipoestesia y anestesia deben ser determinadas y vigiladas continuamente. Se le indican al paciente una serie de cuidados que debe tener con su extremidad para detectar cualquier lesión lo antes posible. Es difícil conseguir la recuperación de la sensibilidad si desde el punto de vista motor no lo ha hecho. Por tanto, se realiza un trabajo de protección de la extremidad.⁵⁵</p>

https://books.google.com.mx/books?id=ubAeL5NRuwAC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

⁵³ Ceballos G.L. Un modelo educacional de prevención de quemaduras. Gac Méd Caracas [revista en la Internet]. 2003 Ene [citado 2014 Dic 16]; 111(1): 23-29. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622003000100004&lng=es.

⁵⁴ Rodríguez D.M, Amigo C.P. Una mirada a la parálisis braquial obstétrica. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2011 Ago [consultado 2014 Nov 10]; 33(4):509-522. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400013&lng=es

⁵⁵ Ceruelo A.S. y García L.A. Tratamiento rehabilitador. Capítulo 8. 2004. [consultado el 2014 Dic 16]. Disponible en: http://www.plexobraquial.es/wp-content/documentos/Cap8_TRATAMIENTOREHABILIT.pdf

4. Diagnósticos de Enfermería	
Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social r/c autoevaluación negativa de la imagen corporal m/p timidez, inseguridad, temor y retraimiento para la interacción social.	
7.4.1. Objetivo de enfermería: Mejorar la autoestima y la seguridad en sí misma.	
7.4.2. Objetivos del paciente: Aceptarme como soy.	
Agente: Estudiante del posgrado de enfermería en rehabilitación.	
Sistema: Parcialmente compensatorio.	
7.4.3. Intervención de Enfermería	Fundamentación
<p>1. Potencializar el autoconcepto.</p> <p>*Ayudar a la paciente a convencerse de que ella misma determina su propia valía, sin hacerla depender de la aprobación de otras personas.</p> <p>*Ayudar a que acepte sus fallos y limitaciones como algo normal, relacionado con el hecho de que somos seres humanos falibles.</p> <p>*Ayudar a que se valore por el hecho de existir, sin calificarse como buenos o malos, y sin exaltarnos por nuestros logros ni rechazarnos por nuestros fallos o déficits.</p> <p>Estas intervenciones se realizarán mediante el diálogo, la retroalimentación y lluvia de ideas mencionando todas las</p>	<p>La claridad del autoconcepto se define como el grado en que las creencias acerca de uno mismo están definidas de forma clara y fiable, son internamente consistentes y tienden a la estabilidad.⁵⁶</p> <p>La autoaceptación incondicional es una alternativa a la autoevaluación global y a las autoexigencias, implica que aceptarse uno mismo y sentirse valioso como ser humano, no depende del propio comportamiento ni de los logros obtenidos, ni tampoco de la aprobación de los demás, sino que se mantiene de forma incondicional, pase lo que pase⁵⁷.</p>

⁵⁶ Roca E. Autoestima sana: una visión actual, basada en la investigación. 2 ed. Valencia. ACDE ediciones. 2013. [consultado 2014 Dic 16] Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/pdf/AE%20sana%20y%20afines.pdf>

⁵⁷ IBID

<p>calidades que tiene ayudando a que se valore por lo que es y no por lo que no es.</p>	
<p>2. Se canalizará a un especialista en este caso Psicólogo que de manera especial ayude a manejar aspectos del auto concepto y autoestima.</p>	<p>Un autoconcepto y una autoestima saludables son fundamentales para que la persona desarrolle al máximo sus capacidades desde que nace. Son base de nuestros comportamientos y determinan el estilo de relación que establecemos con nosotros mismos, con los demás y con nuestra realidad más amplia. Tanto el autoconcepto como la autoestima tienen un carácter holístico ya que permiten resumir el sentimiento general de bienestar de una persona.⁵⁸ Por lo tanto estos temas son abarcados por el personal multidisciplinario hablase del psicólogo ya que se encuentra familiarizado con este tipo de problemas y utiliza diferentes técnicas para su tratamiento.</p> <p>El autoconcepto, la autoestima y la percepción de auto valía son tres conceptos fuertemente relacionados entre sí. El autoconcepto se define como un sistema de creencias que el individuo considera verdaderas respecto a sí mismo, las cuales son el resultado de un proceso de análisis, valoración e integración de la</p>

⁵⁸ Vera MBI, Rosello J y Toro AF. Autoestima y juventud puertorriqueña: Eficacia de un modelo de intervención para mejorar la autoestima y disminuir los síntomas de depresión. Rev. Puertorriq. Psicol. [Revista en la internet] 2010. [consultado 2015 Ago 16]; 21: 35-61. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1946-20262010000100002&script=sci_arttext

	información derivada de la propia experiencia. ⁵⁹
<p>3. Canalizar a grupos de ayuda.</p> <p>Se buscará en internet sobre grupos de apoyo en personas con discapacidad y se le proporcionará a la paciente los más factibles para ella comentando los beneficios de asistir a alguno.</p>	<p>Los grupos de ayuda mutua facilitan el apoyo emocional, pues permite a las personas con problemas, la superación de estados como soledad y confusión, a través del contacto con otras personas que se encuentran en su misma situación y por lo tanto, se enfrentan a la misma enfermedad; información y asesoramiento sobre cómo cuidarse y los servicios de los que se dispone, muchas veces derivado de las propias experiencias personales de los componentes del grupo.⁶⁰</p> <p>La interacción social con los miembros y organizaciones de la comunidad constituye una potencial fuente de apoyo para las personas. A partir de estas relaciones no sólo se pueden obtener importantes recursos, información y ayuda, sino también se deriva un sentimiento de pertenencia y de integración a una comunidad más amplia con importantes implicaciones para el bienestar individual y social⁶¹.</p>

⁵⁹ Caño GA y Rodríguez NC. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* [revista en la internet] 2012 [consultado 2015 Ago 16]; 12(3): 389-403. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen12/num3/337/autoestima-en-la-adolescencia-anlisis-ES.pdf>

⁶⁰ Del Barrio J. A. y Castro A. Infraestructura y recursos de apoyo social, educativo y sanitario en las enfermedades raras. *Anales Sis San Navarra* [revista en la Internet] 2008. [Consultado 2015 Ago 19]. 31(2): 153-163. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000400011&lng=es.

⁶¹ Gracia E y Herrero J. La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Rev. Latinoam. Psicol.* [revista en la Internet]. 2006 Ago

--	--

5. Diagnósticos de Enfermería	
Déficit de la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal r/c insatisfacción con el rol asumido m/p necesidades no satisfechas, ansiedad y tristeza.	
7.4.1. Objetivo de enfermería: Que la paciente presente menos tristeza y ansiedad.	
7.4.2. Objetivo del paciente: Poder realizar más cosas dentro de la casa.	
Agente: Estudiante del posgrado de enfermería en rehabilitación.	
Sistema: Parcialmente compensatorio.	
7.4.3. Intervención de Enfermería	Fundamentación
<p>1. Apoyo emocional.</p> <p>*Permitir la expresión de sentimientos y emociones.</p> <p>*Escucha activa.</p>	<p>Cuando se aplica a la persona, el concepto de cuidado, se debe tomar en cuenta que este deberá ser holístico, resaltando el hecho de que las enfermeras deben conservar en su mente a la persona de manera integral, y esforzarse por comprender la zona de preocupación del paciente que guarda relación con sus esferas biológica, psicológica, social y cultural.</p> <p>El apoyo emocional comprende: la empatía, el cuidado, el amor y la</p>

[Consultado 2014 Dic 16]; 38(2): 327-342. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000200007&lng=pt.

	confianza que una persona ofrece a otra ⁶² .
<p>2. Potenciar habilidades y destrezas.</p> <p>Las habilidades que presenta son:</p> <p style="padding-left: 40px;">El manejo de la computadora.</p> <p style="padding-left: 40px;">Manejo de herramientas como impresora y escáner.</p> <p>*Identificar en conjunto con la paciente cuáles son sus habilidades e impulsarla a que realice nuevas actividades.</p> <p>Las actividades a realizar son:</p> <p style="padding-left: 40px;">Leer.</p> <p style="padding-left: 40px;">Trapear.</p> <p style="padding-left: 40px;">Lavar su ropa.</p> <p style="padding-left: 40px;">Hacer de comer.</p>	<p>Las habilidades y destrezas son definidas como algo que le gusta hacer, y que por ello la persona disfruta haciéndolo. No supone un esfuerzo realizarlo y puedes aprenderlo o mejorarlo fácilmente. Lo más importante si se descubre su talento y actividad preferida, es intentar acercarse a alguien que ya lo haga y aprender de esa persona.⁶³</p>
<p>3. Motivar a que practique las habilidades que presenta para lograr convertir esas habilidades en algo destacable y que le permita desarrollarse individualmente.</p>	<p>La motivación está constituida por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo.⁶⁴</p> <p>La motivación e implicación personal de los afectados en el tratamiento es</p>

⁶² Martínez G.M, Gómez M.V, Siles J.P. Apoyo emocional: conceptualización y actuación de enfermería, una mirada desde la perspectiva del alumno. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. [revista en la internet].2009 Sep. [citado 2014 Dic 16]; 6(3):36-39. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2009/eu093f.pdf>

⁶³ Duran G.A, Tebar P.D, Ochando K.B, Martí C.A, Bueno C.B, Pin A.G, Et alt. Manual didáctico para la escuela de padres. 5 ed. Valencia: Fundación para el estudio y asistencia de las drogodependencias .2004. [consultado 2014 Dic 16] Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/7DEF9FD2-CC0B-4B2F-86A5-E218D9DD672C/243833/Manualdidacticopadresymadres.pdf>

⁶⁴ http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1024-94352007001000001&script=sci_arttext

	<p>fundamental para avanzar en todo proceso de rehabilitación.⁶⁵</p> <p>La motivación se inicia cuando un individuo toma conciencia de alguna carencia que debe llenar o de algún desequilibrio que debe corregir. Sin esta experiencia psicológica, aun cuando la necesidad objetiva exista, no hay motivación.⁶⁶</p>
<p>4. Integración a las actividades del hogar.</p> <p>*Orientar a la familia sobre la importancia que tiene el integrar a la paciente en el máximo número de actividades posibles para permitirle sentirse útil para la familia y la sociedad.</p>	<p>El núcleo familiar tiene una implicación duradera a nivel emocional de modo que a efectos prácticos tenga principal repercusión en el proceso de Rehabilitación de la paciente y en su inclusión familiar e incluso social.⁶⁷</p>

⁶⁵ Ruano H.A. Psicología de la rehabilitación y neuropsicología en afectados por accidentes de trabajo-tráfico. 1999 [Consultado 2015 Ago 25]. Disponible en: <http://www.uninet.edu/union99/congress/confs/for/07Ruano.html>

⁶⁶ Moreno G.V. y Tantin M.R. Mantenimiento y rehabilitación psicosocial de las personas dependientes en domicilio. Ed. IC. 2013

⁶⁷ Calvo B.H. y Lucas A.A. Intervención en familias desde los centros de día. Salamanca: OASIS. 2007. [consultado 2014 Dic 16] Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/IntervencionFamilias.pdf>

6. Diagnósticos de Enfermería	
Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos r/c ingesta superior a las necesidades metabólicas y hábitos alimenticios inadecuados m/p índice de masa corporal de 25.6369 e informe verbal de ingesta diaria excesiva de alimentos de bajo contenido nutrimental: galletas, papás, chocolates y pan.	
7.4.1. Objetivo de enfermería: Que la paciente mejore sus hábitos alimenticios y de éste modo disminuya el índice de masa corporal.	
7.4.2. Objetivo del paciente: Mejorar mi alimentación.	
Agente: Estudiante del posgrado de enfermería en rehabilitación.	
Sistema: Parcialmente compensatorio.	
7.4.3. Intervención de Enfermería	Fundamentación
1. Orientación nutricional. *Se otorgara orientación a través de un cartel en base a los alimentos que se recomienda ingerir diariamente utilizando como guía el plato del buen comer (VER ANEXO 19).	Según el Manual de Capacitación Nutricional del MINSAP de 1988, la orientación nutricional de la población forma parte del proceso de Educación para la Salud, cuya finalidad es garantizar que la población conozca qué debe hacer para proteger la salud, tanto individual como colectiva ⁶⁸ .
2. Orientar a la paciente sobre practicar	Los hábitos nutricionales adecuados

⁶⁸ Ondina T.E, Álvarez G.J, Álvarez G.J, Carreras F.A. La orientación nutricional como elemento fundamental en la prevención y tratamiento de enfermedades. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2002 Oct [consultado 2014 Dic 16]; 18(5):362-365. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000500014&lng=es

<p>hábitos alimenticios saludables como:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Evitar tiempos prolongados de ayuno, idealmente se recomienda comer cada 4 horas. *Establecer horarios adecuados. *Comer sentada y en el espacio destinado para ello. *Masticar adecuadamente los alimentos. *Ingerir agua natural. *Evitar el consumo de alimentos de bajo aporte nutrimental como: refrescos, papas, galletas, dulces. *Evitar acostarse, dormir o tomar siestas después de ingerir alimentos. 	<p>constituyen un elemento fundamental para el desarrollo físico y mental del individuo, así como también para reducir la prevalencia de los factores de riesgo que influyen en su estado de salud. Para una orientación correcta no basta con recomendar una alimentación rica en nutrientes esenciales y en cantidades apropiadas a cada persona, también resulta muy importante saber combinar adecuadamente los distintos alimentos según el medio químico en que son digeridos, para así evitar que fermenten o provoquen reacciones desagradables al organismo. Muchos de los hábitos alimentarios que tenemos hoy en día son incorrectos y aunque no notemos sus efectos de inmediato, van produciendo alteraciones químicas en el organismo que a la larga conducen al desequilibrio del estado de salud. Es necesario y primordial que todos los profesionales de la salud, fundamentalmente los de atención primaria, sepan promover hábitos alimentarios que garanticen una asimilación nutricional óptima, para de esta forma prevenir y controlar muchas enfermedades.⁶⁹</p>
<p>3. Ejercicio físico para el control de peso</p> <p>Se le indicara la importancia del control del peso mediante la realización de actividad física en un tiempo de 20 a 30</p>	<p>Las publicaciones concuerdan en que el aumento del peso corporal se produce cuando la persona ingiere más energía de la que utiliza. Un balance energético positivo (ingesta mayor al</p>

⁶⁹ Ondina T.E, Álvarez G.J, Álvarez G.J, Carreras F.A. La orientación nutricional como elemento fundamental en la prevención y tratamiento de enfermedades. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2002 Oct [consultado 2014 Dic 16]; 18(5):362-365. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000500014&lng=es

<p>minutos 3 veces a la semana.</p> <p>*Se le recomendará que realice ejercicio de tipo aeróbico puede ser caminar o correr al menos 20 minutos diarios o cada tercer día.</p> <p>*También se le puede recomendar que practique alguna actividad que le guste como el baile o algún deporte como el futbol.</p> <p>*El ambiente debe ser de preferencia templado y evitar cambios bruscos de temperatura como corrientes de aire frio.</p> <p>*La ropa debe ser de telas ligeras y que no absorban la humedad ya que limitaran el rendimiento al momento de practicar el ejercicio. Se recomienda que sean prendas suaves que no sean ajustadas ni demasiado holgadas.</p> <p>El calzado debe ser amplio, cómodo y apto para la actividad física a realizar; es decir que de preferencia sean deportivos.</p>	<p>gasto) sostenido a lo largo de los años produce un aumento continuado en el peso corporal que conduce al sobrepeso y a la obesidad. La mejor fuente disponible para determinar el impacto del ejercicio físico sobre el mantenimiento del peso corporal a lo largo de la vida se basa principalmente en estudios epidemiológicos prospectivos. El sedentarismo disminuye el gasto energético y altera los finos mecanismos de control que regulan la ingesta de energía, lo que acentúa la alteración del balance entre ambos favoreciendo el aumento de peso.</p>
<p>4.- Medición peso.</p> <p>Se verificara si la persona ha bajado o aumentado su peso mediante la utilización de una báscula.</p> <p>La medición de peso se realizará en base a las visitas programadas.</p> <p>Se calculará su índice de masa corporal (IMC) mediante la fórmula:</p> $IMC = \text{Peso} / (\text{Talla})^2$ <p>En base al resultado obtenido con ayuda de los parámetros de IMC de la Organización Mundial de la salud (OMS)</p>	<p>En la actualidad es muy utilizada la clasificación del IMC en cuanto al grado de sobrepeso y la obesidad ya que sirve para comparar significativamente el peso entre poblaciones; identifica individuos y grupos en riesgo con aumento de la morbilidad y la mortalidad, y también las prioridades para intervenir en los individuos y las comunidades. Se cuenta con un medio estándar para determinar el sobrepeso, la obesidad o la obesidad grave (mórbida), basado en la estatura y el peso, denominado índice de masa corporal el Índice de masa corporal (IMC) o de Quetelet: Se</p>

<p>se corroborara si se encuentra normal, sobre-peso u obesidad grado I, II y III.</p>	<p>obtiene dividiendo el peso corporal expresado en kg., sobre la talla en metros y elevada al cuadrado.⁷⁰</p> <p>La Organización Mundial de la salud (OMS) realiza una clasificación en base a su IMC obtenido el cual es el siguiente:</p> <p>a) Normal: cuando el IMC se encuentra entre 18,5 y 24,9. b) Sobrepeso: cuando el IMC se encuentra entre 25 y 29,9. c) Obesidad: cuando el IMC es mayor o igual a 30. Se puede subdividir a la obesidad en Clase I (IMC de 30 a 34,9); Clase II (IMC de 35 a 39,9) y Clase III (IMC mayor a 40) también llamada obesidad clínicamente grave (antes denominada obesidad mórbida).</p>
--	--

⁷⁰ De la Rosa J.F, Squizzato M.A y Masloski J.E. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. [Revista en la internet] 2007 Ago. [consultado Ago 20 2015]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista172/4_172.pdf

7. Diagnósticos de Enfermería	
Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c falta de interés y motivación para realizar ejercicio físico m/p sedentarismo, verbalización de preferencia por actividades de mínimos esfuerzos (pasa mucho tiempo sentada frente a la computadora).	
7.4.1. Objetivo enfermería: La paciente realizará actividad física regular demostrando interés.	
7.4.2. Objetivo paciente: Pasar menos tiempo sentada y hacer ejercicio.	
Agente: Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación	
Sistema: Apoyo- educativo.	
Intervención de Enfermería	Fundamentación

<p>1. Motivar y orientar sobre la importancia de realizar ejercicio físico.</p> <p>Los ejercicios y la actividad física benefician todos los aspectos de su vida. Los ejercicios y la actividad física pueden:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Ayudarle a mantener y mejorar su fuerza y su condición física. *Ayudarle a mejorar su habilidad de hacer las cosas que quiere hacer. *Ayudarle a reducir la depresión. 	<p>El ejercicio físico es la mejor alternativa para lograr beneficios en la salud, especialmente si se realizan con una dosis adecuada acorde con las necesidades y posibilidades de cada persona, determinando un volumen, una intensidad y una frecuencia apropiada, sin olvidar, la medición de sus efectos. Además, producen en el organismo cambios que se relacionan con las modificaciones que sufren los diferentes sistemas orgánicos, dentro de un proceso de adaptación, provocados por los constantes estímulos de esfuerzo a que es sometido el sujeto. Mediante el ejercicio físico, se puede garantizar el mejoramiento de la capacidad funcional de sistemas y órganos⁷¹.</p>
--	--

⁷¹ Secretaría de educación pública. Actividad Física beneficiosa para la salud. CONADE. México. [consultado 2014 Dic 16]. Disponible en: <http://www.conade.gob.mx/biblioteca/documentos/articulo03.pdf>

<p>2. Activación física.</p> <p>Realizar un programa de actividad física (VER ANEXO 20) que incluya ejercicios de resistencia, ejercicios de flexibilidad y ejercicios de fuerza los cuales deberán realizar por lo menos 3 veces a la semana durante 30 minutos.</p> <p>1. RESISTENCIA Carrera continúa; se recomendará con un inicio de 10 minutos ya que el nivel de rendimiento es bajo; poco a poco se irá aumentando la duración hasta 30 minutos, así como la intensidad; es decir se iniciará con superficies planas para progresar hacia terrenos irregulares y/o cuesta arriba. También se le puede sugerir asistir a actividades de baile o natación.</p> <p>2. FLEXIBILIDAD Realizar de 5 a 10 repeticiones por cada ejercicio. Realizar movimientos lentos y realizar estiramiento de todos los grupos musculares empezando por cuello, hombros, extremidades torácicas, tronco, extremidades pélvicas.</p> <p>3. FORTALECIMIENTO Hacer fortalecimiento para cada grupo muscular. Se iniciara con un peso de 350 grs y se agregará peso gradualmente para alcanzar el máximo beneficio de los ejercicios.</p>	<p>La actividad física para la salud basada en el ejercicio físico contempla acciones motrices que buscan desarrollar las capacidades aeróbicas, el control de la composición corporal y el fortalecimiento de los diversos grupos musculares.</p> <p>Se recomienda iniciar con actividades físicas ligeras, principalmente si se trabaja con personas sedentarias, esto permitirá mejorar su condición física básica para posibilitarles un adecuado proceso de adaptación biológica, necesario en las actividades físicas moderadas y vigorosas⁷².</p> <p>Las actividades de resistencia o aeróbicas, aumentan el ritmo de la respiración y de los latidos del corazón.</p> <p>Estas actividades le ayudan a mantenerse saludable y a mejorar su condición física.</p> <p>Los ejercicios de estiramiento ayudan al cuerpo a mantenerse flexible y ágil, lo cual permite mayor movilidad.</p>
--	---

⁷² Secretaria de educación pública. Actividad Física beneficiosa para la salud. CONADE. México. [consultado 2014 Dic 16]. Disponible en: <http://www.conade.gob.mx/biblioteca/documentos/articulo03.pdf>

8. Diagnósticos de Enfermería	
Riesgo de provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y deshechos (riesgo de estreñimiento) r/c aporte insuficiente de alimentos ricos en fibra y consumo de líquidos <1 al día, escala de heces BRISTOL de 3.	
7.4.1. Objetivo enfermería: mejorar la consistencia de las evacuaciones de la paciente.	
7.4.2. Objetivo paciente: Comer más verduras y tomar agua.	
Agente: Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación	
Sistema: Apoyo-educativo	
7.4.3. Intervención de Enfermería	Fundamentación
<p>1. Orientar sobre el consumo de alimentos ricos en fibra.</p> <p>Proporcionar una guía a la paciente para que logre identificar que alimentos le proporcionan fibra en altas proporciones (VER ANEXO 21).</p> <p>Las principales fuentes dietéticas de fibra son: los cereales, las verduras, las frutas y las leguminosas.⁷³</p>	<p>La inclusión de la fibra alimentaria (FA) en la dieta de los seres humanos desempeña una importante función para la prevención y el tratamiento de algunas enfermedades crónicas. Un consumo adecuado de FA aporta beneficios para la salud, entre los que se encuentran la reducción del riesgo de cáncer colorrectal y de alteraciones en el ritmo y tránsito intestinal.</p>
<p>2. Orientar sobre el consumo apropiado de líquidos con la utilización de la Jarra de Bien Beber (VER ANEXO 22).</p> <p>*Antes del ejercicio físico: Ingerir líquido media hora antes de la prueba de 100-150 ml en pequeños sorbos.</p> <p>*Durante el ejercicio: beber pequeñas cantidades de agua fresca, entre 150-</p>	<p>El agua es un nutriente esencial para nuestro organismo, constituye 50 a 75% del peso corporal.</p> <p>Por sus características físicas y químicas, el agua tiene varias funciones dentro de nuestro cuerpo, entre las que se citan: el mantenimiento del volumen sanguíneo,</p>

⁷³ Meisner N, Muños K, Restovich R, Zapata M, Camoletto S, Torrent M, et al. Fibra alimentaria: consumo en estudiantes universitarios y asociación con síndrome de intestino irritable. INVENIO [revista en la internet]. 2011 Jun. [consultado 2014 Dic 16]; 14(26):91-100. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/877/87717621007.pdf>

<p>200 ml cada 15-20 minutos de ejercicio.</p> <p>*Después del ejercicio: debe iniciarse inmediatamente la reposición de líquido después del ejercicio en frecuencia y cantidad adaptadas individualmente, según la intensidad, duración y condiciones climáticas.</p> <p>Se establecerá con la paciente a través de la jarra del buen beber cómo deberá ser su ingesta de líquidos a lo largo del día, es decir en condiciones normales.</p>	<p>el transporte de nutrientes y oxígeno, sirve como solvente en muchos procesos metabólicos y participa en forma activa como reactivo en muchas reacciones químicas, en la regulación de la temperatura corporal y la eliminación de productos de desecho⁷⁴.</p>
<p>3. Enseñanza de masaje marco- cólico (VER ANEXO 23) de la siguiente forma:</p> <p>* Se aplica 15-20 minutos después de ingerir alimentos (desayuno, comida y cena).</p> <p>* Previa realización del masaje aplicar sobre el abdomen crema o aceite de almendras.</p> <p>* El masaje se realiza con la yema de los dedos colocando una mano sobre la otra.</p> <p>* Se realizan movimientos circulares en sentido de las manecillas del reloj.</p> <p>* El masaje debe durar 10 minutos.</p>	<p>El masaje marco cólico es recomendable para evitar complicaciones gastrointestinales (estreñimiento); éste debe realizarse después de la toma de alimentos⁷⁵.</p> <p>La re-educación del intestino puede darse a través del masaje marco cólico para mejorar el tránsito intestinal⁷⁶.</p> <p>Estimulo de contracciones peristálticas: Mecanismo reflejo sobre el ciego, colon ascendente y descendente y colon iliaco. La compresión directa del colon favorece la aparición de movimientos peristálticos. La constipación intestinal se alivia a partir de maniobras de roce,</p>

