



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESTUDIO DE CASO

Aplicación del cuidado especializado de enfermería en rehabilitación a un paciente con lumbalgia basado en la teoría del déficit del autocuidado.

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE GRADO
COMO ESPECIALISTA DE ENFERMERIA EN REHABILITACION**

PRESENTA

L.E. Mirafuentes Ramón Norma Emilia.

TUTORA

E.E.R. Nohemí Ramírez Gutiérrez



Ciudad Universitaria, Cd. Mx. 2017



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.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II- OBJETIVO GENERAL.....	2
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	2
III- FUNDAMENTACIÓN	3
REHABILITACIÓN	7
3.1 Antecedentes	7
IV. MARCO CONCEPTUAL.....	11
4.1. Conceptualización de enfermería	11
4.2. Paradigmas.....	13
4.3. Teoría de enfermería de Dorothea Orem	16
4.4. Proceso de Enfermería	20
V. METODOLOGÍA	22
5.1. Estrategias de Investigación: Estudio de caso.....	22
5.2. Selección del caso y Fuentes de información.....	23
5.3. Consideraciones Éticas	24
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	29
6.1. Descripción del Caso	29
6.2. Antecedentes generales de la persona	30
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	30
Valoración	30
JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD.....	32
VIII. PLAN DE ALTA	47
CONCLUSIONES	49
BIBLIOGRAFÍA.....	51

I. INTRODUCCIÓN

La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (Virginia Henderson en 1966). En el área de enfermería han existido diferentes teóricas que entregaron su vida al servicio y cuidado de sus pacientes y a quienes les debemos el inicio de la profesionalización, como: Florence Nightingale, Virginia Henderson y Dorothea Orem, enfatizando en el modelo de Déficit de autocuidado por "Dorothea Orem" es utilizado como medio para organizar el conocimiento, las habilidades y la motivación de Enfermería, necesarios para brindar cuidados a los pacientes.

La Enfermera Especialista en Rehabilitación, tiene una participación muy importante en el cuidado de las personas y llevar a cabo intervenciones para lograr que la persona tenga buena calidad de vida, por tal motivo este trabajo aborda un problema de salud que se presenta comúnmente, conocido como lumbalgia y se define como una afección caracterizada por un conjunto de signos y síntomas localizado en la zona lumbar, siendo el dolor la manifestación de mayor relevancia, la lumbociática, es un dolor ocasionado por un proceso irritativo situado en el trayecto de las raíces que integran el nervio ciático (L4,L5 y S1), manifestado frecuentemente por parestesias y otros signos y síntomas a nivel del miembro inferior.

La intensidad del dolor provocado por lumbalgia puede variar de diferentes maneras, de moderado a intenso y puede producirse de manera crónica o esporádica, dependiendo del grado del deterioro que se presenta, este puede ser aumentado por diferentes circunstancias como falta de tono muscular, debilidad de los músculos de la espalda, abdomen y miembros pélvicos, el sobrepeso, la postura que se adopta si no se corrigen a tiempo se manifiesta el dolor.

Se considera el Proceso de Atención de Enfermería como la base del ejercicio de nuestra profesión ya que es la aplicación del método científico a la práctica enfermera, el método por el que se aplican los conocimientos a la práctica profesional al mismo tiempo de las etapas de: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Valoración.

Por lo tanto, la Enfermera Especialista tiene el compromiso de brindar el cuidado a las personas con discapacidad física, utiliza tecnologías para la valoración, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud que requieren rehabilitación y de manera conjunta con el equipo multidisciplinario y la familia diseña y evalúa los resultados para el cuidado del paciente.

II- OBJETIVO GENERAL

- ⊕ Elaborar un estudio de caso utilizando el Modelo de Dorothea Orem a una persona con diagnóstico de lumbalgia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ⊕ Realizar una evaluación integral a un paciente con Lumbalgia aplicando la valoración del Déficit del autocuidado.
- ⊕ Realizar diagnósticos de enfermería relacionados y basados a la exploración física detectando déficits.
- ⊕ Implementar un plan de cuidados de enfermería individualizado para persona con lumbalgia en su domicilio.
- ⊕ Jerarquizar intervenciones de enfermería, para mejorar el estado de salud de la persona.
- ⊕ Orientar y enseñar a la persona en sus cuidados terapéuticos relacionados a su diagnóstico para conservar y minimizar factores que alteren su salud.

III- FUNDAMENTACIÓN

DEFINICIÓN

La lumbalgia es una afección caracterizada por un conjunto de signos y síntomas localizado en la zona lumbar, siendo el dolor la manifestación de mayor relevancia, la lumbociática, es un dolor ocasionado por un proceso irritativo situado en el trayecto de las raíces que integran el nervio ciático (L4, L5 y S1), manifestado frecuentemente por parestesias y otros signos y síntomas a nivel del miembro inferior.

FACTORES DE RIESGO Y EPIDEMIOLOGÍA

El síndrome doloroso lumbar es la primera causa de consulta en el servicio de rehabilitación, se considera un problema de salud en las sociedades industrializadas; las prevalencias a lo largo de la vida varían del 12 al 35%, la mayoría de estas lesiones se diagnóstica, como desgarros y distensiones, con una incidencia media de 0.75 por 100 trabajadores. Es la causa más frecuente de incapacidad transitoria en personas de más de 45 años aproximadamente 80% de la población padece al menos un episodio de dolor lumbar en el transcurso de su vida, dos de cada tres pacientes se recuperan en un período de tiempo inferior a un mes y aproximadamente un 5% sufre molestias persistentes por más de 6 meses.

Factores de riesgo laborales:

- ⊕ Trabajo físico pesado
- ⊕ Posturas de trabajo estáticos
- ⊕ Flexiones y torsiones frecuentes
- ⊕ Levantamiento de peso
- ⊕ Impulsiones y tracciones
- ⊕ Trabajo repetitivo

Factores individuales:

- ⊕ Edad (35 a los 55 años)
- ⊕ Sexo, dependiente de la edad, las mujeres presentan índices de prevalencia mayores según va aumentado la edad.
- ⊕ Postura
- ⊕ Fuerza muscular
- ⊕ Antropometría
- ⊕ Movilidad vertebral es de importancia baja y se relaciona con actividad laboral. ¹

¹ Guías diagnósticas de medicina física y rehabilitación. Lumbalgia y lumbociática. Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud. 2009 http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/rehabili/lumbalgia_lumbociatica.pdf

CLASIFICACIÓN

- a) Lumbalgia no específica, simple o mecánica: aguda, < 6 semanas; sub-aguda, de 6 a 12 semanas; crónica > 3 meses.
- b) Síndrome ciático/ radicular.
- c) Lumbalgia específica, grave secundaria a tumores, infección o fractura (signos de alarma).

CUADRO CLÍNICO

a) Lumbalgia no específica, simple o mecánica:

- ⊕ Se presenta entre los 20 y 55 años.
- ⊕ Afecta la región lumbosacra, glúteos o muslos.
- ⊕ Dolor de naturaleza mecánica, cambia con la actividad física y con el tiempo.
- ⊕ Pronóstico bueno.
- ⊕ El 90% se recupera en 6 semanas.

b) Síndrome ciático/radicular:

- ⊕ Dolor unilateral de pierna de mayor magnitud que la columna lumbar.
- ⊕ Dolor que generalmente se irradia al pie o dedos.
- ⊕ Disestesias y parestesias siguiendo un patrón dermatomal.
- ⊕ Signos de irritación nerviosa: pruebas de neurotensión que reproducen el dolor (elevación de la pierna en extensión).
- ⊕ Alteraciones motoras, sensoriales o reflejos limitados a una raíz nerviosa.
- ⊕ Pronóstico moderado.
- ⊕ 50% se recuperan dentro de las 6 semanas

c) Lumbalgia específica grave.

- ⊕ Se presenta antes de los 20 años o después de los 55 años.
- ⊕ Trauma violento; ejemplo, caída de altura.
- ⊕ Dolor no mecánico, constante y progresivo.
- ⊕ Dolor torácico.
- ⊕ Antecedentes de cáncer, uso de esteroides sistémico.
- ⊕ Pérdida de peso.
- ⊕ Restricción severa de la flexión lumbar.
- ⊕ Signos y síntomas neurológicos extensos.
- ⊕ Deformidad estructural.

FISIOPATOLOGÍA

La médula espinal lumbosacra termina en el cono medular a nivel del cuerpo de la vértebra L1, las raíces nerviosas motora y sensitiva de la médula espinal lumbosacra forman la cola de caballo, las raíces de los nervios lumbosacros motores y sensitivos individuales se unen en el ganglio de la raíz dorsal para formar los nervios raquídeos individuales, estos se anastomosan en el plexo lumbosacro a partir del cual discurren los principales nervios que inervan la pierna.

La lumbalgia puede tener muchos orígenes, se puede estrechar el diagnóstico diferencial dependiendo de si la pierna tiene también dolor. Un factor que complica este simple diagnóstico diferencial dependiendo de si la pierna también tiene dolor.

Un factor que complica este simple diagnóstico diferencial es que el dolor vertebral local puede causar dolor referido, es decir, dolor que se siente a distancia, debido a la inervación de la raíz nerviosa común de la localización vertebral del dolor y de la parte distante de la pierna.²

El origen de la lumbalgia puede provenir de las estructuras inervadas por los nervios sinovestibulares (el anillo fibroso del disco intervertebral, el núcleo pulposo con inervación patológica, el ligamento longitudinal posterior, estenosis foraminal inicial, entre otros); así como de las facetas articulares, los ligamentos y los músculos paravertebrales. Las fibras nerviosas capaces de transmitir la información del dolor son las fibras A (delta y beta) mielinizadas y fibras C (desmielinizadas). Dentro de ellas existen mediadores químicos con diferentes funciones: transmitir el dolor, aumentar la inflamación, o ser sinérgicos entre sí, para prolongar la transmisión del dolor. Algunos de los mediadores descritos son la sustancia P, el péptido relacionado a la calcitonina (CGRP) y el polipéptido intestinal vasoactivo, entre otros.³

LABORATORIO

Lumbalgia específica o grave.

Sólo algunos estudios están indicados en función de los resultados de la historia clínica y la exploración, biometría hemática, anemia debida a enfermedad sistémica como neoplasias, mieloma múltiple.

Leucocitosis secundaria proceso infeccioso.

- ⊕ Examen general de orina.
- ⊕ Velocidad de sedimentación eritrocitaria, elevada en los procesos infecciosos, neoplasias y trastornos inflamatorios.
- ⊕ Parámetros químicos óseos, calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, pueden sugerir afectación ósea primaria o secundaria a una enfermedad ósea metabólica, así como procesos neoplásicos.
- ⊕ Determinación del antígeno linfocitario humano B27, útil para establecer el diagnóstico de espondilitis anquilosante.

GABINETE

Los estudios de imagen no se recomiendan durante el primer mes de limitación de actividades debido a síntomas doloroso lumbar, excepto cuando se sospecha lumbalgia específica, grave o sintomatología lumbar que no mejora después de las 4 semanas, en ausencia de signos de alarma, o limitación persistente de la actividad debido a sintomatología dolorosa lumbar solicitar radiografías simples de columna lumbosacra.

Selección de estudios especiales

- ⊕ Esperar 4 semanas antes de considerar pruebas especiales, permite que el 90% de los pacientes se recuperen espontáneamente y por lo tanto se evitan procedimientos innecesarios, también reduce el potencial de confusión o falsos positivos, debido a los cambios relacionados con la edad en los estudios de imagen (es frecuente en sujetos de más de 50 años con síntomas lumbares) como la causa de síntomas agudos, en ausencia

² G. Walter, Bradley, B Robert, M.D. Daraff. Neurología Clínica. Diagnóstico y tratamiento. Madrid. ELSEVIER.2005

³ Arana Guajardo Ana Cecilia. Vega Morales David. Abordaje sistemático de la lumbalgia. Medicina Universitaria. ELSERVIER. 2013

de signos de alarma o persistencia en la limitación de las actividades debido a sintomatología de las extremidades, solicitar radiografías simples de la región lumbosacra.

- ⊕ Estudios especiales se indican cuando se presentan signos y síntomas de alarma, evidencia fisiológica de compromiso neurológico.
- ⊕ La evidencia fisiológica puede ser en la forma de daño nervioso definitivo, en el examen clínico, estudios de electrodiagnóstico (cuando se evalúa la lumbociatalgia) y prueba de laboratorio y rastreo óseo (cuando se evalúan síntomas lumbares no específico).
- ⊕ Los estudios de imagen (tomografía computada o resonancia magnética) cuando existe evidencia clínica de compromiso de la raíz nerviosa, cuando el examen neurológico sea dudoso y hay evidencia fisiológica de compromiso de la raíz nerviosa, antes de considerar el estudio de imagen.

Solicitar Electromiografía (EMG) incluyendo Reflejo H, prueba útil que identifica disfunción neurológica subclínica en paciente con sintomatología referida a la extremidad pélvica, mayor de 3 a 4 semanas, los potenciales evocados, pueden ayudar a la evaluación en los casos de sospecha de estenosis espinal o mielopatía.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La historia y la exploración suelen permitir la diferenciación entre el dolor de causa mecánica, neuropática y no neurológica. El médico debe determinar si el dolor es de origen músculo esquelético, neurológico o visceral, el diagnóstico se basa en una cuidadosa historia clínica y en el examen físico, las técnicas de imagen, incluyendo radiografía simple, gammagrafía, tomografía axial computarizada, melografía, resonancia magnética nuclear, y los estudios electrofisiológicos pueden servir para identificar el origen del dolor.

POSIBLES COMPLICACIONES

(Factores de riesgo para la cronicidad)

- ⊕ Historia previa de lumbalgia.
- ⊕ Dolor irradiado a las extremidades.
- ⊕ Signos de compromiso nervioso.
- ⊕ Reducción en la fuerza y resistencia de los músculos del tronco.
- ⊕ Salud física deteriorada.
- ⊕ Síntomas psicológicos: angustia y depresión.
- ⊕ Insatisfacción en el trabajo.

TRATAMIENTO

- ⊕ Primera elección: analgésicos a intervalos regular (paracetamol).
- ⊕ Segunda elección AINES (Ibuprofeno o diclofenaco).
- ⊕ Tercera elección relajante muscular (diazepan o tizanidina).

Quirúrgico: La cirugía se considera dentro de los 3 primeros meses de la sintomatología lumbar aguda, cuando existe patología grave espinal o alteración de la raíz nerviosa debido a hernia discal, caracterizado por protrusión del núcleo pulposo central, que pueda atrapar al nervio y que cause irritación de la raíz nerviosa.

REHABILITACIÓN

Etapa aguda:

- ⊕ Educación, información de su padecimiento e higiene postural de columna.
- ⊕ Evitar posiciones que incrementen el dolor.
- ⊕ Reposo en cama no recomendable al menos que el paciente manifieste dolor intenso que limite sus actividades, se le indica de 1 a 2 días de reposo.
- ⊕ Métodos físicos: aplicación de calor superficial o frío.
- ⊕ Al disminuir el dolor dentro de las dos primeras semanas iniciar ejercicios de acondicionamiento físico, como caminata, bicicleta fija, natación y trote ligero, durante 20 a 30 minutos.

Etapa subaguda:
⊕ Continuar con ejercicios de condicionamiento (aeróbicos) incrementado la intensidad en forma.
Progresiva
⊕ Ejercicios de estiramiento y fortalecimiento de tronco y extremidades a tolerancia ejercicios subacuáticos en el tanque terapéutico.
Etapa crónica:
⊕ Continuar con ejercicios de condicionamiento aeróbico
⊕ Ejercicios de fortalecimiento del tronco
⊕ Ejercicios específicos de columna (Williams o curso Mackenzie)
Psicológico:
⊕ Psicoterapia de apoyo en pacientes con dolor lumbar y componentes psíco-social. ⁴

3.1 Antecedentes

Evaluación de las diferencias de género en las estrategias de afrontamiento del dolor lumbar. Sergio Fernando Zavarize, Solange Muglia Wechsler.

