



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**ESTUDIO DE CASO:  
A PERSONA CON SÍNDROME DE SALIDA TORÁCICA  
IZQUIERDA EMPLEANDO LA TEORÍA DE OREM**

Que para obtener el título de  
**Enfermera Especialista en Rehabilitación**

**PRESENTA:**

L.E.O. Daniela Medina Quero

**ASESORADO POR:**

E.E.R. Aaron Ortiz Hernández



CDMX, 2018.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



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

**ESTUDIO DE CASO:**  
**A PERSONA CON SÍNDROME DE SALIDA TORÁCICA**  
**IZQUIERDA EMPLEANDO LA TEORÍA DE OREM.**

**PRESENTA:**

L.E.O. Daniela Medina Quero

**ASESOR:**

E.E.R. Aaron Ortiz Hernández

## RECONOCIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, máxima casa de estudios, por brindarme la oportunidad de pertenecer a ella y continuar reforzando mi trayectoria profesional, para bienestar de las personas habitantes de este país.

Al Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, por ser mi segunda casa, la cual me ha visto crecer profesionalmente, por darme la facilidad de seguir adelante y por ser la sede de la especialización de Enfermería Especialista en Rehabilitación que permite me desarrolle en pro de las personas con discapacidades osteomusculares y/o neurológicas.

A mi coordinadora de especialidad la Enfermera Especialista en Rehabilitación Nohemí Ramírez Gutiérrez, por su apoyo y afecto en todo momento de esta trayectoria profesional, por su calidez y profesionalismo.

A mi asesor de estudio de caso el Enfermero Especialista en Rehabilitación Aaron Ortiz Hernández, por su apoyo y asesoría en todo momento.

A mis padres Julieta y Juan Ignacio por ser mi motor para seguir siempre adelante, por su confianza en mí. A mi esposo Juan Carlos por ser un gran apoyo en todos los sentidos, por creer en mi e impulsarme a ser siempre la mejor. Los amo.

## ÍNDICE

I.	Introducción.....	1
II.	Objetivos de Estudio de Caso .....	2
2.1	Objetivo General.....	2
2.2.	Objetivos específicos .....	2
III.	Fundamentación.....	3
3.1	Antecedentes .....	6
IV.	Marco Conceptual .....	9
4.1	Conceptualización de Enfermería.....	9
4.2	Paradigmas de Enfermería .....	9
4.3	Teoría de Enfermería.....	10
4.4	Proceso de Enfermería.....	13
V.	Metodología.....	14
5.1	Estrategia de Investigación. Estudio de caso.....	14
5.2	Selección de caso y fuentes de información .....	17
5.3	Consideraciones éticas.....	18
VI	Presentación del Caso.....	24
6.1	Descripción del Caso .....	24
6.2	Antecedentes Generales de la persona.....	24
7.1	Valoración .....	26
7.1	Valoración Focalizada.....	29
7.1.2	Jerarquización de problemas.....	33
7.2	Diagnósticos de Enfermería .....	34
7.3	Problemas Interdependientes:.....	35
7.4.	Planeación de los cuidados .....	35
7.4.1.	Objetivo de la persona.....	35
7.4.2.	Objetivo de Enfermería.....	35
7.4.3.	Intervenciones de Enfermería .....	36
7.5	Ejecución.....	48
7.5.1	Registro de Intervenciones .....	48
7.6	Evaluación.....	50

7.6.1. Evaluación de las respuestas de la persona.....	50
7.7.1 Jerarquización de problemas.....	59
7.8 Diagnóstico de Enfermería.....	61
7.9 Problemas Interdependientes.....	62
7.10 Planeación de Cuidados.....	62
7.10.1 Objetivo de la persona.....	62
7.10.2 Objetivo de Enfermería.....	62
7.10.3 Intervenciones de Enfermería .....	63
7.11 Segunda Evaluación .....	66
7.11.1 Evaluación de las respuestas de la persona .....	66
8. Plan De Alta .....	68
VIII. Conclusiones.....	72
IX. Sugerencias.....	73
Referencias Bibliográficas.....	74
Anexos .....	77

## I. INTRODUCCION

La Enfermería Basada en Evidencia, se refiere al proceso por el cual el profesional de enfermería toma decisiones clínicas; su objetivo es facilitar la inclusión y el uso de las mejores pruebas disponibles, sustentadas en la investigación, la experiencia clínica y las preferencias del paciente, en el contexto de los recursos disponibles. Por lo tanto, el uso y aplicación de la EBE en la construcción de un estudio de caso constituye un espacio de oportunidad para una práctica profesional que dé respuesta a las expectativas de las personas en la resolución de problemas de salud o de enfermedad.

El estudio de caso es un método de investigación de gran relevancia para el desarrollo de las ciencias humanas que implica un proceso de indagación caracterizado por el examen sistemático y en profundidad de casos de entidades sociales o entidades educativas únicas. Constituye un campo privilegiado para comprender en profundidad los fenómenos.

El presente trabajo está basado en la Teoría General del Autocuidado de Dorothea Orem y se centra en una persona con Síndrome de Salida Torácica izquierda de 39 años de edad, realizando intervenciones especializadas en rehabilitación a través de visitas domiciliarias de noviembre de 2017 a junio de 2018, dicha persona es captada en el Gimnasio terapéutico del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, previo de explicarle la metodología del estudio de caso y con firma de Consentimiento Informado para iniciar el mismo.

El Síndrome de Salida Torácica, constituye uno de los padecimientos más frecuentemente producidas en el ámbito laboral, prevaleciendo mucho más en mujeres que en hombres, siendo el porcentaje de tres a uno esta distribución se atribuye a la inclinación de la primera costilla, la orientación de la clavícula, los cambios posturales, las variaciones en la musculatura y a la distribución de la grasa que presenta la mujer respecto al hombre. Además, la mayoría son jóvenes con trabajos sedentarios, encontrándose rara vez los síntomas de la patología en mayores de 50 años. Presentando éste un efecto perjudicial sobre la postura, la fuerza muscular y la sensibilidad, lo cual puede agravar el problema anatómico.