⁷⁴ World Gastroenterology Organization Practice Guidelines: Estreñimiento. World Gastroenterology Organization Practice Guidelines. [Consultado 2014 Dic 17] Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/estrenimiento.pdf>

⁷⁵ Secretaria de Salud. Intervenciones de Rehabilitación Temprana en el Adulto Mayor Hospitalizado. México; 2013. [consultado 2014 Dic 17] Esta guía puede ser descargada de internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

⁷⁶ Pacheco G.M. Guía clínica del programa de Rehabilitación del paciente con lesión medular en etapa pre quirúrgica. INR. 2012. [consultado 2014 Dic 17]. Disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MG-SMR-05.pdf>

<p>* La profundidad del masaje debe ser de 3-5 cm aproximadamente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Iniciar desde el lado inferior derecho del abdomen (cerca de la cresta iliaca) y seguir una dirección ascendente (sobre el flanco derecho) hasta llegar a la región infracostal derecha (colon ascendente: 3 min). 2. Avanzar hacia la izquierda sobre la parte supra umbilical del abdomen, hasta llegar a la región infracostal izquierda (colon transverso: 4 min). 3. Descender hasta llegar a lado inferior izquierdo del abdomen (siguiendo la región del flanco izquierdo) cerca de la cresta iliaca izquierda (colon descendente: 3 min). 	<p>presión ligera, vibración y compresión.⁷⁷</p>
---	---

⁷⁷ Efectos de la masoterapia. [consultado 2015 Ago 25]. Disponible en: <http://www.ugr.es/~marroyo/docs/temas/TEMA%204.pdf>

9. Diagnósticos de Enfermería	
Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c técnica de cepillado de dientes incorrecta y cepillado de dientes no habitualmente m/p caries dental parcial en molares y presencia de sarro en incisivos.	
7.4.1. Objetivo enfermería: Que la paciente realice la técnica correcta de cepillado dental.	
7.4.2. Objetivo paciente: Lavarme adecuadamente los dientes	
Agente: Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación	
Sistema: Apoyo educativo.	
7.4.3. Intervención de Enfermería	Fundamentación
<p>1. Enseñar la técnica de cepillado de dientes (VER ANEXO 24).</p> <p>1) Cepillar los dientes anteriores colocando las cerdas sobre la encía en un ángulo de 45 grados con respecto a la encía. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía.</p> <p>2) Cepillar suavemente la superficie dental externa de 2 o 3 dientes por vez con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás.</p> <p>3) Para los molares, cepillar suavemente con un movimiento circular.</p> <p>4) Para los incisivos o dientes frontales colocar el cepillo en forma horizontal. Las cerdas deben estar en contacto con</p>	<p>La correcta higiene bucal y los cuidados deben mantenerse por siempre, pero es la etapa prenatal y hasta la adolescencia el período en el cual es fundamental el desarrollo de hábitos preventivos⁷⁸.</p> <p>La salud buco-dental es el cuidado adecuado de los dientes, encías y boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales. Incluye cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regularmente⁷⁹.</p> <p>La lengua también debe ser cepillada, además de utilizar hilo dental después de cada cepillado, ya que es eficiente</p>

⁷⁸ Hernández S.A, Espeso N.N, Reyes O.F y Rodríguez B.L. Intervención educativo-curativa para la prevención de caries dental en niños de cinco a 12 años. Rev. AMC [revista en la internet] 2010 Dic [consultado 2014 Dic 17]; 14(6):1-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000600005&lng=es.

⁷⁹ Ruiz S.T, Vicente B.M, Limiñana C.J, Knezevic M, Hernández P.O, Ruiz S.M, et al. Importancia del cepillado antes de acostarse en la prevención de la caries. Estudio en una población infantil. Av. Odontoestomatol. [revista en la internet] 2007. [consultado 2014 Dic 17]; 23(1):45-50. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v23n1/original4.pdf>

<p>la superficie dental y la encía. Y comience de arriba hacia abajo.</p> <p>5) Cepillar la lengua de adentro hacia afuera.</p> <p>6) Recuerde el uso de hilo dental para llegar y limpiar las zonas interdentes</p>	<p>en la remoción de la placa dental bacteriana acumulada debajo de la encía, así como emplear antiséptico (enjuague 30 segundos, 2 veces al día), como complemento para combatir bacterias salivales que causan placa y gingivitis, reducir la velocidad de multiplicación de las bacterias en la boca y garantizar un aliento fresco y saludable.⁸⁰</p>
<p>2. Frecuencia del cepillado debe realizarse 3 veces al día, o después de haber ingerido alimentos ricos en carbohidratos.</p>	<p>Las claves de una buena higiene bucal son: el cepillado dental 3 veces al día, que ayuda a la remoción de residuos en la boca, causantes de la placa bacteriana.⁸¹</p> <p>Es conocido que la cavidad bucal posee condiciones ambientales propicias para que se desarrolle gran número de microorganismos.⁸²</p> <p>Después de ingerir un alimento que</p>

⁸⁰ Cisneros DG y Hernández BY. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Oct [consultado 2015 Ago 18]; 15(10): 1445-1458. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013&lng=es.

⁸¹ Cisneros DG y Hernández BY. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Oct [consultado 2015 Ago 18]; 15(10): 1445-1458. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013&lng=es.

⁸² Crespo MII, Riesgo Cosme YC, Laffita LY, Torres MPA y Márquez FM. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria: Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. MEDISAN [revista en la Internet]. 2009 Ago [consultado 2015 Ago 19]; 13(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400014&lng=es.

	<p>contenga carbohidratos se produce ácido en la placa dental. Puede haber desmineralización del esmalte cuando el ácido deprima el pH de la placa por debajo de 5,5 y esto por lo general se acepta como la primera fase en el inicio de la caries.⁸³</p>
<p>3. Canalizar a un especialista odontólogo.</p>	<p>Los cirujano dentistas (profesionales odontólogos) son para la sociedad expertos en conocimientos elevados y habilidades específicas, comprometidos individual y colectivamente a dar prioridad al bienestar de sus pacientes. El primer deber moral que asume el dentista es "hacer el bien" a sus pacientes, específicamente en el área de la salud bucal.⁸⁴</p>

⁸³ Crespo MI, Riesgo Cosme YC, Laffita LY, Torres MPA y Márquez FM. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria: Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. MEDISAN [revista en la Internet]. 2009 Ago [consultado 2015 Ago 19]; 13(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400014&lng=es.

⁸⁴ Torres Q.M, Romo O. F. Bioética y ejercicio profesional de la odontología. Acta bioeth. [revista en la Internet]. 2006 Ene [consultado 2014 Dic 17]; 12(1):65-74. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000100010>.

10. Diagnósticos de Enfermería	
Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c higiene del sueño inadecuado m/p informe verbal de sentirse cansada al despertar y dormir solo 5 horas.	
7.4.1. Objetivo enfermería: Que la paciente duerma al menos 7 horas continuas durante la noche y que al despertar manifieste descanso.	
7.4.2. Objetivo paciente: Dormir mejor y descansar.	
Agente: Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación	
Sistema: Parcialmente compensatorio	
7.4.3. Intervención de Enfermería	Fundamentación
<p>1. Enseñanza sobre medidas de la higiene del sueño (VER ANEXO 25).</p> <p>*Orientar a la paciente sobre los factores que influyen en la mala higiene del sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Evitar realizar siestas prolongadas. ○ Acostarse y levantarse a una misma hora todos los días. ○ Evitar realizar actividad física vigorosa, dos horas antes de dormir. ○ Evitar el consumo de bebidas con cafeína. ○ Evitar realizar actividades sensoriales estimulantes (ver 	<p>La importancia de una buena calidad de sueño no solamente es fundamental como factor determinante de la salud sino como elemento propiciador de una buena calidad de vida. La calidad del sueño no se refiere únicamente al hecho de dormir bien durante la noche si no que también incluye un buen funcionamiento diurno (un adecuado nivel de atención para realizar diferentes tareas)⁸⁵.</p> <p>Factores que alteran el sueño:</p> <p>En la higiene del sueño influyen entre otros aspectos, determinados factores ambientales (luz, ruido, temperatura, etc.) y factores relacionados con la</p>

⁸⁵ Sierra J.C, Jiménez N.C, Martín O.J. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. Rev. Salud Mental [revista en la internet] 2002 Dic. [consultado 2014 Dic 17]; 25(6):35-43. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262505>

<p>televisión, videojuegos o internet).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Utilizar la cama solo para dormir. ○ Dormir en una cama confortable. ○ No realizar trabajos importantes antes de dormir. ○ Evitar pensar sobre actividades del día siguiente. ○ Dormir en una habitación con baja iluminación y poco ruido ambiental. <p>* Establecer en conjunto con la paciente horarios específicos para el descanso mediante la elaboración de un programa que incluya dormir diariamente mínimo 7 horas, máximo 8 horas y tomar una siesta diaria de 20 minutos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Horario de sueño: 11 pm a 7 am. ✓ Horario de siesta (20 minutos): 3 pm. 	<p>salud (nutrición, práctica de ejercicio físico y consumo de determinadas sustancias) sobre la calidad del sueño. Se sabe que la exposición al ruido o las temperaturas extremas provocan efectos negativos sobre la arquitectura del sueño.⁸⁶</p> <p>La melatonina se produce en la glándula pineal, es regulada por la luz exterior, la cual inhibe su producción. La melatonina está asociada con la regulación del ciclo sueño-vigilia, inhibe el estado de vigilia y permite que las estructuras que inician el sueño sean activadas.⁸⁷</p> <p>La cafeína: Está bien establecido que la cafeína aumenta la latencia del sueño, disminuye su duración total, aumenta la actividad motora durante éste, disminuye su consolidación y reduce la duración del sueño.⁸⁸</p>
<p>2. Técnicas de relajación.</p> <p>*Enseñar a la paciente técnicas de respiración que le permitan relajar su cuerpo y conciliar el sueño de manera más rápida y agradable (VER ANEXO 26):</p>	<p>El entrenamiento en relajación se emplea prácticamente en todas aquellas situaciones cuyo tratamiento requiere o aconseja la reducción de la actividad simpática del sistema neurovegetativo, de la tensión muscular o del estado de alerta general del organismo. En las investigaciones realizadas aparece con mucha</p>

⁸⁶ Varela P.L.F, Tello R.T, Ortiz S.P.J y Chávez J.H. Valoración de la higiene del sueño mediante una escala modificada en adultos mayores. Red Rev Cient. De Ame Laty el Car [revista en la internet] 2010 Dic. [consultado 2015 Ago 19]; 27(4): 233-237. Disponible en:<http://www.redalyc.org/pdf/966/96618991004.pdf>

⁸⁷ Talero C, Durán F y Pérez I. Sueño: características generales: Patrones fisiológicos y fisiopatológicos en la adolescencia. Rev. Cienc. Salud [revista en la Internet]. 2013 Dec [consultado 2015 Ago 19]; 11(3): 333-348. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732013000300008&lng=en.

⁸⁸ Carrillo M.P, Ramírez P.J y Magaña V.K Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. Rev.Fac.Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2013 Ago [consultado 2015 Ago 19]; 56(4): 5-15. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400002&lng=es.

<p>-Respiración profunda.</p> <p>-Respiración rítmica.</p> <p>-Respiración abdominal o diafragmática.</p> <p>*Sugerir a la paciente el uso de música de relajación desde 15 minutos antes de la hora del sueño.</p>	<p>frecuencia su combinación con otras técnicas y su aplicación en personas de todas las edades (niños, adultos y de la tercera edad).⁸⁹</p>
---	---

⁸⁹ López F.R. La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual: Parte I. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1996 Ago [consultado 2014 Dic 17]; 12(4): 370-374. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000400007&lng=es.

11. Diagnósticos de Enfermería	
Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c disminución de la atención m/p incapacidad para aprender nueva información y habilidades, alteración de la memoria y vocabulario escaso.	
7.4.1. Objetivo enfermería: Que la paciente mejore la atención, memoria y su vocabulario.	
7.4.2. Objetivo paciente: Poner más atención a las cosas.	
Agente: Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación	
Sistema: Parcialmente compensatorio	
7.4.3. Intervención de Enfermería	Fundamentación
<p>1. Ludoterapia (juegos de mesa).</p> <p>*Participar con la paciente en actividades recreativas como juegos de mesa (memorama, juegos de palabras, turista, domino, juegos de cartas, etc.).</p> <p>*Fomentar la participación de la familia a dichas actividades.</p> <p>*Las actividades recreativas se realizarán al menos 2 veces a la semana.</p>	<p>Terapia ocupacional recreativa: mediante la ludoterapia conseguimos un fin motivador para el sujeto, brindando una serie de alternativas para que también el tiempo de ocio resulte gratificante⁹⁰.</p> <p>Principios a tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lograr su interés: atención. • Enseñanza de juegos y destreza: memoria, comprensión. • En la participación no buscamos la percepción: cada sujeto

⁹⁰ Begoña G.E. Manual básico para gerocultores y auxiliares geriátricos. Barcelona: España. Caritas españolas 1999. [consultado 2014 Dic 17] disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=fNkn5yGleX4C&pg=PA502&dq=ludoterapia&hl=es&sa=X&ei=PCGLVivcL46TyATovIDgBQ&ved=0CDUQ6AEwBQ#v=onepage&q=ludoterapia&f=false>

	<p>evoluciona según su destreza.</p> <p>Actividades grupales: aumento de la relación social, comunicación.</p>
<p>2. Motivación a la lectura.</p> <p>*Participar con la paciente en la lectura de un libro proporcionándole ideas de que podría llamar su atención.</p> <p>*Ya iniciada la lectura se fomentara que lea diariamente por al menos 20 minutos y que apunte en una libreta lo que más le más le agrado por día.</p> <p>*Orientar a los familiares sobre la importancia de que ella lea diariamente y sobre cómo pueden apoyarla en la revisión de comentarios acerca de la lectura.</p>	<p>La adquisición de la lectura se entiende como un proceso que tendría prerrequisitos cognitivos mediados por distintas estructuras cerebrales. Los prerrequisitos que con mayor frecuencia se han comunicado son el procesamiento fonológico, la denominación automatizada rápida, la automaticidad motora, la percepción del habla y la memoria a corto plazo. La lectura exige, además, una serie de habilidades de tipo cognitivo, como son atención, memoria, lenguaje y abstracción. La atención es indispensable para lograr una adecuada decodificación de los estímulos y comprensión del texto.⁹¹</p>

⁹¹ Urquijo S. Funcionamiento cognitivo e habilidades metalingüísticas na aprendizagem en lectura. Educ. Rev., Curitiba [revista en la internet] 2010 Dic [consultado 2014 Dic 17]; 38:19-42 Disponible en : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-40602010000300003&script=sci_arttext

12. Diagnósticos de Enfermería	
Riesgo de déficit prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano (caídas) r/c barreras arquitectónicas (escaleras sin barandales), falta de atención e inseguridad.	
7.4.1. Objetivo enfermería: Que la familia mejore la situación arquitectónica y prevenir el riesgo de caídas.	
7.4.2. Objetivo paciente: Prevenir caídas en la casa.	
Agente: Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación	
Sistema: Apoyo educativo.	
7.4.3. Intervención de Enfermería	Fundamentación
<p>1. Orientación sobre barreras arquitectónicas.</p> <p>* Ayudar a la paciente y su familia a evaluar el entorno donde viven para detectar riesgos.</p> <p>* Modificación del entorno en casos con factores de riesgo.</p> <p>* Ausencia de pasamanos: promover que se coloquen los pasamanos en las escaleras y de no ser posible recomendar el uso de cintas antiderrapantes en cada escalón</p>	<p>Las personas discapacitadas han debido enfrentar un tratamiento hostil y plasmado de contradicciones basado en el desconocimiento de lo que significa la discapacidad y cómo afecta a las personas y su entorno.⁹²</p> <p>Las barreras arquitectónicas: impedimentos físicos que presenta el entorno construido frente a las personas con discapacidades o con circunstancias discapacitantes.⁹³</p> <p>En sentido amplio, incluyen no solo las barreras derivadas del diseño de los edificios, sino también las de los medios de transporte, mobiliario, etc., que pueden construir una barrera</p>

⁹² Lotito F. y Sanhueza H. Discapacidad y barreras arquitectónicas: un desafío para la inclusión. Revista AUS [Revista en la internet] 2011. [consultado 2015 Ago 25]. 10-13. Disponible en: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/aus/n9/art03.pdf>

⁹³ Nigro V. Rodríguez C. Ducasse G. Sergent V. Accesibilidad e integración. Nobuko. Argentina. 2008

	<p>ambiental de carácter físico. Se pueden hablar de 3 tipos de barreras⁹⁴:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barreras arquitectónicas: Entendemos que existe una barrera de este tipo cuando el acceso al edificio no es franqueable, accesible y utilizable. • Barreras urbanísticas: Nos referimos a aquellos impedimentos en la estructura y mobiliario urbano. • Barreras de transporte: Deberían tener las adaptaciones estipuladas por la legislación. <p>La heterogeneidad de limitaciones físicas es una de las principales dificultades para poder determinar unos parámetros validos en el campo de la supresión de barreras arquitectónicas. Algunos parámetros, de los que un ejemplo puede ser la disposición de barreras o apoyos como ayudas para la ejecución de determinados movimientos, dependen muy directamente de las condiciones particulares de cada individuo.⁹⁵</p>
<p>2. Prevención de caídas.</p> <p>*Proporcionar a la paciente estrategias de prevención de caídas tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Que no exista desorden en los 	<p>Existen medidas de prevención eficaces para logran identificar los factores de riesgo y se evalúa el riesgo de caídas se podrán poner en marcha medidas de prevención:⁹⁶</p>

⁹⁴ Gento P.S, Ferrándiz V.I.M. y Palacios S.J. Tratamiento educativo de la diversidad de tipo Motórico. UNED. España. 2010.

⁹⁵ Gento P.S, Ferrándiz V.I.M. y Palacios S.J. Tratamiento educativo de la diversidad de tipo Motórico. UNED. España. 2010.

⁹⁶ Organización Panamericana de la Salud. Caídas. [consultado 2014 Dic 17] Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia05.pdf>

<p>pasillos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Que la luz de los pasillos sea adecuada, es decir brillante y que no parpadee. ○ Que los cables eléctricos no se encuentre en sitios de paso. ○ Tener barandales en baños. ○ Tener barandales a lo largo de las escalares de preferencia en ambos lados. ○ Evitar mantener los pisos mojados ya que corren riesgo de resbalarse. ○ Sustituir el calado cuando este se encuentre gastado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actuar de manera personalizada sobre los factores de riesgo identificados. • Enseñar como disminuir riesgos domiciliarios y extradomiciliarios.
<p>3. Promover que la paciente realice ejercicios para mejorar la atención; como juegos de mesa o juegos al aire libre.</p> <p>Los juegos de mesa propuesto y aplicados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Memorama. ○ Rompecabezas. ○ Turista mundial. ○ Domino. ○ Ajedrez. 	<p>El juego favorece y estimula las cualidades morales en las personas como son: el dominio de sí mismo, la honradez, la seguridad, la atención se concentra en lo que hace, la reflexión, la búsqueda de alternativas para ganar, el respeto por las reglas del juego, la creatividad, la curiosidad, el sentido común y la solidaridad con sus amigos, con su grupo, pero sobre todo el juego limpio.⁹⁷</p>

⁹⁷ Minerva T.C. El juego: una estrategia importante. Red de Rev Cien. de Ame Lat, el Car, Esp y Port. [revista en la internet] 2002 Dic. [consultado 2015 Ago 25]; 6(19): 289-296. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/356/35601907.pdf>

13. Diagnósticos de Enfermería	
Déficit de la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c falta de implicación en el tratamiento rehabilitatorio m/p verbalización de no conocer acerca del diagnóstico médico, cuidados y pasividad.	
7.4.1. Objetivo de enfermería: Que la paciente participe en el tratamiento rehabilitatorio.	
7.4.2. Objetivo paciente: Conocer más de lo que tengo y hacer más mis ejercicios.	
Agente: Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación	
Sistema: Apoyo educativo.	
7.4.3. Intervención de Enfermería	Fundamentación
<p>1. Enseñanza sobre la patología, tratamiento, complicaciones y rehabilitación (VER ANEXO 27).</p> <p>*Se orientará a la paciente sobre las generalidades de su patología y todo el proceso.</p>	<p>La educación para la salud puede ser definida como un proceso que mejora el conocimiento y las habilidades que influyen en las actitudes que el (la) paciente requiere para mantener un comportamiento adecuado en bien de su salud. También se puede entender como una disciplina de las ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas, que tiene por objeto el impartir de forma sistemática los conocimientos teóricos prácticos, así como el desarrollo consecuente de actitudes y hábitos correctos, que la población debe asimilar, interiorizar, y por último, incorporar gradual y progresivamente a su estilo de vida, como requisito sine qua non, para preservar en óptimas condiciones su estado de salud. La</p>

	<p>educación para la salud tiene dos objetivos fundamentales: capacitar a las personas para tomar decisiones informadas que favorezcan la salud y conseguir su participación en el proceso educativo mediante una actitud crítica y una implicación en las decisiones que favorezcan la salud.⁹⁸</p> <p>Los profesionales de la salud sabemos que los resultados obtenidos en el tratamiento de estas enfermedades dependen no sólo del uso de medicamentos adecuados, sino también de la manera en la que se informa al paciente y del modo en que se enseña a dominar algunas habilidades y a adoptar determinadas conductas.⁹⁹</p>
<p>2. Fomentar una buena adherencia en el tratamiento fisioterapéutico ya que implica importantes repercusiones en el ámbito personal, familiar, médico, social y económico.</p>	<p>La adherencia fisioterapéutica es la implicación activa y voluntaria del paciente durante su rehabilitación para lograr un resultado terapéutico deseado. Hay grandes dificultades en este proceso y diversas dimensiones que intervienen en él, relacionadas o no con el paciente¹⁰⁰.</p>
<p>3. Responsabilizar a la paciente sobre su tratamiento para poder alcanzar un mejor control de la enfermedad o incrementar su calidad de vida.</p>	<p>Nuestro papel como profesionales de la salud es en ocasiones el de accionar, pero siempre guiar u orientar, en un fructífero intercambio, para que las</p>

⁹⁸ Guerra G.V.T. Díaz M.A.E. Vidal A.K. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2010 Jun [consultado 2015 Ago 25]; 26(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200007&lng=es.

⁹⁹ Figueroa D. Educación de pacientes. [Consultado 2014 Dic 17] Disponible en: http://www.frcf.cat/pdfs/publicacions/04_educacion_de_pacientes.pdf

¹⁰⁰ María T.L. factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Rev. CES. [revista en la internet] 2014. [consultado 2014 Dic 17]; 2(1): Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/movimientoysalud/article/view/2969/pdf>

	personas adopten una actitud positiva a favor de su autorresponsabilidad y autocuidado con respecto a la salud. ¹⁰¹
--	--

14. Diagnósticos de Enfermería	
Riesgo de déficit de la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal (religiosidad) r/c dificultad para adherirse a las ideas religiosas y expresión de necesidad de cambio de religión.	
7.4.1. Objetivo enfermería: Que la paciente logre el apego a las ideas religiosas.	
7.4.2. Objetivo paciente: Aceptar la religión que tengo.	
Agente: Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, familia.	
Sistema: Apoyo educativo.	
7.4.3. Intervención de Enfermería	Fundamentación

¹⁰¹ Sala A.M.R. Cárdenas S.O. Sala A.A. González J.J.F. Paciente: ¿por qué? Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2000 Ago [consultado 2015 Ago 25]; 37(2): 123-126. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072000000200009&lng=es.

<p>1. Orientar al familiar sobre la enseñanza de la religión en la familia mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Conocer las inquietudes de la paciente acerca de la religión. *Promover actividades como orar en familia antes de los alimentos. *Ir a misa los domingos *Lectura de libros relacionados a la religión que practican (católica). 	<p>La transmisión de valores que se produce en los diferentes ámbitos sociales en los que los jóvenes interactúan, y que de manera formal e informal, planificada o no educan de acuerdo a sus valores:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Una formación en las creencias que la familia sostiene acorde a sus creencias ideológicas y/o religiosas. b) Principios y conductas específicas que practican sus amigos (vecindario). c) La carga de valores y antivalores a los que se encuentran expuestos por largas horas a través de los medios de comunicación, en especial la televisión, la cual les "vende" sus propios valores.¹⁰²
---	---

¹⁰² Fragoso F.E, Canales R.E. Estrategias educativas para la formación en valores desde la educación informal de la familia. Rev. Venez. de Edu. [revista en la internet]. 2009 Mar [consultado 2014 Dic 17]; 13(44):177-185. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35614571021>

<p>2. Contactar redes de apoyo dentro de su comunidad.</p> <p>Se buscará dentro de la comunidad redes de apoyo donde la asesoren en cuanto al aspecto de su religión. Dentro de las redes de apoyo se puede contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Catequista. ○ Padre. 	<p>El concepto de apoyo social ha ocupado un lugar central en el análisis de los determinantes sociales de la salud y el bienestar, y está estrechamente vinculado al ámbito de la intervención comunitaria.</p> <p>La interacción social con los miembros y organizaciones de la comunidad constituye una potencial fuente de apoyo para las personas. A partir de estas relaciones no sólo se pueden obtener importantes recursos, información y ayuda, sino también se deriva un sentimiento de pertenencia y de integración a una comunidad más amplia con importantes implicaciones para el bienestar individual y social¹⁰³.</p>
---	---

¹⁰³ Gracia E y Herrero J. La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. Rev. Latinoam. Psicol. [revista en la Internet]. 2006 Ago [Consultado 2014 Dic 16]; 38(2): 327-342. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000200007&lng=pt.