El objetivo de este estudio fue investigar las diferencias de género en los comportamientos y las estrategias de afrontamiento ante el dolor, e igualmente evaluar la calidad de vida de las personas con dolor lumbar, la muestra se caracteriza por presentar dolor lumbar relacionado con el diagnóstico clínico de artrosis, causa principal de dolor en la muestra, que estuvo conformada por 158 participantes (con edades entre los 30 y 88 años). Estos individuos fueron clasificados como pacientes con dolor lumbar crónico, y seleccionados con base en un diagnóstico médico de Artrosis lumbar, este estudio se realizó en las ciudades del estado de São Paulo (Brasil). Las mujeres buscaron clínicas de terapia física para el manejo del dolor en mayor número (66.5% de la muestra) que los hombres (33.5%).

⁴ Op Cit (1) http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/rehabili/lumbalgia_lumbociatica.pdf

Los Instrumentos utilizados fueron: Escala Visual Analógica (EVA) la recolección de datos se llevó a cabo a través de un instrumento para evaluar la percepción de intensidad del dolor, Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud - WHOQOL-Bref., tuvieron como resultados que la percepción del dolor y la calidad de vida de acuerdo con los géneros, la frecuencia de las actividades y distracciones de ocio de los participantes; y también se indica la correlación entre las actividades de ocio, distracciones y los dominios de calidad de vida, con el objetivo de analizar y comparar la asociación entre los géneros, las mujeres presentan una media más alta en la percepción del dolor que los hombres, pero en relación con los dominios de calidad de vida, los resultados fueron similares entre los géneros. . En total las mujeres presentaron 251 tipos de actividades de ocio y distracción, contra 90 en los hombres. Estos resultados indican una diferencia de 29,17%, la cual favorece a las mujeres. La correlación de Spearman se realizó para analizar la asociación entre los dominios de calidad de vida y actividades de ocio y distracción utilizadas por los participantes para enfrentar el dolor crónico lumbar en función del sexo.

Los factores socioeconómicos son importantes factores de riesgo para el dolor lumbar y la discapacidad , aunque la prevalencia del dolor se relaciona con la posición socioeconómica, se sabe poco sobre su influencia en relación con la discapacidad a lo largo de la vida .En conclusión, las mujeres presentaron tasas más altas en relación con la percepción del dolor., por lo tanto, las mujeres en esta investigación demostraron estar mejor preparadas para lidiar con el dolor lumbar crónico que los hombres. Estudios futuros pueden complementar los vacíos observados y analizar los factores no incluidos en esta investigación.⁵

Tratamiento cognitivo conductual en pacientes con dolor lumbar en salud pública: Estudio Piloto.
Eva del Río, Rocío Herrero, Ángel Enrique, Lourdes Peñalver, Azucena García-Palacios, Cristina Botella, Francisco J. Ballester y Julio Doménech.

El dolor lumbar (DL) es una de las afecciones de dolor crónico más comunes y frecuentes, cuya prevalencia se estima en un 7.7%, este dolor o lumbalgia se define como un síndrome musculoesquelético cuyo principal síntoma es la presencia de dolor focalizado en el segmento final de la columna vertebral (zona lumbar, atribuyéndose el 85% de los casos la causa es inespecífica. Se cronifica hasta en un 5-10% de los casos, evolucionando a incapacidad, los episodios de dolor lumbar han aumentado un 183.8% entre 1993 y 2004.

El tratamiento que se emplea en un primer momento es farmacológico para los dolores agudos, siendo los analgésicos los medicamentos más indicados, el 22% de las ocasiones el paracetamol es la primera elección, también son ampliamente utilizados los antiinflamatorios no esteroides (AINEs) los relajantes musculares. Dentro de las intervenciones médicas empleadas para tratar el DL, un 11.6% de pacientes son intervenidos quirúrgicamente, cabe señalar, no obstante, que un 90% de estos pacientes experimenta una mejoría gradual en seis semanas y, por lo tanto, sólo el 10% precisan de cirugía, desde un abordaje fisioterapéutico pasivo se emplean la estimulación con calor o frío , la terapia de estimulación eléctrica transcutánea y los masajes , pero tan sólo producen un alivio leve de los síntomas y por corto periodo de tiempo. El tratamiento mediante fisioterapia activa implicaría el aprendizaje de ejercicios físicos y la aplicación de ciertas normas de higiene postural en las actividades cotidianas. Se ha observado que los programas de tratamiento de tipo rehabilitador, reducen el dolor lumbar, así como los riesgos de cronificación y recaídas.

En concreto para el dolor lumbar, realizaron un meta-análisis en el que encontraron que la TCC y las estrategias de autorregulación (relajación, *mindfulness*, hipnosis) eran particularmente eficaces en esta patología, el método que se utilizó fue a los participantes que fueron reclutados de las consultas de Cirugía Ortopédica y Rehabilitación del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia

⁵ Zavarize Sergio Fernando, Muglia Wechsler Solange. Evaluación de las diferencias de género en las estrategias de afrontamiento del dolor lumbar. Acta.colomb. psicol.19(1):35-45,2016. <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2016.19.1.3>

(España). La investigación fue realizada bajo los principios de la Declaración de Helsinki del año 2000 (Manzini, 2000) y forma parte de un proyecto financiado por el Instituto de salud Carlos. Los criterios de inclusión fueron: edad entre 18 y 65 años; estar padeciendo desde hace al menos 6 meses; presentar al menos un nivel leve de incapacidad. La muestra inicial estuvo compuesta por 11 participantes diagnosticados de lumbalgia crónica inespecífica, los instrumentos que se utilizaron, escala de ansiedad y depresión hospitalaria, cuestionario de estrategias de afrontamiento ante el dolor, cuestionario de creencias sobre miedo y evitación.

En cuanto al tratamiento, los participantes recibieron 6 sesiones de terapia cognitivo conductual grupal en el Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, las cuales tuvieron una frecuencia semanal con una duración de dos horas y fueron impartidas por dos terapeutas con experiencia en la aplicación de TCC en dolor crónico y una tercera terapeuta en formación y como resultado los participantes presentaron una disminución muy significativa en la intensidad del dolor, con un tamaño del efecto alto (1.63) y la discapacidad generada por la lumbalgia.⁶

Como resultados se utilizó la prueba estadística *d* de Cohen, los resultados indican que los participantes presentaron una disminución muy significativa en la intensidad del dolor, con un tamaño del efecto alto (1.63) y la discapacidad generada por la lumbalgia medida a través del Roland Morris, también con un alto tamaño del efecto (1.04). Además, los resultados indican una gran reducción en las creencias sobre miedo y evitación relacionados con la actividad física con un tamaño del efecto medio (1.02), una disminución de las creencias sobre miedo y evitación relacionadas con el trabajo con un tamaño del efecto medio (0.73), así como una disminución de la puntuación total del FABQ, también con un tamaño del efecto medio (0.74). Por último, también se produjo una disminución significativa de las estrategias desadaptativas de afrontamiento al dolor, con un tamaño del efecto alto (0.90).

Lumbalgia: Un problema de salud pública Dr. Alfredo Covarrubias Gómez

En este estudio en los antecedentes la frecuencia del dolor crónico afecta a un cuarto de la población general (rango del 8 al 80%, promedio 27%); por ello, es considerado un problema de salud a nivel mundial en las controversias metodológicas y sesgos se encontró que el dolor crónico afecta a un cuarto de la población del planeta y es considerado internacionalmente como un problema de salud pública; al momento, carecemos de un indicador que nos permita identificar su prevalencia exacta, esta problemática deriva de la falta de consenso acerca de su conceptualización, lo que ha generado diversas controversias acerca de los resultados en series de corte epidemiológico.

Se hizo una revisión sistematizada realizada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) (19 documentos, N = 48,861), ha propuesto que en promedio el 27% de la población general presenta dolor crónico, una editorial de la Academia Americana para el Manejo del Dolor (AAPM, por sus siglas en inglés), ha estimado que 67 millones de estadounidenses padecen este tipo de dolor (es decir 22% de la población de ese país) (cifra basada en un estudio independiente) en una encuesta a 46,000 sujetos de 16 países de la Unión Europea (supervisada por la Federación Europea de Capítulos de la IASP o EFIC por sus siglas en inglés), identificó que 19% de la población lo padecen.

Como conclusión el dolor crónico afecta a un cuarto de la población general (rango del 8 al 80%, promedio 27%) cerca de un cuarto de los enfermos con dolor crónico presentan dolor lumbar, este padecimiento condiciona limitantes físicas que modifican el entorno social y afectivo del afectado.

⁶ Del Río Eva, Herrero Rocio, Enrique Ángel, Peñalver Lourdes, García Palacios Azucenas. Tratamiento cognitivo conductual en pacientes con dolor lumbar en salud pública: Estudio piloto. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. ISSN 1136-5420. Vol.20. 2015.

La lumbalgia presenta costos asociados a las incapacidades laborales y a la terapéutica empleada. En este sentido, aproximadamente 30% de los portadores de lumbalgia en México requieren incapacidad. En el Reino Unido el ausentismo asociado a esta enfermedad es del 13% mientras que en la Unión Americana es del 33%. Lo anterior, demuestra la importancia de contar con estadística nacional específica, ya que es posible que las condiciones laborales modifiquen esta variable. Por otro lado, en nuestro país los días otorgados por incapacidad es en promedio de 12 días. Estos datos contrastan con lo reportado en otras latitudes; tal es el caso de la Unión Americana, en donde se destinan más de 100 días de incapacidad por evento agudo. En la Unión Americana, las consultas médicas, radiografías y medicamentos, atribuibles a cada evento agudo de lumbalgia cuesta en promedio 253 USD, en Francia esto cuesta 102 USD, la lumbalgia crónica en el Reino Unido presenta un costo quirúrgico por paciente de 6,668 USD; el abordaje intensivo mediante rehabilitación de 4,889 USD, lo anterior se traduce como el incremento de costos con intervenciones más complejas. Esta serie de consideraciones deben hacernos reflexionar, ya que la nación necesita propuestas inteligentes que beneficien a la mayoría de los mexicanos.⁷

Actuación de Enfermería ante pacientes con lumbalgia aguada. Francisco Javier Nieto Galeano. Enfermero Servicio Urgencias Hospitalarias

La lumbalgia es un síndrome que se define por la presencia de dolor en la región vertebral o paravertebral lumbar y se acompaña frecuentemente de dolor irradiado o referido el 80% de la población experimenta dolor lumbar en algún momento de su vida, afectando a todas las edades, con un pico de incidencia alrededor de los 45 años para ambos sexos.

La clasificación es depende de:

- ⊕ Etiología encontrando mecánica y no mecánica.
- ⊕ Evolución: aguda, subaguda y crónica.

En cuanto a Enfermería se realiza una valoración analítica, se enfoca en tratamiento médico y rehabilitación y cuidados generales.⁸

Ejercicios para el Tratamiento de la Lumbalgia Inespecífica Daniele Tatiane Lizier, Marcelo Vaz Pérez, Rioko Kimiko Sakata.

La lumbalgia es una de las causas más frecuentes de incapacidad, la prevalencia de ese síndrome es de 60-85%, durante la sobrevida de los individuos, las causas de lumbalgia son la hernia de disco, osteoartritis, síndrome miofascial, espondilolistesis, espondilitis anquilosante, el grupo principal de afecciones está relacionado con las posturas y con los movimientos corporales inadecuados y con las condiciones del trabajo capaces de producir el impacto de la columna.

En cuanto a la clasificación está de acuerdo con la duración, aguda (inicio súbito y duración de 6 a 12 semanas), crónica (duración mayor de 12 semanas), el dolor lumbar es un desorden congénito, degenerativo, inflamatorio, infeccioso, tumoral y mecánico postural, también se puede clasificar como mecánica, no mecánica y psicogénica.

⁷ Covarrubias Gómez Alfredo. Lumbalgia: Un problema de salud pública. Clínica del Dolor.Vol.33.supl.1, Abril-Junio 2010 pp S106-S109.

⁸ Nieto Galeano Francisco Javier . Actuación de enfermería ante pacientes con lumbalgia aguda.

En la literatura, la prevalencia de la lumbalgia inespecífica es más elevada en el sexo femenino, algunos autores creen que tienen más riesgos elevados que los hombres a causa de particularidades anatómico-funcionales que, en su conjunto, pueden facilitar el apareamiento de la lumbalgia., las mujeres presentan una menor estatura, masa muscular y densidad ósea , mayor fragilidad articular y menor adaptación al esfuerzo físico, además de la carga impuesta por la realización de las tareas domésticas potencia ese riesgo. Algunas características de esta lumbalgia inespecífica es el dolor en el peso, empeoramiento con esfuerzo físico principalmente por la tarde, el alivio con reposo, la ausencia de alteraciones neurológicas y de contractura muscular, la postura antálgica asociada al sedentarismo y la postura inadecuada.

Tratamiento

Diversos de los tratamientos empleados, tales como: medicamentos (anti-inflamatorios, corticoesteroides, paracetamol, dipirona, tramadol, opioides, relajantes musculares, antidepresivos, anticonvulsivos), medidas físicas (ondas cortas, ultrasonido, estimulación eléctrica transcutánea, laser), infiltración, bloqueos y acupuntura. Sin embargo, la efectividad de las intervenciones terapéuticas no es totalmente comprobada.

Ejercicios

Se unen varios tipos de ejercicios, como los aeróbicos, flexión y extensión, el estiramiento, estabilización, equilibrio y la coordinación. Para los ejercicios de fortalecimiento muscular puede dársele una atención específica a un músculo específico o a un grupo de músculos, como los del tronco y del abdomen, los ejercicios pueden variar en intensidad, frecuencia y duración. La eficacia del abordaje de rehabilitación por medio de ejercicios activos ha sido documentada en los estudios controlados y aleatorizados.

Conclusiones

En la literatura, los estudios de los tipos de los ejercicios terapéuticos para la lumbalgia crónica o aguda que son más eficaces todavía son bastante controversiales; sin embargo, los ejercicios terapéuticos son tal vez, el tratamiento conservador más usado en todo el mundo. La estandarización de ejercicios, como la duración, frecuencia y tiempo de evaluación, son necesarias para disminuir los riesgos de interpretaciones erróneas de cuál será la modalidad más apropiada para una determinada población que sufre de dolor lumbar inespecífico, si los ejercicios se hacen de forma incorrecta, pueden ser perjudiciales para la salud.⁹

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1. Conceptualización de 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

⁹ Lizier Daniele Tatiane. Vaz Pérez Marcelo. Kimiko Sakata Rioko. Ejercicios para el tratamiento de la lumbalgia inespecífica. Rev Bras Anestesiol.2010;62:6:1-5.

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” .

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 meta paradigmáticos 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.

También es cierto que detrás de cada profesión deben existir conceptos específicos que respondan a lo que no es y a aquello que la hace única y diferente; esto es posible si se reconoce que cada profesión requiere del cumplimiento estricto de procesos mentales y del conocimiento, con un fundamento ético, moral y de valores ; aquí se pretende dejar claro que no todas las profesiones son disciplinas por cuanto no han desarrollado un proceso de reflexión a su interior, que permita determinar cuáles son los elementos que constituyen su esencia, y por lo tanto no tienen elaborado un marco conceptual propio. 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 como base para facilitar la comprensión de la Disciplina Profesional.

Cuando se piensa en el ser particular, en aquello que constituye la esencia de Enfermería, en lo que distingue ésta disciplina de otras, en especial de aquellas que tienen como objeto de estudio la salud del ser humano, es inevitable referirse al Cuidado de Enfermería.

Dentro de este marco, deben considerarse las diferentes connotaciones que el concepto abarca, pues cuidado es tal vez la palabra más usada desde diferentes contextos; en este orden de ideas se pueden identificar como percepciones relacionadas: el cuidar, el proveedor de cuidado, el ser cuidado, el cuidado como preservación de la especie, entre otros.