Por lo tanto, es necesaria la intervención de enfermería especializada en rehabilitación, centrada en mejorar la calidad de vida de la persona, mejorar la fuerza, la postura y sensibilidad del miembro torácico afectado. Con la finalidad de que la persona pueda retomar sus actividades básica e instrumentales de la vida diaria, así como también, mejorar las relaciones sociales, con una serie de intervenciones específicas aplicadas durante las visitas domiciliarias y la enseñanza de las mismas para realizarse aún sin la presencia de profesional de enfermería en rehabilitación.

## II. Objetivos de Estudio de Caso

### 2.1 Objetivo General

Desarrollar un estudio de caso de atención de enfermería basado en la Teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem, a través de la implementación de intervenciones especializadas de enfermería en rehabilitación a una persona de 39 años con Síndrome de Salida Torácica.

### 2.2. Objetivos específicos

- ❖ Aplicar guía de valoración en domicilio basada en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.
- ❖ Realizar exploración física por aparatos y sistemas, empleando escalas y mediciones especializadas en rehabilitación.
- ❖ Obtener y jerarquizar diagnósticos de enfermería especializada en rehabilitación empleando el formato PES de acuerdo a cada requisito alterado.
- ❖ Ejecutar intervenciones de enfermería especializada en rehabilitación, acordes a cada diagnóstico de enfermería.
- ❖ Aplicar cuidados a la persona, enfocados a mejorar su calidad de vida y reintegrarlo a sus actividades de la vida diaria.

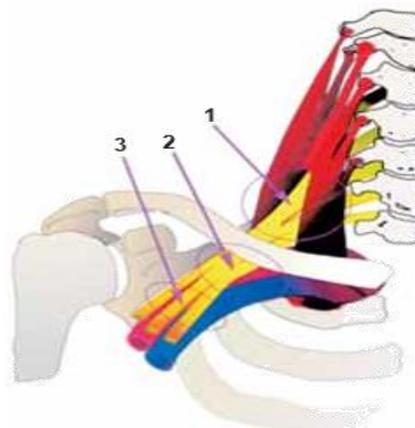
### III. Fundamentación.

#### Síndrome de salida torácica izquierda

El término salida torácica nombra al espacio virtual en forma de embudo que conduce las estructuras nerviosas y vasculares en su camino hacia la extremidad superior. Su amplia base la forman la emergencia interescalénica del Plexo Braquial y la apertura torácica superior, prolongándose su ápex hasta por debajo del músculo pectoral Menor. En tres puntos de este embudo, las estructuras vasculares o nerviosas pueden ser comprimidas y generarse un síndrome doloroso e incapacitante, nos hemos acostumbrado a usar este término etimológicamente inexacto, ya que la única estructura que verdaderamente sale del tórax es la arteria Subclavia. La vena Subclavia entra, y los tres troncos primarios de Plexo Braquial no emergen del opérculo torácico sino por el espacio interescalénico del cuello. Otra consideración inexacta es que el Síndrome de la Salida Torácica (SST) es una alteración vascular, ya que 98% de su semiología es por compresión de los tres troncos primarios del Plexo Braquial; 15% por compresión de la arteria Subclavia y 1.5% por compresión o trombosis de la vena correspondiente.

#### Consideraciones anatómicas y fisiopatológicas de la salida torácica

La emergencia de los troncos primarios del Plexo Braquial y la arteria Subclavia a través del espacio interescalénico puede estar afectada negativamente por la hipertrofia de éstos y por muchas variantes del desarrollo, como fascículos interpuestos entre los troncos, presencia de fascias o bridas constrictivas, manera de insertarse a la primera costilla, variaciones volumétricas del espacio. La compresión de la vena Subclavia está relacionada más medialmente con la mecánica del ángulo costoclavicular y las fascias de la apertura torácica superior. Más distalmente, se dan alteraciones congénitas o postraumáticas de la clavícula que disminuyen el espacio costoclavicular. A este nivel también se han descrito alteraciones del músculo subclavio, bridas entre la apófisis coracoides y la primera costilla. En muchos pacientes es posible evidenciar antecedentes claros de trauma repetitivo u ocasional sobre cuello, por efecto combinado de inflamación, fibrosis y espasmo muscular, se inicia el proceso en un paciente con la predisposición anatómica para hacer un SST.<sup>1</sup>



**Figura 1.** Sitios de compresión de las estructuras de la salida torácica. 1. Emergencia interescalénica de los troncos primarios del plexo braquial y arteria subclavia. 2. Cizallamiento costoclavicular. 3. Bajo el músculo pectoral menor.

<file:///C:/Users/User/Documents/SSTI%20BUENO.pdf>

#### Signos y síntomas

El espectro semiológico fundamentalmente es neuropático y no vascular y como tal, la estructuración de los signos y síntomas se consolida durante un periodo largo de tiempo, 2 y medio años promedio.

- La irradiación dolorosa típica de la Salida Torácica, conocida también como Neuralgia Cervicobraquial es el primero de sus síntomas cardinales y depende de la estructura nerviosa comprimida.
- Dolor lateral o posterior del cuello que puede irradiarse a cara y mandíbula.

<sup>1</sup> Anas Hussain Mohamad, et. al. Vascular Thoracic Outlet Syndrome. Division of Vascular Surgery, University of Toronto, Ontario Canada, 2016. Citado el [11-Nov-17] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.semtcvs.2015.10.008>

- Distalmente la irradiación es lateral en el brazo hasta el dorso de la mano. Cuando existe irradiación al codo, puede confundirse con un cuadro clínico de Epicondilitis.
- Cefalea occipital y dolor más anterior en cuello que se irradia por la cara medial del brazo hasta el borde cubital de la mano.
- Las parestesias y disestesias son de rigor, principalmente «hormigueo, sensación quemante, o piquetes».
- Sensación de tener la extremidad «helada, o que le corre hielo».
- Adormecimiento típicamente diurno al hacer actividades, pero también ocurre en la noche y puede progresar a hipoestesia más o menos fija en la punta de varios dedos.
- La falta de fuerza al desenvolverse en una actividad es típica en la Salida Torácica. Desde las etapas tempranas del proceso el paciente puede referir torpeza al realizar las actividades rutinarias con la mano afectada
- Atrofia muscular clásica en los casos de compresión nerviosa distal severa.
- Falta de fuerza ocupacional o al elevar los brazos es el segundo síntoma cardinal de la entidad. Desde muy temprano en su evolución el paciente identifica que sus síntomas se evocan al elevar los brazos sobre los hombros o su cabeza en actividades laborales o de la vida diaria. Muy comúnmente refiere dolor o que se le duerme la mano afectada al peinarse, lavarse el pelo o los dientes, cambiar un foco, viajar en transporte público, o incluso en rutinas tan sencillas como leer el periódico o manejar.
- La sensación de «no encontrar sosiego» con la extremidad afectada es muy común.