**PLANEACIÓN DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS EL 2 DE
MAYO DEL 2015**

1. Diagnósticos de Enfermería	
Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social r/c autoevaluación negativa de la imagen corporal m/p timidez, inseguridad, temor y retraimiento para la interacción social y de acuerdo a la Escala de Rosemberg presenta autoestima baja.	
Objetivo de enfermería: Mejorar la autoestima y la seguridad en sí misma.	
Objetivos del paciente: Aceptarme como soy.	
Agente: Estudiante del posgrado de enfermería en rehabilitación.	
Sistema: Parcialmente compensatorio.	
Intervención de Enfermería	Fundamentación
<p>1. Canalizar a grupos de ayuda.</p> <p>Indicarle la importancia de que acuda a un grupo de ayuda mutua</p>	<p>La ayuda mutua ha venido a ocupar en gran medida el papel que tradicionalmente jugaban los médicos, psiquiatras y sacerdotes. Se ha afirmado que estas agrupaciones han permitido al ciudadano común encontrar ayuda sin depender de la maquinaria profesional y burocrática.¹⁰⁴</p> <p>Los grupos de ayuda mutua facilitan el apoyo emocional, pues permite a las personas con problemas, la superación de estados como soledad y confusión, a través del contacto con otras personas que se encuentran en su misma situación y por lo tanto, se enfrentan a la misma enfermedad; información y asesoramiento sobre cómo cuidarse y los servicios de los que se dispone, muchas veces</p>

¹⁰⁴ Rosovsky H. Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. Desacatos [artículo en la internet] 2009 Abr. [Consultado 2015 Ago 19]. 29: 13-30. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-92742009000100002

	derivado de las propias experiencias personales de los componentes del grupo. ¹⁰⁵
<p>2. Realizar actividades que favorezcan la identificación de aspectos positivos de la personalidad tales como:</p> <p>a) Realizar un dibujo en donde pueda expresar e identificar tanto “defectos” como cualidades.</p> <p>Favorece la identificación de aspectos físicos agradables y no agradables para la persona. Se utilizará preferentemente una hoja de papel blanca y colores.</p> <p>b) Realizar una lista de cualidades y defectos al inicio la realizará sola puede tomar algo de tiempo, posteriormente el profesional e incluso la familia pueden contribuir en el descubrimiento de sí misma.</p> <p>Se pedirá a la paciente que realice una lista de mínimo 10 cualidades y 10 defectos.</p>	<p>El primer factor del que depende la autoestima es lo que piensa la persona acerca de sí misma, sea porque se conozca bien a sí misma o sea porque considere que quienes le conocen piensan bien de ella. En definitiva la autoestima es también función del propio conocimiento, de lo que conocemos acerca de nosotros mismos.¹⁰⁶</p> <p>Tener un autoconcepto ajustado y una autoestima positiva es condición indispensable para una relación social y afectiva sana y estable. El respeto y aprecio por uno mismo es la plataforma adecuada para relacionarse con el resto de las personas.¹⁰⁷</p> <p>La autoaceptación implica el reconocimiento de las propias cualidades, la toma de conciencia del propio valor, la afirmación de la propia dignidad personal y el sentimiento de poseer un yo del que uno no tiene que avergonzarse ni ocultarse.¹⁰⁸</p>

¹⁰⁵ Del Barrio J. A. y Castro A. Infraestructura y recursos de apoyo social, educativo y sanitario en las enfermedades raras. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet] 2008. [Consultado 2015 Ago 19]. 31(2): 153-163. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000400011&lng=es.

¹⁰⁶ Polaino A. Familia y autoestima. 2010 [consultado el 20 Agosto 2015]. Disponible en: https://educaenvirtudes.files.wordpress.com/2010/10/familia_autoestima.pdf

¹⁰⁷ Plan de acción tutorial: Gades. Yo, Autoestima, Autoconcepto. [artículo de la internet]. [Consultado el 25 de Agosto del 2015]. Disponible en: <https://orientacionandujar.files.wordpress.com/2010/09/yo-autoestima-y-autoconcepto.pdf>

¹⁰⁸ IBID.

<p>Al finalizar deben analizarse todas las palabras, pueden utilizarse preguntas como ¿Cómo te gustaría ser?, ¿Qué te gustaría cambiar?, ¿Qué piensas acerca de esto o aquello?, ¿Qué crees que piensan los demás de esto?.</p>	
<p>3. Contribuir en el desarrollo de conductas sociales: comunicación.</p> <p>*Fomentar el vínculo familiar.</p> <p>*Fomentar el desarrollo de relaciones amistosas.</p>	<p>La comunicación es base para la creación, desarrollo y mantenimiento de la familia así como unidad básica de relaciones interpersonales.¹⁰⁹</p> <p>La comunicación es base para la creación, desarrollo y mantenimiento de la familia así como unidad básica de relaciones interpersonales.¹¹⁰</p>
<p>4. Acudir con un especialista (psicología) del Instituto nacional de rehabilitación.</p>	<p>Los tratamientos psicológicos que han mostrado mayor efectividad para la depresión incluyen la terapia cognitivo-conductual, la activación conductual, la terapia interpersonal o la terapia de solución de problemas. Se considera al tratamiento psicológico como un elemento principal en la intervención de la depresión en general.¹¹¹</p>

¹⁰⁹ Melendo M. comunicación e integración personal. Ed. Sal Tarrae. 2000.

¹¹⁰ Ibid.

¹¹¹ Cano V.A. Martin S.J. Mae W.C. Dongil E y Latorre J.M. La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. Red de Rev Cien de Am Lat, el Cari, Espay Port [Revista en la internet] 2012Abr. [consultado 2015 Ago 26]; 33(1): 2-11. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77823404001.pdf>

2. Diagnósticos de Enfermería	
Déficit de la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal r/c desempeño inadecuado del rol m/p necesidades no satisfechas, ansiedad y tristeza y de acuerdo a la Escala de Hamilton presenta depresión moderada.	
Objetivo de enfermería: Que la paciente presente menos tristeza y ansiedad. Objetivo del paciente: Poder realizar más cosas dentro de la casa.	
Agente: Estudiante del posgrado de enfermería en rehabilitación.	
Sistema: Parcialmente compensatorio.	
Intervención de Enfermería	Fundamentación
1. Integración a las actividades del hogar. *Indicarle la importancia a la familia sobre la integración del paciente en el máximo número de actividades posibles para permitirle sentirse útil para la familia y la sociedad.	El núcleo familiar tiene una implicación duradera a nivel emocional de modo que a efectos prácticos tenga principal repercusión en el proceso de Rehabilitación de la paciente y en su inclusión familiar e incluso social. ¹¹²
2. Favorecer la expresión de sentimientos y emociones en el núcleo familiar a fin de disminuir la tristeza y ansiedad. Explicar la importancia de establecer un espacio familiar para la expresión de sentimientos y emociones.	En el seno de la familia se producen procesos básicos: la expresión de sentimientos, la personalidad del individuo y patrones de conducta, todo esto se aprende en la dinámica familiar. La familia es un centro de expresión espiritual, cuando su integración es positiva dentro de ellas se generan los

¹¹² Calvo B.H. y Lucas A.A. Intervención en familias desde los centros de día. Salamanca: OASIS. 2007. [consultado 2014 Dic 16] Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/IntervencionFamilias.pdf>

	valores más íntimos: amor, bondad y felicidad personal. ¹¹³
3. Sugerir actividades que faciliten la expresión de sentimientos de insatisfacción, tristeza, ansiedad, enojo, alegría mediante la elaboración de cartas.	Escribir sobre nuestros pensamientos y emociones es una herramienta terapéutica que aporta múltiples beneficios. Escribir permite acceder al potencial creativo, a descubrir emociones y pensamientos. Contribuye a reducir el estrés mental, reforzar la autoestima ¹¹⁴ .
4. Aplicación de musicoterapia para disminuir la ansiedad y mejorar la autoestima. <ul style="list-style-type: none"> ○ Las sesiones de musicoterapia tendrá una duración de 10 minutos. ○ Se elige música instrumental. ○ Se gradúa el volumen a tonos medio. ○ Mantener un ambiente tranquilo. ○ Ropa cómoda. 	La musicoterapia tiene efectos terapéuticos, a continuación se señalan algunos de los más destacados: La música hace posible que las personas con discapacidad desarrollen conductas compensatorias, que eleven su autoestima, ofrece los medios para expresarse de modo socialmente aceptable, proporciona oportunidades de asumir responsabilidades con uno mismo y con los demás, hace posible desarrollar una conducta dirigida hacia los otros, aumenta la interacción social y la comunicación verbal y no verbal. ¹¹⁵ Posee efectos psico-emocionales, ya que la música puede despertar, evocar,

¹¹³ Suarez O. Moreno J. La familia como eje fundamental en la formación de valores en el niño. [consultado el 20 de Agosto de 2015]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/la_flia_como_eje_en_la_formacion_de_valores.pdf

¹¹⁴ Cabrera C.E. Efectos terapéuticos de la escritura emocional o expresiva. [consultado en la internet]. Hojas informativas de los psicólogos de las Palmas. [consultado el 25 de Agosto del 2015]. Disponible en: http://centropsicologiaequilibrio.com/documentos/Escritura_Expresiva.pdf

¹¹⁵ López G.P. y Calvo A.M.I. Actividades alternativas para integrar a personas con necesidades de apoyo generalizado. [Consultado 2015 Ago 25]. Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20847/patri_lopez.pdf

	<p>fortalecer y desarrollar cualquier emoción o sentimiento humano, así como puede provocar efectos sedantes, estimulantes.¹¹⁶</p> <p>Asimismo, produce efectos cognitivos-intelectuales, como el desarrollo de la capacidad de atención sostenida, la facilitación del aprendizaje, el desarrollo del sentido del orden y del análisis, la ejercitación de los procesos de razonamiento, el desarrollo de la memoria, el desarrollo de las relaciones témporo-espaciales, el inicio a los procesos de relajación, reflexión y meditación, el estímulo de la imaginación y la capacidad creadora.¹¹⁷</p>
--	--

¹¹⁶ IBID.

¹¹⁷ López G.P. y Calvo A.M.I. Actividades alternativas para integrar a personas con necesidades de apoyo generalizado. [Consultado 2015 Ago 25]. Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20847/patri_lopez.pdf

3. Diagnósticos de Enfermería	
Déficit de la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c falta de implicación en el tratamiento rehabilitatorio m/p verbalización de no realizar los cuidados recomendados y muestra de pasividad.	
Objetivo de enfermería: Que la paciente participe en el tratamiento rehabilitatorio.	
Objetivo paciente: Hacer más mis ejercicios.	
Agente: Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación	
Sistema: Apoyo educativo.	
Intervención de Enfermería	Fundamentación
<p>1. Reforzar enseñanza sobre tratamiento, complicaciones y rehabilitación (VER ANEXO 27).</p> <p>Evidenciar con la paciente los logros obtenidos hasta ahora y los que puede alcanzar si se adhiere al tratamiento así mismo explicar las posibles complicaciones si no se apega a su tratamiento rehabilitatorio.</p>	<p>Los profesionales de la salud sabemos que los resultados obtenidos en el tratamiento de estas enfermedades dependen no sólo del uso de medicamentos adecuados, sino también de la manera en la que se informa al paciente y del modo en que se enseña a dominar algunas habilidades y a adoptar determinadas conductas.¹¹⁸</p>

¹¹⁸ Figueroa D. Educación de pacientes. [Consultado 2014 Dic 17] Disponible en: http://www.frcf.cat/pdfs/publicacions/04_educacion_de_pacientes.pdf

<p>2. Fomentar una buena adherencia en el tratamiento fisioterapéutico ya que implica importantes repercusiones en el ámbito personal, familiar, médico, social y económico.</p>	<p>La adherencia fisioterapéutica es la implicación activa y voluntaria del paciente durante su rehabilitación para lograr un resultado terapéutico deseado. Hay grandes dificultades en este proceso y diversas dimensiones que intervienen en él, relacionadas o no con el paciente¹¹⁹.</p>
<p>3. Responsabilizar a la paciente sobre su tratamiento para poder alcanzar un mejor control de la enfermedad o incrementar su calidad de vida.</p>	<p>Nuestro papel como profesionales de la salud es en ocasiones el de accionar, pero siempre guiar u orientar, en un fructífero intercambio, para que las personas adopten una actitud positiva a favor de su autorresponsabilidad y autocuidado con respecto a la salud.¹²⁰</p>

¹¹⁹ María T.L. factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Rev. CES. [revista en la internet] 2014. [consultado 2014 Dic 17]; 2(1): Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/movimientoosalud/article/view/2969/pdf>

¹²⁰ Sala A.M.R. Cárdenas S.O. Sala A.A. González J.J.F. Paciente: ¿por qué? Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2000 Ago [consultado 2015 Ago 25]; 37(2): 123-126. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072000000200009&lng=es.

4. Diagnósticos de Enfermería

Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c deficiencia neuromuscular m/p acortamiento e hipotrofia de extremidad torácica derecha, disminución de la fuerza muscular en extremidad torácica derecha (hombro 3, codo 3 y antebrazo, muñeca y dedos no valorables por presencia de yeso ante-braquipalmar), disminución de los arcos de movilidad (hombro: abducción 110°/172°, aducción 6°/30°, flexión 50°/ 180°, extensión: 10° asistido/ 28°, rotación interna: 60°/90°, rotación externa: -50° / 90°, articulación del codo en actitud de flexión 60°/138°, extensión - 30°/0° y muñeca y dedos no valorables (por presencia de yeso ante-braquipalmar).

Objetivo de enfermería: Mejorar la fuerza y los arcos de movilidad posterior al retiro de yeso.

Objetivo del paciente: Recuperar la fuerza de mi brazo derecho.

Agente: Estudiante del posgrado de enfermería en rehabilitación.

Sistema: Parcialmente compensatorio.

Intervención de Enfermería

Fundamentación

1. Valorar el estado general del paciente mediante la toma de signos vitales previa realización de la sesiones de rehabilitación.

Se utilizaran las herramientas necesarias para esta intervención como estetoscopio, Baumanómetro, termómetro electrónico y reloj.

Los signos vitales, temperatura, respiración, pulso y tensión arterial son parámetros a través de los cuales es posible evaluar la salud de un individuo, pues sus valores se mantienen constantes dentro de ciertos límites, en estado de normalidad. La valoración de los signos vitales es una de las funciones del personal de enfermería que permite detectar alteraciones potenciales o reales, modificatorias del equilibrio psico-físico del individuo.

Esta valoración constituye el punto de partida en la toma de decisiones objetivas que determinan un cuidado

	reflexivo e individualizado al paciente. ¹²¹
<p>2. Termoterapia</p> <p>Seguir con la aplicación de compresa caliente mediante las instrucciones y cuidados pertinentes:</p> <p>*Calentar durante 2 minutos en el microondas.</p> <p>*Envolver la compresa con una tela.</p> <p>*Colocarla en extremidad torácica en un tiempo de 10 minutos.</p> <p>*Verificar constantemente la piel para valorar si existe presencia de eritema.</p> <p>No colocar compresa caliente en forma directa sobre la piel.</p> <p>*No colocar la termoterapia sobre implantes metálicos.</p> <p>*En caso de enrojecimiento permanente de la piel, suspender la termoterapia.</p>	<p>Los efectos bio-fisiológicos¹²² de la aplicación de termoterapia son los siguientes:</p> <p>Aumento de la actividad metabólica y enzimática. La tasa metabólica de los tejidos aumenta entorno al 13% por grado de aumento de temperatura.</p> <p>Modificaciones de las propiedades visco elásticas de los tejidos produciendo una mayor extensibilidad de los tejidos fibrosos ricos en colágeno, como los que se encuentran en tendones, ligamentos, cápsulas articulares o cicatrices.</p> <p>Favorece la relajación muscular y la disminución de los espasmos musculares, reducción del ciclo vicioso dolor-contracción muscular-isquemia-dolor.</p> <p>Aumento del flujo sanguíneo donde se ha aplicado calor (vasodilatación de arteriolas y capilares). Esta vasodilatación produce un aumento de la velocidad de filtración y de difusión a través de las membranas celulares, incrementándose la permeabilidad.</p>

¹²¹ Chemes de FC. La enfermera y la valoración de los signos vitales. Tucumán, Argentina. Escuela de enfermería de la UNT. 2008. (consultado 2015 Ago 16). Disponible en: http://www.fm.unt.edu.ar/carreras/webenfermeria/documentos/Valoracion_Signos_Vitales.pdf

¹²² Apolo M.D, López F.A. y Caballero R.T. Utilización de la termoterapia en el ámbito terapéutico. [revista en la Internet]. 2006 Mar [consultado 2014 Dic 16]; Disponible en: <file:///C:/Users/casa/Downloads/Dialnet-UtilizacionDeLaTermoterapiaEnElAmbitoDeportivo-1710483.pdf>

<p>3. Calentamiento.</p> <p>Continuar con el programa de calentamiento (VER ANEXO 11) antes de realizar la movilización de las articulaciones.</p> <p>El calentamiento consistirá en la realización de movimientos en todo el rango articular.</p> <p>En un tiempo de 10 minutos con repeticiones 15 a 20.</p> <p>El calentamiento consiste en realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estiramientos • Movimientos articulares 	<p>El calentamiento consiste en la realización de 5 a 10 minutos de actividad aerobia (caminar, pedalear, entre otros), con una intensidad baja. La sesión de calentamiento está dirigida a preparar de manera adecuada los músculos, el corazón y los pulmones, para el aumento progresivo de la intensidad del ejercicio. A continuación, los músculos deben estirarse suavemente durante otros 5 a 10 min. El estiramiento muscular se concentrará en el grupo de músculos que van a ser utilizados en la sesión activa de ejercicios. Sin embargo, vale aclarar que lo óptimo es calentar todos los grupos musculares. El calentamiento activo puede llevarse a cabo antes o después del estiramiento. Luego de la sesión activa, el enfriamiento debe estructurarse de manera similar al calentamiento. El enfriamiento debe durar al menos de 5 a 10 min, e ir reduciendo la frecuencia cardiaca de modo gradual hasta los niveles del inicio del ejercicio.¹²³</p>
<p>4. Movilización activa, activo asistida y pasiva (Conservar arcos de movimiento).</p> <p>Continuar con el programa de movilizaciones activas, activo asistido y pasivo (VER ANEXO 13) enfocado en articulaciones como: articulaciones de hombro, codo, muñeca y metacarpofalàngicas e interfalàngicas haciendo enfoque en la recuperación de</p>	<p>El objetivo principal de las movilización activa, activo asistida y pasiva van encaminadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventivo: encaminado a mantener el potencial de extensibilidad de las estructuras músculo-tendinosas y capsulo-articulares, es decir, a evitar la retracción de las estructuras

¹²³ Hernández R.J y Licea P.M. Papel del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus. Rev Cubana Endocrinol [revista en la Internet]. 2010 Ago [consultado 2014 Dic 16]; 21(2): 182-201. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532010000200006&lng=es.

<p>arcos de movilidad de extremidad torácica derecha.</p> <p>Dichas movilizaciones se realizaran 3 veces al día con 3 series de 20 repeticiones de cada articulación.</p>	<p>blandas del tejido conectivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paliativo: intentando atenuar los efectos de la enfermedad, por ejemplo, en ciertas afecciones reumatológicas donde se emplean métodos pasivos de movilización para el mantenimiento de la movilidad articular, o en determinadas enfermedades de la infancia en las que es importante realizar un tratamiento de forma precoz (pie equinovaro, parálisis braquial obstétrica, etc.). • Curativo: tiene como finalidad recuperar la movilidad articular, aumentar el trofismo y la potencia muscular y mejorar los estímulos informadores del movimiento y su concienciación, lo cual facilita la defensa contra el dolor y el logro de la relajación.¹²⁴
<p>5. Potenciación muscular a través de ejercicio isotónico.</p> <p>Continuar con el programa de ejercicios isotónicos (VER ANEXO 12) dirigido a músculos de extremidades torácicas.</p> <p>Para esta intervención se utilizaran objetos que tenga disponibles en su casa como botellas con agua de diferentes pesos.</p> <p>Se iniciará con un peso de 350 gramos y el peso se aumentará gradualmente</p>	<p>En la contracción muscular isotónica los elementos del musculo se contraen, mientras que los elementos elásticos no varían de longitud. Los isotónicos incluyen el movimiento concéntrico y excéntrico de resistencia a través de la amplitud del movimiento. La contracción muscular isotónica se produce cuando el musculo se acorta y se alarga, se produce movimiento articular y se realiza trabajo.¹²⁵</p> <p>Ventajas del ejercicio isotónico:</p>

¹²⁴ Gonzales M.R. Rehabilitación medica. Barcelona: España. MASSON. 1997.

¹²⁵ Vargas R. Diccionario de teoría del entrenamiento deportivo. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México. 2008.

<p>conforme pasen las sesiones de rehabilitación.</p> <p>Se realizaran ejercicios isotónicos que involucren la musculatura de las extremidades torácicas Se realizarán 3 series de 20 repeticiones, 3 veces al día.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La fuerza se desarrolla por toda la amplitud del movimiento. • Aumenta la resistencia. <p>Aumenta el tamaño muscular.</p>
<p>6. Enfriamiento.</p> <p>La etapa enfriamiento comienza después del entrenamiento, debe realizarse en un tiempo de 10 a 15 minutos.</p> <p>Continuar con el programa de enfriamiento previamente enseñado (VER ANEXO 14):</p> <p>*Caminata de 5- 10 minutos.</p> <p>*Al término de la caminata se realizar estiramientos de los músculos que se trabajaron previamente.</p> <p>*Continuar con los ejercicios de respiración previamente enseñados (VER ANEXO 15), como la inspiración profunda, la expiración con labios fruncidos, etc.</p>	<p>Como fase de enfriamiento puede realizarse una caminata lenta o, incluso, más estiramiento. Esta fase debe durar de 10 a 15 minutos e idealmente bajo observación. Esta parte del programa permitirá el retorno venoso a pesar de la vasodilatación periférica, además de disminuir la incidencia de complicaciones post-ejercicio asociadas al aumento de catecolaminas, hipotensión y pérdida de calor.¹²⁶</p>

¹²⁶ Ávila F.J. y García M.E. Beneficios de la práctica del ejercicio en los ancianos. Gac. Méd. Méx. [Revista en la internet]. 2004 Ago. [consultado 2014 Dic 16]; 140(4). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000400013

5. Diagnósticos de Enfermería	
Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c deficiencia neuromuscular m/p limitación de las actividades de la vida diaria BARTHEL 95/100 con limitación para el arreglo personal y LAWTON 7/8 con limitación en la preparación de alimentos ya que no sigue una dieta adecuada y falta de apego al tratamiento (uso de ayudas técnicas).	
Objetivo de enfermería: Que la paciente mejore el desarrollo de las actividades instrumentales de la vida diaria.	
Objetivo del paciente: Hacer la mayor parte de mis actividades de manera sola.	
Agente: Estudiante del posgrado de enfermería en rehabilitación.	
Sistema: Parcialmente compensatorio.	
Intervención de Enfermería	Fundamentación
<p>1. Potenciación muscular a través de ejercicios repetitivos, previa valoración de estado general y signos vitales.</p> <p>Continuar con el programa de ejercicios isotónicos excéntricos y concéntricos (VER ANEXO 12).</p> <p>El peso se aumentará gradualmente conforme pasen las sesiones de rehabilitación.</p> <p>Se realizaran ejercicios isotónicos que involucren la musculatura de las extremidades torácicas Se realizarán 3 series de 20 repeticiones, 3 veces al día</p>	<p>En la contracción muscular isotónica los elementos del musculo se contraen, mientras que los elementos elásticos no varían de longitud. Los isotónicos incluyen el movimiento concéntrico y excéntrico de resistencia a través de la amplitud del movimiento.¹²⁷</p> <p>Ventajas del ejercicio isotónico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fuerza se desarrolla por toda la amplitud del movimiento. • Aumenta la resistencia. • Aumenta el tamaño muscular.
<p>2. Entrenamiento de uso de ayudas técnicas para las actividades de la vida diaria que se fabricaron previamente (VER ANEXO 16).</p>	<p>Las ayudas técnicas o dispositivos de apoyo son productos, instrumentos, equipos o sistemas utilizados por una persona con discapacidad, fabricados especialmente o disponibles en el</p>

¹²⁷ Vargas R. Diccionario de teoría del entrenamiento deportivo. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México. 2008.