Por ello, cuando se indaga sobre lo esencial de Enfermería, el solo referirse al término “cuidado” no es suficiente, pues se requiere desde el saber profesional otorgarle el sentido y las características definitorias que permitan orientar el quehacer profesional; esta perspectiva comprende el ser de Enfermería en su naturaleza de Disciplina Profesional.

El cuidado de Enfermería como concepto aún tiene varias concepciones teóricas, pero se le reconocen algunos elementos comunes como:

- ⊕ Las acciones con sus fines de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación o rehabilitación.
- ⊕ La aplicación de un proceso sistemático que implica valoración, planeación, análisis, ejecución y evaluación.
- ⊕ La permanencia, la continuidad y la interacción con otras disciplinas para lograr el fin del equilibrio del hombre, dentro del proceso salud-enfermedad.

El avance conceptual de Enfermería, ha tenido como principal objetivo demostrar que ésta, más que una ocupación basada en la experiencia práctica y en los conocimientos adquiridos empíricamente a través de la repetición continuada de las acciones, es una disciplina con un ser, un saber y un quehacer propio. Es así como Meleis describe: “El progreso de enfermería parece haber trazado su propia ruta; las ideas que se rechazaron en una etapa de desarrollo se han aceptado en posteriores etapas. Un ejemplo de esto es el rechazo inicial a las teorías de Enfermería, la revitalización más reciente de los conceptos de Enfermería de Nightingale y su enfoque hacia la relación salud y ambiente, la preocupación por la metodología cuantitativa en los años 60, la

revitalización más reciente del significado de la experiencia y la mayor aceptación de diseños alternativos para investigar”.

Por lo anterior, se requiere que quienes ejercen esta profesión, le den el sentido de disciplina que actualmente se le reconoce , a través de la aproximación a los fenómenos de interés de Enfermería, sobre los cuales existe construcción teórica abordada desde diferentes perspectivas de acuerdo al modelo propuesto por cada teorista, con el propósito de generar, utilizar y difundir el conocimiento que guía la práctica, la investigación, la docencia, demuestra la evidencia de un sentido pragmático del ser, el saber y quehacer de Enfermería . La estructura central del desarrollo teórico en esta disciplina le ha entregado una identidad, que se construye a partir de experiencias que ofrece la educación formal, a través de una imagen objetiva plasmada en un perfil académico específico y en los objetivos educacionales.¹⁰

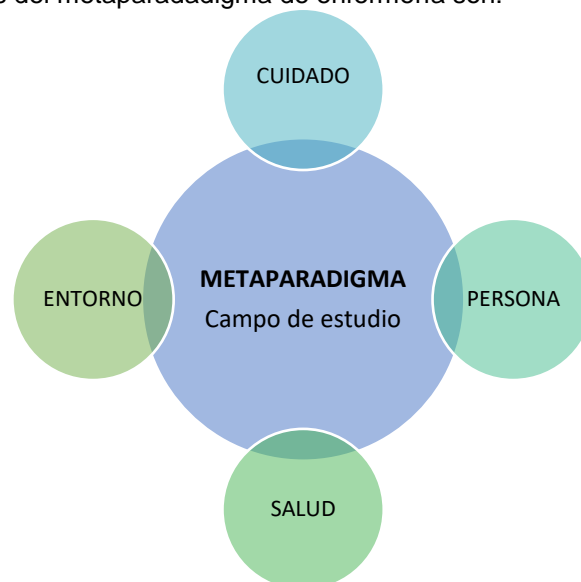
4.2. Paradigmas

Un paradigma, por tanto, es todo aquello que tiene que ver con una disciplina. “Los paradigmas son planteamientos científicos universalmente conocidos, que durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a la comunidad científica”. (Kuhn T. S, 1988)

Un paradigma científico establece aquello que debe ser observado; la clase de interrogantes que deben desarrollarse para obtener respuestas en torno al propósito que se persigue; qué estructura deben poseer dichos interrogantes y marca pautas que indican el camino de interpretación para los resultados obtenidos de una investigación de carácter científico.¹¹

Metaparadigma en enfermería

Un metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta. El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros, los conceptos globales del metaparadadigma de enfermería son:



<http://epistemologiadelcuidado.blogspot.mx/>

¹⁰ Cabal E Victoria a Eugenia.

¹¹ Metaparadigma enfermero. Disponible en: <http://ambitoenfermeria.galeon.com/enfermero.html>. Consulta realizada el día 12-11-14 a las 17:00 horas.

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros nombra persona, entorno, cuidados enfermeros y salud de una forma general, pueden aparecer más fenómenos con el paso del tiempo.¹²

El paradigma es la corriente de pensamiento y manera de ver y comprender el mundo que influyen en el desarrollo del saber y de la habilidad en el seno de las disciplinas mientras que el metaparadigma se define como el marco conceptual de una disciplina.

Una teoría es un conjunto de enunciados y proposiciones, formados por conceptos y relaciones entre estos conceptos, organizados de manera sistemática y coherente que tiende a describir, explicar o predecir y controlar un fenómeno, las teorías son verificadas a través de la investigación.

Características

- ⊕ Deben de ser lógicas, simples y generalizadas.
- ⊕ Compuestas por conceptos y proposiciones.
- ⊕ Deben de proporcionar bases de hipótesis verificables.
- ⊕ Pueden describir un fenómeno particular, explicar las relaciones entre los fenómenos.
- ⊕ Pueden orientar y mejorar la práctica clínica.

Niveles de desarrollo de las teorías

Metateorías: Se centran en aspectos generales, incluyendo el análisis del propósito y el tipo de la teoría.

Metaparadigmas: Explican una visión global útil para la comprensión de los conceptos centrales y principios claves.

Teorías empíricas: Se dirigen al objetivo deseado y las acciones específicas para su realización son definidas brevemente.

Orem define la actividad enfermera como una capacidad de las personas formadas como enfermeras que les de poder para ser representadas como enfermeras, y dentro de un marco de una relación interpersonal legítima para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticamente de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado.

Persona

En el ámbito de Enfermería, este término, no solamente se refiere al individuo como sujeto de cuidado, sino que abarca la familia, los grupos y la comunidad, y reconoce, en cada caso, la individualidad que les caracteriza y las dimensiones biológica, psicológica, social, cultural y espiritual. Cada sujeto de cuidado está en constante relación de reciprocidad con el entorno en el cual se desarrolla y tiene características que lo hacen particular y diferente de otro similar.

Salud

Se concreta como la confluencia de las condiciones en las que se desarrolla cada una de las dimensiones del ser humano; se reconoce como una situación multicausal, dinámica e influenciada por la percepción del sujeto de cuidado sobre su salud y su calidad de vida.

¹² García Hernández María de Lourdes. Cárdenas Becerril Lucila. Arana Gómez Beatriz. Monroy Rojas Araceli. Cuidados de la Salud: Paradigma del Personal de Enfermeros en México - La Reconstrucción Del Camino. Revista Enferm 2009 abril-jun; 13(2). 287-296.

Los efectos de la interacción entre el desarrollo de las dimensiones humanas y las características del sujeto de cuidado, pueden ser favorables para el mantenimiento de la salud o pueden constituirse en factores de riesgo para la misma.

Entorno

Se considera como el conjunto de variables externas al sujeto de cuidado que pueden constituirse en factores protectores o factores de riesgo para el desarrollo de la persona, la familia, el grupo o el colectivo; en este contexto se da una situación de interacción entre el sujeto de cuidado y el entorno, en la que uno y otro inciden significativamente para construir permanentemente prácticas de comportamiento, significados, actitudes, creencias y valores que determinan la salud del sujeto de cuidado.

Cuidado – Enfermería

Cuidado

Está constituido por el conjunto de intervenciones surgidas de la interrelación con el sujeto de cuidado, basadas en el conocimiento científico, técnico y disciplinar, dirigidas a mantener o recuperar la salud, prevenir la enfermedad y sus complicaciones o a favorecer la calidad de vida de quienes participan recíprocamente en esta relación de proximidad.

Enfermería

En el marco de éste desarrollo conceptual, se asume Enfermería como el ejercicio de un arte y de una disciplina. Arte porque requiere de la sutileza para comprender al otro holísticamente, a partir de su trayectoria socio-antropológica, biológica, psicológica y espiritual; es decir, demuestra un interés particular por reconocer la individualidad del sujeto de cuidado.

Es disciplina porque como se ha planteado, tiene un conocimiento propio, un desarrollo histórico y un ejercicio profesional definido.

El Ser de Enfermería

En este contexto ha de quedar claro que el Cuidado de Enfermería es la esencia y el sentido de la disciplina; alrededor de él gira, tanto el desarrollo conceptual como el ejercicio profesional, la investigación y la formación del recurso humano; por lo tanto, se considera pertinente mencionar en detalle los elementos constitutivos del concepto.

En primer término, el Cuidado de Enfermería representa en gran medida la visión de interacción, lo que le da el carácter de ser una disciplina social, tal como lo reconoce la legislación colombiana.

En segundo lugar, para ofrecer Cuidado de Enfermería hace falta conocer: a) el sujeto de cuidado en su individualidad; b) la situación de salud específica de éste sujeto; y, c) la forma particular del ejercicio profesional.

Por último, el Cuidado de Enfermería exige actuar con calidad científica, técnica y humana.

El Quehacer de Enfermería

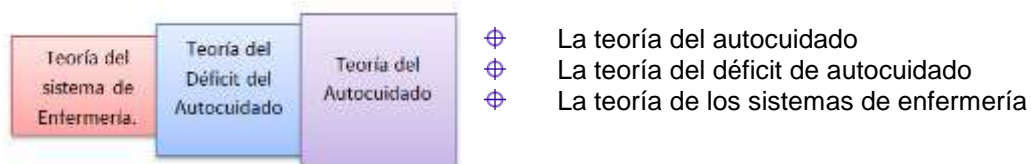
Se refiere al desarrollo de acciones contempladas en el ejercicio disciplinar; por lo tanto, este concepto implica que la intervención de Enfermería abarca la participación en la definición de políticas públicas referidas a salud, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento oportuno y la rehabilitación del sujeto de cuidado. En lo relacionado con la aplicación del Cuidado de Enfermería a los individuos, los grupos y los colectivos, se reconoce que se requiere de la aplicación de un método que permita la organización de la acción. Para la Facultad, este método es el Proceso de Enfermería.¹³

¹³ Prado Solar Liana Alicia. González Reguera Maricela. Romero Borges Karelia. La Teoría del Déficit del Autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Aprobado 23 de octubre de 2014. Revista. Med. Electron. Vol. 36 No. 6.

4.3. Teoría de enfermería de Dorothea Orem

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. Orem proporciona un marco desde el que contemplar la práctica, la educación y la gestión de la enfermería y es cuestión de cada uno de los profesionales usar este modelo para el propósito con que se construyó mejorar los cuidados de enfermería.

Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas:



Esquema elaborado por: L.E. Norma Emilia Mirafuentes Ramón

La **teoría del autocuidado** muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, provee las bases para la recolección de datos.

La **teoría del déficit de autocuidado** postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente.

La **teoría de los sistemas** de enfermería proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado.

Naturaleza del Autocuidado

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. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

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

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

Requisitos de Autocuidado

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. Hay dos tipos más de autocuidado, los de desarrollo y los de desviación de la salud.

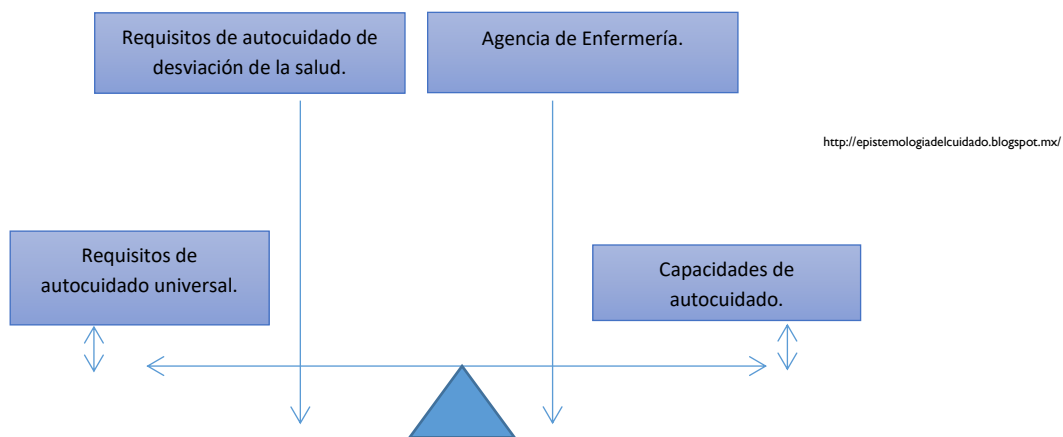
Requisitos de Autocuidado Universal

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 .¹⁴

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida, cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano. Orem contempla los requisitos de autocuidado universal como demandas de autocuidado que se hacen al individuo.

Requisitos de Autocuidado en la desviación de la Salud

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.



¹⁴ Fernández Fernández María Luz. Modelos y Teorías en Enfermería (III). Modelo de Dorothea Orem. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería . Universidad de Cantabria.

Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo, la satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se considera como prevención primaria. La prevención secundaria consiste en evitar, mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o de la incapacidad prolongada. La prevención terciaria ocurre cuando hay una rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad.

Requisitos de Autocuidado del Desarrollo

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, es decir, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración.

Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

- ⊕ Vida intrauterina y nacimiento.
- ⊕ Vida neonatal.
- ⊕ Lactancia.
- ⊕ Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
- ⊕ Etapas de desarrollo de la edad adulta.
- ⊕ Embarazo, en la adolescencia o en la edad adulta.

El segundo grupo de requisitos de autocuidado del desarrollo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.

Tiene dos subtipos:

El primer subtipo se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de las condiciones adversas y el segundo subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes (o potenciales) de una condición particular.

La consideración clave es la provisión de cuidados para reducir los efectos adversos de estas condiciones sobre el desarrollo humano.

Las consideraciones relevantes incluyen:

- ⊕ Deprivación educacional.
- ⊕ Problemas de adaptación social.
- ⊕ Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
- ⊕ Pérdida de posesiones o del trabajo.
- ⊕ Cambio súbito en las condiciones de vida.
- ⊕ Cambio de posición, ya sea social o económica.
- ⊕ Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
- ⊕ Enfermedad terminal o muerte esperada.

Factores Básicos Condicionantes

Son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidados requeridos.

Los factores son los siguientes:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado de desarrollo.
4. Estado de salud.
5. Orientación sociocultural.
6. Factores del sistema de cuidados de salud; por ejemplo, diagnóstico médico y modalidades de tratamiento.
7. Factores del sistema familiar.
8. Patrón de vida, incluyendo las actividades en las que se ocupa regularmente.
9. Factores ambientales.
10. Disponibilidad y adecuación de los recursos.¹⁵

Déficit de Autocuidado

El déficit debe contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen. Los déficits de autocuidado son una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se les hacen para el autocuidado, o para el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos, 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.

Los déficits de autocuidado se identifican como completos 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.

La demanda de autocuidado terapéutico es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos, puede verse como el resumen de la relación entre los requisitos de autocuidado que se sabe que existen para un paciente (o los que pueden ocurrir en un futuro) y lo que debería hacerse para satisfacerlos, es una descripción del individuo, en términos de su desarrollo, estructura y función.

La presencia de una de las siguientes condiciones, o de una combinación de ellas, constituiría una evidencia de que existe un déficit de autocuidado:

1. Falta de ocupación continuada en el autocuidado, o falta de adecuación de lo que se hace para cubrir los requisitos de autocuidado.
2. Toma de conciencia limitada, o falta de conciencia, del yo y del entorno, excluyendo la debida al sueño natural.
3. Incapacidad para recordar pasadas experiencias en el control de la conducta.
4. Limitaciones para el juicio y toma de decisiones sobre el autocuidado asociadas con la falta de conocimiento y de familiaridad con las condiciones internas o externas.
5. Acontecimientos indicadores de funcionamiento desordenado o alterado, que dan lugar a nuevos requisitos de autocuidado de desviación de la salud y al ajuste de uno o más requisitos de autocuidado universal.