## Diagnóstico

- a) Una parte fundamental del diagnóstico es valorar la columna cervical. En pacientes con antecedentes traumáticos o de edad más avanzada se debe tener el criterio para dilucidar si los hallazgos (una columna con algunos cambios degenerativos, por ejemplo) explican la sintomatología del paciente.
- b) La Angio-TAC con maniobras evocativas indirectamente puede demostrar compresión al evidenciar defectos de llenado vascular
- c) Doppler bidireccional. Es un estudio de baja sensibilidad y especificidad, pero de fácil realización y costo.
- d) Pruebas evocativas.
  - ADSON-WRIGHT: Paciente sentado, examinador a su espalda. Se palpan las características del pulso radial en el lado examinado con la mano del paciente en declive. Se le pide que haga ABD de hombro a 90° en rotación externa de la extremidad con el codo extendido mientras registramos si hay cambios en el pulso. Es positiva cuando aparecen los síntomas causa de consulta en menos de un minuto (dolor y pérdida de fuerza en el hombro examinado).
  - ROOS: Paciente sentado, examinador a su espalda. Se le pide al paciente que eleve las extremidades extendidas con palmas al frente y le pedimos que abra y cierre las manos completamente una vez por segundo, se documenta el tiempo en que claudica, en una persona sana debe ser no mayor a 3 minutos.
  - HALSTEAD: Paciente erguido, examinador a su espalda. Se le pide que mantenga la posición militar con los brazos en aducción forzada a los costados. La prueba es positiva si evoca la sintomatología.

## Tratamiento

- Al menos 3 meses de Rehabilitación mientras se afianza el diagnóstico
- Relajantes musculares
- Relajación de la masa de Escalenos
- Deslizamiento del Plexo Braquial
- Ultrasonido, calor
- Fortalecimiento de musculatura interescapular
- AINES y ocasionalmente neuromoduladores
- Liberación quirúrgica amplia del plexo y los vasos subclavios en los tres niveles posibles de compresión.

## Rehabilitación.

Actualmente, el tratamiento por medio de procedimientos fisioterápicos aporta entre el 50 al 90% de éxito. Puesto que la postura inadecuada de la columna cervicodorsal y cintura escapular ostenta la responsabilidad de los síntomas, la alteración postural ocasiona que tanto el plexo braquial como los vasos subclavios se sitúen en una posición inapropiada, haciéndolos más vulnerables al roce o a la compresión de estructuras adyacentes. Este efecto que se produce, por ejemplo, cuando la musculatura cervicodorsal o de la cintura escapular se vuelve rígida o pierde su apoyo por alteraciones estructurales.

El tratamiento más aconsejado se lleva a cabo en tres fases:

### Fase I

Orientada a controlar la intensidad de los síntomas en especial el dolor. Para ello los medios empleados son:

- Evitar posturas nocivas.
- Evitar tareas que desencadenan el dolor.
- Relajación muscular.
- Respiración diafragmática.
- Frío sobre la musculatura dolorosa, lo que permite iniciar la desactivación de un punto gatillo.
- Tratamiento de los puntos gatillo mediante estiramiento.

### Fase II

Orientada al control de la sintomatología y la postura:

- Se incluyen ejercicios para modificar los fallos musculoesqueléticos que originan los síntomas.
- Se movilizan pasivamente los segmentos cervicales, las escápulas, la articulación escapulohumeral, esterno y acromioclaviculares
- Se fortalece la musculatura elevadora y desplazamiento anterior de la cintura escapular, así como la anterior y posterior de la región cervical mediante isométricos que rearmonicen el tono.

Ejercicios activos pendulares, efectuados en decúbito ventral y con el brazo fuera de la camilla, por favorecer la relajación de la musculatura<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Gómez-Conesa A. Fisioterapia en el síndrome de salida torácica de ámbito laboral. Departamento de Fisioterapia, Universidad de Murcia, Murcia. 2017. Citado el [11-Nov-17] Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/S0211563801730180\\_S300\\_es%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/S0211563801730180_S300_es%20(1).pdf)

### 3.1 Antecedentes

Se realizó búsqueda documental de acuerdo a la Enfermería Basada en Evidencia, del año 2012 al año 2017, utilizando el buscador “Google Académico” y las siguientes bases de datos; Centro de Información Documental (CID) del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, scielo, sciencedirect. Utilizando las palabras clave: “síndrome de salida torácica”, “and”, “rehabilitación” “and”, “enfermería”. De las cuales se obtuvieron alrededor de 325 artículos, recopilando los que aportaban datos que se acercaran más al objetivo del estudio de caso. Cabe mencionar que se encontraron muy pocos artículos referentes a las intervenciones de enfermería especializadas en rehabilitación.

#### **Fisioterapia en el síndrome de salida torácica de ámbito laboral.**

El conjunto de signos y síntomas agrupados que se producen como consecuencia de la compresión entre la primera costilla, clavícula y los músculos escalenos del paquete neurovascular formado por el plexo braquial y la arteria y venas subclavias da lugar al síndrome de salida torácica (Thoracic Outlet Syndrome [TOS]). El artículo está basado en mostrar un panorama tanto general como de rehabilitación del síndrome de salida torácica, nos explica desde la fisiopatología hasta las fases del tratamiento rehabilitador que tiene que llevarse, a pesar de no ser un artículo que esté directamente relacionado con la enfermería, sirve para fundamentar intervenciones especializadas de enfermería en rehabilitación.<sup>4</sup>

Factores estructurales implicados en la etiología del síndrome de salida torácica

Pueden detectarse tanto elementos óseos como tejidos blandos. En concreto:

- ❖ Presencia de costilla cervical. Aparece en el 1% de la población, siendo bilateral en el 80% de los casos.