<p>○ Peine de mango largo. Adaptación de un peine de plástico colocando un mango largo con la ayuda de un palo de escoba.</p>	<p>mercado, para prevenir, compensar, disminuir o neutralizar una deficiencia, discapacidad o minusvalía.</p> <p>El uso de las ayudas técnicas adecuadas permite a una persona con movilidad reducida o persona mayor aumentar su capacidad funcional para la realización de las tareas cotidianas. Son, por tanto, objetos muy diversos que incrementan el nivel de independencia y autonomía personal del usuario con discapacidad en su entorno.¹²⁸</p>
<p>3. Se motivara y se continuara con el entrenamiento de la persona para el manejo de ayudas técnicas para el arreglo personal (peine de mango largo).</p>	<p>La motivación está constituida por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo.¹²⁹</p> <p>La motivación e implicación personal de los afectados en el tratamiento es fundamental para avanzar en todo proceso de rehabilitación.¹³⁰</p> <p>La motivación se inicia cuando un individuo toma conciencia de alguna carencia que debe llenar o de algún desequilibrio que debe corregir. Sin esta experiencia psicológica, aun</p>

¹²⁸ Asem G .Las ayudas técnicas: esas grandes desconocidas. Deputación de Pontovendra. 2008 [consultado 2014 Dic 16] disponible en: http://www.asemgalicia.com/biblioteca/guia_recursos_ayuda/Las%20ayudas%20tecnicas%20Esas%20grandes%20desconocidas.pdf

¹²⁹ Cañedo A.R. Motivación, pertenencia, responsabilidad... En busca de una cultura de excelencia. ACIMED [revista en la Internet]. 2007 Oct [consultado 2015 Ago 25]; 16(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352007001000001&lng=es.

¹³⁰ Ruano H.A. Psicología de la rehabilitación y neuropsicología en afectados por accidentes de trabajo-tráfico. 1999 [Consultado 2015 Ago 25]. Disponible en: <http://www.uninet.edu/union99/congress/confs/for/07Ruano.html>

	cuando la necesidad objetiva exista, no hay motivación. ¹³¹
6.Diagnósticos de Enfermería	
Riesgo de déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c presencia de yeso ante-braquipalmar en miembro torácico derecho.	
Objetivo de enfermería: Recuperar la sensibilidad y prevenir accidentes después del retiro de yeso antebraquipalmar.	
Objetivo del paciente: Mejorar la sensibilidad de mi brazo derecho después de la cirugía.	
Agente: Estudiante del posgrado de enfermería en rehabilitación.	
Sistema: Parcialmente compensatorio.	
Intervención de Enfermería	Fundamentación
<p>1. Re- educación sensitiva.</p> <p>Continuar con el programa de técnicas de re-educación sensitiva (VER ANEXO 17) en el área afectada del brazo derecho con una duración de 10 a 15 minutos 3 veces al día.</p> <p>Se continuara con la utilización de las 5 texturas que utilizo previamente.</p> <p>Las texturas se aplicaran empezando de lo distal a lo proximal.</p> <p>Las texturas se pasaran 15 veces sobre la zona de hipoestesia que se esté</p>	<p>La estimulación táctil: Empleando un cepillo de cerda fina, estimula los receptores situados en la piel y envía impulsos que recorren las vías ascendentes, contribuyendo a su reparación. Los aspectos sensitivos se deben trabajar con estimulaciones repetidas con materiales de distintas consistencias, temperaturas y formas.¹³²</p> <p>Las sesiones dedicadas a la estimulación sensitiva deben durar 10-15 minutos para lograr una</p>

¹³¹ Moreno G.V. y Tantin M.R. Mantenimiento y rehabilitación psicosocial de las personas dependientes en domicilio. Ed. IC. 2013

¹³² Rodríguez Díaz Maylín, Amigo Castañeda Pável. Una mirada a la parálisis braquial obstétrica. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2011 Ago [consultado 2014 Nov 12]; 33(4): 509-522. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400013&lng=es.

<p>trabajando hasta que el paciente logre identificar la textura.</p>	<p>concentración óptima por parte del paciente.¹³³</p> <p>La rehabilitación sensitiva se basa en la asociación del:¹³⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento sensorial con apoyo visual y de percepción del mismo estímulo en el miembro contralateral. • Memorización sensorial sin apoyo.
<p>2. Prevención de accidentes.</p> <p>Continuar con el modelo educativo¹³⁵ de prevención de quemaduras (VER ANEXO 18).</p>	<p>Las zonas de hipoestesia y anestesia deben ser determinadas y vigiladas continuamente. Se le indican al paciente una serie de cuidados que debe tener con su extremidad para detectar cualquier lesión lo antes posible. Por tanto, se realiza un trabajo de protección de la extremidad.¹³⁶</p>
<p>3. Cuidados del yeso.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mantener el brazo elevado para evitar edema. ○ No mojar el yeso. ○ En caso de realizar el baño, procurar taparlo con una bolsa para evitar que se moje. ○ No pintar sobre el yeso, ya que la 	<p>Las medidas preventivas del cuidado de yeso son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tras la colocación del yeso y mientras este en uso, se puede producir edema de la extremidad, para evitar esto se debe mantener el yeso elevado y se deben realizar ejercicios

¹³³ Blesedell E.C, Willard, E.S.H, Spackman C, Boyt S.B.A.Terapia ocupacional. Ed. Panamericana. Buenos Aires: Argentina. 2008.

¹³⁴ Leon C.J.C, Arcas P.M.A, Galvez D.D.M, Elosegui B.J.L. Ales R.M. y Caballero O.A. Fisioterapeutas del servicio gallego de salud. MAD. España. 2006. [consultado 2015 Ago 24] Disponible en: https://books.google.com.mx/books?id=ubAeL5NRuwAC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

¹³⁵ Ceballos García Luis. Un modelo educacional de prevención de quemaduras. Gac Méd Caracas [revista en la Internet]. 2003 Ene [consultado 2014 Dic 16]; 111(1): 23-29. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622003000100004&lng=es.

¹³⁶ Ceruelo A.S. y García L.A. Tratamiento rehabilitador. Capítulo 8. 2004. [consultado el 2014 Dic 16]. Disponible en: http://www.plexobraquial.es/wp-content/documentos/Cap8_TRATAMIENTOREHABILIT.pdf

<p>pintura es absorbida por el yeso, alterando su forma.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No realizar algún corte al yeso. ○ No introducir objetos para calmar la comezón. ○ El yeso debe ser retirado por un especialista. 	<p>activos como mover los dedos.¹³⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> • El yeso no se debe mojar, pero esto no es sinónimo de mantenerse sin aseo. Usted puede envolver el yeso en bolsas especialmente diseñadas para esto antes de ingresar a la ducha, en caso de que esto no sea posible se puede hacer aseo diario con toallitas húmedas.¹³⁸ • Es normal que los pacientes con yeso sufran de prurito (picazón), si esto le sucede no introduzca por ningún motivo objetos dentro del yeso y evite utilizar talco, lociones o cremas.¹³⁹ • Si la extremidad se hincha demasiado el yeso puede quedar apretado, provocando un aumento de presión que dificultara que la sangre circule adecuadamente, provocando lo que se conoce como síndrome compartimental. Para evitar esto se debe verificar periódicamente que haya una buena movilidad de dedos, que la sensibilidad de los dedos sea adecuada y que tengan una buena temperatura y color.¹⁴⁰
--	---

¹³⁷ Schulz J.B. Guía medica: Cuidados del yeso. Traumatología. 2015. [consultado 2015 Ago 25]
 Disponible en: <http://www.traumatologia.cl/seccion.php?tipo=Directorio&grupo=25>

¹³⁸ Schulz J.B. Guía médica: Cuidados del yeso. Traumatología. 2015. [consultado 2015 Ago 25]
 Disponible en: <http://www.traumatologia.cl/seccion.php?tipo=Directorio&grupo=25>

¹³⁹ IBID.

¹⁴⁰ IBID.

7. Diagnósticos de Enfermería	
Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos r/c ingesta superior a las necesidades metabólicas m/p índice de masa corporal de 25.15 e informe verbal de ingesta de alimentos de bajo contenido nutrimental una vez por semana: galletas, papás, chocolates y pan.	
Objetivo de enfermería: Que mejore sus hábitos dietéticos y de éste modo disminuya el índice de masa corporal.	
Objetivo del paciente: Mejorar mi alimentación.	
Agente: Estudiante del posgrado de enfermería en rehabilitación.	
Sistema: Parcialmente compensatorio.	
Intervención de Enfermería	Fundamentación
1. Reforzar la orientación sobre el uso del plato del buen comer y continuar con las recomendaciones realizadas previamente (VER ANEXO 19).	Según el Manual de Capacitación Nutricional del MINSAP de 1988, la orientación nutricional de la población forma parte del proceso de Educación para la Salud, cuya finalidad es garantizar que la población conozca qué debe hacer para proteger la salud, tanto individual como colectiva ¹⁴¹ .
2. Reforzar orientación a la paciente sobre practicar hábitos alimenticios saludables como:	Los hábitos nutricionales adecuados constituyen un elemento fundamental para el desarrollo físico y mental del individuo, así como también para

¹⁴¹ Ondina T.E, Álvarez G.J, Álvarez G.J, Carreras F.A. La orientación nutricional como elemento fundamental en la prevención y tratamiento de enfermedades. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2002 Oct [consultado 2014 Dic 16]; 18(5):362-365. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000500014&lng=es

<p>*Evitar tiempos prolongados de ayuno, idealmente se recomienda comer cada 4 horas.</p> <p>*Establecer horarios adecuados.</p> <p>*Comer sentada y en el espacio destinado para ello.</p> <p>*Masticar adecuadamente los alimentos.</p> <p>*Ingerir agua natural.</p> <p>*Evitar el consumo de alimentos de bajo aporte nutrimental como: refrescos, papas, galletas, dulces.</p> <p>*Evitar acostarse, dormir o tomar siestas después de ingerir alimentos.</p>	<p>reducir la prevalencia de los factores de riesgo que influyen en su estado de salud. Para una orientación correcta no basta con recomendar una alimentación rica en nutrientes esenciales y en cantidades apropiadas a cada persona, también resulta muy importante saber combinar adecuadamente los distintos alimentos según el medio químico en que son digeridos, para así evitar que fermenten o provoquen reacciones desagradables al organismo. Muchos de los hábitos alimentarios que tenemos hoy en día son incorrectos y aunque no notemos sus efectos de inmediato, van produciendo alteraciones químicas en el organismo que a la larga conducen al desequilibrio del estado de salud. Es necesario y primordial que todos los profesionales de la salud, fundamentalmente los de atención primaria, sepan promover hábitos alimentarios que garanticen una asimilación nutricional óptima, para de esta forma prevenir y controlar muchas enfermedades.¹⁴²</p>
<p>3. Ejercicio físico para el control de peso.</p> <p>Aplicar programa de activación física (VER ANEXO 20).</p> <p>Se le indicara la importancia del control del peso mediante la realización de actividad física en un tiempo de 20 a 30</p>	<p>Las publicaciones concuerdan en que el aumento del peso corporal se produce cuando la persona ingiere más energía de la que utiliza. Un balance energético positivo (ingesta mayor al gasto) sostenido a lo largo de los años produce un aumento continuado en el peso corporal que conduce al</p>

¹⁴² Ondina T.E, Álvarez G.J, Álvarez G.J, Carreras F.A. La orientación nutricional como elemento fundamental en la prevención y tratamiento de enfermedades. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2002 Oct [consultado 2014 Dic 16]; 18(5):362-365. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000500014&lng=es

<p>minutos 3 veces a la semana.</p> <p>*Se le recomendará que realice ejercicio de tipo aeróbico puede ser caminar o correr al menos 20 minutos diarios o cada tercer día.</p> <p>* Recomendación de práctica de alguna actividad que le guste como el baile o algún deporte como el futbol.</p> <p>*El ambiente debe ser de preferencia templado y evitar cambios bruscos de temperatura como corrientes de aire frio.</p> <p>*La ropa debe ser de telas ligeras y que no absorban la humedad ya que limitaran el rendimiento al momento de practicar el ejercicio. Se recomienda que sean prendas suaves que no sean ajustadas ni demasiado holgadas.</p> <p>El calzado debe ser amplio, cómodo y apto para la actividad física a realizar; es decir que de preferencia sean deportivos.</p>	<p>sobrepeso y a la obesidad. La mejor fuente disponible para determinar el impacto del ejercicio físico sobre el mantenimiento del peso corporal a lo largo de la vida se basa principalmente en estudios epidemiológicos prospectivos. El sedentarismo disminuye el gasto energético y altera los finos mecanismos de control que regulan la ingesta de energía, lo que acentúa la alteración del balance entre ambos favoreciendo el aumento de peso.</p>
<p>4.- Medición peso.</p> <p>Continuar con la medición de peso mediante la utilización de una báscula.</p> <p>Se calculara su índice de masa corporal (IMC) mediante la fórmula:</p> $IMC = \text{Peso} / (\text{Talla})^2$ <p>En base al resultado obtenido con ayuda de los parámetros de IMC de la Organización Mundial de la salud (OMS) se corroborara si se encuentra normal, sobre-peso u obesidad grado I, II y III.</p>	<p>En la actualidad es muy utilizada la clasificación del IMC en cuanto al grado de sobrepeso y la obesidad ya que sirve para comparar significativamente el peso entre poblaciones; identifica individuos y grupos en riesgo con aumento de la morbilidad y la mortalidad, y también las prioridades para intervenir en los individuos y las comunidades. Se cuenta con un medio estándar para determinar el sobrepeso, la obesidad o la obesidad grave (mórbida), basado en la estatura y el peso, denominado índice de masa corporal el Índice de masa corporal (IMC) o de Quetelet: Se obtiene dividiendo el peso corporal</p>

	<p>expresado en kg., sobre la talla en metros y elevada al cuadrado.¹⁴³</p> <p>La Organización Mundial de la salud (OMS) realiza una clasificación en base a su IMC obtenido el cual es el siguiente:</p> <p>a) Normal: cuando el IMC se encuentra entre 18,5 y 24,9. b) Sobrepeso: cuando el IMC se encuentra entre 25 y 29,9. c) Obesidad: cuando el IMC es mayor o igual a 30. Se puede subdividir a la obesidad en Clase I (IMC de 30 a 34,9); Clase II (IMC de 35 a 39,9) y Clase III (IMC mayor a 40) también llamada obesidad clínicamente grave (antes denominada obesidad mórbida).</p>
--	---

¹⁴³ De la Rosa J.F, Squizzato M.A y Masloski J.E. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. [Revista en la internet] 2007 Ago. [consultado Ago 20 2015]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista172/4_172.pdf

8. Diagnósticos de Enfermería	
Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c disminución de la atención m/p incapacidad para aprender nueva información y habilidades, alteración de la memoria (Minimental con Sospecha patológica).	
Objetivo enfermería: Que la paciente mejore la atención, memoria y su vocabulario.	
Objetivo paciente: Poner más atención a las cosas.	
Agente: Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación	
Sistema: Parcialmente compensatorio	
Intervención de Enfermería	Fundamentación
<p>1. Ludoterapia (juegos de mesa).</p> <p>Continuar con las actividades recreativas como juegos de mesa (memorama, juegos de palabras, turista, domino, juegos de cartas, etc.).</p> <p>*Fomentar la participación de la familia a dichas actividades.</p> <p>*Las actividades recreativas se realizarán al menos 2 veces a la semana.</p>	<p>Terapia ocupacional recreativa: mediante la ludoterapia conseguimos un fin motivador para el sujeto, brindando una serie de alternativas para que también el tiempo de ocio resulte gratificante¹⁴⁴.</p> <p>Principios a tener en cuenta:</p> <p>Lograr su interés: atención.</p> <p>Enseñanza de juegos y destreza: memoria, comprensión.</p> <p>En la participación no buscamos la percepción: cada sujeto evoluciona según su destreza.</p> <p>Actividades grupales: aumento de la relación social, comunicación.</p>

¹⁴⁴ Begoña G.E. Manual básico para gerocultores y auxiliares geriátricos. Barcelona: España. Caritas españolas 1999. [consultado 2014 Dic 17] disponible en:

<p>2. Motivación a la lectura.</p> <p>*Continuar con la participación con la paciente en la lectura de un libro proporcionándole ideas de que podría llamar su atención.</p> <p>*Ya iniciada la lectura se fomentara que lea diariamente por al menos 20 minutos y que apunte en una libreta lo que más le más le agrado por día.</p>	<p>La adquisición de la lectura se entiende como un proceso que tendría prerrequisitos cognitivos mediados por distintas estructuras cerebrales. Los prerrequisitos que con mayor frecuencia se han comunicado son el procesamiento fonológico, la denominación automatizada rápida, la automaticidad motora, la percepción del habla y la memoria a corto plazo. La lectura exige, además, una serie de habilidades de tipo cognitivo, como son atención, memoria, lenguaje y abstracción. La atención es indispensable para lograr una adecuada decodificación de los estímulos y comprensión del texto.¹⁴⁵</p>
---	--

<https://books.google.com.mx/books?id=fNkn5yGleX4C&pg=PA502&dq=ludoterapia&hl=es&sa=X&ei=PCGLVivcL46TyATovIDgBQ&ved=0CDUQ6AEwBQ#v=onepage&q=ludoterapia&f=false>

¹⁴⁵ Urquijo S. Funcionamiento cognitivo e habilidades metalingüísticas na aprendizaje en lectura. Educ. Rev., Curitiba [revista en la internet] 2010 Dic [consultado 2014 Dic 17]; 38:19-42 Disponible en : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-40602010000300003&script=sci_arttext

9. Diagnósticos de Enfermería	
Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c falta de interés y motivación para realizar ejercicio físico m/p verbalización de realizar escasa actividad física	
Objetivo enfermería: Que la paciente realice ejercicio físico.	
Objetivo paciente: Pasar menos tiempo sentada y hacer ejercicio.	
Agente: Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación	
Sistema: Apoyo- educativo.	
Intervención de Enfermería	Fundamentación
<p>1. Orientar sobre la importancia de realizar ejercicio físico.</p> <p>Los ejercicios y la actividad física benefician todos los aspectos de su vida. Los ejercicios y la actividad física pueden:</p> <p>*Ayudarle a mantener y mejorar su fuerza y su condición física.</p> <p>*Ayudarle a mejorar su habilidad de hacer las cosas que quiere hacer.</p> <p>*Ayudarle a reducir la depresión.</p>	<p>El ejercicios físicos es la mejor alternativa para lograr beneficios en la salud, especialmente si se realizan con una dosis adecuada acorde con las necesidades y posibilidades de cada persona, determinando un volumen, una intensidad y una frecuencia apropiada, sin olvidar, la medición de sus efectos. Además, producen en el organismo cambios que se relacionan con las modificaciones que sufren los diferentes sistemas orgánicos, dentro de un proceso de adaptación, provocados por los constantes estímulos de esfuerzo a que es sometido el sujeto. Mediante el ejercicio físico, se puede garantizar el mejoramiento de la capacidad funcional de sistemas y órganos¹⁴⁶.</p>

¹⁴⁶ Secretaria de educación pública. Actividad Física beneficiosa para la salud. CONADE. México. [consultado 2014 Dic 16]. Disponible en: <http://www.conade.gob.mx/biblioteca/documentos/articulo03.pdf>

<p>2. Reforzar el programa de activación física el cual deberá realizar por lo menos 3 veces a la semana durante 30 minutos. (VER ANEXO 20).</p>	<p>La actividad física para la salud basada en el ejercicio físico contempla acciones motrices que buscan desarrollar las capacidades aeróbicas, el control de la composición corporal y el fortalecimiento de los diversos grupos musculares.</p> <p>Se recomienda iniciar con actividades físicas ligeras, principalmente si se trabaja con personas sedentarias, esto permitirá mejorar su condición física básica para posibilitarles un adecuado proceso de adaptación biológica, necesario en las actividades físicas moderadas y vigorosas¹⁴⁷.</p>
--	--

¹⁴⁷ Secretaria de educación pública. Actividad Física beneficiosa para la salud. CONADE. México. [consultado 2014 Dic 16]. Disponible en: <http://www.conade.gob.mx/biblioteca/documentos/articulo03.pdf>

10. Diagnósticos de Enfermería	
Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c falta de tratamiento odontológico m/p caries dental parcial en molares y presencia de sarro en incisivos.	
Objetivo enfermería: Que la paciente acuda a servicio médico odontológico.	
Objetivo paciente: Tratar de ir al dentista.	
Agente: Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación	
Sistema: Apoyo educativo.	
Intervención de Enfermería	Fundamentación
<p>1. Continuar con la técnica de cepillado de dientes (VER ANEXO 24).</p> <p>1) Cepille los dientes anteriores colocando las cerdas sobre la encía en un ángulo de 45 grados con respecto a la encía. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía.</p> <p>2) Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 o 3 dientes por vez con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás.</p> <p>3) Para el cepillado de los molares, cepille suavemente con un movimiento circular.</p> <p>4) Para los incisivos o dientes frontales coloque el cepillo en forma horizontal. Las cerdas deben estar en contacto con</p>	<p>La correcta higiene bucal y los cuidados deben mantenerse por siempre, pero es la etapa prenatal y hasta la adolescencia el período en el cual es fundamental el desarrollo de hábitos preventivos¹⁴⁸.</p> <p>La salud buco-dental es el cuidado adecuado de los dientes, encías y boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales. Incluye cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regularmente.¹⁴⁹</p> <p>La lengua también debe ser cepillada, además de utilizar hilo dental después de cada cepillado, ya que es eficiente en la remoción de la placa dental bacteriana acumulada debajo de la</p>

¹⁴⁸ Hernández S.A, Espeso N.N, Reyes O.F y Rodríguez B.L. Intervención educativo-curativa para la prevención de caries dental en niños de cinco a 12 años. Rev. AMC [revista en la internet] 2010 Dic [consultado 2014 Dic 17]; 14(6):1-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000600005&lng=es.

¹⁴⁹ Ruiz S.T, Vicente B.M, Limiñana C.J, Knezevic M, Hernández P.O, Ruiz S.M, et al. Importancia del cepillado antes de acostarse en la prevención de la caries. Estudio en una población infantil. Av. Odontoestomatol. [revista en la internet] 2007. [consultado 2014 Dic 17]; 23(1):45-50. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v23n1/original4.pdf>

<p>la superficie dental y la encía. Y comience de arriba hacia abajo.</p> <p>5) Cepillar la lengua de adentro hacia afuera.</p> <p>6) Recuerde el uso de hilo dental para llegar y limpiar las zonas interdenciales.</p>	<p>encía, así como emplear antiséptico (enjuague 30 segundos, 2 veces al día), como complemento para combatir bacterias salivales que causan placa y gingivitis, reducir la velocidad de multiplicación de las bacterias en la boca y garantizar un aliento fresco y saludable.</p>
<p>2. Frecuencia del cepillado debe realizarse 3 veces al día.</p>	<p>Las claves de una buena higiene bucal son: el cepillado dental 3 veces al día, que ayuda a la remoción de residuos en la boca, causantes de la placa bacteriana.¹⁵⁰</p> <p>Es conocido que la cavidad bucal posee condiciones ambientales propicias para que se desarrolle gran número de microorganismos.¹⁵¹</p> <p>Después de ingerir un alimento que contenga carbohidratos se produce ácido en la placa dental. Puede haber desmineralización del esmalte cuando el ácido deprima el pH de la placa por debajo de 5,5 y esto por lo general se acepta como la primera fase en el inicio de la caries.¹⁵²</p>

¹⁵⁰ Cisneros DG y Hernández BY. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Oct [consultado 2015 Ago 18]; 15(10): 1445-1458. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013&lng=es.

¹⁵¹ Crespo MII, Riesgo Cosme YC, Laffita LY, Torres MPA y Márquez FM. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria: Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. MEDISAN [revista en la Internet]. 2009 Ago [consultado 2015 Ago 19]; 13(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400014&lng=es.

¹⁵² IBID

<p>3. Canalizar a un especialista.</p>	<p>Los cirujano dentistas (profesionales odontólogos) son para la sociedad expertos en conocimientos elevados y habilidades específicas, comprometidos individual y colectivamente a dar prioridad al bienestar de sus pacientes. El primer deber moral que asume el dentista es "hacer el bien" a sus pacientes, específicamente en el área de la salud bucal.¹⁵³</p>
--	---

¹⁵³ Torres Q.M, Romo O. F. Bioética y ejercicio profesional de la odontología. Acta bioeth. [revista en la Internet]. 2006 Ene [consultado 2014 Dic 17]; 12(1):65-74. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000100010>.