¹⁵ Op Cit (11).

6. Necesidad de los individuos de incorporar en sus sistemas de autocuidado medidas de autocuidado complejas, recientemente prescritas, cuya realización requiere la adquisición de conocimientos y habilidades mediante el entrenamiento y la experiencia.¹⁶

4.4. Proceso de Enfermería

Definición del PAE: Aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales de Enfermería prestar cuidados que se nos demandan, de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática, podemos afirmar que en nuestro caso, se trataría de la prestación de cuidados en los que irán incluidas actividades asistenciales, docentes, gestoras, investigadoras y preventivas por parte del Enfermero del Trabajo, hacia los trabajadores de su empresa o servicio de prevención, permitiéndonos realizar nuestra tarea de forma más completa y eficaz. (**González Sánchez Jesús**).



La doctrina tradicional viene afirmando que, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se compone de cinco grandes etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Es importante destacar que, en el trabajo de enfermería, durante todo el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería, debe de abarcar los siguientes apartados:

- 1) Identificar las necesidades reales y potenciales.
- 2) Establecer el plan de cuidados individual necesario.
- 3) Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir la enfermedad.

Enfermería en la Valoración del PAE

En esta etapa vamos a recoger y examinar la información sobre el estado de salud del paciente, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud. Normalmente a esta fase se la califica como la de mayor importancia, para la cual debemos de poner en marcha toda nuestra capacidad, experiencia y conocimientos.

En esta primera etapa de valoración, utilizaremos una serie de herramientas, que son:

- ⊕ Entrevista
- ⊕ Observación
- ⊕ Exploración, mediante la inspección, auscultación, palpación y percusión.

Enfermería del trabajo en el diagnóstico del PAE

¹⁶ Fernández María de la Luz. Modelos y Teorías en Enfermería (III). Modelo de Dorothea Orem. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería . Universidad de Cantabria.2010.

El enfermero es un profesional que puede y debe de utilizar los diagnósticos enfermeros en el campo en el que desarrolla sus funciones y competencias, para una mejor y más eficaz atención enfermera hacia el paciente, en las múltiples situaciones y problemas con los que se puede encontrar. La utilización de estos diagnósticos enfermeros en el ámbito de la salud, los convierten en una pieza clave para combatir las patologías en este contexto, adquiriendo una importancia especial el uso de los diagnósticos potenciales, ya que al hacerlo. Por ello, los diagnósticos potenciales tienen una enorme importancia en el campo de la prevención, y su uso contribuirá de forma clave en el beneficio del paciente.

Enfermería en la planificación del PAE

Para alcanzar los objetivos previstos de la vigilancia de la salud, es necesaria una adecuada planificación conforme a los riesgos a los que están expuestos los pacientes. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Para ello, es necesario establecer primero una serie de objetivos, que nos ayuden a guiar y dar forma a la planificación, como:

- ⊕ Favorecer unos cuidados individualizados.
- ⊕ Garantizar una adecuada comunicación.
- ⊕ Lograr una continuidad asistencial
- ⊕ Proporcionar las pautas de evaluación de la asistencia prestada al trabajador.

La planificación debe de estructurarse en tres fases:

1) Orden de prioridades en el tratamiento de los problemas.

Respecto a esta fase, se recomienda que un plan de cuidados correcto debe contemplar por un lado los diagnósticos de Enfermería y por otro lado los problemas clínicos existentes. Después habrá que priorizar los cuidados, identificando correctamente cuales son más urgentes y prioritarios para la salud del trabajador.

2) Objetivos a conseguir.

El personal de Enfermería debe de centrarse en la toma de las medidas preventivas oportunas, orientarse en el estudio y vigilancia del diagnóstico precoz, vigilar la evolución y tomar conjuntamente con el médico del trabajo, las medidas correctoras oportunas.

3) Acciones de Enfermería.

En esta fase se ponen en marcha las Intervenciones de Enfermería, que son los cuidados que van a realizar, en nuestro caso, dirigidas a promover pautas de comportamiento favorecedoras de la salud, preventivas de la enfermedad y protectoras de los riesgos medioambientales.

Enfermería en la ejecución del PAE

En esta etapa se pone en práctica el plan de cuidados, teniendo en cuenta siempre unas prioridades en base a las necesidades y posibilidades del paciente. La puesta en marcha de estas actividades, va a requerir que el profesional de Enfermería realice a su vez una serie de acciones encaminadas a lograr una mayor eficacia en esta fase de ejecución:

- ⊕ Continuar con la recogida y valoración de datos.
- ⊕ Realizar las actividades de enfermería.
- ⊕ Anotar los cuidados que se prestan.
- ⊕ Mantener el plan de cuidados actualizado.

Enfermería del trabajo en la evaluación del PAE

Este proceso de evaluación consta de dos partes:

- 1) Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que se quiere evaluar. Se trata de valorar y recoger información respecto a la situación actual y final de la lesión o problema que padecía el paciente.
- 2) Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del trabajador hacia la consecución de los resultados esperados, comprobando si los resultados finales coinciden con los esperados o por el contrario no se han logrado los objetivos establecidos.¹⁷

V. METODOLOGÍA

5.1. Estrategias de Investigación: Estudio de caso

El Método de investigación es de gran relevancia para el desarrollo de las ciencias humanas y sociales que implica un proceso de indagación caracterizado por el examen sistemático y en profundidad de casos de un fenómeno, entendido estos como entidades sociales o entidades educativas únicas. En el proceso educativo, la representación de una situación de la realidad como base para la reflexión y el aprendizaje ha sido utilizada desde tiempos remotos, el planteamiento de un caso es siempre una oportunidad de aprendizaje significativo y trascendente en la medida en que quienes participan en su análisis logran involucrarse y comprometerse tanto en la discusión del caso como en el proceso grupal para su reflexión.¹⁸

La técnica de estudio de casos, consiste precisamente en proporcionar una serie de casos que representen situaciones problemáticas diversas de la vida real para que se estudien y analicen. Específicamente, un caso es una relación escrita que describe una situación acaecida en la vida de una persona, familia, grupo o empresa¹⁹. Su aplicación como estrategia o técnica de aprendizaje, como se apuntó previamente, entrena a los alumnos en la elaboración de soluciones válidas para los posibles problemas de carácter complejo que se presenten en la realidad futura. En este sentido, el caso enseña a vivir en sociedad y esto lo hace particularmente importante.

El estudio de caso no proporciona soluciones sino datos concretos para reflexionar, analizar y discutir en grupo las posibles salidas que se pueden encontrar a cierto problema. El uso de esta técnica está indicado especialmente para diagnosticar y decidir en el terreno de los problemas donde las relaciones humanas juegan un papel importante.

Alrededor de él se puede:

1. Analizar un problema.
2. Determinar un método de análisis.
3. Adquirir agilidad en determinar alternativas o cursos de acción.
4. Tomar decisiones.

Características del estudio de caso:

¹⁷ González Sánchez Jesús. Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. Med Segur Trab 2011; 57 (222) 15-22.

¹⁸ Bisquerra. Metodología de la investigación educativa (2ª edición). Ed. La Muralla S.A.2009. Consulta realizada el día 16-11-14 a las 14:00 horas.

¹⁹ Dirección de Investigación y Desarrollo Educativo Vicerrectoría Académica, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Las estrategias y técnicas didácticas en el rediseño. El estudio de casos como técnica didáctica. Disponible en: <http://sitios.itesm.mx/va/dide2/documentos/casos.PDF>. Consulta realizada el día 15-11-14 a las 15:00 horas.

- ⊕ Investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y porque ocurren.
- ⊕ Permite estudiar un tema o múltiples temas determinados.
- ⊕ Es ideal para el estudio de temas de investigación en la que las teorías existentes son inadecuadas.
- ⊕ Permite estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable.
- ⊕ Permite explorar en forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno.²⁰

5.2. Selección del caso y Fuentes de información

La selección de la persona para dicho estudio de caso, se realizó en el Instituto Nacional de Rehabilitación, se ubicó a la paciente TPMD en el servicio de Medicina del Deporte, mientras acudía a consulta se encontraba ansiosa por lo que le dirían en su valoración, al revisar sus estudios de Tomografía y Radiografías, así como la anamnesis acompañada de la exploración física se le informo acerca de su diagnóstico así mismo se le explico de la finalidad del estudio de caso, como se llevaría a cabo el seguimiento en casa para proporcionar cuidado especializado de enfermería , se pidió su autorización por medio del consentimiento informado y datos para agendar la primera visita.

Trascendencia, magnitud y factibilidad

El dolor de espalda baja es una de las principales causas de atención médica en la consulta de rehabilitación, así como de las principales causas de ausentismo laboral. La incidencia en la población adulta asciende de 60 a 80% en algún momento de sus vidas, y de éstos, hasta 36% de los casos persistirá de manera crónica.

La mayoría de las guías clínicas aceptadas internacionalmente recomiendan evitar el reposo y promueven que los pacientes continúen con sus actividades, con reactivación gradual y supervisada de las mismas, ya que esto conduce a menor discapacidad crónica y menos días de incapacidad laboral.

El ejercicio es, a la fecha, la intervención con mayor grado de evidencia acerca de su eficacia en el tratamiento del dolor crónico de espalda baja, con un beneficio superior en términos de dolor y funcionalidad, en comparación con cualquiera otra intervención.

La prescripción de ejercicio abarca una amplia gama de intervenciones, desde acondicionamiento aeróbico, técnicas de fortalecimiento, estiramientos, hasta el diseño de ejercicios específicos para mejorar el control de los músculos de la columna.

De acuerdo con Machado y colaboradores,⁸ en el decenio de 1950, Robin McKenzie desarrolló un método de diagnóstico y tratamiento que también ha sido difundido y utilizado ampliamente, y que a la fecha demuestra su efectividad para el dolor agudo de espalda baja mediante la evaluación de las características clínicas de los pacientes y el comportamiento del dolor con el movimiento (con el conocido fenómeno de centralización), pero con escasa efectividad en el dolor crónico de espalda baja.²¹

El dolor de espalda baja, también definido como lumbalgia o sacrolumbalgia se reporta con una incidencia de vida que varía entre el 60 y el 90 %; dentro de estas, entre un 80-90 % son lumbalgias agudas, y un 10-20 % la conforman las crónicas. La incidencia en un año del primer

²⁰ Cantador GR, Jaraiz LA, Madera PA, Monasterio MI, Sánchez SJ, Varas MR, Métodos de Investigación en Educación Especial, Estudio de casos. Disponible en: https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/EstCasos.pdf. Consulta realizada el día 15-11-14 a las 15:30 horas.

²¹ Vásquez Ríos Jorge Rodrigo. Nava Bringas Tania Ines. Ejercicios de estabilización lumbar. Servicio de rehabilitación de columna INR. México DF. Cir Cir 2014; 82:352-359.

episodio de lumbalgia, se ha estimado en un rango entre 6,3 y 15,4 % y al menos un episodio cualquiera de dolor lumbar entre 1,5 y 36 %, fundamentalmente en la tercera década de vida. Se afirma que es un problema mayor en países en vías de desarrollo, ocasiona gran impacto económico, es la causa más frecuente de ausentismo laboral en menores de 45 años y se encuentra entre los cinco diagnósticos primeros en consultas de nivel primario. Como problema de salud, los factores de riesgo más citados son: la edad, el sexo, el bajo nivel educacional, la ocupación, la obesidad, problemas hereditarios y psicosociales, el tabaquismo, el sedentarismo, los episodios previos de dolor lumbar y el embarazo. Dichos factores y su importancia se revisan en el trabajo.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la lumbalgia constituye la octava causa de atención general con un total de 907,552 consultas, que representan el 13% del total en el grupo de edad de 20 a 59 años y el 25% en los mayores de 60 años. Villarreal y colaboradores realizaron un estudio en la población mexicana, donde analizaron los cambios degenerativos de las plataformas vertebrales mediante resonancia magnética (RM) encontrando una incidencia de cambios degenerativos en el 22% de los pacientes, los cuales se incrementaban proporcionalmente con la edad. Los autores reportaron una prevalencia de dolor crónico persistente en 70% y en 30% de dolor radicular asociado.

El objetivo de este estudio fue describir los diagnósticos estructurales asociados al dolor lumbar crónico en pacientes vistos en el Servicio de Rehabilitación del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) con énfasis en factores sociodemográficos. Se incluyeron un total de 973 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión: 640 (65.8%) con diagnóstico de lumbalgia, 291(29.9%) con diagnóstico de lumbociática y 42 (4.3%) con diagnóstico de ciática.

El diagnóstico principal por grupos de edad fue: de 18 a 30 años, fue de hernia de disco lumbar con 25.6%; de 31 a 40 años: discopatía lumbar con 32.1%; de 41 a 60 años: discopatía lumbar con 30.8%; de 61 a 80 años: espondilolistesis con 41%; y mayores de 81 años: espondilolistesis con 41.4%.

Como conclusión encontraron que existe una alta capacidad de diagnóstico en este grupo de pacientes atendidos en el INR, las etiologías predominantes en los pacientes con lumbalgia, lumbociática y ciática son los procesos asociados con enfermedades de la columna, particularmente las del tipo degenerativo. Este estudio muestra que una gran cantidad de pacientes que son clasificados como portadores de dolor lumbar crónico idiopático, podrían presentar una modificación estructural de la columna que explique parcial o totalmente la presencia de dolor.²²

Por tal motivo como alumna del Posgrado de Rehabilitación en Enfermería , mi motivo por la elección de este caso , es para proporcionar el cuidado integral y especializado , individualizado hacia la persona con lumbalgia, a través del proceso de enfermería como vía metodológica , con la finalidad de brindar y mejorar el cuidado a la persona de una manera holística , es decir como ser humano biopsicosocial, para la promoción de su salud y prevención de otras enfermedades , orientando esfuerzos al control de los factores de riesgos, tratamiento integral y rehabilitación.

5.3. Consideraciones Éticas

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto, es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.

²² Macías Hernández Salvador Israel, Medina Cruz Eva, Heres Chávez Tatiana. Diagnóstico estructural de las lumbalgias, lumbociáticas y ciáticas en pacientes atendidos en el servicio de Rehabilitación de Columna del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). Medigrafic. Enero-marzo 2014. Vol. 3-Número 1.

La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar. El objeto material de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente, su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno, para que un acto sea considerado como bueno o moral debe de realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto, la ética estudia la moralidad de los actos humanos.

El acto humano se concibe como el ejercicio de las facultades del razonamiento, la libertad y la voluntad, lo que implica la realización de un acto responsablemente en él lo más esencial es la intencionalidad, es decir el hombre como dueño de su voluntad y su libertad se conduce con conocimiento y responsabilidad, el actuar así lo hace comportarse como persona.

De esta manera los actos humanos que sancionan la ética y la moral están determinados por el conocimiento, la voluntad, la aceptación y la responsabilidad. Los seres humanos durante todos los tiempos se han regido por las exigencias, principios y valores que sustentan el comportamiento humano en forma individual o colectiva.

La ética hace referencia a estas exigencias a través del ejercicio de la libertad y de la responsabilidad de los actos realizados, por ello se le llama acto humano, porque fue razonado; éste compromete porque involucra la voluntad y libertad para decidir, esta característica es en sí misma exclusiva del ser humano.

La moral debe guiar la conducta humana en los comportamientos cotidianos de acuerdo a los principios y valores de un grupo determinado, requiere a las propias convicciones del individuo y se relaciona directamente con el quehacer humano haciendo referencia al bien y al mal. Marca las directrices que dentro del grupo son aceptadas como buenas, por consiguiente, se puede decir que la moral es la regla de las costumbres dirigidas o encaminadas hacia el bien de las personas.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

- ⊕ Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.
- ⊕ A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.
- ⊕ A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive.
- ⊕ A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente.

Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:

- ⊕ La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
- ⊕ La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
- ⊕ El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional, y
- ⊕ La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

El ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en suma, la vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen.