El síndrome de salida torácica es una de las patologías más frecuentes producidas o exacerbadas en el ámbito laboral. La Fisioterapia, a través de una rigurosa exploración y un tratamiento por fases, adaptado al caso, ofrece resultados positivos en el control de los síntomas.

La higiene postural en el trabajo es necesaria para promover la salud del trabajador. Además de reducir los riesgos potenciales es necesario ofrecer información a los trabajadores y enseñarles a reconocer los riesgos y los factores que resultan estresantes. De esta forma se favorece que los propios empleados se responsabilicen de la prevención, evitando los microtraumatismos y las posturas inadecuadas que conducen al síndrome de salida torácica.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Gómez-Conesa A. Fisioterapia en el síndrome de salida torácica de ámbito laboral. Departamento de Fisioterapia, Universidad de Murcia, Murcia. 2017. Citado el [11-Nov-17] Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/S0211563801730180\\_S300\\_es%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/S0211563801730180_S300_es%20(1).pdf)

## **Plan de cuidados estandarizado proceso: lesiones plexo braquial adultos GRD 19: Trastornos de nervios craneales y periféricos. Unidad de Planes de Cuidado.**

El presente artículo nos habla sobre un plan de cuidados aplicado a una persona con lesión de plexo braquial o cervicobraquialgia, basado en la Teoría General del Autocuidado de Dorothea Orem, empleando el formato NIC-NOC-NANDA, haciendo primero énfasis en la fisiología y etiología de la patología, procediendo con desarrollar y explicar cada etapa del plan de cuidados de enfermería.

Criterios de aplicación del plan.

Este plan de cuidados estandarizados se aplicará a todos aquellos pacientes que ingresen en una unidad de hospitalización de Traumatología para una cirugía de lesiones del plexo braquial en el adulto. Objetivos Generales del Plan: \* Realizar un cuidado integral del paciente \* Registrar todas las actividades de enfermería \* Educar e implicar al paciente y familia sobre el proceso de su enfermedad y en los cuidados básicos \* Contribuir a la elaboración de una Guía de Cuidados al alta para paciente/familia, en vías de conseguir la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria.<sup>4</sup>

### **Tratamiento de la Cervicobraquialgia mediante terapia miofascial: a propósito de un caso. Trabajo Fin de Grado en Fisioterapia**

Este artículo nos menciona un estudio de caso basado a una persona diagnosticada con cervicobraquialgia, el periodo de seguimiento e intervención del caso clínico ha estado comprendido entre el 19 de Febrero de 2014 y el 26 de Abril de 2014.<sup>9</sup>

Los criterios de inclusión de nuestro caso clínico fueron:

- ❖ Estar diagnosticado de cervicobraquialgia.
- ❖ Dolor irradiado en miembro superior.
- ❖ Limitación en la movilidad del complejo articular del hombro, codo o muñeca.
- ❖ Limitación en sus actividades de la vida diaria.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Plan de cuidados estandarizado proceso: lesiones plexo braquial adultos GRD 19: Trastornos de nervios craneales y periféricos. Unidad de Planes de Cuidado. 2010[Internet]. Citado el [12-nov-17] Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/PLAN%20DE%20CUIDADOS%20lesio%CC%81nplexobraquial\\_2010\\_def.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/PLAN%20DE%20CUIDADOS%20lesio%CC%81nplexobraquial_2010_def.pdf)

<sup>5</sup> Viúdez Egea I. Tratamiento de la Cervicobraquialgia mediante terapia miofascial: a propósito de un caso. Trabajo Fin de Grado en Fisioterapia, Universidad de Almería, 2014. [Internet] Citado el [12-Nov-17] Disponible en: [http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3723/952\\_TFG%20PARA%20ENTREGAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3723/952_TFG%20PARA%20ENTREGAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## **Síndrome de salida torácica neurogénica. Revisión etiopatológica. Serie de casos. Instituto Nacional de Rehabilitación.**

El artículo nos habla de diferentes casos clínicos sobre personas diagnosticadas con síndrome de salida torácica, dentro del servicio de Cirugía de Mano y Microcirugía del Instituto Nacional de Rehabilitación.

### Comentarios de nuestra serie de pacientes

La serie es de 61 descompresiones (8 bilaterales) realizadas en 53 pacientes en los últimos 9 años y se hace una breve referencia a lo expuesto anteriormente. En la serie el SST tiene la misma demografía referida internacionalmente de 3 mujeres por 1 hombre.<sup>1-3,7</sup> Llama la atención que el factor fenotípico. Prueba de Halstead con el paciente erguido y el examinador a su espalda, se le pide que mantenga la posición militar con los brazos en aducción forzada a los costados.

Veinticinco por ciento había sido sometido sin éxito a una o varias cirugías descompresivas de nervio o tratamientos quirúrgicos de epicondilitis lateral y hombro doloroso, y contaban con un amplio bagaje de diagnósticos equivocados. Cien por ciento de los pacientes presentaban floridamente los tres síntomas cardinales descritos, con participaciones variables de cambios vasomotores (cambios de color, enrojecimiento, palidez, «venas saltadas», edema distal) y un caso de distonía. En los casos restantes, la compresión se consideró leve y susceptible al manejo rehabilitatorio, lo que efectivamente ha ocurrido hasta el momento.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Reynoso Campo R. Síndrome de salida torácica neurogénica. Revisión etiopatológica. Serie de casos. Instituto Nacional de Rehabilitación. Ciudad de México, 2012[Internet]. Citado el [11-Nov-17] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/orthotips>

## IV. Marco Conceptual

### 4.1 Conceptualización de Enfermería

El papel de la enfermería se ha visto sometido a muchos cambios desde sus inicios hasta la actualidad. Cambios que han ayudado a que la profesión crezca y a que se fundamente en un cuerpo de conocimientos propios.

En la actualidad, el papel de enfermería ha cambiado, ya no se encuentra supeditado a las indicaciones médicas para realizar intervenciones propias de enfermería, incluso se tiene la facultad de corregir al médico si en algún momento tiene algún error, con las bases suficientes para sustentar la intervención que sea realizada.