11. Diagnósticos de Enfermería	
Riesgo de déficit prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano (caídas) r/c barreras arquitectónicas (escaleras sin barandales), falta de atención e inseguridad.	
Objetivo enfermería: Que la familia mejore la situación arquitectónica y prevenir el riesgo de caídas.	
Objetivo paciente: Prevenir caídas en la casa.	
Agente: Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación Sistema: Apoyo educativo.	
Intervención de Enfermería	Fundamentación
<p>1. Orientar sobre barreras arquitectónicas.</p> <p>*Ayudar a la paciente y su familia a evaluar el entorno donde viven para detectar riesgos.</p> <p>*Modificación del entorno en casos con factores de riesgo conocida o antecedente de caídas.</p> <p>*Ausencia de pasamanos: promover que se coloquen los pasamanos en las escaleras y de no ser posible recomendar el uso de cintas antiderrapantes en cada escalón</p>	<p>Las barreras arquitectónicas: impedimentos físicos que presenta el entorno construido frente a las personas con discapacidades o con circunstancias discapacitantes.¹⁵⁴</p> <p>La heterogeneidad de limitaciones físicas es una de las principales dificultades para poder determinar unos parámetros válidos en el campo de la supresión de barreras arquitectónicas. Algunos parámetros, de los que un ejemplo puede ser la disposición de barreras o apoyos como ayudas para la ejecución de determinados movimientos, dependen muy directamente de las condiciones particulares de cada individuo.¹⁵⁵</p>

¹⁵⁴ Nigro V. Rodríguez C. Ducasse G. Sergent V. Accesibilidad e integración. Nobuko. Argentina. 2008

¹⁵⁵ Gento P.S, Ferrándiz V.I.M. y Palacios S.J. Tratamiento educativo de la diversidad de tipo Motórico. UNED. España. 2010.

<p>2. Prevención de caídas.</p> <p>*Proporcionar a la paciente estrategias de prevención de caídas tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Que no exista desorden en los pasillos. ○ Que la luz de los pasillos sea adecuada, es decir brillante y que no parpadee. ○ Que los cables eléctricos no se encuentre en sitios de paso. ○ Tener barandales en baños. ○ Tener barandales a lo largo de las escalares de preferencia en ambos lados. ○ Evitar mantener los pisos mojados ya que corren riesgo de resbalarse. <p>Sustituir el calado cuando este se encuentre gastado.</p>	<p>Existen medidas de prevención eficaces para logran identificar los factores de riesgo y se evalúa el riesgo de caídas se podrán poner en marcha medidas de prevención:¹⁵⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actuar de manera personalizada sobre los factores de riesgo identificados. • Enseñar como disminuir riesgos domiciliarios y extradomiciliarios. • Enseñar sobre la importancia del calzado adecuado. <p>La prevención de las caídas tienen como objetivo reducir el número de personas que las sufren, disminuir su frecuencia y reducir la gravedad de las lesiones que producen¹⁵⁷:</p>
<p>3. Promover que la paciente realice ejercicios para mejorar la atención; como juegos de mesa o juegos al aire libre.</p> <p>Los juegos de mesa propuesto y aplicados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Memorama. ○ Rompecabezas. ○ Turista mundial. ○ Domino. ○ Ajedrez. 	<p>El juego favorece y estimula las cualidades morales en las personas como son: el dominio de sí mismo, la honradez, la seguridad, la atención se concentra en lo que hace, la reflexión, la búsqueda de alternativas para ganar, el respeto por las reglas del juego, la creatividad, la curiosidad, el sentido común y la solidaridad con sus amigos, con su grupo, pero sobre todo el juego limpio.¹⁵⁸</p>

¹⁵⁶ Organización Panamericana de la Salud. Caídas. [consultado 2014 Dic 17] Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia05.pdf>

¹⁵⁷ Organización Panamericana de la Salud. Caídas. [consultado 2014 Dic 17] Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia05.pdf>

¹⁵⁸ Minerva T.C. El juego: una estrategia importante. Red de Rev Cien. de Ame Lat, el Car, Esp y Port. [revista en la internet] 2002 Dic. [consultado 2015 Ago 25]; 6(19): 289-296. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/356/35601907.pdf>

7.5 EJECUCIÓN

Se realizaron un total de 9 visitas domiciliarias y dichas visitas se plasmaron en un formato de registro de intervenciones (VER ANEXO 28), se ejecutaron las intervenciones planeadas en los primeros diagnósticos, las cuales se muestran a continuación:

7.5.1 Registro de las intervenciones.

Intervención	9 nov 2014	13 nov 2014	17 nov 2014	24 nov 2014	12 dic 2014	19 ene 2015	20 feb 2015	18 abr 2015	27 may 2015
1. Elaboración de compresa para termoterapia	X								
2. Toma de signos vitales.		X	X	X	X	X	X	X	
3. Aplicación de termoterapia.		X	X		X	X	X	X	X
4. Programa de calentamiento.		X	X	X	X	X	X	X	X
5. Programa de movilizaciones activas, activo asistido y pasivo		X	X		X	X	X		X
6. Programa de potenciación muscular.		X	X		X	X	X	X	X
7. Implementación de ayudas técnicas.	X	X							
8. Técnicas de reeducación sensitiva.		X	X					X	X
9. Modelo educativo de prevención de quemaduras.					X				
10. Potencializar el autoconcepto.			X			X		X	
11. Apoyo emocional: escucha activa						X	X		
12. Potencializar habilidades y destrezas.			X		X				
13. Orientación familiar sobre la integración a las actividades del hogar.			X				X		X
14. Orientación nutricional: plato del buen comer.				X					
15. Medición del peso y cálculo del IMC.		X		X				X	
16. Programa de actividad física.				X					
17. Orientación sobre el consumo adecuado de agua: Jarra del buen		X	X	X					

beber.									
18. Enseñanza de masaje a marco cólico.				X					
19. Enseñanza de técnica de cepillado dental.					X	X			
20. Enseñanza sobre medidas de higiene del sueño.					X				
21. Técnicas de relajación.						X	X		
22. Ludoterapia.						X	X		
23. Orientación sobre barreras arquitectónicas.			X		X				
24. Estrategias de prevención de riesgo de caídas.	X		X						
25. Enseñanza sobre su patología y tratamiento.	X				X				
26. Fomentar adherencia al tratamiento.		X						X	X
27. Orientar a la familia sobre la enseñanza de la religión.				X			X		
28. Motivación. Hacer ejercicio, la lectura		X	X					X	X
29. Búsqueda de grupos de ayuda mutua.			X						

Cabe mencionar que las intervenciones planeadas para los segundos diagnósticos, se plasmaron en el plan de alta.

7.6 EVALUACIÓN

EVALUACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS EN LA PRIMERA VALORACIÓN EL DÍA 11 DE NOVIEMBRE DEL 2014.

1. Diagnósticos de Enfermería			
<p>Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c deficiencia neuromuscular m/p acortamiento e hipotrofia de extremidad torácica derecha, disminución de la fuerza muscular en extremidad torácica derecha (hombro 3/4, codo 3/4, muñeca 3/5, extensor común de los dedos 0/5, flexor superficial de los dedos 2/5, interóseos palmares 0/5, interóseo dorsales 0/5, oponente del pulgar 2/5 y oponente del meñique 0/5), disminución de los arcos de movilidad (hombro: abducción 110°/172°, aducción 6°/30°, flexión 50°/ 180°, extensión: 10° asistido/ 28°, rotación interna: 60°/90°, rotación externa: -50° / 90°, articulación del codo en actitud de flexión 60°/138°, extensión -30°/0° y muñeca flexión 70°/54°, extensión 22°/72°, en mano arcos de movilidad de articulaciones de los dedos se encuentra a partir del 3er al 5to dedo limitadas) .</p>			
<p>7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona Objetivo de enfermería: Mejorar la fuerza y los arcos de movilidad.</p>			
INDICADOR	11-nov-2014	18-ene-2015	18-abr-2015
<p>FUERZA MUSCULAR ESCALA DE DANIELS 0 Ausencia de contracción 1 Contracción sin movimientos 2 Movimiento que no vence la gravedad 3 Movimiento completo que vence la gravedad 4 Movimiento con resistencia parcial 5 Movimiento con resistencia máxima</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hombro 3/4 Bíceps 3/4 Muñeca 3/5 Extensor común de los dedos 0/5 Flexor superficial de los dedos 2/5 Interóseos palmares 0/5 Interóseo dorsales 0/5 Oponente del pulgar 2/5 Oponente del meñique 0/5 	<ul style="list-style-type: none"> Hombro 4/4 Bíceps 4/4 Muñeca 3/5 Extensor común de los dedos 0/5 Flexor superficial de los dedos 2/5 Interóseos palmares 0/5 Interóseo dorsales 0/5 Oponente del pulgar 2/5 Oponente del meñique 0/5 	<ul style="list-style-type: none"> Hombro 3/4 Bíceps 3/4 <p>Músculos de antebrazo, muñeca y dedos no valorables por colocación de yeso antebraquialmar.</p>
<p>ARCOS DE MOVILIDAD GONIOMETRÍA 0 Completamente limitada 1 Limitada</p>	<p>Hombro:</p> <ul style="list-style-type: none"> Abducción 110°/172° Aducción 6°/30° Flexión 	<p>No valorado</p>	<p>Hombro:</p> <ul style="list-style-type: none"> Abducción 110°/172° Aducción 6°/30° Flexión:

<p>2 Moderado 3 Ligeramente limitada 4 Sin limitación</p>	<p>50°/ 180°</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extensión: 10° asistido/ 28° • Rotación interna: 60°/90° • Rotación externa: -50°/ 90° <p>Codo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexión: En actitud de flexión 60°/138° • Extensión: -30°/0° <p>Muñeca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexión: 70°/54° • Extensión: 22°/72° <p>Mano: Arcos de movilidad de articulaciones de los dedos se encuentra a partir del 3er al 5to dedo limitadas.</p>		<p>50°/180°</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extensión: 10° asistido/ 28° • Rotación interna: 62°/90° • Rotación externa: -64° / 90° <p>Codo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexión: En actitud de flexión 50°/138° • Extensión: -32°/0° <p>Articulación de muñeca y dedos no valorables por presencia de yeso ante-braquipalmar.</p>
---	---	--	--

<p>TROFISMO</p> <p>1. Hipertrofia 2. Normotrofia 3. Hipotrofia</p>	<p>3</p>	<p>2</p>	<p>3 en región del brazo. Trofismo de antebrazo no valorable.</p>
---	----------	----------	---

7.6.2 Evaluación del proceso.

Las intervenciones fueron adecuadas para la fuerza muscular de bíceps y hombro sin embargo no se logra el objetivo ya que la paciente no ejecuta el plan terapéutico conforme a lo sugerido, de igual forma en el trofismo encontramos reducción del volumen del musculo, después de su intervención quirúrgica y su inmovilización la fuerza recuperada disminuyo, por tal motivo el diagnostico se mantendrá reforzando intervenciones.

2. Diagnósticos de Enfermería

Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c deficiencia neuromuscular m/p limitación de las actividades de la vida diaria BARTHEL 95/100 con limitación para el vestido y el arreglo personal y LAWTON 7/8 con limitación para la preparación de alimentos.

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Objetivo de enfermería: Que la paciente mejore el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

INDICADOR	1ra VALORACIÓN	2da VALORACIÓN	3ra VALORACIÓN
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ESCALA DE BARTHEL 4= 0-20 dependencia total 3= 21-60 dependencia severa 2= 61-90 dependencia moderada 1= 91-99 dependencia escasa 0= 100 independencia	1	1	1
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES ESCALA DE LAWTON 0= 0-1 Máxima dependencia 2= 2-4 Dependencia leve 3= 6-7 independencia moderada 4= 8 independencia total	3	3	3

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

La paciente presento dentro de sus actividades de la vida diaria mejoría en cuanto al vestido ya que se implemento un calzador de zapatos el cual utiliza, pero en cuanto a su limitación en el arreglo personal se implemento un peine de mango largo el cual no utiliza, en el indicador de acuerdo a la escala de Barthel tuvo una puntuación de 90 en la primera valoración, en la 3ra se obtuvo una puntuación de 95, pero dentro de los rangos de valoración de esta escala se encuentra en una dependencia escasa.

Dentro de la escala de valoración de Lawton de las actividades instrumentales de la vida diaria no presenta mejoría alguna, manteniendo una puntuación de 7 en la primera y 3ra valoración.

Relativamente se obtuvo una mejoría por la utilización del calzador de zapatos por parte de la paciente pero el diagnostico se mantiene y se refuerzan las intervenciones respecto a la utilización de ayudas técnicas.

3. Diagnósticos de Enfermería

Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c alteración de la transmisión sensitiva de la extremidad torácica derecha (hipoestesis) m/p lesiones cutáneas (quemaduras).

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Objetivo de enfermería: Recuperar la sensibilidad y prevenir accidentes.

INDICADOR	1ra VALORACIÓN	2da VALORACIÓN	3ra VALORACIÓN
SENSIBILIDAD Exploración sensitiva 1 Anestesia 2 Hipoestesia 3 Ligeramente disminuido 4 Ligeramente aumentado 5 Hiperestesia 5 Sensibilidad normal	2	3	No valorable por presencia de yeso ante-braquipalmar.
PRESENCIA DE LESIONES CUTÁNEAS 0 sin lesiones 1 Presencia de dos lesiones 2 Presencia de 2-3 lesiones 3 >3 lesiones	1	0	No valorable por presencia de yeso ante-braquipalmar.

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

La familia presento interés en la intervención para mejoría de la sensibilidad, donde se observa mejoría dentro de la primera y segunda valoración, posterior a eso fue intervenida quirúrgicamente y se le dio de alta con tratamiento conservador (yeso braquipalmar), por tal motivo no se valora la zonas donde presentaba hipoestesia.

En cuanto a la presencia de lesiones cutáneas presento mejoría ya que no se observan lesiones cutáneas por quemadura, se logro la precaución por parte de la paciente el estar expuesta a situaciones que le generaran algún tipo de quemadura.

Por la presencia de yeso en región del brazo, muñeca y mano, el diagnóstico cambia a riesgo, conservando las intervenciones al retiro del yeso ante-braquipalmar.

4. Diagnósticos de Enfermería

Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social r/c autoevaluación negativa de la imagen corporal m/p timidez, inseguridad, temor y retraimiento para la interacción social.

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Objetivo de enfermería: Mejorar la autoestima y la seguridad en sí misma.

INDICADOR	1ra VALORACIÓN	2da VALORACIÓN	3ra VALORACIÓN
AUTO PERCEPCIÓN 0 Mala autopercepción 1 Regular autopercepción 2 Buena autopercepción	0	0	0
AUTOESTIMA Escala de Rosemberg 0= autoestima elevada 1= Autoestima media 2= Autoestima baja	No valorado	1	1

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

La autopercepción que presenta la paciente no cambia a pesar de las intervenciones realizadas manteniendo una mala autopercepción. A partir de la 2da y 3ra valoración se aplica la escala de Rosemberg la cual evalúa la autoestima, presentado dentro de los rangos de valoración de dicha escala un autoestima media, de igual forma se le oriento a la familia que pidiera una interconsulta a su médico tratante y la canalizara a un especialista (psicología), pero no fue otorgada oportunamente ya que la cita fue semanas posteriores a su intervención quirúrgica.

5. Diagnósticos de Enfermería

Déficit de la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal r/c desempeño inadecuado del rol m/p necesidades no satisfechas, ansiedad y tristeza.

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Objetivo de enfermería: Que la paciente presente menos tristeza y ansiedad.

INDICADOR	1ra VALORACIÓN	2da VALORACIÓN	3ra VALORACIÓN
ANSIEDAD Y DEPRESION Escala de Hamilton 0= No deprimido: 0-7 1= Depresión ligera/menor: 8-13 2= Depresión moderada: 14-18 3= Depresión severa: 19-22 4=Depresión muy severa: >23	No valorado	2	2

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Dentro de la primera valoración no se aplica alguna escala para determinar el grado de depresión, a partir de la segunda y 3ra valoración fue cuando se aplica la escala de depresión Hamilton donde la paciente presenta una depresión moderada, a pesar de los esfuerzos en las intervenciones en conjunto con su familia y también que no se le otorgo ayuda psicológica la paciente continua con la insatisfacción, ansiedad y tristeza por tal motivo el diagnostico se adapta con los nuevos datos obtenidos y las intervenciones continúan con modificaciones.

6. Diagnósticos de Enfermería

Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos r/c ingesta superior a las necesidades metabólicas m/p índice de masa corporal de 25.6369 e informe verbal de ingesta diaria excesiva de alimentos de bajo contenido nutrimental: galletas, papás, chocolates y pan.

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Objetivo de enfermería: Que la paciente mejore sus hábitos dietéticos y de éste modo disminuya el índice de masa corporal.

INDICADOR	1ra VALORACIÓN	2da VALORACIÓN	3ra VALORACIÓN
CONSUMO DE COMIDA CHATARRA 0 Sin consumo en la semana 1 Consumo 1 vez a la semana 2 Consumo de 2 o >2 a la semana	2	1	1
IMC 0= 0Bajo peso < 18.50 1= Normal 18.50-24.99 2= Sobre peso 25-29.99 3= Obesidad GI 30- 34.99 4= Obesidad GII 35-39.9 5= Obesidad Grave >40	2	2	2

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

El consumo de comida chatarra disminuyo y su índice de IMC bajo de 25.63 de la primera valoración a la ultima que fue de 25.15 aun con sobrepeso, pero obteniéndose una relativa mejoría por tal motivo el diagnostico se adapta a los nuevos datos reforzando intervenciones.

7. Diagnósticos de Enfermería

Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c falta de interés y motivación para realizar ejercicio físico m/p sedentarismo, verbalización de preferencia por actividades de mínimos esfuerzos (pasa mucho tiempo sentada frente a la computadora).

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Objetivo enfermería: Que la paciente logre interesarse a realizar ejercicio físico.

INDICADOR	1ra VALORACIÓN	2da VALORACIÓN	3ra VALORACIÓN
ACTIVIDAD FÍSICA 0 Nula actividad física 1 Leve actividad física 2 Moderada actividad física 3 Intensa actividad física	0	2	1

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

En la primera valoración de la paciente su actividad física fue nula, a partir la 2da aumento a consideración de que se encontraba en su tratamiento conservador (terapia física en el INR) y las intervenciones que se realizaban en las visitas domiciliarias, alcanzando moderada actividad física, en la última disminuyo a leve y por tal motivo la realización de actividad física no es la esperada por tal motivo el diagnóstico se continua reforzando intervenciones.

8. Diagnósticos de Enfermería

Riesgo de provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y deshechos (riesgo de estreñimiento) r/c aporte insuficiente de alimentos ricos en fibra y consumo de líquidos <1 al día.

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Objetivo enfermería: Que la paciente no presente estreñimiento mediante la eliminación del factor de riesgo.

INDICADOR	1ra VALORACIÓN	2da VALORACIÓN	3ra VALORACIÓN
CONSUMO DE AGUA AL DÍA 1. < 1Lt de agua 2. 1 Lt de agua 3. 1 ½ -2 Lt 2. 3Lt	1	3	3
CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS DE FIBRA AL DÍA. 0. Nulo consumo de frutas y verduras 1. Consumo de una o dos fruta o verdura. 3. Consumo de >2 frutas o verduras	0	1	1

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Dentro del consumo de agua aumento de <1 litro al día de la primera valoración a 1 ½ a 2 Lts. En cuanto al consumo de alimentos ricos en fibra aumento de 0 al consumo de 1-2 frutas al día y los factores de riesgo se modifican a comparación de la primera valoración por tal motivo el diagnostico se elimina.

9. Diagnósticos de Enfermería

Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c técnica de cepillado de dientes incorrecta, cepillado de dientes no habitualmente m/p caries dental parcial en molares y presencia de sarro en incisivos.

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Objetivo enfermería: Que la paciente realice la técnica correcta de cepillado dental.

INDICADOR	1ra VALORACIÓN	2da VALORACIÓN	3ra VALORACIÓN
TÉCNICA DE CEPILLADO DE DIENTES 0= Mala técnica 1= Adecuada técnica 2= Excelente técnica	0	1	1
CARIES 0= Normal 1= 1-2 caries 2= 3-5 caries 3= > 6 caries	3	3	3

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Se modifica la técnica de cepillado dental de la paciente de una mala técnica a una adecuada ya en la 3ra valoración, pero por cuestiones económicas no acude al especialista (dentista) para tratar el problemas de caries en molares, aunque haya mejorado la técnica de cepillado dental no se podrá eliminar el sarro ya que es un problema crónico y requiere tratamiento odontológico especial (limpieza dental) por tal motivo el diagnostico se modifica con los nuevos datos.

10. Diagnósticos de Enfermería

Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c higiene del sueño inadecuado m/p informe verbal de sentirse cansada al despertar y dormir solo 5 horas.

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Objetivo enfermería: Que la paciente duerma al menos 7 horas continuas durante la noche y que al despertar manifieste descanso.

INDICADOR	1ra VALORACIÓN	2da VALORACIÓN	3ra VALORACIÓN
Horas de sueño 0= Adecuado 6-8 horas 1=Moderadamente inadecuado 4-5 horas 2=Inadecuado <3 horas	1	0	0

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

La persona modificó, de acuerdo a las recomendaciones realizadas, los hábitos de sueño, lo que permitió que el número de horas de sueño reparador también aumentara, sin embargo se mostraba somnolienta, probablemente por la depresión por la que cursaba. Sin embargo, debido a esa mejora en los hábitos de sueño, se considera la eliminación de este diagnóstico.

11. Diagnósticos de Enfermería

Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c disminución de la atención m/p incapacidad para aprender nueva información y habilidades, alteración de la memoria y vocabulario escaso.

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Objetivo enfermería: Que la paciente mejore la atención, memoria y su vocabulario.

INDICADOR	1ra VALORACIÓN	2da VALORACIÓN	3ra VALORACIÓN
ESTADO COGNITIVO Escala MINI-MENTAL 0= Normal 27 ó más 1= Sospecha patológica 24 o menos 2= deterioro 12-24 3= demencia 9- 12	NV	1	1
VOCABULARIO 0= Extenso 1= Adecuado 2= Moderado 3= Escaso	3	2	2

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Su vocabulario aumenta a comparación de la primera valoración y se realiza escala Minimental para valorar el estado cognitivo en la 2da y 3ra valoración, su memoria aun presenta alteración (se deduce que fue debido a la hipoxia al nacer, no fue tratada por especialista) por tal motivo el diagnostico se queda modificado con los nuevos datos obtenidos (escala Minimental) y se continúa reforzando las intervenciones.

12. Diagnósticos de Enfermería

Riesgo de déficit prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano (caídas) r/c barreras arquitectónicas (escaleras sin barandales), falta de atención e inseguridad.

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Objetivo enfermería: Que la familia mejore la situación arquitectónica y prevenir el riesgo de caídas.

INDICADOR	1ra VALORACIÓN	2da VALORACIÓN	3ra VALORACIÓN
Presencia de barreras arquitectónicas 0= Ninguna 1= 1-2 barreras 2= >3 barreras	1	1	1
Aplicación de medidas de prevención de caídas 0= nunca 1= algunas veces 2=casi siempre 3=siempre	0	2	2

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

No se modifican las barreras arquitectónicas a pesar que se oriento respecto a estas, relacionado a motivos económicos (falta de barandales en escaleras), se modifican factores de riesgo que provoquen alguna caída en el hogar (iluminación y desorden) por parte de la paciente y familia, por tal motivo el diagnostico continua.

13. Diagnósticos de Enfermería

Déficit de la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano r/c falta de implicación en el tratamiento rehabilitatorio m/p verbalización de no conocer acerca del diagnóstico médico, cuidados y pasividad.

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Objetivo de enfermería: Que la paciente participe en el tratamiento rehabilitatorio.

INDICADOR	1ra VALORACIÓN	2da VALORACIÓN	3ra VALORACIÓN
Implicación al tratamiento 0= Siempre 1= Casi siempre 2= A veces 3= Nunca	3	1	2
Conocimientos de la patología 0= Adecuado 1= Moderado 2= Nulo	2	1	1

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

La paciente presenta escaso apego a tratamiento rehabilitatorio relacionado a la mala autoestima y la depresión por la que pasa, sin embargo mejoran en cuanto a los conocimientos que tiene de su patología, por tal motivo el diagnóstico se modifica y se continua reforzando las intervenciones.

14. Diagnósticos de Enfermería

Riesgo de déficit de la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal (religiosidad) r/c dificultad para adherirse a las ideas religiosas y expresión de necesidad de cambio de religión.

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Objetivo enfermería: Que la paciente logre el apego a las ideas religiosas.

INDICADOR	1ra VALORACIÓN	2da VALORACIÓN	3ra VALORACIÓN
Necesidad de apego a la religión 0= Insatisfecha 1= Moderada 2= Satisfecha	0	1	1

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

Presenta apego de forma moderada a su religión a comparación de la primera valoración ya que la familia aclaro dudas sobre el aspecto religioso por tal motivo el diagnostico se elimina.

VIII. PLAN DE ALTA

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: E.S.U.	
Fecha de nacimiento: 23 OCT 1990	
Edad: 22 años	Género: F
Padecimiento actual: POST OPERADA DE ARTODESIS DE 5 DEDO DE MANO DERECHA (LESIÓN DE PLEXO BRAQUIAL)	

2. REQUISITOS ALTERADOS

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL
1. Canalizar a grupos de ayuda. Indicarle la importancia de que acuda a un grupo de ayuda mutua.
2. Realizar actividades que favorezcan la identificación de aspectos positivos de la persona. Realizar un dibujo en donde pueda expresar e identificar tanto “defectos” como cualidades Realizar una lista de cualidades y defectos. Trabajar positivamente con los defectos que ella detecte en sí misma.
3. Acudir a las citas con el especialista (psicología) del Instituto nacional de rehabilitación.
4. Contribuir en el desarrollo de conductas sociales: comunicación. Fomentar el vínculo familiar. Fomentar el desarrollo de relaciones amistosas.

PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, EL CONOCIMIENTO DE LAS LIMITACIONES HUMANAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.
1. Integración a las actividades del hogar barrer, lavar.
2. Favorecer la expresión de sentimientos y emociones en el núcleo familiar a fin de disminuir la tristeza y ansiedad
3. Sugerir actividades que faciliten la expresión de sentimientos de insatisfacción, tristeza, ansiedad, enojo, alegría mediante la elaboración de cartas.
4. Aplicación de musicoterapia para disminuir la ansiedad y mejorar la autoestima.

PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO
1. Reforzar enseñanza sobre tratamiento, complicaciones y rehabilitación (VER ANEXO 27).
2. Fomentar una buena adherencia en el tratamiento fisioterapéutico
3. Responsabilizar a la paciente sobre su tratamiento para poder alcanzar un mejor control de la enfermedad o incrementar su calidad de vida.
4. Continuar con las actividades recreativas como juegos de mesa (memorama, juegos de palabras, turista, domino, juegos de cartas, etc.). Realizarlo 1 a 2 veces al día.
5. Seguir con la motivación a la lectura. Continuar con la participación con la paciente en la lectura de un libro proporcionándole ideas de que podría llamar su atención.
6. Continuar con la técnica de cepillado de dientes (VER ANEXO 24). Recuerde el uso de hilo dental para llegar y limpiar las zonas interdetales
7. Frecuencia del cepillado debe realizarse 3 veces al día.
8. Acudir a un especialista (odontólogo) de un centro de salud.
9. Orientar sobre barreras arquitectónicas. Ayudar a la paciente y su familia a evaluar el entorno donde viven para detectar riesgos. Modificación del entorno en casos con factores de riesgo conocida o antecedente de caídas. Ausencia de pasamanos: promover que se coloquen los pasamanos en las escaleras y de no ser posible recomendar el uso de cintas antiderrapantes en cada escalón.
10. Prevención de caídas. Que no exista desorden en los pasillos. Que la luz de los pasillos sea adecuada, es decir brillante y que no parpadee. Que los cables eléctricos no se encuentre en sitios de paso. Tener barandales en baños. Tener barandales a lo largo de las escalares de preferencia en ambos lados. Evitar mantener los pisos mojados ya que corren riesgo de resbalarse.
11. Promover que la paciente realice ejercicios para mejorar la atención; como juegos. Memorama. Rompecabezas. Turista mundial. Domino. Ajedrez.
12. Cuidados del yeso. Mantener el brazo elevado para evitar edema. No mojar el yeso. En caso de realizar el baño, procurar taparlo con una bolsa para evitar que se moje. No pintar sobre el yeso, ya que la pintura es absorbida por el yeso, alterando su forma. No realizar algún corte al yeso. No introducir objetos para calmar la comezón. El yeso debe ser retirado por un especialista.
13. Aplicar técnicas de re-educación sensitiva (VER ANEXO 17), aplicarlo en la zona de la mano y antebrazo (esta zona fue la que estuvo cubierto por el yeso antebraquialmar).

Realizar las técnicas 3 veces al día
14. Prevención de accidentes por quemaduras quemaduras en actividades comunes del hogar (VER ANEXO 18).

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO
1. Seguir con la aplicación de compresa caliente mediante las instrucciones y cuidados pertinentes. Recuerde aplicación de la compresa por 10 minutos, valorando la piel para prevenir algún tipo de lesión (quemadura).
2. Continuar con el programa de calentamiento (VER ANEXO 11) antes de realizar la movilización de las articulaciones. El calentamiento consistirá en la realización de movimientos en todo el rango articular. En un tiempo de 10 minutos con repeticiones 15 a 20.
3. Seguir con la movilización activa, activo asistida y pasiva, para conservar arcos de movimiento. (VER ANEXO 13). Recuerda que debes realizarlo 3 veces al día.
4. Realizar el programa de potenciación muscular a través de ejercicio isotónico. Loa ejercicios deben realizarse 3 veces al día ejercicios isotónicos, 3 series de 20 repeticiones. (VER ANEXO 12).
5. Al termino aplicar la etapa enfriamiento comienza después del entrenamiento, debe realizarse en un tiempo de 10 a 15 minutos (VER ANEXO 14).
6. Entrenamiento de uso de ayudas técnicas para las actividades de la vida diaria que se fabricaron previamente (peine con mango largo).
7. Motivar y continuar con el entrenamiento de la persona para el manejo de ayudas técnicas para el arreglo personas.
8. Orientar sobre la importancia de realizar ejercicio físico. Los ejercicios y la actividad física benefician todos los aspectos de su vida. Los ejercicios y la actividad física pueden: Ayudarle a mantener y mejorar su fuerza y su condición física. Ayudarle a mejorar su habilidad de hacer las cosas que quiere hacer. Ayudarle a reducir la depresión.
9. Reforzar programa de activación física (VER ANEXO 20) para el control de peso. Realizar ejercicio de tipo aeróbico puede ser caminar o correr al menos 20 minutos.

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS R/C INGESTA SUPERIOR A LAS NECESIDADES METABÓLICAS
1. Reforzar y continuar la orientación sobre el uso del plato del buen comer (VER ANEXO 19).
2. Reforzar orientación a la paciente sobre practicar hábitos alimenticios saludables. Establecer horarios adecuados. Comer sentada y en el espacio destinado para ello. Masticar adecuadamente los alimentos. Ingerir agua natural. Evitar el consumo de alimentos de bajo aporte nutrimental como: refrescos, papas, galletas, dulces.

Evitar acostarse, dormir o tomar siestas después de ingerir alimentos

3. Seguir con el programa de activación física (VER ANEXO 20) para el control de peso.
Realizar ejercicio de tipo aeróbico puede ser caminar o correr al menos 20 minutos.

NOTA: RECUERDA QUE ES IMPORTANTE QUE REALICES TODOS TUS CUIDADOS YA QUE TÚ ERES LA ÚNICA RESPONSABLE DE TU SALUD.

Fecha de entrega: 23 Abril del 2015.

Nombre de quien elabora: Estudiante del posgrado de enfermería en rehabilitación López Hernández Julio Cesar.

IX. CONCLUSIONES

Debido a que la lesión de plexo braquial obstétrico causa un alto grado de discapacidad es indispensable la participación del equipo multidisciplinario de salud en donde Enfermería en Rehabilitación juega un papel fundamental en el cuidado.

En el estudio de caso se persiguieron diferentes objetivos uno de ellos fue identificar problemas reales y potenciales de acuerdo a la teoría de Dorothea Orem en base a los cuales se realizó la planeación de cuidados y la aplicación de intervenciones especializadas de Enfermería en Rehabilitación las cuales sin duda mostraron resultados satisfactorios de acuerdo a la evaluación.

El aspecto emocional fue una barrera importante para la mejoría total; ya que la depresión y la baja autoestima influyen de manera importante en el apego al tratamiento y aunque se realizaron intervenciones enfocadas a esta área hizo falta el tratamiento por parte de un especialista en psicología.

Posterior a su intervención quirúrgica la paciente tenía falsas expectativas de su tratamiento quirúrgico las cuales no fueron aclaradas en tiempo y forma por el equipo multidisciplinario.

La paciente se mostró renuente en el tratamiento psicológico días después de su intervención quirúrgica, ya que mencionaba que estos profesionales veían a personas “locas”, motivo por el cual se le explicó el papel del psicólogo y que entre sus funciones está tratar problemas como alteraciones en el estado de ánimo, el autoconcepto y autoestima.

En conclusión las intervenciones fueron apropiadas en cada uno de los déficits detectados sin embargo el aspecto emocional y el apego al tratamiento son clave para el avance de la persona

X. SUGERENCIAS

La lesión de plexo braquial es considerada a nivel mundial como un problema de salud sin embargo aún hace falta programas dirigidos tanto a la prevención como al tratamiento médico y rehabilitatorio.

Se sugiere al equipo multidisciplinario realice en cada momento una valoración exhaustiva que no sólo involucre el aspecto físico de la persona sino también el emocional.

No olvidar que intervenir en los aspectos psicológicos del paciente como la autoestima, autoconcepto y depresión, son aspectos cruciales para que presente apego al tratamiento

El profesional de enfermería puede abarcar los problemas emocionales de la persona con la escucha activa y la expresión de sentimientos.

La familia es un aspecto importante a abarcar ya que pueden presentar el síndrome del cuidador primario, por tal motivo valdría la pena observar la dinámica familiar.

Sería aconsejable, respecto a la actuación del equipo médico, se considere una explicación del tratamiento conservador y quirúrgico, aclarar dudas y temores con el objetivo de no crear falsas expectativas del paciente.

Se sugiere abordar este tipo de pacientes desde todos los aspectos, haciendo énfasis en el psicológico, pues la rehabilitación requiere mucho trabajo y compromiso por parte del paciente.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- Abuye N.O, y Marcos M.P. Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro. Rev. Enfermería Global. [revista en la internet] Abril 2012. [consultado 2015 Jul. 29] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/administracion3.pdf>
- Apolo M.D, López F.A. y Caballero R.T. Utilización de la termoterapia en el ámbito terapéutico. [revista en la Internet]. 2006 Mar [consultado 2014 Dic 16]; Disponible en: <file:///C:/Users/casa/Downloads/Dialnet-UtilizacionDeLaTermoterapiaEnElAmbitoDeportivo-1710483.pdf>
- Asem G .Las ayudas técnicas: esas grandes desconocidas. Deputación de Pontovendra. 2008 [consultado 2014 Dic 16] disponible en: http://www.asemgalicia.com/biblioteca/guia_recursos_ayuda/Las%20ayudas%20tecnicas%20Esas%20grandes%20desconocidas.pdf
- Ávila F.J. y García M.E. Beneficios de la práctica del ejercicio en los ancianos. Gac. Méd. Méx. [Revista en la internet]. 2004 Ago. [consultado 2014 Dic 16];140(4). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000400013
- Balan G.C. y Franco O.M. Teorías y Modelos de enfermería. 2 ed. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México 2009.
- Begoña G.E. Manual básico para gerocultores y auxiliares geriátricos. Barcelona: España. Caritas españolas 1999. [consultado 2014 Dic 17] disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=fNkn5yGleX4C&pg=PA502&dq=ludoterapia&hl=es&sa=X&ei=PCGLVlvcl46TyATovIDgBQ&ved=0CDUQ6AEwBQ#v=onepage&q=ludoterapia&f=false>
- Bermúdez G.A, Cárdenas J.M, Fernández G.V, Matus M.R, Pérez C.I, Olvera A.S, et al. Principios éticos para la investigación en la ENEO. Comité de Investigación. 2013. [consultado 2014 Dic 12] Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/novedades/ENEO-UNAMprincipiosEticosInvestigacion.pdf>
- Blesedell E.C, Willard, E.S.H, Spackman C, Boyt S.B.A.Terapia ocupacional. Ed. Panamericana. Buenos Aires: Argentina. 2008.
- Cabal E.V. y Guarnizo M. Enfermería como disciplina. Rev. Colombiana de Enfermería. [Revista en la internet] 2011 Jul. [citado 2014 Dic 12]; 6(6): 73-81. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen6/enfermeria_disc.pdf

- Cabrera C.E. Efectos terapéuticos de la escritura emocional o expresiva. [consultado en la internet]. Hojas informativas de los psicólogos de las Palmas. [consultado el 25 de Agosto del 2015]. Disponible en: http://centropsicologiaequilibrio.com/documentos/Escritura_Expresiva.pdf
- Calvo B.H. y Lucas A.A. Intervención en familias desde los centros de día. Salamanca: OASIS. 2007. [consultado 2014 Dic 16] Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/IntervencionFamilias.pdf>
- Cano V.A. Martín S.J. Mae W.C. Dongil E y Latorre J.M. La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. Red de Rev Cien de Am Lat, el Cari, Espay Port [Revista en la internet] 2012Abr. [consultado 2015 Ago 26]; 33(1): 2-11. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77823404001.pdf>
- Cañedo A.R. Motivación, pertenencia, responsabilidad... En busca de una cultura de excelencia. ACIMED [revista en la Internet]. 2007 Oct [consultado 2015 Ago 25] ; 16(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352007001000001&lng=es.
- Caño GA y Rodríguez NC. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. International Journal of Psychology and Psychological Therapy [revista en la internet] 2012 [consultado 2015 Ago 16]; 12(3): 389-403. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen12/num3/337/autoestima-en-la-adolescencia-analisis-ES.pdf>
- Carrillo M.P, Ramírez P.J y Magaña V.K Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. Rev.Fac.Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2013 Ago [consultado 2015 Ago 19]; 56(4): 5-15. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400002&lng=es.
- Ceballos G.L. Un modelo educacional de prevención de quemaduras. Gac Méd Caracas [revista en la Internet]. 2003 Ene [citado 2014 Dic 16]; 111(1): 23-29. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622003000100004&lng=es.
- Ceruelo A.S. y Garcia L.A. Tratamiento rehabilitador. Capítulo 8. 2004. [consultado el 2014 Dic 16]. Disponible en: http://www.plexobraquial.es/wp-content/documentos/Cap8_TRATAMIENTOREHABILIT.pdf
- Chemes de FC. La enfermera y la valoración de los signos vitales. Tucumán, Argentina. Escuela de enfermería de la UNT. 2008. (consultado 2015 Ago 16). Disponible en:

http://www.fm.unt.edu.ar/carreras/webenfermeria/documentos/Valoracion_Signos_Vitales.pdf

- Cisneros DG y Hernández BY. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Oct [consultado 2015 Ago 18] ; 15(10): 1445-1458. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013&lng=es.
- Crespo MII, Riesgo Cosme YC, Laffita LY, Torres MPA y Márquez FM. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria: Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. MEDISAN [revista en la Internet]. 2009 Ago [consultado 2015 Ago 19] ; 13(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400014&lng=es.
- Cruz P.S. Eficacia de las terapias conservadoras y la toxina botulínica en la parálisis braquial obstétrica [tesis]. Pamplona- Iruña: Universidad Pública de Navarra. Facultad de ciencias de la salud; 2014. [Consultado 2014 Nov 12] Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11984/TFGSandraCruzPedraja.pdf?sequence=1>
- Del Barrio J. A. y Castro A. Infraestructura y recursos de apoyo social, educativo y sanitario en las enfermedades raras. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet] 2008. [Consultado 2015 Ago 19]. 31(2): 153-163. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000400011&lng=es
- De la Rosa J.F, Squizzato M.A y Masloski J.E. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. [Revista en la internet] 2007 Ago. [consultado Ago 20 2015]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista172/4_172.pdf
- Dogliotti AA. Conceptos actuales en la parálisis braquial perinatal. Parte 1: etapa temprana. Arch. Argent. Pediatr [revista en la internet]. 2011 Ago [consultado 2014 Nov 11]; 109(4):347-353. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752011000400011&script=sci_arttext
- Duran G.A, Tebar P.D, Ochando K.B, Martí C.A, Bueno C.B, Pin A.G, Et alt. Manual didáctico para la escuela de padres. 5 ed. Valencia: Fundación para el estudio y asistencia de las drogodependencias .2004. [consultado 2014 Dic 16] Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/7DEF9FD2-CC0B-4B2F-86A5-E218D9DD672C/243833/Manualdidacticopadresymadres.pdf>

- Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Fundamentación teórica: Modelo Orem. Universidad Nacional Autónoma de México. [consultado el 12 de diciembre del 2014] Disponible en: http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion_teorica.PDF
- Figueroa D. Educación de pacientes. [Consultado 2014 Dic 17] Disponible en: http://www.frcf.cat/pdfs/publicacions/04_educacion_de_pacientes.pdf
- Fragoso F.E, Canales R.E. Estrategias educativas para la formación en valores desde la educación informal de la familia. Rev. Venez. de Edu. [revista en la internet]. 2009 Mar [consultado 2014 Dic 17]; 13(44):177-185. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35614571021>
- Garozzo D. Las lesiones de plexo braquial. Cómo diagnosticarlas y cuándo tratarlas. Rev. Ortho-tips [revista en la internet]. 2012 Mar [consultado el 2014 Dic 12];8(1): 7-16. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2012/ot121c.pdf>
- Gento P.S, Ferrándiz V.I.M. y Palacios S.J. Tratamiento educativo de la diversidad de tipo Motórico. UNED. España. 2010.
- Gobierno del estado de México. Comisión de conciliación y arbitraje medico: Carta de los derechos de los pacientes. 2014 .[consultado 2014 Dic 12] Disponible en: <http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/cartapacientes.htm>
- Gonzales M.R. Rehabilitación medica. Barcelona: España. MASSON. 1997.
- Guerra G.V.T. Díaz M.A.E. Vidal A.K. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2010 Jun [consultado 2015 Ago 25] ; 26(2).Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200007&lng=es.
- Gracia E y Herrero J. La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. Rev. Latinoam. Psicol. [revista en la Internet]. 2006 Ago [Consultado 2014 Dic 16]; 38(2): 327-342. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000200007&lng=pt.
- Hernández R.J y Licea P.M. Papel del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus. Rev Cubana Endocrinol [revista en la Internet]. 2010 Ago [consultado 2014 Dic 16]; 21(2): 182-201. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532010000200006&lng=es.
- Hernández S.A, Espeso N.N, Reyes O.F y Rodríguez B.L. Intervención educativo-curativa para la prevención de caries dental en niños de cinco a

- 12 años. Rev. AMC [revista en la internet] 2010 Dic [consultado 2014 Dic 17]; 14(6):1-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000600005&lng=es
- Leon C.J.C, Arcas P.M.A, Galvez D.D.M, Elosegui B.J.L. Ales R.M. y Caballero O.A. Fisioterapeutas del servicio gallego de salud. MAD. España. 2006. [consultado 2015 Ago 24] Disponible en: https://books.google.com.mx/books?id=ubAeL5NRuwAC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
 - Lotito F. y Sanhueza H. Discapacidad y barreras arquitectónicas: un desafío para la inclusión. Revista AUS [Revista en la internet] 2011. [consultado 2015 Ago 25]. 10-13. Disponible en: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/aus/n9/art03.pdf>
 - López F.R. La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual: Parte I. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1996 Ago [consultado 2014 Dic 17]; 12(4): 370-374. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000400007&lng=es.
 - María T.L. factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Rev. CES. [revista en la internet] 2014. [consultado 2014 Dic 17]; 2(1): Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/movimientoysalud/article/view/2969/pdf>
 - Marrero R. L, Cabrera V.N, Rodríguez T.O, Navarro G. A, Castro S.V, Tarragona R.R, Hernández G.R. Diagnóstico y tratamiento de la parálisis braquial obstétrica. Rev Cubana Ortop Traumatol [revista en internet]. 1998 [consultado 2014 Nov 11]; 12(1-2):28-39. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ort/vol12_1_98/ort06198.pdf
 - Martinez T.N. La ética y la investigación en enfermería. Rev. Cubana de Enfermería. [revista en la internet]. 2010 Mar. [consultado 2014 Dic 12]; 26(1):18-29. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_1_10/enf060110.pdf
 - Meisner N, Muños K, Restovich R, Zapata M, Camoletto S, Torrent M , et al. Fibra alimentaria: consumo en estudiantes universitarios y asociación con síndrome de intestino irritable. INVENIO [revista en la internet]. 2011 Jun. [consultado 2014 Dic 16]; 14(26):91-100. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/877/87717621007.pdf>
 - Melendo M. comunicación e integración personal. Ed. Sal Tarrae. 2000.
 - Minerva T.C. El juego: una estrategia importante. Red de Rev Cien. de Ame Lat, el Car, Esp y Port. [revista en la internet] 2002 Dic. [consultado 2015

- Ago 25]; 6(19): 289-296. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/356/35601907.pdf>
- Moreno G.V. y Martín M.R. Mantenimiento y rehabilitación psicosocial de las personas dependientes en domicilio. Ed. IC. 2013
 - Nigro V. Rodríguez C. Ducasse G. Sergent V. Accesibilidad e integración. Nobuko. Argentina. 2008.
 - Ondina T.E, Álvarez G.J, Álvarez G.J, Carreras F.A. La orientación nutricional como elemento fundamental en la prevención y tratamiento de enfermedades. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2002 Oct [consultado 2014 Dic 16]; 18(5):362-365. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000500014&lng=es
 - Organización Panamericana de la Salud. Caídas. [consultado 2014 Dic 17] Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia05.pdf>
 - Pacheco G.M. Guía clínica del programa de Rehabilitación del paciente con lesión medular en etapa pre quirúrgica. INR. 2012. [consultado 2014 Dic 17]. Disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MG-SMR-05.pdf>
 - Palazzi C y Cáceres L. Lesión de plexo braquial en el adulto. Capítulo 5. Centro médico tekno. Barcelona. [consultado 2015 Julio 7]. Disponible en: <http://www.teknon.es/documents/104978/79949192-3d7c-495d-9d06-9f2aeb3adfd0>
 - Plan de acción tutorial: Gades. Yo, Autoestima, Autoconcepto. [artículo de la internet]. [Consultado el 25 de Agosto del 2015]. Disponible en: <https://orientacionandujar.files.wordpress.com/2010/09/yo-autoestima-y-autoconcepto.pdf>
 - Polaino A. Familia y autoestima. 2010 [consultado el 20 Agosto 2015]. Disponible en: https://educaenvirtudes.files.wordpress.com/2010/10/familia_autoestima.pdf
 - Roca E. Autoestima sana: una visión actual, basada en la investigación. 2 ed. Valencia. ACDE ediciones. 2013. [consultado 2014 Dic 16] Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/pdf/AE%20sana%20y%20afines.pdf>
 - Rodríguez D.M, Amigo C.P. Una mirada a la parálisis braquial obstétrica. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2011 Ago [consultado 2014 Nov 12]; 33(4):509-522. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400013&lng=es
 - Rodríguez D.M, Amigo C.P. Una mirada a la parálisis braquial obstétrica. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2011 Ago [consultado 2014

- Nov 10]; 33(4):509-522. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400013&lng=es
- Rosovsky H. Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. Desacatos [artículo en la internet] 2009 Abr. [Consultado 2015 Ago 19]. 29: 13-30. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-92742009000100002
 - Ruano H.A. Psicología de la rehabilitación y neuropsicología en afectados por accidentes de trabajo-tráfico. 1999 [Consultado 2015 Ago 25]. Disponible en:
<http://www.uninet.edu/union99/congress/confs/for/07Ruano.html>
 - Ruiz S.T, Vicente B.M, Limiñana C.J, Knezevic M, Hernández P.O, Ruiz S.M, et al. Importancia del cepillado antes de acostarse en la prevención de la caries. Estudio en una población infantil. Av. Odontoestomatol. [revista en la internet] 2007. [consultado 2014 Dic 17]; 23(1):45-50. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v23n1/original4.pdf>
 - Sala A.M.R. Cárdenas S.O. Sala A.A. González J.J.F. Paciente: ¿por qué? Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2000 Ago [consultado 2015 Ago 25]; 37(2): 123-126. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072000000200009&lng=es.
 - Secretaria de educación pública. Actividad Física beneficiosa para la salud. CONADE. México. [consultado 2014 Dic 16]. Disponible en:
<http://www.conade.gob.mx/biblioteca/documentos/articulo03.pdf>
 - Secretaria de salud. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. Cruzada Nacional por la Calidad. [consultado 2014 Dic 12]. Disponible en:
<http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/DOCUMENTOSCONSULTA/10.pdf>
 - Secretaría de Salud. Diagnóstico y tratamiento de la lesión obstétrica del plexo braquial en niños y niñas de 0 a 15 años en el 2° nivel de atención. México, 2012. [consultado 2014 Nov 10] Esta guía puede ser descargada de Internet en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/565_GP_C_Lesiondel_plexobraquial/DIF-565-12-ER-Lesixndelplexobraquial.pdf
 - Secretaria de Salud. Intervenciones de Rehabilitación Temprana en el Adulto Mayor Hospitalizado. México; 2013. [consultado 2014 Dic 17] Esta guía puede ser descargada de internet en:
www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

- Sierra J.C, Jiménez N.C, Martín O.J. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. Rev. Salud Mental [revista en la internet] 2002 Dic. [consultado 2014 Dic 17]; 25(6):35-43. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262505>
- Talero C, Durán F y Pérez I. Sueño: características generales: Patrones fisiológicos y fisiopatológicos en la adolescencia. Rev. Cienc. Salud [revista en la Internet]. 2013 Dec [consultado 2015 Ago 19]; 11(3): 333-348. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732013000300008&lng=en.
- Torres Q.M, Romo O. F. Bioética y ejercicio profesional de la odontología. Acta bioeth. [revista en la Internet]. 2006 Ene [consultado 2014 Dic 17]; 12(1):65-74. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000100010>.
- Unidad de Planes de Cuidado del HGUA. Plan de cuidados estandarizados, proceso: lesión plexo braquial adulto. 2010. [consultado 2011 Nov 11] Disponible en: http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18116/PLAN+DE+CUIDAD+OS+lesi%C3%B3nplexobraquial_2010_def.pdf
- Urquijo S. Funcionamiento cognitivo y habilidades metalingüísticas en aprendizaje en lectura. Educ. Rev., Curitiba [revista en la internet] 2010 Dic [consultado 2014 Dic 17]; 38:19-42 Disponible en : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-40602010000300003&script=sci_arttext
- Urra M.E., Nuñez C.R., Retamal V.C., Jure C.L. Enfoques de estudio de caso en la investigación de enfermería. Rev. ciencia y enfermería [revista en la internet] 2014. [consultado 2014 Dic 12]: XX (1): 131-142. Disponible en: <file:///C:/Users/casa/Downloads/est%20casoo.pdf>
- Varela P.L.F, Tello R.T, Ortiz S.P.J y Chávez J.H. Valoración de la higiene del sueño mediante una escala modificada en adultos mayores. Red Rev Cient. De Ame Laty el Car [revista en la internet] 2010 Dic. [consultado 2015 Ago 19]; 27(4): 233-237. Disponible en:<http://www.redalyc.org/pdf/966/96618991004.pdf>
- Vargas R. Diccionario de teoría del entrenamiento deportivo. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México. 2008.
- Vargas R. Diccionario de teoría del entrenamiento deportivo. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México. 2008.