Lo que la ética a la enfermera le solicita y más aún le exige es que dé un testimonio unánime a través de sus acciones, de lo que son sus convicciones acerca de la dignidad humana, y que proporcione atención personalizada y humanizada, en un ejercicio de la profesión de constante interacción con la persona, concepto clave en la definición y práctica de la enfermería. Al hablar de enfermería se asocia la relación tan íntima que esta profesión tiene con los valores humanísticos, éticos y morales. La enfermera, consciente o inconscientemente los utiliza al proporcionar los cuidados por lo cual no se concibe a la enfermería sin esta interrelación.

La enfermera, a través del cuidado, pone en marcha todo aquello que mueve la energía del ser humano, su potencial, su deseo de vivir. El cuidado es una actitud que trasciende las dimensiones de la realidad humana. Tiene un significado de auténtico humanismo ya que conlleva la sensibilidad que es incomparablemente mayor que la eficiencia técnica, porque la primera está en relación con el orden de los fines y la última con la de los medios. Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia. Por todo esto se hace necesario que la enfermera reconozca las potencialidades y debilidades de sí misma y de los demás, esa cualidad de reconocer su capacidad humana implica su disposición de dar, de conducirse y de actuar, así como de renunciar a todo aquello que pueda hacer y hacerle daño.

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

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. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

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 reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

Valor fundamental de la vida humana. - Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

Privacidad. - El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

Fidelidad. - Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso.

Veracidad. - Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud.

Confiabilidad. - Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.

Solidaridad. - Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí.

Tolerancia. - Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas.

Terapéutico de totalidad. - Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección.

Doble efecto. - Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas.²³

Consentimiento Informado

Se logra como resultado del proceso de diálogo y de colaboración en el que se intenta tener en cuenta la voluntad y los valores del paciente, sería preferible llamarlo el derecho a la “decisión informada” o a la “elección informada”. Hay que entender al Consentimiento Informado como un nuevo ideal hacia la promoción de la autonomía de los pacientes, el Consentimiento Informado es la aceptación racional de una intervención médica o la elección entre cursos alternativos posibles, claro está que para sumir este consentimiento del paciente debe reunir ciertas condiciones.

- ⊕ Encontrarse libre para decidir de acuerdo a sus propios valores.
- ⊕ Ser competente para tomar la decisión en cuestión²⁴.

Expediente clínico, es el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

Cartas de consentimiento informado, son los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.²⁵

²³ Comisión Interinstitucional de enfermería. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. www.ssa.gob.mx México, D.F. diciembre, 2001.

²⁴ Fernando Cano Valle. María de la Luz García Alonso. Gonzalo Moctezuma Barragán. \$%R revista CONAMED es el órgano de difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud.

²⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012

Código de ética para enfermeras (os)

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.²⁶

Carta de los derechos generales de las enfermeras (os)

- 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 y la integridad personal y profesional.
- 3.- Contar con los recursos necesarios que le permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
- 4.- Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
- 5.- Recibir trato digno por parte de pacientes y familiares, así como del personal relacionado a 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 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.

Carta de los derechos generales de los pacientes

- 1.- Recibir atención médica adecuada.
- 2.- Recibir trato digno y respetuoso.
- 3.-Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- 4.- Decidir libremente su atención.
- 5.- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
- 6.- Ser tratado con confidencialidad.

²⁶ Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A.C. Anteproyecto del Código de Ética de la Enfermería Profesional. México, D.F. 1999

- 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 atención médica recibida.²⁷

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1. Descripción del Caso

Nombre: TPMD
Edad: 27 años
Servicio Medicina del Deporte

Paciente femenina, adulta joven, totalmente independiente de su familia, es practicante de danza contemporánea desde hace 15 años, refiere dolor en espalda desde el mes de julio 2014, este dolor llega a ser incapacitante y localizado a nivel lumbar, aumenta con la movilidad en escala de EVA de 8/10 refiere que el dolor es punzante, toma medicamento para disminuir el dolor paracetamol 1gr V.O, menciona que si disminuye pero que le dificulta realizar determinadas actividades instrumentales y avanzadas.

En el interrogatorio comenta que acudió a médico particular donde la valoraron y diagnosticaron lesión a nivel de nervio ciático, y prescribe pregabalina mg 1 tableta V.O, al día, así mismo solicita resonancia magnética de columna, posteriormente hay disminución del dolor de EVA 5/10.

Cuatro meses después acude al servicio de Medicina del Deporte del Instituto Nacional de Rehabilitación observan Resonancia Magnética encontrando protrusión en los niveles de L4 y L5, parestesias y paresias en extremidad inferior derecha con pérdida de fuerza 2-3 bilateral y elasticidad de esta misma extremidad.

Se da un diagnóstico de Lumbalgia, se envía a sesiones de rehabilitación las cuales se realizan dentro del servicio de Medicina del deporte, con tres ejercicios consecutivos, fortalecimiento, estiramientos y flexibilidad de 10 a 15 veces a tolerancia.

Se reincorpora a la vida laboral, como maestra de danza, pero solo una hora al día, con terapia física (ejercicios), realizándolos diario.

Estudios pendientes: Julio 2015

- ⊕ Electromiografía:
- ⊕ Lumbosacra AP y LAT
- ⊕ Dinámicas
- ⊕ Oblicuas

²⁷ Ley general de Salud NOM-168-SSA-1-1998. Expediente Clínico. <http://bvs.insp.mx/local/File/Cartaenfermeria.pdf>

6.2. Antecedentes generales de la persona

Antecedentes Heredo-Familiares

Madre:

- ⊕ Cáncer de Tiroides hace 12 años se resolvió
- ⊕ Tumor Cerebral Izquierdo, en el 2007 se resolvió.

Padre:

- ⊕ Negados

Madre Materna:

- ⊕ Negados

Madre Paterna:

- ⊕ Diabetes

Antecedentes personales no patológicos

- ⊕ Ocupación: Maestra de danza, actualmente trabaja toda la semana 1hr al día.
- ⊕ Deporte: Ninguno por el momento
- ⊕ Independiente en sus actividades de la vida diaria

Antecedentes personales patológicos

- ⊕ Tabaquismo: Negado
- ⊕ Toxicomanías: Ninguna
- ⊕ Enfermedades: Ninguna
- ⊕ Cirugías previas: Ninguna

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Valoración

Se le explica a la paciente que es necesario realizar una valoración apoyándonos con un instrumento de valoración de enfermería en rehabilitación el cual son preguntas y también algunas mediciones de los diferentes rangos de movilidad, los cuales nos ayudara a registrar como mejora su padecimiento o saber si los ejercicios si ayudan. La valoración debe ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases de proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentre el paciente.

Valoración Focalizada:

Se realiza de forma progresiva durante toda la atención, se realiza específicamente sobre el estado de un problema real o potencial, tiene como objetivo de:

- ⊕ Recoger datos a medida que se producen los cambios, observando el progreso o retroceso de los problemas.
- ⊕ Realizar revisiones y actuaciones del plan.
- ⊕ Obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud.

Realizada: 18 de diciembre 2014

Peso actual	Estatura	T/A	FC	FR	IMC	TEM
45 kg	1.58 cm	110/70 mmHg	60x'	16x'	18.5 kg/m	36.1

Factores de Condicionamiento Básico

Paciente femenino de 27 años de edad, adulto joven, religión católica, vive en casa de su papá la vivienda cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliario, zoonosis negativa, actualmente depende económicamente de su papá, ella dejó de trabajar a raíz de que inicio con los síntomas (dolor).

Actualmente no se encuentra satisfecha con su rol asumido no quiere depender de su papá, por lo que ha sido independiente desde hace 4 años, se siente limitada para realizar sus actividades de la vida diaria, y ha dejado de realizar cosas que a ella le gustan por el dolor, la persona refiere inflamación y rigidez de sus articulaciones.

Requisitos de Autocuidado Universales

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
 - ⊕ No presenta alteración en este requisito.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
 - ⊕ No presenta alteración en este requisito por lo que consume 2 a 3Lts diarios de agua natural al día.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento
 - ⊕ No hay alteración en este requisito por lo que realiza 3 comidas al día dieta saludable, come frutas, verduras incluyendo proteínas y carbohidratos.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
 - ⊕ No presenta alteración en este requisito, refiere que orina 5 veces al día y evacua 2 veces (escala de Bristol tipo 4) al día sin ningún problema.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
 - ⊕ Refiere que el dolor le ha ocasionado alteración en cuanto algunas actividades de la vida diaria (instrumentales), se siente deprimida y ansiosa, su afección en columna la ha limitado.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
 - ⊕ Existe temor, depresión ansiedad y por la limitación en sus actividades de la vida diaria (instrumentales). (Hamilton-9-22 puntos).
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.
 - ⊕ En este requisito se encuentra alterado por que tiene algunas limitaciones para el movimiento, ella puede moverse fácilmente, pero si llega hacerlo rápidamente presenta dolor y riesgo de caídas escala de Downton (1-5), de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal. Se pone triste al no poder realizar sus actividades de la vida diaria (instrumentales) el dolor ha aumentado por tal motivo ella no puede hacer las mismas cosas que antes tanto en casa como en el trabajo.

Requisitos de Autocuidado del Desarrollo

Se encuentran etapa de adulto joven, se ve limitado un poco sus actividades por el dolor, tiene información sobre su padecimiento, conoce algunas medidas terapéuticas y de rehabilitación, ella quiere ser independiente.

Requisitos de Desviación de Salud

Cuenta con información de su padecimiento, ha asistido a diferentes terapias y ha seguido muy bien cada indicación, sabe que la rehabilitación es muy importante para mejorar su calidad de vida, ha ido a sus sesiones en el servicio de medicina del deporte.

INSTRUMENTO	VALORACION	RESULTADO
DANIELS	4/5	Buena fuerza
TINETTI	5/10	Sin alteraciones
Marcha y Equilibrio		
INDICE DE BARTHEL	85	Independiente AVD
LAWTON Y BRODY	8	Independiente AVD
AVANZADAS	7	Independiente AVD
EVA	4/10	Dolor leve tipo opresivo
GOLDBERG-ANSIEDAD	7/9	Describe
HAMILTON-DEPRESION	9/22	Intensidad moderado
DOWTON	1/5	Bajo Riesgo

JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD

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

Dolor. La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño". Dolor agudo. Aquel causado por estímulos nocivos desencadenados por heridas o enfermedades de la piel, estructuras somáticas profundas o vísceras. También puede deberse a una función anormal de músculos o vísceras que no necesariamente produce daño tisular efectivo, aun cuando su prolongación podría hacerlo.

Dolor crónico. La persistencia del estímulo, de la enfermedad, o de ciertas condiciones fisiopatológicas, puede conducir al establecimiento de un dolor crónico.²⁸.

²⁸ DS Jorge, Boletín Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile. Definiciones y Clasificaciones del Dolor.

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

Ansiedad .Los trastornos de la ansiedad son diversos cuadros psicopatológicos, cuya principal característica, es la presencia de molestias relacionadas y/o similares al miedo, tales como: intranquilidad, desesperación, temor, preocupaciones excesivas y ansiedad: o una combinación entre ellos.²⁹

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

Riesgo de caídas. Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, las caídas especialmente si se repiten, deben considerarse como indicadoras de una situación de fragilidad o tendencia a la discapacidad y revisar las características de los suelos,

el mobiliario y la iluminación³⁰

4.-Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos. Dieta desequilibrada. Una dieta desequilibrada es aquella que no aporta los requerimientos mínimos de energía y todos o algún tipo de nutriente que el cuerpo necesita para su correcto funcionamiento, normalmente son dietas que restringen algún grupo de alimento³¹. La dieta y la nutrición son muy importantes para promover y mantener la buena salud a lo largo de toda la vida, está bien establecida su función como factores determinantes de enfermedades no transmisibles crónicas, y eso los convierte en componentes fundamentales de las actividades de prevención.³²

²⁹ Guía Clínica para el manejo de la ansiedad. Berenzon Shoshana. Del Bosque Jesús. Alfaro Javier. Mora Medina Ma. Elena. 2010.

³⁰ Organización Mundial de la Salud, Caídas, octubre 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>. Consulta 29-11-14 13:20 hrs

³¹ Botánica online, Dietas Desequilibradas. Disponible en: http://www.botanical-online.com/dietas_milagro_desequilibradas.htm. Consulta 29-11-14 12:30 hrs

³² Dieta, Nutrición y prevención de enfermedades crónicas. OMS. 2016.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1.- Déficit en el mantenimiento de actividad y reposo (limitación de movilidad) R/C Lumbalgia M/P Disminución de fuerza muscular en lumbar L4 y L5 (Daniels 3/5) dolor EVA 4/10 tipo opresivo limitando sus AVD.

Objetivo de enfermería: Disminuir el dolor, aumentar arcos de movilidad y fuerza muscular.

Objetivo de paciente: Que el dolor disminuya para incorporarse a sus AVD.

AGENTE: De autocuidado. ⊕ Enfermera-Paciente	SISTEMA: Apoyo educativo ⊕ Parcialmente compensatorio
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Valoración del estado general del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Signos vitales ⊕ Se toma la Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Frecuencia respiratoria y Temperatura. <p>Indicación: Al inicio de cada sesión</p>	<p>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 sico-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.³³</p>
<p>Valoración del dolor con escala analógica visual (EVA)</p> <p>Localización: identificar área o segmento corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Tipo: Punzante, Opresivo, Lacerante, Cólico. ⊕ Duración: agudo o crónico. ⊕ Frecuencia: continuo, intermitente. ⊕ Intensidad: leve, moderado, intenso, insoportable. <p>El dolor es leve puede realizar sus actividades habituales, tipo opresivo e intermitente. Indicación:</p> <p>Indicación: Al inicio de cada sesión</p>	<p>El dolor es la causa más frecuente de consulta médica. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”. La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nocioceptores) y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociceptivos tisulares; la nociocepción puede estar influida por otros factores.</p> <p>La clasificación del dolor la podemos hacer atendiendo a su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronóstico de control del dolor y, finalmente, según la farmacología.³⁴</p>
<p>Termoterapia (compresa caliente).</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Elaboración de compresa aromática con la paciente. ⊕ Enseñanza las indicaciones, contraindicaciones y cuidados de la aplicación de termoterapia. ⊕ Anexo cartel de termoterapia (ANEXO 1). <p>Indicación: Colocarla 3 veces a la semana o cuando hay dolor.</p>	<p>El calor se transmite por conducción, conexión y radiación, estimulan los receptores de las terminales nerviosas sensoriales libres, alivia el dolor y la tensión muscular, ayuda a disminuir el tiempo de evolución, desinflamar, estimular la regeneración del tejido o disminuir el dolor.³⁵</p>
<p>Enseñanza al paciente (Higiene de columna).</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Se le comenta a la paciente que es higiene de columna y en qué consiste, beneficios tendrá. ⊕ Enseñanza de cómo realizarla en casa. ⊕ Se observa como la realiza la paciente. ⊕ Se realiza un cartel de higiene de columna para que tenga presente de cómo se llevara a cabo. (ANEXO 2) <p>Indicación: Realizar en todo momento</p>	<p>Anatómicamente se distinguen 3 posiciones: bipedestación, sedestación anterior, intermedia y posterior, decúbito: supino, prono y lateral. Es la forma en que cada uno coloca su cuerpo y lo mantiene para que no caiga por la atracción de la Ley de la Gravedad. La buena postura corporal es aquella en la que se cumplen una serie de normas que aseguran una correcta distribución del peso del cuerpo y que facilitan el esfuerzo de los músculos para sostenerlo o para realizar una acción.³⁶</p>

³³ Chemes de Fuentes Carmen. La enfermera y la valoración de los signos vitales. Argentina 2008.

³⁴ Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología, 2005; 28 (3):139-143

³⁵ Cuidados de enfermería en la aplicación de calor y frío. Capítulo 11.

³⁶ Ripol Muñoz. Elena. La tarea de cuidar higiene postural, movilización y transferencias.