El cuidado es un concepto clave en la profesión de enfermería. Su significado y atribuciones han variado a lo largo del tiempo. Inicialmente el cuidado estuvo relacionado con la supervivencia de la especie y fuertemente asociada al sexo femenino.

Enfermería como profesión, se reconoce a partir de la figura de Florence Nightingale, quien resaltó la importancia de la formación de aquellas personas que proporcionaban cuidados. Posteriores aportaciones por parte de diferentes teóricos, así como la evidencia científica, han contribuido al desarrollo de un cuerpo de conocimientos propios que permiten a la enfermería consolidarse como una disciplina científica.

Sin embargo, los avances en esta ciencia continúan en aumento, con publicaciones, guías clínicas y estudios de caso de las diferentes especializaciones propias de la enfermería, todo esto con fundamentación de la Enfermería Basada en Evidencia.<sup>7</sup>

### 4.2 Paradigmas de Enfermería

El comienzo de la actividad del quehacer del cuidado está vinculado desde el mismo origen de la vida. En este sentido la evolución que ha tenido enfermería de pasar de un oficio o trabajo artesanal (cuidados basados en el espíritu de servicio), para pensar en el inicio de un pensamiento científico en su disciplina, no fue sencillo. De manera epistemológica un paradigma, es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macroestructura que es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos. Los paradigmas ofrecen un camino para la construcción de conocimientos y contribución al desarrollo de la ciencia. De acuerdo a las corrientes del pensamiento se conocen tres tipos de paradigmas:

#### **Paradigma de categorización (1850- 1950)**

Los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislados o manifestaciones simplificadas. Un cambio en un fenómeno, es consecuencia de condiciones anteriores. Los elementos y las manifestaciones conservan, entre sí, las relaciones lineales y causales. En el campo de la salud, este paradigma orienta

---

<sup>7</sup> Balaguer Madrid G. Evolución de la Enfermería y aparición de nuevos roles: Rol de la enfermera en cuidados paliativos. Trabajo de fin de grado. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Catalunya, 2014. Citado el [ 6-Dic-17] Disponible en: [http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/240338/Gloria\\_Balaguer\\_Madrid.pdf?sequence=1](http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/240338/Gloria_Balaguer_Madrid.pdf?sequence=1)

el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Estas manifestaciones pueden ser ordenadas, tienen entre sí secuencias definidas de aparición y de enlaces previsibles, ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera:

- ❖ Una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad
- ❖ Una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

### **Paradigma de Integración Paradigma de integración (1950-1975)**

Prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. El paradigma de la integración ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

### **Paradigma de la transformación (1975-siglo XX)**

El paradigma de la integración ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo de desequilibrio, la interacción de los fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción. Un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Es una unidad global e interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que le rodea, es la base de una apertura enfermera hacia el mundo.<sup>8</sup>

#### 4.3 Teoría de Enfermería

### **Teoría General de Dorothea Orem**

Para Orem la persona es un todo integral dinámico que funciona biológicamente, simbólicamente, y socialmente, con la facultad de utilizar las ideas, las palabras para pensar y reflexionar sobre su propio estado de salud y guiar sus esfuerzos a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

La teoría general de Autocuidado de Dorothea Orem está integrada por tres teorías:

- ❖ Teoría del Autocuidado
- ❖ Teoría del Déficit de Autocuidado
- ❖ Teoría de los sistemas de Enfermería

---

<sup>8</sup> Morán Peña L, et al. Paradigmas que subyacen en la investigación de enfermería. Antología. Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, 2015. [internet] Citado el [ 6. Dic-17] Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicaciones/ENEO-UNAMParadigmasInvestigacionEnfermeria/ENEO-UNAMParadigmasInvestigacionEnfermeria.pdf>

Orem define el concepto de Autocuidado como la conducta aprendida por el individuo dirigido hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar. Esta teoría tiene como supuesto que el autocuidado no es innato, esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y desarrollo del ser humano. A partir de esta teoría se articulan tres conceptos:

- ❖ **Agente de autocuidado:** se refiere a cualquier persona que cumple con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado.
- ❖ **Agente de autocuidado al dependiente:** es la persona externa que acepta proporcionar el cuidado a otra persona importante para él
- ❖ **Agente de autocuidado terapéutico:** la persona que da el cuidado es el personal de enfermería

La teoría sustenta que algunos factores condicionan de diversas maneras tanto las capacidades como las acciones de autocuidado (factores de condicionamiento básicos), estos se dividen en dos:

- ❖ **Modificables:** sistema familiar, educación formal, orientación sociocultural, disponibilidad de recursos, patrones de vida y estado de salud.
- ❖ **No modificables:** edad, sexo, estado de desarrollo.

Orem relaciona las actividades de autocuidado con los Requisitos que son aquellos que tienen por objeto promover las condiciones necesarias para la vida y maduración, y prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, estos requisitos se dividen en tres:

- ❖ **Requisitos Universales:** representan los comportamientos que por lo general se consideran dentro de los límites normales para los seres humanos.<sup>9</sup>
- ❖ **Requisitos de Desarrollo:** se refieren a las condiciones más específicas y particulares que garantizan el crecimiento y el desarrollo normal de la persona desde la concepción a la vejez, que a su vez se subdividen en tres grupos: provisión de condiciones que promueven el desarrollo, requisitos orientados al compromiso del crecimiento y requisitos para la prevención de condiciones humanas y situaciones de vida que puedan afectar adversamente el desarrollo humano.
- ❖ **Requisitos de Desviación de la Salud:** son los que existen para las personas que están enfermas o lesionadas, incluyendo los defectos y las discapacidades.

### Requisitos de Autocuidado

Universales	De desarrollo	De desviación de la salud
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos	A Soporte y promoción de los procesos vitales incluyendo: embarazo, nacimientos, neonatos,	Asistencia médica segura Atención a los resultados del estado patológico
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo y entre la soledad e interacción social	lactancia, infancia, adolescencia y edad adulta	Utilización de terapia médica para prevenir o tratar la patología.