- Vera MBI, Rosello J y Toro AF. Autoestima y juventud puertorriqueña: Eficacia de un modelo de intervención para mejorar la autoestima y disminuir los síntomas de depresión. Rev. Puertorriq. Psicol. [Revista en la internet] 2010. [consultado 2015 Ago 16]; 21: 35-61. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1946-20262010000100002&script=sci_arttext
- World Gastroenterology Organization Practice Guidelines: Estreñimiento. World Gastroenterology Organization Practice Guidelines. [Consultado 2014 Dic 17] Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/estreñimiento.pdf>
- Yanes S.V, Sandobal F.E, Camero A.D, Ojeda-D.L. Parálisis braquial obstétrica en el contexto de la rehabilitación física temprana. Medisur [revista en Internet]. 2014 [consultado 2014 Nov 12]; 12(4):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2014/msu144h.pdf>

XII. ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOS Y VIDEOS.

ANEXO 3. ESCALA DE HECES BRISTOL.

ANEXO 4. ÍNDICE DE BARTHEL.

ANEXO 5. ESCALA DE LAWTON Y BRODY.

ANEXO 6. ESCALA DE DANIELS.

ANEXO 7. ESCALA MINIMENTAL O MEC DE LOBO.

ANEXO 8. ESCALA DE HAMILTON.

ANEXO 9. ESCALA DE ROSEMBERG.

ANEXO 10. ELABORACIÓN DE COMPRESA PARA TERMOTERAPIA.

ANEXO 11. PROGRAMA DE CALENTAMIENTO.

ANEXO 12. PROGRAMA DE EJERCICIOS ISOTONICOS.

ANEXO 13. PROGRAMA DE MOVILIZACIONES ACTIVAS, ACTIVO ASISTIDA Y PASIVAS.

ANEXO 14. PROGRAMA DE ENFRIAMIENTO.

ANEXO 15. EJERCICIOS DE RESPIRACION.

ANEXO 16. IMPLEMENTACION DE AYUDAS TECNICAS.

ANEXO 17. TECNICAS DE REDUCACIÓN SENSITIVA.

ANEXO 18. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES POR QUEMADURA.

ANEXO 19. PLATO DE BUEN COMER.

ANEXO 20. PROGRAMA ACTIVIDAD FISICA.

ANEXO 21. ALIMENTOS RICOS EN FIBRA.

ANEXO 22. LA JARRA DE BUEN BEBER.

ANEXO 23. MASAJE A MARCO COLICO.

ANEXO 24. TECNICA DE CEPILLADO DE DIENTES.

ANEXO 25. ENSEÑANZA DE HIGIENE DEL SUEÑO.

ANEXO 26. TECNICAS DE RELAJACIÓN.

ANEXO 27. ENSEÑANZA SOBRE LA PATOLOGÍA, TRATAMIENTO, COMPLICACIONES Y REHABILITACIÓN.

ANEXO 28. FORMATO DE REGISTRO DE INTERVENCIONES.

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

México DF a 6 de Dic 2011

Por medio de la presente yo Elizabeth Sierra Urbina Doy mi consentimiento para que la (el) Lic. Enf. Lopez Hernandez Julio Cesar Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación de la Universidad Nacional Autónoma de México, realice seguimiento y participación activa en el cuidado integral de mi padecimiento como parte de sus actividades académicas, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación y ser libre de retirarme de este estudio en el momento en que lo desee.

Autorizo:
Elizabeth Sierra Urbina

Testigo:
Iris Berenice Sierra Urbina 

Estudiante del Posgrado:
Lopez Hernandez Julio Cesar

FUENTE: ENEO-UNAM. División de estudios de posgrado: Posgrado de enfermería en rehabilitación

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOS Y VIDEOS

 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN
REHABILITACION 

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTENCION DE FOTOGRAFIAS O VIDEO

México DF a 6 de Nov 20

Por medio de la presente yo ELIZABETH SIERRA URBINA Doy mi consentimiento para que la (el) Lic. Enf. Luz Hernández Julia Cesar, Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación de la Universidad Nacional Autónoma de México, realice la toma de fotografías y/o video para fines exclusivamente académicos, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación y ser libre de retirarme de este estudio en el momento en que lo desee.

Autorizo:
Elizabeth Sierra Urbina

Testigo:
Luz Bernice Sierra Urbina 

Estudiante del Posgrado:
Luz Hernández Julia Cesar

Pos 74

FUENTE: ENEO-UNAM. División de estudios de posgrado: Posgrado de enfermería en rehabilitación

ANEXO 3. ESCALA DE HECES BRISTOL

La denominada "escala de Bristol" fue desarrollada y validada en esta ciudad por el grupo de Heaton (3) para valorar de forma descriptiva y gráfica 7 tipos de heces, según su forma y consistencia. La importancia de esta escala es que permite al paciente ver un dibujo con la forma de las heces y, además, al lado del mismo se explica minuciosamente la consistencia y la forma poniendo ejemplos fácilmente reconocibles. La escala está estructurada del 1 al 7 según la forma y dureza, de más dura (tipo 1) a líquida total (tipo 7).



Tipo 1: trozos duros separados (heces caprinas)



Tipo 2: fragmentos cohesionados en forma de salchicha, dura o seca



Tipo 3: como una salchicha con algunas grietas en la superficie



Tipo 4: como una salchicha lisa y suave



Tipo 5: bolas blandas de bordes definidos



Tipo 6: fragmentos de bordes indefinidos y consistencia blanda-pastosa



Tipo 7: totalmente líquida

Tipo 1 y 2: Presencia de estreñimiento.
Tipo 3 y 4: Heces de consistencia normal.
Tipo 5, 6 y 7: Presencia de diarrea.

FUENTE: Perez M.M. y Benages M.A. Escala de Bristol: ¿un sistema útil para valorar la forma de las heces?. Rev. esp. enferm dig. [Revista en la internet]. Mayo 2009. [consultado 2014 Dic 12]; 101(5). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082009000500001&script=sci_arttext

ANEXO 4. ÍNDICE DE BARTHEL

Instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.

1. COMER	0 = Incapaz 5 = Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = Independiente (la comida está al alcance de la mano)
2. TRASLADO ENTRE SILLA Y CAMA	0 = Incapaz, no se mantiene sentado 5 = Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15 = Independiente
3. ASEO PERSONAL	0 = Necesita ayuda con el aseo personal 5 = Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse
4. USO DEL RETRETE	0 = Dependiente 5 = Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo 10 = Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
5. BAÑARSE	0 = Dependiente 5 = Independiente para bañarse o ducharse
6. DESPLAZARSE	0 = Inmóvil 5 = Independiente en silla de ruedas en 50 m 10 = Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 15 = Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador
7. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	0 = Incapaz 5 = Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta 10 = Independiente para subir y bajar
8. VESTIRSE Y DESVERSTIRSE	0 = Dependiente 5 = Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 10 = Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.
9. CONTROL DE HECES	0 = Incontinente (o necesita que le suministren enema) 5 = Accidente excepcional (uno/semana) 10 = Contigente
10. CONTROL DE ORINA	0 = Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 5 = Accidente excepcional (máximo uno/24 horas) 10 = Contigente, durante al menos 7 días

0-20 Dependencia Total 21-60 Dependencia Severa 61-90 Dependencia Moderada
91-99 Dependencia Escasa 100 Independencia

FUENTE: Barrero S.CL. García A.S. Ojeda M.A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Rev. Medigraphic, 2005. [revista en la internet]. [Consultado en Julio de 2015]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/indice_1.pdf

ANEXO 5. ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad. Evalúa actividades más elaboradas y que, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria.

1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	Utiliza el teléfono por iniciativa propia 1 Es capaz de marcar algunos números familiares 1 Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar 1 No utiliza el teléfono 0
2. HACER COMPRAS	Realiza todas las compras necesarias independientemente 1 Realiza independientemente pequeñas compras 0 Necesita ir acompañado para cualquier compra 0 Totalmente incapaz de comprar 0
3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA	Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente 1 Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes 0 Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada 0 Necesita que le preparen y sirvan las comidas 0
4. CUIDADO DE LA CASA	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) 1 Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas 1 Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza 1 Necesita ayuda en todas las labores de casa 1 No participa en ninguna labor de la casa 0
5. LAVADO DE LA ROPA	Lava por si solo toda la ropa 1 Lavo por si solo pequeñas prendas 1 Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro 0
6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche 1 Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte 1 Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona 1 Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros 0 No viaja 0
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada 1 Toma su medicación si la dosis es preparada previamente 0 No es capaz de administrarse su medicación 0
8. MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	Se encarga de sus asuntos económicos por si solo 1 Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras 1 Incapaz de manejar dinero 0

0-1 Dependencia Total 2-3 Severa 4-5 Moderada 6-7 Ligera 8 Independencia

FUENTE: Trigás F.M.Ferreira G.L. Mejide M.H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Rev. Galicia Clínica; 2011; 72 (1). [revista en la internet]. Disponible en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>

ANEXO 6. ESCALA DE DANIELS

Escala utilizada para valorar la fuerza muscular de grupos musculares y califica la función muscular otorgándole un valor dependiendo el rubro obtenido.

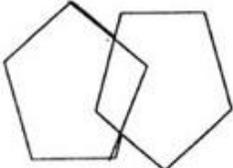
0	Ausencia de contracción
1	Contracción sin movimiento
2	Movimiento que no vence a la gravedad
3	Movimiento completo que vence a la gravedad
4	Movimiento con resistencia parcial
5	Movimiento con resistencia máxima

FUENTE: De Teresa. E. Anguita. M. Insuficiencia Cardíaca. Datos para el debate. 2ª Ed. Panamericana. 2006.

ANEXO 7. ESCALA MINIMENTAL O MEC DE LOBO

Esta escala fue adaptada y validada en castellano por Lobo (Figura 22). Requiere 5-10 minutos para realizarla y puntúa y explora la orientación temporal y espacial, la memoria inmediata, la memoria de fijación, la atención, el cálculo, la producción y repetición del lenguaje, la lectura y la habilidad visuo-espacial. Es recomendable y útil para la detección y medición del deterioro cognitivo, pero no debemos olvidar que el diagnóstico es siempre clínico.

Orientación	<p>Dígame día Fecha Mes (5) Estación del año Año</p> <p>Lugar Piso Ciudad (5) Delegación Nación</p>
Fijación	<p>Repita estas tres palabras :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peseta 2. Caballo <p>(3)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Manzana
Concentración y cálculo	<p>Al 100 réstale de 7 en 7 (por 5 veces) (5)</p> <p>Repita estos 3 numeros 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda) (3) Ahora repítalos hacia atrás</p>

<p>Memoria</p>	<p>¿Recuerda las 3 palabras de antes ? Las puede repetir (3)</p>
<p>Lenguaje y construcción</p>	<p>Mostrar un bolígrafo ¿Qué es esto? Y repetirlo con un reloj (2)</p> <p>Repita esta frase: En un trigal habían 3 perros. (1)</p> <p>¿Una manzana y una pera que son?.....(2)</p> <p>Siga la orden: Tome este papel con la mano derecha dóblelo en 2 y(3) póngalo sobre la mesa.</p> <p>Lea y haga lo que dice a oración CIERRA LOS OJOS..... (1)</p> <p>Escriba una oración (1)</p> <p>Copie este dibujo..... (1)</p> 
<p>>= 30 puntos Normal 29-24 puntos Discreto déficit < 24 puntos Deterioro cognitivo</p>	
<p>FUENTE: Medico interactivo: Diario electrónico de la sanidad. Valoración geriátrica: valoración mental. (consultado 4 agosto 2014). Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula2002/tema9/vgeriatricaa3.php http://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/mini_mental.pdf</p>	

ANEXO 8. ESCALA DE HAMILTON

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

ITEMS	CRITERIOS DE VALORACION
Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente. 2. Estas sensaciones las relata espontáneamente – 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto). 4. Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.
Sentimientos de culpa	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Le parece que la vida no vale la pena ser vivida . 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir. 3. Ideas de suicidio o amenazas. 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio).
Insomnio precoz	<ol style="list-style-type: none"> 0. No tiene dificultad. 1. Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño. 2. Dificultad para dormir cada noche.
Insomnio intermedio	<ol style="list-style-type: none"> 0. No hay dificultad. 1. Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche. 2. Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).
Insomnio tardío	<ol style="list-style-type: none"> 0. No hay dificultad. 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir. 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
Trabajo y actividades	<ol style="list-style-type: none"> 0. No hay dificultad. 1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos). 2. Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación).

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad. 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	<ol style="list-style-type: none"> 0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligeramente retrasado en el habla. 2. Evidente retraso en el habla. 3. Dificultad para expresarse. 4. Incapacidad para expresarse
Agitación psicomotora	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna. 1. Juega con sus dedos. 2. Juega con sus manos, cabello, etc. 3. No puede quedarse quieto ni permanecer sentado. 4. Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios.
Ansiedad psíquica	<ol style="list-style-type: none"> 0. No hay dificultad. 1. Tensión subjetiva e irritabilidad. 2. Preocupación por pequeñas cosas. 3. Actitud aprensiva en la expresión o en el habla. 4. Expresa sus temores sin que le pregunten
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Ligera 2. Moderada 3. Severa. 4. Incapacitante.
Síntomas somáticos gastrointestinales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno. 1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
Síntomas somáticos generales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave.

Hipocondría	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente, solicita ayuda
Pérdida de peso	<ul style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana. 1. Pérdida de más de 500 gr. en una semana. 2. Pérdida de más de 1 Kg. en una semana.
Introspección (insight)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2. No se da cuenta que está enfermo.
<p>No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23</p>	
<p>FUENTE: Purriños M.J. Escala de Hamilton- - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). (consultado 04 AGOSTO DEL 2015) Disponible en: http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf</p>	

ANEXO 9. ESCALA DE ROSEMBERG

Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente.

1. Siento que soy una persona digna de aprecio , al menos en igual medida que los demás.	1. Muy de acuerdo. 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado.	1. Muy de acuerdo. 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
3. Creo que tengo varias cualidades buenas.	1. Muy de acuerdo. 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	1. Muy de acuerdo. 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.	1. Muy de acuerdo. 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	1. Muy de acuerdo. 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	1. Muy de acuerdo. 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
8. Desearía valorarme más a mí mismo.	1. Muy de acuerdo.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
9. A veces me siento verdaderamente inútil.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy de acuerdo. 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
10. A veces pienso que no sirvo para nada .	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy de acuerdo. 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
<p>De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima norma</p> <p>De 26 a 29 puntos: autoestima media\ No presenta problemas de autoestima graves , pero es conveniente mejorarla.</p> <p>Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.</p>	
<p>FUENTE: Escala de autoestima Rosenberg : fiabilidad y validez en población clínica española. Apuntes de psicología [revista en la internet] 2004. [consultado 4 agosto 2015]. 22(2); 247-255. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/28098338_Escala_de_autoestima_de_Rosenberg_Fiabilidad_y_validez_en_poblacin_clnica_espaola</p>	

ANEXO 10. ELABORACIÓN DE COMPRESA PARA TERMOTERAPIA

Material para elaboración de compresas aromáticas

- Un lienzo de popelina (ver fig.2)
- Un lienzo de tela polar. (ver fig1)
- Hilo.
- Tijeras.
- 1kg de linaza o alpiste.
- Embudo.
- Esencia de su preferencia. (analgesia y antiinflamatorio; romero, manzanilla y arnica)

Funda de tela polar

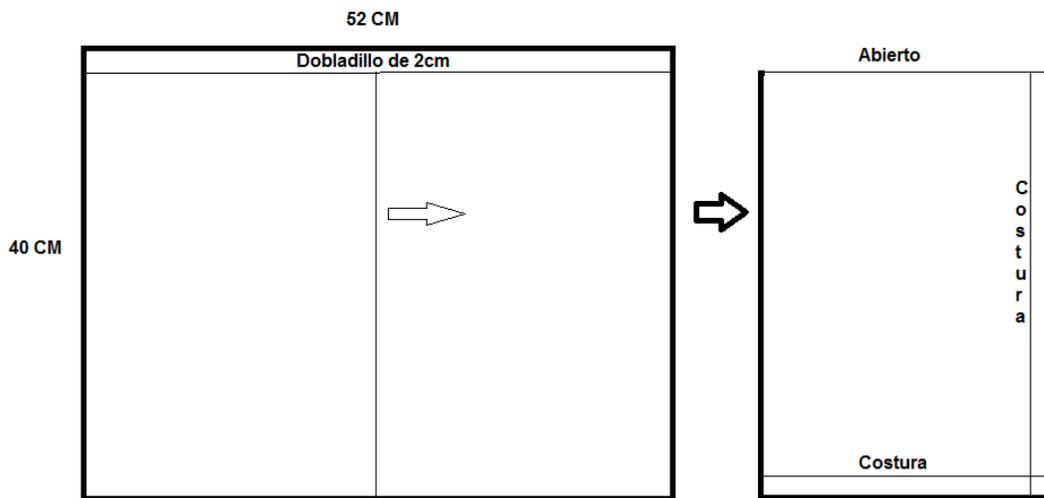


FIG. 1

TELA POPELINA

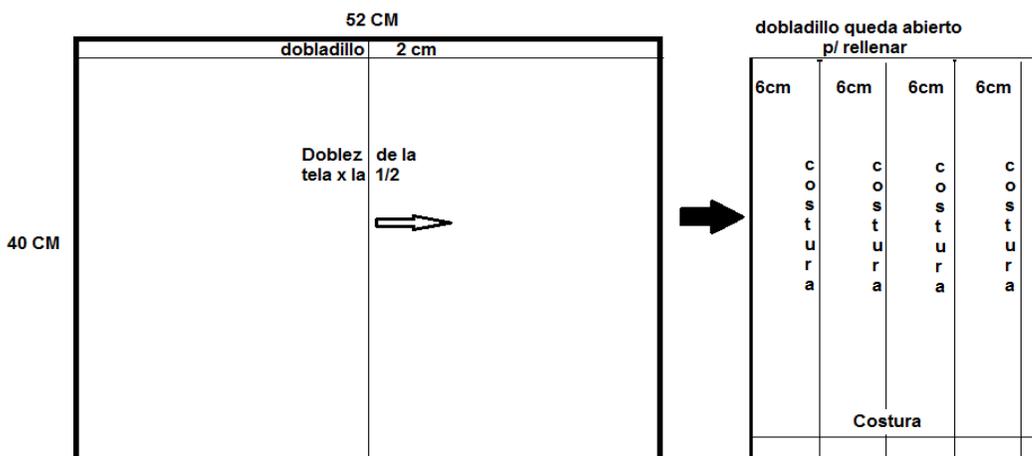
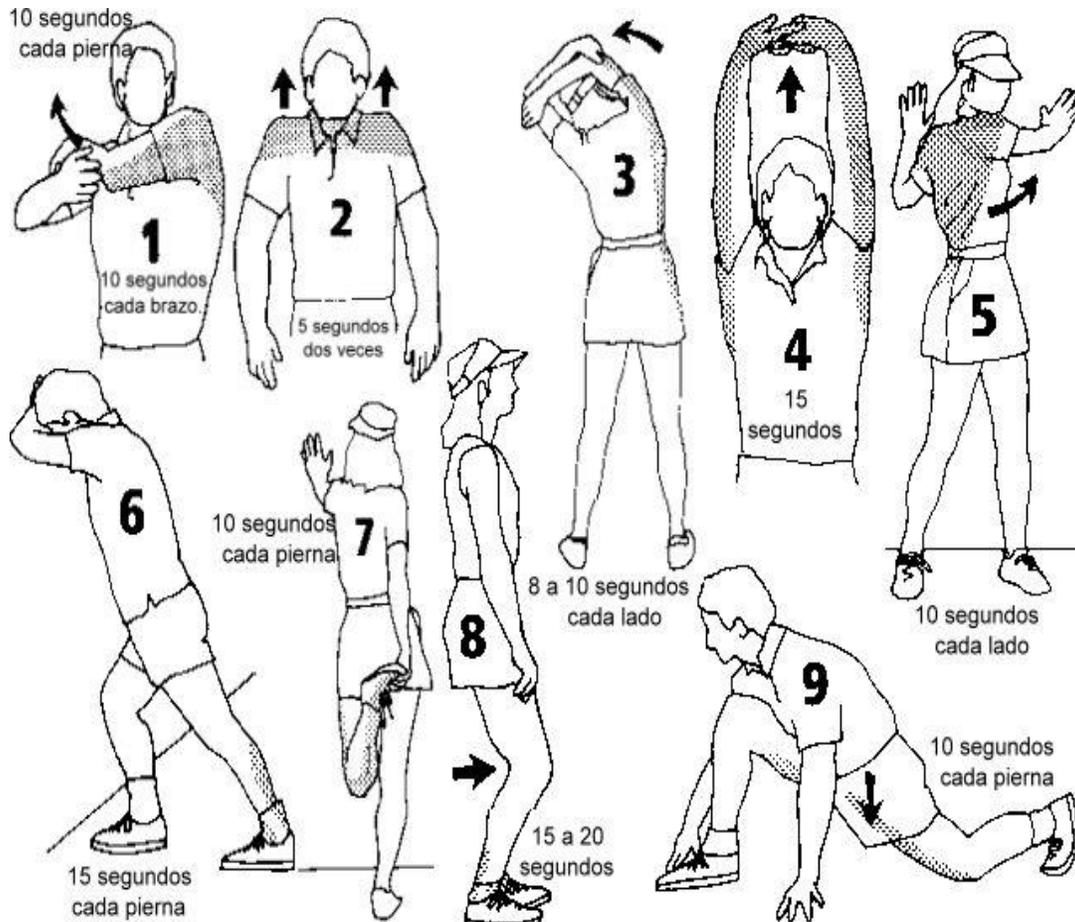


FIG. 2

FUENTE: ENEO-UNAM. División de estudios de posgrado: Posgrado de enfermería en rehabilitación.

ANEXO 11. PROGRAMA DE CALENTAMIENTO

El calentamiento consiste en la realización de 5 a 10 minutos de actividad aerobia (caminar, pedalear, entre otros), con una intensidad baja. El estiramiento muscular se concentrará en el grupo de músculos que van a ser utilizados en la sesión activa de ejercicios.



http://1.bp.blogspot.com/_VOajCKP_cSg/THE1bkIz2yI/AAAAAAAABlw/Wb3DIKgEtBM/s1600/calentamiento-estiramiento1.jpg

Elaborado por el estudiante de enfermería en rehabilitación: López Hernández Julio Cesar.

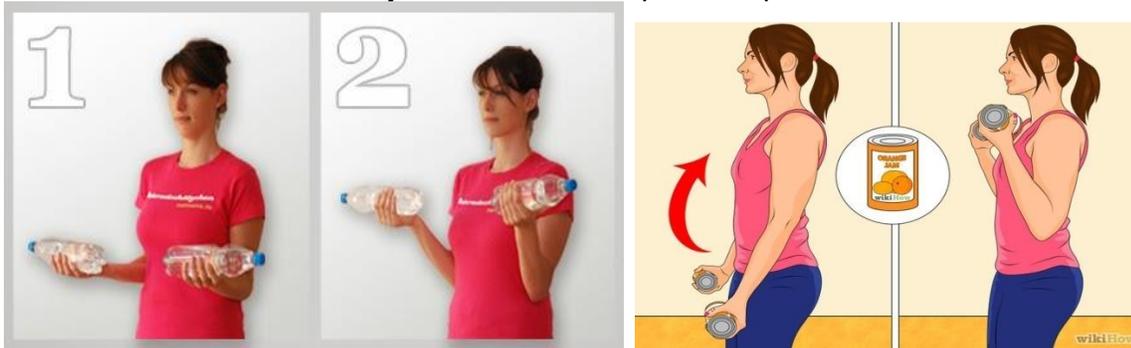
ANEXO 12. PROGRAMA DE EJERCICIOS ISOTÓNICOS

El ejercicio isotónico se realizara en forma concéntrica y excéntrica.

Se realizarán 3 series de 20 repeticiones, 3 veces al día.

Utilizando como peso botellas llenas de agua o arena, empezando con un peso de 350 gramos y el peso de las botellas se irá incrementando conforme pasen las sesiones.

Ejercicios isotónicos para bíceps



<http://confirmado.com.ve/conf/conf-upload/uploads/2014/01/bicepsbotellasbotellas130114.jpg?c5f902>

<http://pad2.whstatic.com/images/thumb/777c/Make-a-Homemade-Weight-Set-Step-2-Version-4.jpg/670px-Make-a-Homemade-Weight-Set-Step-2-Version-4.jpg>

Ejercicios isotónicos para hombro.