<p>Enseñanza al paciente Técnica de relajación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Escoger un lugar tranquilo. ⊕ Ponerse ropa cómoda. ⊕ Se proporciona cartel con los ejercicios respiratorios que realizará. (diafragmáticos, respiración costal y respiración acompañada por el movimiento de los brazos). (ANEXO 3) <p>Indicación: Realizar después del ejercicio terapéutico.</p>	<p>La utilidad de la relajación estriba en que conduce a la consecución de un estado de reducción de la activación general del organismo, con lo que esto supone de beneficio, tanto a nivel subjetivo, puesto que resulta placentero, como en lo que respecta a las propia salud física y psicológica.³⁷</p>
<p>Aromaterapia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Se proporciona cartel con los beneficios de la aromaterapia y se enseña en casa para que sepa cómo hacerla sola y también nos apoyamos con la técnica de relajación Realizar después del ejercicio terapéutico. (ANEXO 4). <p>Indicación: Realizarla durante la técnica de relajación.</p>	<p>Se han desarrollado de una manera objetiva, en la que se elimina la influencia mental o emocional, tanto del paciente como del terapeuta (sistema doble ciego). En términos generales se estudia el efecto de uno o un reducido número de compuestos activos (sales activas), pues cada elemento adicional en el estudio complica la evaluación del resultado enormemente.³⁸</p>
<p>Musicoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Se comenta que tipo de música puede utilizar para relajación. ⊕ Se proporciona cartel de los beneficios de la musicoterapia. ⊕ Se realiza en casa acompañado de la técnica de relajación y aromaterapia. (ANEXO 5). <p>Indicación: Realizarla durante la técnica de relajación.</p>	<p>La musicoterapia puede definirse como «la aplicación científica del arte de la música y la danza con finalidad terapéutica, para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano, a través de la acción del musicoterapeuta. La Musicoterapia es una ciencia porque supone «objetividad, colectividad, repetición y verdad». ³⁹</p>
<p>Masaje terapéutico en región lumbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Aplicar aceite con esencia de su preferencia, para realizar el masaje. ⊕ Se da un cartel con información de duración, frecuencia e intensidad que debe de tener el masaje. (ANEXO 4). <p>Indicación: Realizarla durante la técnica de relajación</p>	<p>Produce una serie de efectos neurológicos que estimulan los receptores sensoriales de la piel, músculos y estructuras periarticulares que alcanzan los centros neurológicos superiores que producen una sedación y relajación muscular.⁴⁰</p>

³⁷ Chóliz Montañés Mariano. Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración. Facultad de Psicología Universidad de Valencia.

³⁸ Sierra Alcázar Héctor B. Manual de aromaterapia. Monterrey 2010.

³⁹ Poch Blasco Serafina. Importancia de la musicoterapia en el área Emocional del ser humano. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, nº 42, diciembre 2001, pp. 91-113

⁴⁰ Alcántara Serafina, Hernández Miguel Ángel. Fundamentos de fisioterapia. España. Pág. 90.

<p>Ejercicios de calentamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Realizar estiramientos dinámicos y estáticos antes del ejercicio para reducir la posibilidad de lesionarse 15 a 20 minutos. ⊕ Se da un cartel con información de los estiramientos a realizar. (ANEXO 7) 	<p>Los estiramientos dinámicos antes del ejercicio reducen las posibilidades de que te hagas daño, los estiramientos estáticos después del ejercicio aumentan la flexibilidad y evitan que aparezcan dolores musculares y aumentan tu rango de movimiento.</p>
<p>Ejercicios de Williams</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Se recomienda un lugar tranquilo y cómodo. ⊕ Ropa cómoda. <p>Iniciar con un calentamiento previo para la realización de ejercicio, se enseña cómo hacer los ejercicios y posteriormente corroborar que los haga el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Se proporciona cartel de los ejercicios para que los tenga en cuenta. (ANEXO 8). <p>Indicación: Diariamente o 3 veces a la semana intercalarlos con los ejercicios de Mckenzie.</p>	<p>Su realización debe ser progresiva y a tolerancia, lo ideal es llevarlos a cabo por lo menos tres a cuatro veces por semana. Su objetivo es proporcionar estabilidad a la región lumbar y activar la región abdominal consiguiendo un equilibrio apropiado entre el grupo muscular de flexores y extensores de tronco con la finalidad de disminuir el dolor y mejorar la movilidad lumbar. En este tipo de ejercicios se toman en cuenta todos los tejidos blandos de la unidad funcional: músculos y aponeurosis, ligamentos y cápsulas articulares, tejidos como el cartílago articular, disco y raíces nerviosas contenidos dentro de la unidad funcional; se basan en la flexión y se deben de realizar con suavidad, lentitud y en repetidas ocasiones.</p>
<p>Ejercicios de Mckenzie</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Se inicia con un calentamiento previo para la realización de ejercicio, se enseña cómo hacer los ejercicios y posteriormente corroborar que los haga el paciente. ⊕ Se proporciona cartel de los ejercicios para que los tenga en cuenta. (ANEXO 8). <p>Indicación: Diario o por lo menos 3 veces a la semana intercalarlos con los ejercicios de Williams</p>	<p>La concepción mecanicista de Mckenzie, basada en el principio de disminución de las presiones intradiscales y de la migración del núcleo pulposo hacia la parte anterior del disco. Los movimientos de extensión podrían aliviar el dolor transfiriendo las fuerzas compresivas a las apófisis articulares, lo que disminuiría la presión sobre el disco (rico en meca norreceptores, nociceptores y terminaciones nerviosas libres).⁴¹</p>

⁴¹ Torres-Salinas Yeni. Ejercicios de Williams y Mckenzie con preferencia direccional en pacientes con lumbalgia con medición del arco de movimiento lumbar y dolor. México 2007. 61 (1). Enero-feb rero. Pag.25.

EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO						
INTERVENCIÓN	INDICADOR	FECHAS				
		18-12-14	30-01-15	27-02-15	26-03-15	28-04-15
Valoración (Escala de EVA)	Dolor	4/10	4/10	3/10	2/10	2/10
Termoterapia 1.-Nunca 2.-Raramente 3.-Ocasionalmente 4.-Frecuentemente 5.-Muy frecuentemente	Frecuencia	4	4	3	3	3
Higiene de Columna 0: No lo realiza 1: Realiza de vez en cuando 2: Lo realiza, pero no completo 3: Realiza 2 veces a la semana 4: Lo realiza en tiempo y forma	Frecuencia	4	4	4	4	4
Técnica de relajación 0: No lo realiza 1: Realiza de vez en cuando 2: Lo realiza, pero no completo 3: Realiza 2 veces a la semana 4: Lo realiza en tiempo y forma	Frecuencia	0	1	1	3	3
Aromaterapia 1.-Nunca 2.-Raramente 3.-Ocasionalmente 4.-Frecuentemente 5.-Muy frecuentemente	Frecuencia	4	4	4	3	3
Musicoterapia 1.-Nunca 2.-Raramente 3.-Ocasionalmente 4.-Frecuentemente 5.-Muy frecuentemente	Frecuencia	5	5	5	4	4
Masaje Terapéutico 0: No lo realiza 1: Realiza de vez en cuando 2: Lo realiza, pero no completo 3: Realiza 2 veces a la semana 4: Lo realiza en tiempo y forma	Frecuencia	4	4	3	3	3

Ejercicios de estiramiento 0: No lo realiza 1: Realiza de vez en cuando 2: Lo realiza, pero no completo 3: Realiza 2 veces a la semana 4: Lo realiza en tiempo y forma	Frecuencia	3	3	3	3	3
Ejercicios de Williams y Mckenzie 1.-Nunca 2.-Raramente 3.-Ocasionalmente 4.-Frecuentemente 5.-Muy frecuentemente	Apego terapéutico (ejercicios y arcos de movilidad).	5	5	5	5	5
ANÁLISIS DE RESULTADOS						
T.P.M.D. Tuvo un apego adecuado a las intervenciones que se le proporcionaron para disminuir el dolor en escala de EVA 4/10 disminuyendo a 2/10 , por tal motivo ella realiza mejor sus AVD.						

2.- Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano, R/C ansiedad y depresión (Goldberg 16/21) M/P angustia, miedo a estar sola y evolución de su diagnóstico.

Objetivo de enfermería: Apoyar a la paciente para que disminuyan los síntomas de ansiedad, proporcionando apoyo emocional para disminuir el miedo.

Objetivo de paciente: Encontrar el apoyo para disminuir la ansiedad y estar tranquila.

<p>AGENTE: De autocuidado.</p> <p>⊕ Enfermera-Paciente</p>	<p>SISTEMA: Apoyo educativo</p> <p>⊕ Parcialmente compensatorio</p>
<p>INTERVENCIONES</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>Valoración del estado emocional del paciente (Goldberg)</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Se realiza un cuestionario apoyándose en la escala de Goldberg para tener un parámetro sobre la ansiedad que presenta paciente. ⊕ Se explica en qué consiste este cuestionario y que parámetros se medirán. 	<p>Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.⁴²</p>
<p>Identificar principales problemas y factores que desencadenan su ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Se realiza una lista de los miedos que tiene acerca de la patología. ⊕ Se jerarquiza del miedo más importante al menos para empezar a apoyar y así ir minimizando la ansiedad.(Estar sola y no ser independiente). 	<p>El identificar los factores relacionados al problema del paciente ayuda a clarificar sus reacciones y a compartir con los demás sus preocupaciones, con lo cual se consigue que tenga la seguridad de sus problemas se tratarán de forma adecuada.⁴³</p>
<p>Realizar actividades recreativas que le agraden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Leer ⊕ Técnica de relajación ⊕ Aromaterapia ⊕ Musicoterapia <p>Indicación: Diario</p>	<p>La actividad ayuda a que el paciente mantenga unas perspectivas positivas y sus funciones habituales; la diversión aleja al paciente el recuerdo de experiencias dolorosas y puede conseguir que disminuya la ansiedad.⁴⁴</p>

⁴² Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid, comunidad de Madrid; 2008. Nº 2006/10.

⁴³ Maurad Leona. Ortopedia. 1994. España. Pág. 70

⁴⁴ Op cit (23). Pag. 71

Canalizarla con el área de Psicología.	El apoyo psicológico y los cuidados psíquicos al paciente son instrumentos fundamentales para afrontar adecuadamente la enfermedad, la recuperación de la salud o el mantenimiento de la misma. El apoyo psicológico debe acompañar a cualquier intervención sanitaria, ya sea de promoción de la salud, prevención o curación de la enfermedad, rehabilitación o reinserción. Esto supone reconocer que los cuidados de enfermería parten de una atención integral al paciente. ⁴⁵
---	--

EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO						
INTERVENCIÓN	INDICADOR	FECHAS				
		18-12-14	30-01-15	27-02-15	26-03-15	28-04-15
Escala de Goldberg	Estado de ánimo	16/21	16/21	16/21	16/21	16/21
Realización de actividades recreativas: Leer, técnica de relajación, aromaterapia, musicoterapia O: No lo realiza 1: Realiza de vez en cuando 2: Lo realiza, pero no completo 3: Realiza 2 veces a la semana 4: Lo realiza en tiempo y forma	Frecuencia	0	1	1	3	3
Valoración. Escala de EVA	Dolor	4/10	4/10	3/10	2/10	2/10
ANÁLISIS DE RESULTADOS						
T.P.M.D. De acuerdo con las intervenciones realizadas a la paciente , se observó que ayudaron a mejorar el estado del paciente , al principio consto un poco de trabajo apegarse a las indicaciones pero finalmente lo hizo y sus AVD mejoraron.						

⁴⁵ Portillo Rubiales Ma. Henar. Fuencisla Rodrigo Ruano Ruano. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Mcmillan. Revista Sanitaria. 2011

3.- Déficit del mantenimiento y equilibrio entre soledad y la comunicación social R/C depresión y angustia M/P miedo a no poder reintegrarse a sus AVD.

Objetivo de enfermería: Apoyarla para que se tranquilice y realice sus ejercicios cada sesión-

Objetivo del paciente: Lograr estar tranquila y disminuir el temor y dolor para realizar sus AVD.

<p>AGENTE: De autocuidado.</p> <p>⊕ Enfermera-Paciente</p>	<p>SISTEMA: Apoyo educativo</p> <p>⊕ Parcialmente compensatorio</p>
<p>INTERVENCIONES</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>Valoración del estado emocional del paciente (Goldberg)</p>	<p>La valoración inicial al paciente debe ser un proceso organizado y sistematizado que permita llegar a un buen diagnóstico para hacer el plan de cuidados de enfermería y junto a esta valoración, la entrevista al cuidador nos permite conocer el entorno familiar, la situación sociocultural, el nivel de conocimientos acerca de la enfermedad del paciente, y además facilita la detección de las posibles enfermedades que pueda presentar.⁴⁶</p>
<p>Identificar de los roles anteriores y elección de aquellos que se pueden mantener o recuperar.</p> <p>Consensuar con el paciente/familia un plan de recuperación progresiva de la actividad habitual.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Paseo diario. ⊕ Actividades de aseo y arreglo personal. ⊕ Colaboración en actividades domésticas. ⊕ Actividades de ocio elegidas. ⊕ Sugerirle al paciente que este lo más tranquila que se pueda. ⊕ Sugerirle que busque compañía, amigos o familiares que la acompañen para evitar estar sola, distraerse un poco. 	<p>Es muy importante enseñarle al paciente en que área o esfera de su vida puede manejar esta depresión por lo que se puede divagar que es lo más importante es para él/ella y encontrar una solución adecuada.</p>
<p>Refuerzo positivo al mantenimiento de actividades habituales anteriores a la aparición del diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Refuerzo positivo a las verbalizaciones de deseo de independencia y de sentido de responsabilidad del paciente. ⊕ Organizar programa de recuperación de relaciones, que incluirá: Personas de mayor afinidad. Formas o temas de interés común. Técnicas de habilidades sociales que favorezcan la interacción. Limitar la temática de corte negativo o triste. 	<p>La calidad de vida (CV) abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior.⁴⁷</p>

⁴⁶ Mesa Fernández E, Conde Anguita, MA, Moral Jiménez J. Protocolo de valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad de cuidados de enfermería. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010. N° 43, Noviembre – diciembre 09.

⁴⁷ Vinaccia Stefano, Orozco Lina María. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. ISSN: 1794-9998 / Vol. I / No. 2 / 2005 / pp. 125 - 137

<p>Enseñarle al paciente ejercicios de inspiración profunda</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Se proporciona cartel con los ejercicios respiratorios que realizará. (diafragmáticos, respiración costal y respiración acompañada por el movimiento de los brazos). (ANEXO 3) ⊕ Indicación realizar cada vez que crea conveniente o 3 veces al día. 	<p>La inspiración profunda mantiene las funciones respiratorias e incrementa la oxigenación al mismo tiempo ayuda a la relajación.⁴⁸</p> <p>El objetivo fundamental de las técnicas de relajación es dotar al paciente de la habilidad para disminuir el trabajo respiratorio y controlar la sensación de falta de aire (disnea). Específicamente, estas técnicas intentan: Reducir la tensión muscular, fundamentalmente de los músculos respiratorios. • Reducir la energía necesaria para respirar. • Reducir la ansiedad producida por la disnea. • Conseguir una sensación general de bienestar.</p>
<p>Refuerzo positivo a las verbalizaciones de deseo de independencia y de sentido de responsabilidad del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Entablar conversación con la paciente y llevar a cabo escucha activa. 	<p>Es importante enseñarle al paciente que a pesar de que ha sus AVD, no lo limita en realizar otras que no perjudiquen a su salud, se puede sustituir algunas que sean de menos impacto y así poder ser independiente y responsable de sí mismo.</p>
<p>Realizar actividades recreativas que le agraden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Leer ⊕ Técnica de relajación ⊕ Aromaterapia ⊕ Musicoterapia <p>Indicación: Diario</p>	<p>La utilidad de la relajación estriba en que conduce a la consecución de un estado de reducción de la activación general del organismo, con lo que esto supone de beneficio, tanto a nivel subjetivo, puesto que resulta placentero, como en lo que respecta a las propia salud física y psicológica.⁴⁹</p>

⁴⁸ Op cit (23).