<sup>9</sup> Vega Angarita O. "Teoría del Déficit de Autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales". Universidad Francisco de Paula, Santander, 2015. Citado el [7.Dic-17]. Disponible en: <file:///C:/Users/User/Documents/ejemplo%20de%20estudio%20de%20caso.pdf>

Provisión de cuidados asociados a la eliminación de peligros para la vida.	B Proporcionar cuidados en privación educativa, desadaptación social, pérdida de familia, amigos, posesiones y seguridad, cambio de ambiente, condiciones de vida y enfermedad terminal.	Atención a los efectos molestos de la terapia médica.
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo con el potencial, limitaciones y normalidad.		Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario Aprender a vivir con la patología

Elaborado por: LEO. Daniela Medina Quero.

La teoría del Déficit de autocuidado considerada por Orem como el núcleo central del modelo, plantea la relación de la capacidad de acción de la persona para generar su propio autocuidado y las demandas de cuidado terapéutico o acciones necesarias para cubrir los requerimientos. Cuando la capacidad de la persona no es adecuada para afrontar la demanda surge el déficit de autocuidado.

De la anterior teoría surge la teoría de los Sistemas de Enfermería que se refiere a la secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a su autocuidado. Según la capacidad y la voluntad de las personas se orientan en sistemas de enfermería definidos como:<sup>10</sup>

La teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem funge como uno de los pilares principales del presente estudio de caso llevando a cabo intervenciones especializadas de enfermería en Rehabilitación.<sup>11</sup>

Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	De apoyo a la educación
Realiza el autocuidado	Realiza algunas de las medidas de autocuidado por la persona.	Realiza en cuidado terapéutico de la persona
Regula el ejercicio y desarrollo de la acción del autocuidado.	Compensa las limitaciones de la persona para realizar su autocuidado	Compensa la capacidad de la persona para realizar su autocuidado
	Ayuda a la persona en lo que necesite	Apoya y protege a la persona
Hacer por el otro	Hacer con el otro	Dejar hacer al otro

Elaborado por: LEO. Daniela Medina Quero

<sup>10</sup> (Ibídem p. 8)

<sup>11</sup> (Ibídem p. 8)

#### 4.4 Proceso de Enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- ❖ Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- ❖ Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- ❖ Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- ❖ Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- ❖ Identificar las necesidades reales y potenciales de la persona, familia y comunidad.
- ❖ Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- ❖ Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Características del P.A.E.

Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.

- ❖ Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- ❖ Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- ❖ Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- ❖ Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- ❖ Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> El proceso de Atención de Enfermería. Material complementario. Enfermería Comunitaria. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México 2013. Citado el [8-Dic-17]. Disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>

## V. Metodología

### 5.1 Estrategia de Investigación. Estudio de caso

Los estudios de caso son un útil modelo de investigación para recabar información en contextos de la vida real. Este tipo de investigación se puede aplicar a situaciones que hayan tenido lugar o emplearse a medida que se vayan desarrollando las mismas. Los estudios de caso, cuando han sido elaborados cuidadosamente, pueden contribuir a materializar cambios significativos en los ámbitos de la salud y de la práctica. La metodología del estudio de caso describe un proceso genérico dividido en cinco pasos, que puede ser aplicado a distintos estudios.

- ❖ Paso 1: Iniciación del trabajo
- ❖ Paso 2: Preparación para la visita
- ❖ Paso 3: Realización de la visita
- ❖ Paso 4: Confección del estudio
- ❖ Paso 5: Difusión del trabajo

#### Paso 1: Iniciación del trabajo

1.1 Entender los objetivos: Es fundamental conocer a quién va destinado y cómo va a ser empleado. Si se comienza teniendo su finalidad en mente, se garantizará que el estudio esté bien enfocado y aborde por completo todos los requerimientos de su destinatario final.

Preguntas clave a formular:

- ❖ ¿Para quién es el estudio de caso?
- ❖ ¿Qué quieren saber y por qué?
- ❖ ¿Cómo va a emplearse la información?
- ❖ ¿Qué extensión y estilo deberá tener?

Selección de los casos Los casos a examinar deben ser seleccionados una vez que se hayan identificado las razones y sus destinatarios.

Los indicadores generales pueden incluir los siguientes aspectos:

- ❖ Zona geográfica
- ❖ Área temática
- ❖ Tamaño
- ❖ Cobertura y alcance
- ❖ Modo de intervenir
- ❖ Resultados e impacto

Selección de los investigadores: Cualquiera que sea la selección, el principio fundamental para todos los investigadores del estudio de caso es que sean receptivos para poder aprender de aquellos con los que estén trabajando.<sup>13</sup>

Esta actitud favorece el desarrollo de un proceso recíproco de aprendizaje entre “el investigador” y “el investigado”. El trabajo de investigación requiere asimismo de una serie de conocimientos fundamentales, como son:

- ❖ Redactar
- ❖ Escuchar
- ❖ Recopilar información
- ❖ Capacidad de análisis
- ❖ Capacidad de reflexión

1.2 Preparación de un marco general: Es importante que entre el investigador/es y las partes interesadas exista un entendimiento común sobre qué va a cubrir el estudio de caso y qué metodologías de recopilación y revisión de datos se ajustan mejor a cada persona o grupo.<sup>14</sup>

Paso 2: Preparación para la visita

2.1 Realización de una revisión documental: Se trata de un ejercicio de esquematización que ayudará al investigador a familiarizarse con el estudio, a través del cual se establecen cuáles son los principales elementos y carencias que deberán abordarse en las etapas posteriores. La revisión deberá ser lo más exhaustiva posible y apoyarse en fuentes tales como libros, artículos, encuestas, recursos en internet, así como en materiales no publicados puestos a disposición del investigador, tales como informes, evaluaciones, etc.<sup>14</sup>

2.2 Establecer relaciones con contactos clave el investigador debería contactar con los agentes locales clave para el estudio de caso.

2.3 Identificar consultores/apoyo sobre el terreno: Los consultores con conocimientos sobre el tema de la investigación pueden ser excelentes socios en el desarrollo de un estudio de caso. Los consultores locales pueden también abrir puertas y ayudar en la identificación de nuevos materiales y fuentes de información.