<http://pad1.whstatic.com/images/thumb/a/aa/Make-a-Homemade-Weight-Set-Step-1-Version-4.jpg/670px-Make-a-Homemade-Weight-Set-Step-1-Version-4.jpg>

<http://pad3.whstatic.com/images/thumb/f/f8/Make-a-Homemade-Weight-Set-Step-3-Version-4.jpg/670px-Make-a-Homemade-Weight-Set-Step-3-Version-4.jpg>

Ejercicios isotónicos para tríceps



<http://www.nutrinfo.com.mx/wp-content/uploads/2014/05/ejercicio-2.jpg>

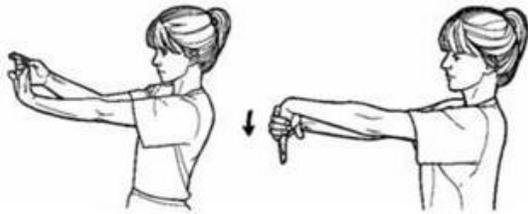
<http://fitnessparamujeres.com/wp-content/uploads/2015/05/Ejercicio-en-casa-para-mujeres-6-Tr%C3%ADceps>

Elaborado por el estudiante de enfermería en rehabilitación: López Hernández Julio Cesar.

ANEXO 13. PROGRAMA DE MOVILIZACIONES ACTIVAS, ACTIVO ASISTIDA Y PASIVAS

Las movilizaciones se realizaran 3 veces al día con 3 series de 20 repeticiones de cada articulación.

Flexión y extensión de muñeca.
dedos.



Flexión y extensión de
dedos.



© Healthwise, Incorporated

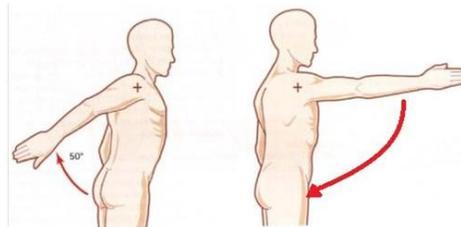
<http://www.pharmacius.com/wordpress/wp-content/uploads/2013/05/ejercicio-para-codo-tenista.jpeg>
https://espanol.kaiserpermanente.org/static/health-encyclopedia/es-us/pi/media/medical/hw/h9991444_001_pi.jpg

Flexión y extensión de codo
hombro



© www.arydol.es

Flexión y extensión de
hombro



http://www.arydol.es/images/neuroestimulacion/miembro_superior/b_ax_pb/15.jpg
http://www.todoentrenos.com/wp-content/uploads/102911_2326_Biomecnicad11.jpg

Elaborado por el estudiante de enfermería en rehabilitación: López Hernández Julio Cesar.

ANEXO 14. PROGRAMA DE ENFRIAMIENTO.

El programa se realiza después de la etapa de enteramiento con una duración de 10 min y consta de:

Caminata de 5 a 10 minutos continuos



<http://www.mizonadeportiva.com/wp-content/uploads/2011/12/caminata-al-aire-libre.jpg>

Estiramiento de de grupos musculares de las extremidades torácicas:
Mantener estirado el musculo por 5 segundos

	<p>Deltoides:</p> <p>Tira del codo hacia el hombro opuesto hasta notar tensión en la zona.</p>
	<p>Triceps :</p> <p>Flexiona el hombro y el brazo. Coloca tu mano a la altura del omóplato. Con la otra mano empuja el codo hacia atrás.</p>
	<p>Biceps:</p> <p>Coloca la palma de la mano en una superficie plana, apoyándola completamente. Manteniendo la altura de los hombros, rota el tronco en sentido contrario, sintiendo la tensión en el hombro, brazo y pecho.</p>

Elaborado por el estudiante de enfermería en rehabilitación: López Hernández Julio Cesar.

FUENTE: Ilustraciones Irene Cuesta. Estiramientos de los miembros superiores . (consultado el 12 de agosto del 2015). Disponible en: http://www.fisiohogar.es/wp-content/uploads/miembrs_superioresa_definitivo_21_junio-1.pdf

ANEXO 15. EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN.

<p>Respiración diafragmática abdominal</p>	<p>Consiste en enseñar al paciente a respirar profundamente empleado el diafragma: que inspire por la nariz, que dirija el aire hacia el estomago y que distienda la porción superior del abdomen</p>	 <p style="text-align: center;">http://chicastips.com/wp-content/uploads/2013/04/respiracion-abdominal-diafragmatica.jpg</p>
<p>Respiración con labios fruncidos</p>	<p>Se le pide que realice una inspiración por la nariz y que expire lentamente por la boca con los labios fruncidos como si fuera a soplar una vela.</p>	 <p style="text-align: center;">http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/images/ency/fullsize/22872.jpg</p>

Elaborado por el estudiante de enfermería en rehabilitación: López Hernández Julio Cesar.

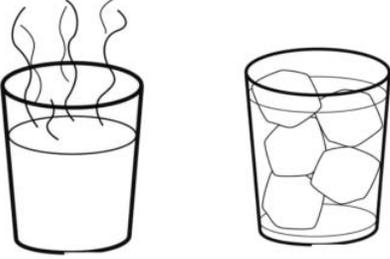
FUENTE: Lopez JA y Pilar M. Fisioterapia respiratoria: indicaciones y técnicas. Sección de neumología pediátrica y rehabilitación respiratoria. [revista en internet] 2009. [citado el 22 de noviembre del 2014]; 2(5):303-6. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/fisioterapiaresp.pdf> Saldías P Fernando, Díaz P Orlando. Eficacia y seguridad de la fisioterapia respiratoria en pacientes adultos con neumonía adquirida en la comunidad. Rev. chil. enferm. respir. [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2014 Nov 22] ; 28(3): 189-198. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482012000300004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482012000300004>.

ANEXO 16. IMPLEMENTACIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS

<p>Peine con mango adaptado.</p> <p>Material: Peine Palo de madera. Tornillo Tuerca.</p>	<p>Descripción: Adaptación de peine incorporándole un mango largo utilizando un palo de escoba. Útil para peinarse y llegar a zonas difíciles de alcanzar.</p>	
<p>Adaptador de agujetas de zapatos,</p> <p>Material: 2 agujetas redondas Alambre</p>	<p>Descripción: Adaptación al cordón incorporando un alambre que facilite la torsión de mismo, usando una sola mano.</p>	
<p>Calzador de zapatos con mango largo.</p> <p>Material: Palo de escoba. Botella de plástico de refresco vacío.</p>	<p>Descripción: Adaptación que ayuda a calzarse los zapatos de manera sencilla en personas que presenta reducción del arco de movilidad.</p>	

<p>Alcanzador para ropa con mango largo.</p> <p>Material: Alambre. Tornillo Palo de escoba.</p>	<p>Descripción: Facilita el vestido en personas que presentan alteraciones como: pérdida de fuerza muscular o parálisis de un lado del cuerpo.</p>	
<p>Elaborado por el estudiante de enfermería en rehabilitación: López Hernández Julio Cesar FUENTE: SENADIS. Manual de fabricación de ayudas técnicas y asistencia tecnológica a bajo costo 2012. Chile 2012. (consultado el 12 de agosto 2015). Disponible en: file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/M anual-Ayudas-Tecnicas-Asistencias.pdf</p>		

ANEXO 17. TÉCNICAS DE REDUCACIÓN SENSITIVA

<p>Tacto discriminativo</p>	<p>Tocar al paciente con diferentes texturas como tela, papel, lija, metal y madera entre otros con la finalidad de ayudar al paciente a determinar similitudes y diferencias táctiles entre los objetos.</p> <p>Para aumentar sensibilidad se empieza de distal a proximal empezando por texturas suaves a las más ásperas.</p> <p>Para disminuir sensibilidad se empieza de proximal a distal empezando por texturas ásperas a las más suaves.</p>	 <p>http://1.bp.blogspot.com/-y8exY54Dkek/UuAmNxGJhTI/AAAAAAAAACLm/n6Xj386rEds/s1600/Imagen1.png</p>
<p>Reconocimiento térmico</p>	<p>Con los ojos cerrados del paciente pasar por su mano diferentes objetos con temperatura diferente y se le indica que mencione que temperatura tiene el objeto en sus manos si es frío, tibio o caliente.</p>	<p style="text-align: center;">CALIENTE / FRÍO</p>  <p>http://1.bp.blogspot.com/-AkjsK6thxMo/Tw49QGH9Msl/AAAAAAAAAV8/A_UofYzvUc/s1600/Fichas+de+conceptos_16.png</p>

Elaborado por el estudiante de enfermería en rehabilitación: López Hernández Julio Cesar
 FUENTE: Blesedell CE, Cohn ES y Boyt SB. Terapia ocupacional. 11ed. Madrid España. Editorial Panamericana; 2011.

ANEXO 18. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES POR QUEMADURA.

Identificación de los factores de riesgo de quemaduras en actividades humanas cotidianas como:

Líquidos calientes:



Fuego directo:



Objetos calientes:



Por electricidad:



http://www.todohabitat.es/img/empresas/59701_cazuelas-a-fuego-directo.jpg

http://www.lacapital.com.ar/export/1360965474414/sites/core/imagenes/2013/02/15/agua.jpg_88717827.jpg

<http://hogartotal.imujer.com/sites/hogartotal.imujer.com/files/Como-eliminar-quemaduras-de-la-plancha-en-la-ropa-5.jpg>

<http://1.bp.blogspot.com/-WQksKM0ZxrQ/TvB7wEPz5CI/AAAAAAAAACI8/q63LkT8KppU/s1600/canacindra.jpg>

Elaborado por el estudiante de enfermería en rehabilitación: López Hernández Julio Cesar

ANEXO 19. PLATO DE BUEN COMER

El plato de bien comer forma parte de la Norma Mexicana para la promoción y educación para salud en materia alimentaria, la cual da criterios para la orientación alimentaria NOM-043-SSA2-2005. Con la finalidad de facilitar la selección y consumo de alimentos se creó el concepto del Plato del Bien Comer que es la representación gráfica de los tres grupos de alimentos.

El Plato del Bien Comer representa los siguientes tres grupos de alimentos:

1. Verduras y frutas. Son fuente de vitaminas, minerales y fibra que ayudan al buen funcionamiento del cuerpo humano, permitiendo un adecuado crecimiento, desarrollo y estado de salud.
2. Cereales y tubérculos. Son fuente principal de la energía que el organismo utiliza para realizar sus actividades diarias, como: correr, trabajar, jugar, estudiar, bailar, etc., también son fuente importante de fibra cuando se consumen enteros.
3. Leguminosas y alimentos de origen animal. Proporcionan principalmente proteínas que son necesarias para el crecimiento y desarrollo de los niños, para la formación y reparación de tejidos.



http://www.nutreymuevetuvida.uady.mx/imagenes/buen_comer.jpg

Elaborado por el estudiante de enfermería en rehabilitación: López Hernández Julio Cesar
FUENTE: Secretaría de salud. NOM-043-SSA2-2005 Promoción y educación para salud en materia alimentaria, la cual da criterios para la orientación alimentaria. (Consultado 12 de agosto del 2015). Disponible en: <http://wholegrainscouncil.org/files/MexicoNOM043.pdf> y http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/6_1_plato_bien_comer.pdf

ANEXO 20. PROGRAMA ACTIVIDAD FÍSICA

Programa que incluya ejercicios de resistencia, ejercicios de flexibilidad y ejercicios de fuerza los cuales deberán realizar por lo menos 3 veces a la semana durante 30 minutos.

Resistencia: Correr (20 min diarios).



[Ttp://img.vitonica.com/2009/01/3210292313_747886fe3a_o.jpg](http://img.vitonica.com/2009/01/3210292313_747886fe3a_o.jpg)

Flexibilidad: Estiramientos de grupos musculares.



<http://www.blogdeculturismo.com/wp-content/uploads/2011/05/estiramientos.jpg>

Fortalecimiento: Ejercicio isotónicos: concéntricos y exenticos con aplicación de botellas de agua de diferentes pesos.



http://www.salud180.com/sites/www.salud180.com/files/correr_0.jpg

Elaborado por el estudiante de enfermería en rehabilitación: López Hernández Julio Cesar

ANEXO 21. ALIMENTOS RICOS EN FIBRA

Los alimentos con alto contenido en fibra se pueden encontrar en los alimentos siguientes:

Pan integral:



http://saludparahoy.files.wordpress.com/2013/08/shutterstock_78663505.jpg
<http://delamanoconvenezuela.com/wp-content/uploads/2014/10/lasverduras.jpg>

Cereales: avena, arroz y trigo.



Verduras:



<http://www.ikonet.com/es/diccionariovisual/images/esp/cereales-281550.jpg>
<http://quiamedicadeguatemala.com/wp-content/uploads/2014/10/pan-integral.jpeg>

Frutas:



Elaborado por el estudiante de enfermería en rehabilitación: López Hernández Julio Cesar

ANEXO 22. LA JARRA DE BUEN BEBER

La jarra del buen beber muestra gráficamente los diferentes tipos de líquidos que debe consumir una persona, se encuentra dividido en 6 niveles y en cada nivel se especifica el líquido y la cantidad que se debe consumir en porciones de vasos o tazas.

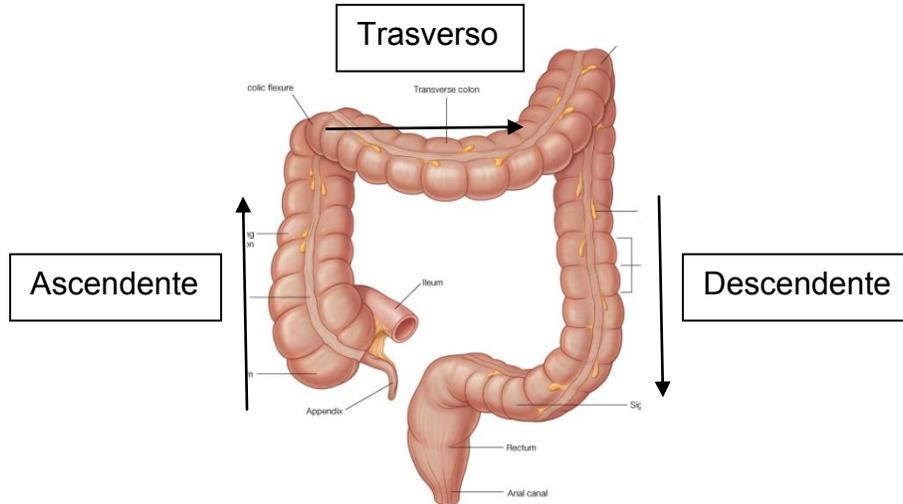


<http://www.saludmedicinas.com.mx/assets/esquemas/Jarra-Buen-Beber-Liquidos-Bebidas-Debemos-Consumir.jpg>

Elaborado por el estudiante de enfermería en rehabilitación: López Hernández Julio Cesar

ANEXO 23. MASAJE A MARCO CÓLICO

El intestino grueso está conformado por colon:



El masaje se realiza 20 minutos después de consumir alimentos. Antes de realizar el masaje colocar sobre la piel crema o aceite de almendras. Al realizar el masaje la mano se colocara de la siguiente forma: palma y dedos extendidos y encima de esta se colocara la otra mano (como lo muestra la imagen).



El masaje se realizara con movimientos circulares en dirección de las manecillas del reloj y en base a la dirección del colon con un tiempo destinado para cada segmento el cual es el siguiente: Ascendente 4 minutos, transversos 3 minutos y descendente 4 minutos.

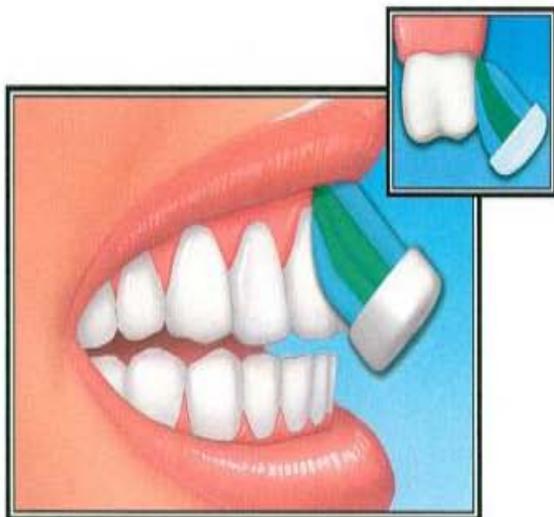


http://www.airsoftmexico.com.mx/website/images/stories/flash_hiders/002.jpg
<http://1.bp.blogspot.com/-VIS7hcdweuM/Tr8aci37oLI/AAAAAAAAAaA/S6uOAcuJQkQ/s1600/tuina.jpg>
<http://202.201.152.9/pjvs/admin/pic/200765173720.jpg>

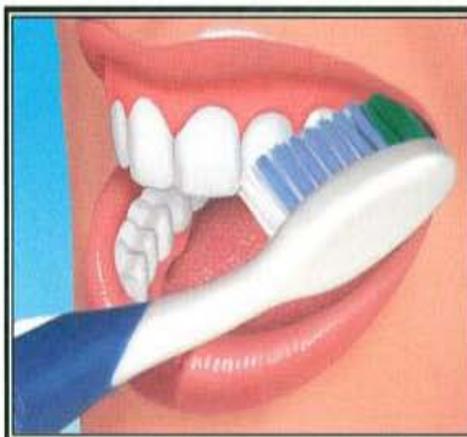
Elaborado por el estudiante de enfermería en rehabilitación: López Hernández Julio Cesar

ANEXO 24. TÉCNICA DE CEPILLADO DE DIENTES

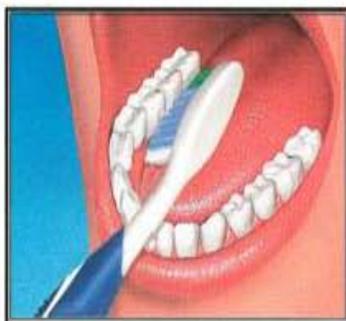
La técnica de cepillado de dientes se debe realizar de la forma siguiente:



Coloque las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía.



Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 ó 3 dientes con un movimiento circular. Mueva el cepillo al próximo grupo de 2 ó 3 dientes y repita la operación.



Mantenga un ángulo de 45 grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía. Cepille suavemente usando un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna.



Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo.



Ponga el cepillo sobre la superficie masticadora y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento.

<http://dentalcodentists.com/site/wp-content/uploads/2012/12/cepillarse.jpg>

Elaborado por el estudiante de enfermería en rehabilitación: López Hernández Julio Cesar

ANEXO 25. ENSEÑANZA DE HIGIENE DEL SUEÑO

Las medidas de higiene del sueño son una serie de recomendaciones acerca de conductas y hábitos deseables, así como modificaciones de las condiciones ambientales y otros factores relacionados, encaminados a mejorar la calidad del sueño de las personas que ya padecen de un trastorno del sueño como el insomnio, o que pueden emplearse como medidas para prevenir una alteración del sueño. Aunque no existe un consenso mundial acerca de cuáles deben ser estas medidas de higiene del sueño y algunas de estas medidas se traslapan con algunas formas de tratamiento conductual no farmacológico, de forma general podemos considerar las siguientes.

Tabla 3. Recomendaciones de higiene del sueño (basado en Mastin et al 2006)³³

Evitar realizar siestas prolongadas (> 1 h) durante el día
Acostarse a dormir a una misma hora todos los días
Despertarse todos los días a una misma hora
Evitar hacer actividad física vigorosa antes de dormir
Evitar consumir alcohol, cigarro y bebidas con cafeína (café, té, chocolate, refrescos de cola o bebidas energéticas) al menos 4 horas antes de dormir
Evitar realizar actividades sensorialmente muy estimulantes antes de acostarse (video juegos, internet, televisión)
Evitar irse a acostar si se está estresado, ansioso, enojado o preocupado
No utilizar la cama para otras actividades: leer, estudiar, comer, trabajar, etc.
Dormir en una cama confortable
No realizar trabajo importante minutos antes de irse a dormir: trabajo, tareas, estudio
Evitar pensar sobre sus actividades del día u organizar y planear sus actividades futuras mientras trata de dormir
Dormir en una habitación con baja iluminación y poco ruido ambiental

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400002&lng=es.

FUENTE: Carrillo M.P, Ramírez P.J y Magaña V.K Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. Rev.Fac.Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2013 Ago [consultado 2015 Ago 19]; 56(4): 5-15. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400002&lng=es.

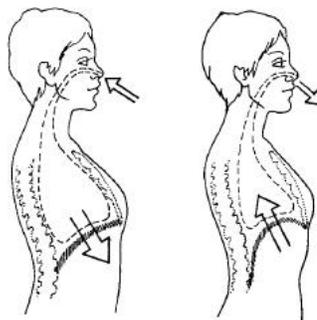
ANEXO 26. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Respiración abdominal diafragmática: Consiste en enseñar al paciente a respirar profundamente empleando el diafragma: que inspire por la nariz, que dirija el aire hacia el estomago y que distienda la porción superior del abdomen.



Respiración rítmica: Consiste en una inspiración y expiración con un lapso de tiempos el cual es el siguiente.

1. Se inspira en 4 segundos.
2. Se retiene el aire en 2 segundos.
3. Se expira en 8 segundos.



<http://chileclimbers.cl/wp-content/uploads/2013/09/correcta-respiracion.jpg>
<http://www.espaciologopedico.com/imagenes/espiracion.gif>

Elaborado por el estudiante de enfermería en rehabilitación: López Hernández Julio Cesar

ANEXO 27. ENSEÑANZA SOBRE LA PATOLOGÍA, TRATAMIENTO, COMPLICACIONES Y REHABILITACIÓN

Se le enseñara sobre su patología mediante vocabulario que ella comprenda en conjunto con su familia.

¿Qué es la lesión de plexo braquial obstétrico?

Es una lesión mecánica del plexo braquial al momento del nacimiento.

¿Qué lo origina?

La etiología es multifactorial, los factores de riesgo son los siguientes:

Características maternas.

- Anormalidades uterinas.
- Desproporción céfalo-pélvica.

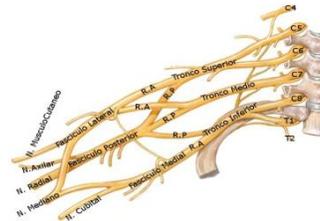
Características del neonato.

- Macrosomía (peso al nacer > 4500 KG).
- Presentación pelviana.

Mecanismos forzados al momento del nacimiento (Forceps).

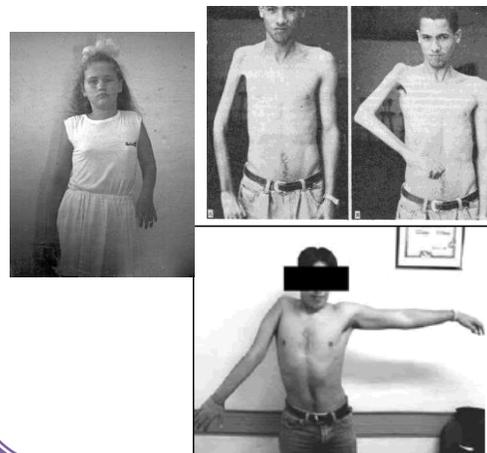
¿Qué es el plexo braquial?

Son raíces de los nervios raquídeos de C-4 hasta T-1, que inervan y proporciona sensibilidad y movimiento a las extremidades torácicas.



¿Cuáles son los signos y síntomas?

- Acortamiento del miembro afectado.
- Atrofia muscular.
- Hombro en aducción y rotación interna.
- Ausencia de los reflejos bicipital y radial.



¿Cómo se diagnostica?

- Exploración física donde hay presencia de:
- Hipotonía
- Dolor al movilizar el brazo
- Tumefacción en la fosa infraclavicular.

Imagen:

- Radiografía simple de tórax.
- Ultrasonido de articulación de hombro.
- Tomografía

Tratamiento

Rehabilitación:

- Movilización activa y pasiva.
- Reeducación sensitiva.
- Terapia ocupacional



Quirúrgico:

- Neurorrafias termino-terminal.
- Injertos nerviosos.
- Transferencia de nervios.
- Tratamiento quirúrgico de problemas ortopédicos



ANEXO 28. FORMATO DE REGISTRO DE INTERVENCIONES

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

Formato de Registro de Visita Domiciliaria

Nombre del Paciente E.S.U.
Nombre del cuidador primario I.B.S.U.
Fecha de visita 17-11-14
Motivo: _____

Diagnóstico de Enfermería
Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social r/c autoevaluación negativa de la imagen corporal m/p timidez, inseguridad, temor y retraimiento para la interacción social.

Objetivo
**Objetivo de enfermería: Mejorar la autoestima y la seguridad en sí misma.
Objetivos del paciente: Aceptarme como soy.**

Intervenciones de Enfermería
-Potenciar el autoconcepto
-Canalizar a grupos de ayuda

Cuidados proporcionados
-Mediante el diálogo ayudar a la paciente a convencerse de que ella misma determina su propia valía sin que tenga de depender de la aprobación de otras personas.

Fecha de próxima visita: 24-11-14

Observaciones: Esta intervención requiere de mucha atención y de la participación de la familia. Se le sugiere al cuidador pregunte por la consulta de psicología en el Instituto.

 _____
Firma de la enfermera

 _____
Firma del paciente y/o Cuidador primario

FUENTE: ENEO-UNAM. División de estudios de posgrado: Posgrado de enfermería en rehabilitación