⁴⁹ Chóliz Montañés Mariano. Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración. Facultad de Psicología Universidad de Valencia.

EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO						
INTERVENCIÓN	INDICADOR	FECHAS				
		18-12-14	30-01-15	27-02-15	26-03-15	28-04-15
Escala de Goldberg	Estado de ánimo	16/21	16/21	16/21	16/21	16/21
Ejercicios de inspiración O: No lo realiza 1: Realiza de vez en cuando 2: Lo realiza, pero no completo 3: Realiza 2 veces a la semana 4: Lo realiza en tiempo y forma	Frecuencia	2	3	3	4	4
Realización de actividades recreativas: Leer, relajación, aromaterapia y musicoterapia. O: No lo realiza 1: Realiza de vez en cuando 2: Lo realiza, pero no completo 3: Realiza 2 veces a la semana 4: Lo realiza en tiempo y forma	Importancia y frecuencia	0	1	2	3	3
ANÁLISIS DE RESULTADOS						
T.P.M.D. En el seguimiento de las intervenciones que se realizaron con la paciente menciona que si le han servido , que ha sentido con ánimos y poco a poco se ha reintegrado a sus AVD.						

4.- Déficit en la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y el deseo de ser normal R/C alteración en la sensibilidad y dolor EVA de 6/10 en extremidad pélvica izquierda. M/P dificultad para realizar actividades de la vida diaria BARTHEL (85), por presencia de paresias y parestesias.

Objetivo de enfermería: Disminuir el dolor, aumentar arcos de movilidad y fuerza muscular.

Objetivo de paciente: Que el dolor disminuya para incorporarse a sus AVD.

<p>AGENTE: De autocuidado.</p> <p>⊕ Enfermera-Paciente</p>	<p>SISTEMA: Apoyo educativo</p> <p>⊕ Parcialmente compensatorio</p>
<p>INTERVENCIONES</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>
<p>Valoración de signos vitales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Se toma la presión arterial. Frecuencia respiratoria, Frecuencia cardíaca y Temperatura. ⊕ Se valora escala de EVA 0-10 ⊕ Se valora el lugar del dolor “palpación” <p>Indicación : al inicio de cada sesión</p>	<p>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 sico-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.⁵⁰</p>
<p>Valoración de la sensibilidad superficial y profunda</p> <p>Superficial:</p> <p>*Táctil: se evalúa tocando la piel con una torunda de algodón o un pincel. (Pasar por ambos lados).</p> <p>*Térmica: Explorar tocando la piel con un objeto frío y otro caliente. (Alteraciones, aumento o disminución o pérdida de la sensibilidad al calor, hiper, hipo).</p> <p>*Dolorosa: Se pincha con un alfiler suavemente en este caso para identificar si se emplea la cabeza o la punta del mismo.</p> <p>Profunda: Propiocepción</p> <p>*Se hace presión con un dedo en varias partes del cuerpo, se pregunta al paciente en que parte se estimulado y con qué intensidad.</p> <p>*Se le dan al paciente dos objetos de igual forma, tamaño y diferente peso.</p>	<p>Sensibilidad es la percepción de estímulos originados en el propio individuo o en el entorno, implica la capacidad de la corteza cerebral de reaccionar a las señales aportadas por las vías conductoras centrípetas con un proceso de excitación que marcha paralelamente con un proceso psíquico.</p> <p>La sensibilidad general comprende las sensaciones de los nervios sensitivos , en oposición a la especial o sensorial , que parte de los órganos de los sentidos.</p>

⁵⁰ Chemes de Fuentes Carmen. La enfermera y la valoración de los signos vitales. Argentina 2008.

<p>Valorar fuerza muscular a través del examen manual muscular y la escala de Daniels.</p> <p>*Mantener y mejorar rango de arcos de movimiento. *Mejorar la fuerza realización de actividades motoras. (ejercicios pasivos y activos). *Realización de sentadillas Se separan las piernas y se baja, flexionando la rodilla mientras se estiran los brazos hasta que la cadera queda a la altura de las rodillas.</p> <p>Mejorar la coordinación</p> <p>*Colocar un pie delante del otro, y caminar luego apoyando el talón primero y luego la punta del pie. *Bajar las manos y las rodillas, y mantenerse con un brazo y una pierna en el aire, en forma contraída.</p> <p>Mejorar la marcha y la estabilidad.</p> <p>*Caminar sobre los talones y la punta de los pies sobre una misma línea. *Levantarse de una silla sin ayuda de las manos y los brazos. *Mantenerse en equilibrio sentado sobre una pelota *Valorar la necesidad de medios auxiliares y enseñar su uso (bastón sencillo, de cuatro puntos de apoyo, andador, silla de ruedas, etc.)</p>	<p>La fuerza muscular es la expresión de la tensión muscular transmitida al hueso a través del tendón. Se puede medir con la resistencia máxima (RM) que se puede oponer a una contracción muscular. Se tiene que tener en cuenta: la distancia a la que ejerzo la resistencia y que la fuerza se ejerza siempre perpendicular al segmento. Extensibilidad del músculo: es la máxima elongación del músculo. Tenemos que posicionar correctamente cada una de las articulaciones que sobrepasa ese músculo. Tenemos que posicionar correctamente cada una de las articulaciones que sobrepasa ese músculo y extendemos la articulación.⁵¹</p>
<p>Pruebas de coordinación y marcha</p> <p>Coordinación:</p> <p>Índice-nariz: Se le pondrá al paciente un objeto enfrente de él, el cual el con su índice tocará su nariz y el objeto colocado. (Varias veces)</p> <p>Talón-rodilla: recostamos al paciente en decúbito supino con las piernas extendidas , el talón debe tocar la rodilla (extremidad opuesta) y deslizar a lo largo de la cresta tibial .(repetir cambiando las extremidades .</p>	<p>El tipo de marcha es un dato semiológico de primer orden en el diagnóstico diferencial de los trastornos neurológicos que afectan al sistema muscular tanto primaria como secundariamente. La marcha puede alterarse como consecuencia de disminución de la fuerza muscular, alteración de la coordinación entre agonistas y antagonistas, causas funcionales y combinaciones entre ellas.</p>

⁵¹ <http://www.elergonomista.com/fisioterapia/muscular.htm>

EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO						
INTERVENCIÓN	INDICADOR	FECHAS				
		18-12-14	30-01-15	27-02-15	26-03-15	28-04-15
Valoración de la sensibilidad superficial y profunda 0.- Si siente 1.- No siente 2.- Siente poco	Sensibilidad	2	2	0	0	0
Valoración de fuerza muscular Escala de Daniels: 0.- Ausencia de contracción 1., Contracción sin movimiento 2.- Movimiento completo pero sin oposición ni gravedad 3.- El movimiento puede vencer la acción a la gravedad 4.- Movimiento con resistencia parcial 5.- Movimiento con resistencia máxima	Fuerza muscular	3/5	3/5	3/5	4/5	4/5
Escala de TINETTI.	Marcha y Equilibrio	5/10	5/10	7/10	7/10	8/10
ANÁLISIS DE RESULTADOS						
T.P.M.D. La paciente refiere mejoría con las intervenciones realizadas, se ha apegado a las indicaciones y han mejorado sus AVD y está contenta.						

VIII. PLAN DE ALTA

NOMBRE: TPMD		REGISTRO:		FECHA NACIMIENTO: 16/06/1987	
SERVICIO: L.M.	<input type="checkbox"/>	EVC Y TCE	<input type="checkbox"/>	P.C.I	<input type="checkbox"/>
MALFORMACIONES: CONG. <input type="checkbox"/>					
Otro: Cirugía de Columna					
CUIDADOS DE LA PIEL		Si	No	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	
Lubricación diaria de la piel		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fomentar la independencia (autocuidado: baño, arreglo personal, vestido- desvestido, alimentación, traslados, etc.) en el paciente según sus capacidades residuales. Y continuar realizando sus terapias en casa.	
Cambios de posición mínimo cada 2 hrs.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Inspección diaria de la piel		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Curación de úlceras, herida quirúrgica y estomas según indicación medica		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Manejo de traqueotomía (aspiración de secreciones, terapia respiratoria)		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Acudir a retiro de puntos en la fecha señalada por su medico		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Llevar control de peso con nutriólogo	
Vigilar datos de (CNV) mala circulación de los miembros afectados: cambio de color, temperatura, hinchazón o dolor.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de auxiliares para la marcha previamente prescritos por su médico tratante (muletas, andador, muletas canadienses o silla de ruedas)	
Uso de cabestrillo según indicación médica.		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Uso de medias antitrombóticas según prescripción medica		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sedestación con flexión de cadera a 90°	
Uso de ropa adecuada		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Evitar cruzar las piernas	
Elevación de miembro afectado según indicación medica		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medición de glucosa capilar y presión arterial según indicación medica	
Uso de aparatos ortésico y prótesis vigilando que NO haya presencia de zonas de presión.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingesta de medicamentos según prescripción medica	
Cuidados a aparato de yeso y fibra de vidrio (no mojar, no introducir objetos, no pintar)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manejo de cavidad oral	
		GENERALIDADES			
		En caso necesario acudir al servicio de Urgencias para su atención antes de su cita programada o a un hospital general.			
Vigilar datos de infección en heridas (aumento de la temperatura local, enrojecimiento de la zona, dolor e hinchazón o salida de secreción fétida)		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Acudir a sus citas programadas con médico tratante.	
No aplicar sustancias o medicamentos NO prescritos por el médico.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A su egreso solicitar citas a los servicios de: RX, Laboratorio, terapias, imagen logia, interconsultas con otros especialistas, etc.	
Elevación en la silla de ruedas para liberar la presión de los glúteos		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

Aplicación de frío (Hielo) en el miembro afectado según indicación médica			Realizar trámite de egreso hospitalario con el servicio de trabajo social. A su egreso acudir con el personal de Enfermería para concluir el trámite de alta de su paciente (mostrar a enfermería su recibo de pago y firmar en la libreta de egresos)
Aplicación de calor en la región indicada por el médico cuidando de no quemar al paciente			Verificar antes de retirarse de la institución que su médico tratante le haya entregado toda su documentación (resumen médico, receta médica, y órdenes para realizarse sus estudios previos a su próxima cita, signos y síntomas de alarma etc.)
MANEJO DE VEJIGA E INTESTINO	Si	No	ESPECIFICACIONES
Realizar cateterismo vesical en los horarios indicados por su médico			
Realizar cambio de sonda Foley cuando lo indique su médico			
Registrar las características y volumen (cantidad) de orina diario.			
Realizar diariamente rutina de intestino (Masaje marco cólico, estimulación anal, pasajes al retrete, ingesta de líquidos, fibra y medicamentos prescritos por su médico), registrando características y volumen de las evacuaciones			
Monitoreo de rutina vesical e intestinal			
Manejo y cuidados a gastrostomía (posición del paciente, aseo, verificar la permeabilidad, etc.)			
Ingerir dieta prescrita por médico tratante o nutriólogo			Fecha de entrega:
Cambio de pañal cada que sea necesario y adecuado aseo de genitales			Nombre y firma de la enfermera:
			Nombre y Firma de paciente o familiar:

Plan de alta

El cuidado de todo paciente después de tener un déficit en el movimiento es de suma importancia para que su recuperación en el hogar sea favorable, las siguientes recomendaciones de enfermería proporcionan información importante al paciente y cuidador primario, para favorecer la continuidad de los cuidados en casa, favorecer la independencia y reincorporación a las actividades de la vida diaria.

Por eso es importante llevar a cabo los siguientes cuidados en casa:

- ⊕ Lubricar bien la piel
- ⊕ Hacer cambios de posición cada 2 horas
- ⊕ Inspeccionarse la piel diariamente
- ⊕ Vigilar los datos de mala circulación, cambio de color, temperatura, hinchazón o dolor
- ⊕ Elevación de miembros inferiores
- ⊕ Usar ropa adecuada
- ⊕ No aplicar sustancias o medicamentos NO prescritos por el médico
- ⊕ Llevar el control de peso con el nutriólogo
- ⊕ Ingesta de medicamentos según prescripción médica
- ⊕ Aplicación de calor en la región indicada, cuidando de no quemarse (termoterapia)
- ⊕ Realizar sus ejercicios de calentamiento y fortalecimiento
- ⊕ Realizar higiene de columna
- ⊕ Realizar las técnicas de relajación, acompañadas con aromaterapia y musicoterapia
- ⊕ Realizar el masaje terapéutico en la región lumbar
- ⊕ Ejercicios de Williams y Mckenzie
- ⊕ Ir al doctor en caso necesario

CONCLUSIONES

El presente trabajo tuvo como objetivo de elaborar un estudio de caso utilizando el Modelo de Dorothea Orem a una persona con diagnóstico de lumbalgia, realizando una evaluación integral aplicando una valoración del Déficit del autocuidado, realizando diagnósticos de enfermería basándose en la exploración física, donde se detectaron los déficits del paciente, así mismo se implementó un plan de cuidados de enfermería especializada , jerarquizando intervenciones que le permitan al paciente una mejoría , tanto en su salud como en las actividades de la vida diaria.

Es importante mencionar que después de hacer una revisión bibliográfica se encontró que el síndrome doloroso lumbar es la primera causa de consulta en el servicio de Rehabilitación, se considera un problema de salud en las sociedades industrializadas; las prevalencias a lo largo de la vida varían del 12% al 35%, la mayoría de estas lesiones se diagnostica, como desgarros y distensiones, con una incidencia media de 0,75 por 100 trabajadores. Es la causa más frecuente de incapacidad transitoria en personas de más de 45 años, aproximadamente 80% de la población padece, al menos, un episodio de dolor lumbar en el transcurso de su vida, dos de cada tres pacientes se recuperan en un período de tiempo inferior a un mes y aproximadamente un 5% sufre molestias persistentes por más de 6 meses.

El tratamiento de esta patología involucra varios aspectos, que se mencionan en este estudio de caso, que van desde un tratamiento conservador a través de ejercicios de rehabilitación, hasta la complejidad de una intervención quirúrgica con la finalidad de ayudar a disminuir el dolor que provoca la limitación física.

Por tal motivo es importante mencionar que la enfermera especialista en rehabilitación juega un papel muy importante para prevenir y mejorar la calidad de vida del paciente, dando los cuidados y ejercicios terapéuticos específicos para minimizar las molestias que se presenten sin olvidar que el seguimiento de los mismos en el hogar es fundamental para una pronta mejoría.

BIBLIOGRAFÍA

- ⊕ Alcántara Serafina, Hernández Miguel Ángel. Fundamentos de fisioterapia. España. Pág. 90.
- ⊕ Chemes de Fuentes Carmen. La enfermera y la valoración de los signos vitales. Argentina 2008.
- ⊕ Chóliz Montañés Mariano. Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración. Facultad de Psicología Universidad de Valencia.
- ⊕ Comisión Interinstitucional de enfermería. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. www.ssa.gob.mx. México, D.F. diciembre, 2001.

- ⊕ Cuidados de enfermería en la aplicación de calor y frío. Capítulo 11.
- ⊕ Dra. Gloria Aurora Galindo Torres, Dra. Alma Sofía Espinoza Salido. Programas de ejercicio en lumbalgia mecano postural. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2009; 21: 11-19.
- ⊕ García Fernández, FP; Ibars Moncasi P; Martínez Cuervo F; Perdomo Pérez E; Rodríguez. Palma M; Rueda López J; Soldevilla Ágreda, JJ; Verdú Soriano J. Incontinencia y Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid. 2006.