2.4 Preparación de la metodología de visita: La metodología de investigación para un estudio de caso exige una cuidadosa preparación. Para ello se pueden emplear una serie de métodos:<sup>14</sup>

- ❖ Cuestionarios y encuestas
- ❖ Entrevistas
- ❖ Revisión de la documentación
- ❖ Observación participante
- ❖ Grupos focales / talleres
- ❖ Historias de vida y testimonios

---

<sup>13</sup> Stott L, et al. Metodología para el desarrollo de estudios de caso. Centro de Innovación en tecnología para el desarrollo humano. Universidad Politécnica. Madrid, España. 2014. Citado el [8-Dic-17] disponible en: [http://www.itd.upm.es/wp-content/uploads/2014/06/metodologia\\_estudios\\_de\\_caso.pdf](http://www.itd.upm.es/wp-content/uploads/2014/06/metodologia_estudios_de_caso.pdf)

<sup>14</sup> (Ibídem p. 12)

- ❖ Audiovisuales Este documento se centra en cuatro métodos: entrevistas, grupos focales, historias de vida y audiovisuales.

Principios éticos: Cualquiera que sea la metodología elegida, todos los investigadores del estudio de caso deberán regirse en su trabajo por unos principios éticos, lo cual implica:

- ❖ Mantener los principios de forma coherente en el modo de llevar a cabo la investigación
- ❖ Respetar a los participantes
- ❖ Ser conscientes de las posibles consecuencias de la investigación
- ❖ Respetar la confidencialidad / anonimidad si se le solicita
- ❖ Verificar que las fuentes están de acuerdo con el modo en que se está empleando la información que hubieran facilitado.

2.5 Organización de horarios: Los investigadores del estudio de caso deben mantener un programa detallado de las entrevistas, con información sobre el lugar y datos de contacto de los entrevistados, en caso de que ocurriera algún problema que pudiera afectar a los planes previstos.

Paso 3: Realización de la visita

Paso 4: Confección del estudio

4.1 Triangular y sintetizar datos: En el estudio de caso esto conlleva volver a contrastar los datos de la investigación, obtenidos de primera mano sobre el terreno, con los de fuentes secundarias tales como una documentación más extensa, estadísticas y otros materiales. La revisión documental que se hizo anteriormente es muy útil en este momento, puesto que los resultados de la visita del estudio de caso pueden compararse esa revisión previa.

4.2 Redacción y revisión del estudio: Una vez que la información haya sido triangulada, el investigador del estudio de caso escribirá sus conclusiones

Paso 5: Difusión del trabajo

Además de la comunicación tradicional, las herramientas de que nos ofrecen las nuevas tecnologías se convierten en esenciales para poder difundir los trabajos académicos al público objetivo que hayamos determinado. Comunicar el proceso es igual de importante, hablamos de compartir públicamente nuestras dudas, ideas o soluciones que vamos encontrando en este proceso de investigación.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> (Ibídem p. 12)

## 5.2 Selección de caso y fuentes de información

Para realizarla me motiva a la selección del caso de una persona con diagnóstico médico de Síndrome de Salida Torácica izquierda, captada en el gimnasio terapéutico de la torre de Rehabilitación del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, el día 17 de Octubre de 2017. Decido captar a la persona ya que durante mi rotación en prácticas clínicas en el servicio antes mencionado tuve la oportunidad de participar a lado de la Licenciada en Terapia Física en su tratamiento rehabilitatorio y es de esa manera como mediante una plática con la persona, explico y propongo la posibilidad de que sea participe del presente estudio de caso empelando la Teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem realizando intervenciones especializadas de Enfermería en Rehabilitación durante un periodo aproximado de 10 meses por medio de visitas domiciliarias y bajo previo consentimiento informado. **(ANEXO 19)**

### Fuentes de información

Se obtuvo la información de manera directa por medio de:

- ❖ Entrevista con la persona
- ❖ Entrevista con familiar (madre)

### Trascendencia

Dentro de la revisión bibliográfica, se encontraron artículos que permitieron fundamentar las consideraciones anatómicas y fisiológicas de la patología en cuestión. Solo se encontró un artículo referente a las intervenciones de enfermería en una persona con esa patología y un artículo referente a las intervenciones en Rehabilitación para el Síndrome de salida torácica.

### Magnitud

Esta patología constituye una de las más frecuentemente producidas en el ámbito laboral, prevaleciendo mucho más en mujeres que en hombres, siendo el porcentaje de tres a uno esta distribución se atribuye a la inclinación de la primera costilla, la orientación de la clavícula, los cambios posturales, las variaciones en la musculatura y a la distribución de la grasa que presenta la mujer respecto al hombre. Además, de estas mujeres, la mayoría son jóvenes con trabajos sedentarios, encontrándose rara vez los síntomas de la patología en mayores de 50 años. Algunos de los pacientes asocian este síndrome a un síndrome depresivo, presentando éste un efecto perjudicial sobre la postura, lo cual puede agravar el problema anatómico. En estos casos sería conveniente una valoración psicológica y en ocasiones la prescripción de antidepresivos por parte del facultativo. Algunos autores especifican la mejoría de pacientes con SST con estas medidas .Cabe destacar que hasta el momento no se cuenta con estadísticas relevantes para México. <sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> (Ibídem p. 3)

## Factibilidad

Se considera adecuada. La persona tiene la disposición de colaborar con la estudiante del posgrado de Enfermería en Rehabilitación, mostrando en todo momento excelente actitud y cooperación al realizar procedimientos propios de la valoración, así como también al realizar preguntas asociadas a la guía de valoración.

El trayecto hacia su domicilio es funcional por la cercanía que existe entre este y la sede de la Especialización de Enfermería en Rehabilitación, haciendo posible llevar a cabo las visitas domiciliarias una vez concluidas las actividades académicas, es decir, por la tarde. Existe hasta el momento excelente comunicación en cuanto a horarios y días, siempre con empatía y respetando actividades que tenga la persona.

Los resultados esperados en el cuidado de la persona son, mejorar arcos de movilidad, sensibilidad y fuerza de miembro torácico izquierdo, así como también higiene postural del hemicuerpo izquierdo y la reinserción lo más funcional posible a las actividades previas de la vida diaria, laboral y social, brindar seguridad y confianza para mejorar la calidad de vida de la persona. De igual manera hacer énfasis en la atención al cuidador primario identificando posibles datos de síndrome del cuidador con ayuda de instrumentos diagnósticos, que ayuden a proporcionar una mejora en la relación familiar.