- ⊕ García Hernández María de Lourdes. Cárdenas Becerril Lucila. Arana Gómez Beatriz. Monroy Rojas Araceli. Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermeros en México - la reconstrucción del camino. Revista Enferm 2009 abril-jun; 13(2). 287-296.
- ⊕ González Sánchez Jesús. Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. Med Segur Trab (Internet) 2011; 57 (222) 15-22
- ⊕ Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid, comunidad de Madrid; 2008. Nº 2006/10.
- ⊕ Guías diagnósticas de medicina física y rehabilitación. Lumbalgia y lumbociática.
- ⊕ José Ángel García Delgado, Greta Valdés Lara, Jacqueline del Carmen Martínez Torres, Isis Pedroso Morales. Epidemiología del dolor de espalda bajo. Invest Medicoquir. 2014(enero-junio);6(1):112-25. ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162
- ⊕ José Ángel García Delgado, Greta Valdés Lara, Jacqueline del Carmen Martínez Torres, Isis Pedroso Morales. Epidemiología del dolor de espalda bajo. Invest Medicoquir. 2014(enero-junio);6(1):112-25. ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162

- ⊕ Maurad Leona. Ortopedia. 1994. España. Pág. 70
- ⊕ Mesa Fernández E, Conde Anguita, MA, Moral Jiménez J. Protocolo de valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad de cuidados de enfermería. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010. Nº 43, Noviembre – diciembre 09.
- ⊕ Mesa Fernández E, Conde Anguita, MA, Moral Jiménez J. Protocolo de valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad de cuidados de enfermería. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010. Nº 43, Noviembre – diciembre 09.
- ⊕ Pérez Guisado, J. (2006) Lumbalgia y ejercicio físico. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 6 (24) pp. 230-247. Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte – vol. 6 - número 24 - diciembre 2006 - ISSN: 1577-0354. <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista24/artlumbalgia37.htm>
- ⊕ Poch Blasco Serafina. Importancia de la musicoterapia en el área Emocional del ser humano. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, nº 42, diciembre 2001, pp. 91-113
- ⊕ Poch Blasco Serafina. Importancia de la musicoterapia en el área Emocional del ser humano. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, nº 42, diciembre 2001, pp. 91-113
- ⊕ Ripol Muñoz Ma. Elena. La tarea de cuidar higiene postural, movilización y transferencias.
- ⊕ S/A. Fundamentación teórica. Modelo Orem. Pág. 1-16

- ⊕ Sierra Alcázar Héctor B. Manual de aromaterapia. Monterrey 2010.

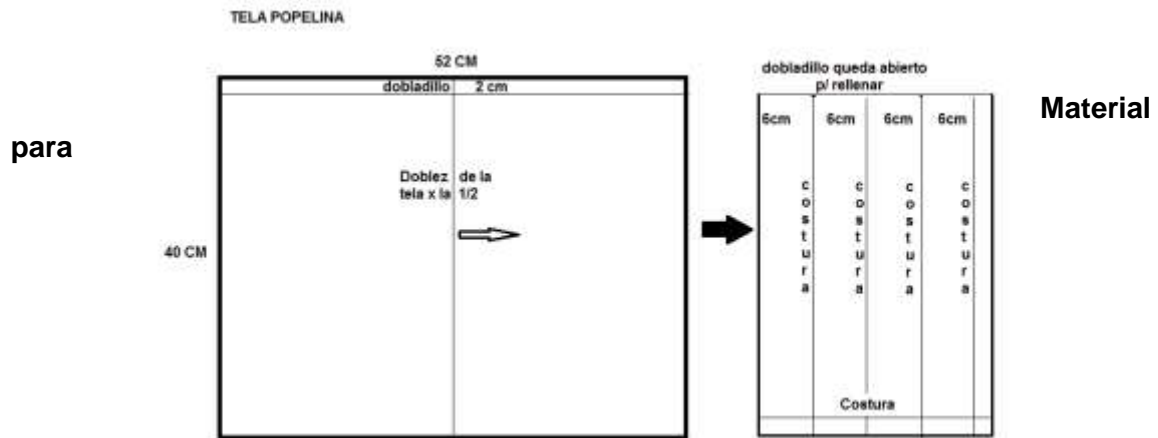
- ⊕ Torres-Salinas Yeni. Ejercicios de Williams y Mckenzie con preferencia direccional en pacientes con lumbalgia con medición del arco de movimiento lumbar y dolor. México 2007. 61 (1). Enero-febrero. Pag.25.
- ⊕ Victoria Eugenia Cabal E. Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de Enfermería • Volumen 6 Año 6 • Págs. 73-81
- ⊕ Wilfredo Quezada. Universidad Don Bosco Facultad de Ingeniería Escuela de Ingeniería Biomédica. Anatomía y Fisiología Humana.
- ⊕ Yeni Torres-Salinas. Ejercicios de Williams y Mckenzie con preferencia direccional en pacientes con lumbalgia con medición del arco de movimiento lumbar y dolor. Escuela Militar de Graduados de Sanidad. Hospital Central Militar. Ciudad de México.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Oct-Nov	Dic-Ene	Feb-Marzo	Abr-Mayo	Jun-Jul
Elección del paciente					
Presentación del caso					
Primera Valoración					
Segunda visita, enseñanza de ejercicios.					
Entrega de higiene de columna, ejercicios de Williams y Mckenzi					
Tercera Visita					
Valoración de ejercicios que se han enseñado.					
Cuarta Visita, se realiza valoración goniometría					
Se suspenden vistas por vacaciones de la paciente					
Quinta visita se realiza valoración completa					
Sexta visita se entregan carteles de técnicas de relajación, aromaterapia y ejercicios diafragmáticos.					
Entrega del plan de alta					
Entrega de estudio de caso completo					

Material prácticas



elaboración de compresas aromáticas

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

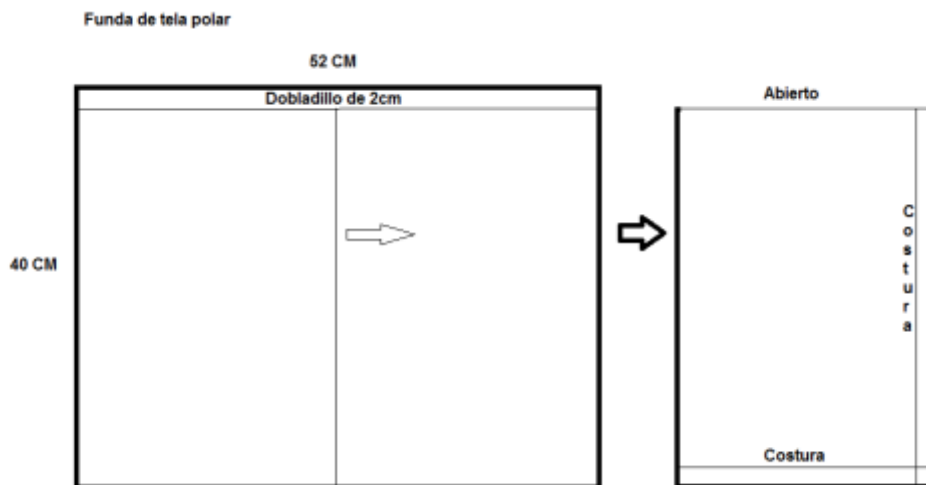
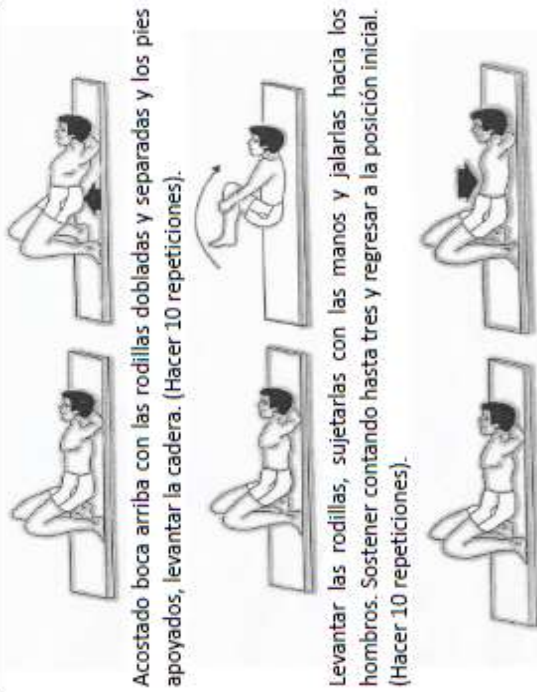


FIG. 1

EJERCICIOS DE WILLIAMS

Ejercicios de flexión para el tratamiento del síndrome doloroso lumbar pélvico.



Acostado boca arriba con las rodillas dobladas y separadas y los pies apoyados, levantar la cadera. (Hacer 10 repeticiones).

Levantar las rodillas, sujetarlas con las manos y jalarlas hacia los hombros. Sostener contando hasta tres y regresar a la posición inicial. (Hacer 10 repeticiones).

Apretar el abdomen y los glúteos al mismo tiempo, de manera que la columna se "pegue" a la colchoneta. (Hacer 10 repeticiones).

Con la pierna izquierda doblada y la derecha extendida, levantar la pierna derecha sin doblar la rodilla y con el pie a 90 grados. (Hacer 10 repeticiones).

Estos ejercicios es recomendable hacerlo dos o tres veces al días

PROGRAMA DE HIGIENE DE COLUMNA

1. Para levantar algo del suelo o abrochar sus zapatos, deberá doblar las piernas, no hacerlo con las piernas estiradas.
2. En caso de tener que cargar dos objetos pesados, trate de igualar el peso entre los objetos, para una mejor distribución de las cargas.
3. El tacón de los zapatos no debe ser mayor de 2.5cms.
4. Si está sentado y tiene que tomar un objeto que está a su lado o atrás, evitar rotarse, debe voltearse con todo y silla.
5. Evite deportes de contacto o que requieran gran cantidad de movimientos del tronco, como el fútbol, tenis, etc.
6. No debe correr ni trotar, en estos casos es aconsejable caminar y nadar.
7. Colocar los objetos de uso más frecuente a la altura de sus brazos, en caso de estar más arriba, colocar un banco, para no estirarse.
8. Evite la obesidad, acuda al servicio de nutrición de su clínica que le corresponda.
9. Evitar las preocupaciones y las angustias en lo posible.
10. Recuerde que realizar todas estas medidas, está ayudando a proteger su columna de esfuerzos innecesarios.
11. En caso de alguna duda consulte a su médico.

EJERCICIOS RESPIRATORIOS:

Estos ejercicios ayudan a mantener la capacidad pulmonar y la musculatura, es muy importante aprender a respirar bien, por lo que una buena respiración retrasa la sensación de fatiga durante la actividad física y ayuda a estar relajado.

NOTA: Se pueden realizar 3 sesiones de 10 a 15 repeticiones dependiendo de la tolerancia del paciente.

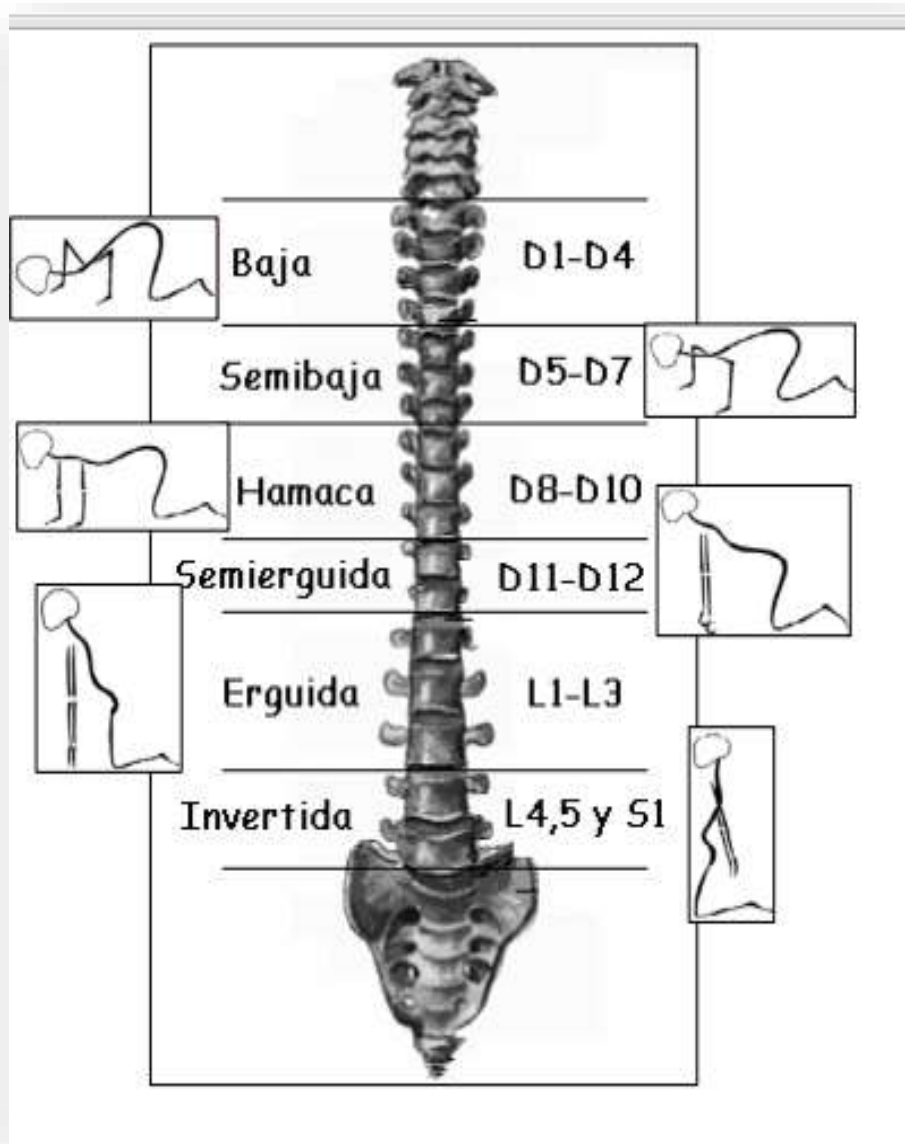




Ejercicios posturales

Estos ejercicios se entrenan la capacidad para mantener el equilibrio, mediante la realización de determinados desplazamientos o la adopción de ciertas posturas. Normalmente, y para evitar la inseguridad del niño, será necesario ayudarlo, sujetándole primero con la mano, luego con un dedo, y después, estando simplemente a su lado.

Por ello su método se basa en la colocación del paciente en posición de gateo y el desarrollo posterior de unos ejercicios específicos para su deformidad.



Así Klapp coloca al paciente a 4 patas (en posición de gateo) dejando la columna suspendida de 4 puntos de. Las posiciones de gateo son 4 que varían en función del segmento vertebral que queramos movilizar. A estas posiciones iniciales se asocian dos tipos de ejercicios, la deambulación y los estiramientos.

- ⊕ Posición en 4 puntos, realizamos un movimiento de extensión de cadera y rodilla.
- ⊕ Mantenemos la posición durante 10-15 segundos y luego volvemos a la posición de partida descansando otros 10-15 segundos.
- ⊕ Realizamos 10 repeticiones, al menos una vez al día.
- ⊕ Extensión del miembro inferior derecho y extensión del miembro inferior izquierdo.



- Posición en 4 puntos, realizamos un movimiento de elevación del brazo con el codo estirado.
- Mantenemos la posición durante 10-15 segundos y luego volvemos a la posición de partida descansando otros 10-15 segundos.
- Realizamos 10 repeticiones, al menos una vez al día
- Elevación del miembro superior derecho y elevación del miembro superior izquierdo

- ⊕ Posición en 4 puntos, realizamos un movimiento combinado de extensión del miembro inferior derecho y elevación del miembro superior.
- ⊕ Después un movimiento de extensión del miembro inferior izquierdo y elevación del miembro superior.
- ⊕ Extensión del miembro inferior derecho y extensión del miembro inferior izquierdo



Posición en 4 puntos, realizamos:

- Paso en ambladura: se efectúa simétricamente, desplazando hacia delante al mismo tiempo y alternativamente los miembros superiores e inferiores homólogos, para curvas dobles.

Realizado por estudiantes del posgrado de Enfermería en Rehabilitación:

L.E.: Josefina Arias Ruiz
 L.E.: Norma Emilia Mirafuentes Ramón
 L.E.: Polonia López Aguirre
 Coordinadora de Posgrado: LEO. Nohemí Ramírez Gutiérrez.
 Coordinadora de T.F de rehabilitación Pediátrica:
 L.T.F. Vania Elizabeth Díaz Guerrero