## 5.3 Consideraciones éticas

### Ética en el ejercicio profesional de Enfermería

La necesidad de la ética, no sólo en la Enfermería, sino en todas las actividades humanas, reside en el hecho de que los individuos están dotados de conocimiento intelectual y de libre voluntad. Su importancia, por otro lado, estriba en el hecho de que los hombres tienen un fin último que alcanzar, y no todas las acciones dirigen a él.

La razón humana tiene una aptitud natural para conocer los principios supremos de la moralidad. A partir de estos principios, es posible deducir reglas morales más particulares, hasta alcanzar el nivel de las normas morales específicas, es decir, de las normas que mandan o prohíben tipos concretos de acciones humanas (por ejemplo, la norma que prohíbe el homicidio o la que ordena cumplir las promesas). Las normas morales específicas se van especializando cada vez más, en forma directamente proporcional a la especialización de los distintos campos de acción. Así, surgen normas morales específicas relativas a la actividad propia de los abogados y jueces, de los periodistas o de los profesionales de la salud. Estas normas no son algo completamente nuevo: más bien son una particularización de principios más generales, que se aplican ahora a los problemas de una determinada disciplina, ciencia o arte.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Torres Hernández Z. Introducción a la ética. Escuela Superior de Comercio y Administración, Unidad Casco de Santo Tomás. Instituto Politécnico Nacional. Editorial Grupo Patria, 1ª Edición. México, 2014 [Internet] Citado el [9-Dic-17] Disponible en: <http://www.editorialpatria.com.mx/pdf/files/9786074381481.pdf>

Principios fundamentales de la ética del cuidado enfermero

Primer principio: Respeto por la dignidad de la persona.

Segundo principio: Se debe respetar la vida humana como un bien básico.

Tercer principio: Se debe procurar la seguridad del paciente.

Cuarto principio: La excelencia en el cuidado enfermero exige una conjunción de prudencia y técnica.

### **Principios básicos de la Bioética**

La Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos, de los Estados Unidos, publicó el Belmont Report , en el cual se establecían los primeros parámetros federales específicos para la bioética de investigaciones y el Acta Nacional de Investigaciones en los Estados Unidos creó un sistema federal de comités institucionales para las investigaciones con sujetos humanos, denominando a estos comités Institutional Review Boards (IRBs) en inglés o a nivel internacional Institutional Ethics Committees. El Informe Belmont es un punto central en la historia de la ética de investigaciones con seres humanos, porque formuló la primera declaración de los principios que eventualmente se convirtieron en un marco estándar tanto de la ética de investigaciones como de la bioética clínica. Esta posición era desarrollada filosóficamente en el libro Principios de Ética Biomédica publicado en 1979 por Tom Beauchamp y James Childress.

Principio de No-maleficencia: Se encuentra la máxima *primum non nocere* (ante todo, no hacer daño al paciente) en las escrituras de Hipócrates, en varias formas. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana.

Principio de Beneficencia: Aunque el propósito de todo cuidado de salud es el bienestar de los seres humanos, a veces, la evaluación del tratamiento médico o de la investigación médica no es algo sencillo: los beneficios pueden ser obtenidos a menudo sólo con riesgos concomitantes y el tratamiento es cuestión del peso en cuanto a los beneficios esperados.

Principio de Autonomía: El derecho básico del individuo es el de elegir por sí mismo o sí misma el curso de su tratamiento médico o su participación en investigaciones médicas. La autonomía incluye dos aspectos: la libertad de la influencia controladora y la capacidad de acción intencional. El derecho de autonomía está establecido legalmente según las leyes y opiniones de los tribunales, los cuales conceden a la gente el derecho a tener toda la información que necesita para así dar, con conocimiento, su consentimiento informado.

Principio de Justicia: Hay opiniones distintas acerca de la pregunta de cuáles individuos tienen derecho a diferentes tipos de cuidado, pero en general los principios de la distribución equitativa deben aplicarse en todas las investigaciones científicas. Son relevantes a la justicia de investigaciones las diferencias en acceso al cuidado de la salud de los ricos y los pobres, discriminación con respecto a raza, etnicidad, género, etc., y la inclusión de poblaciones vulnerables, así como niños o individuos con trastornos mentales.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Miranda A, et al. El cuidado enfermero como problema ético: concepto y principios prácticos aplicados al acto de cuidado, Revista Brasileira de Enfermagem. Universidad de los Andes. Facultad de Derecho. Santiago de Chile, 2014. Citado el: [9-Dic-17] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0873.pdf>

## **Norma oficial mexicana nom-019-ssa3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.**

### Introducción.

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población. Por esta razón, es de suma importancia situar de forma clara y organizada, el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado, así como los que prestan sus servicios en forma independiente. Ya que en la medida en que cada integrante cumpla su labor, acorde a su formación académica, la calidad en los servicios de salud se verá favorecida y el usuario obtendrán mayores beneficios. La expedición de esta norma tiene como finalidad precisar atributos y responsabilidades que deberá cumplir el personal de enfermería, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

### Objetivo.

Establecer las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, así como para la prestación de dicho servicio que en forma independiente otorgan las personas físicas con base en su formación académica. 2. Campo de aplicación La presente norma es obligatoria en los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud en donde se presten servicios de enfermería, así como para las personas físicas que prestan dichos servicios en forma independiente.

De la prestación del servicio de enfermería, aspectos generales.

La prestación del servicio de enfermería se realizará en establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, así como los que otorgan servicios en forma independiente, según su preparación académica o calificación requerida y el grado de responsabilidad para la toma de decisiones, de acuerdo a lo establecido en el apartado 6 de esta norma.

En los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, así como, para los que prestan sus servicios de forma independiente, sólo se reconocerán los estudios de formación y capacitación en enfermería de las instituciones pertenecientes al Sistema Educativo Nacional y los documentos expedidos en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

Para la prestación de servicios de enfermería en los establecimientos para la atención médica y la prestación de servicios en forma independiente, se requiere que las constancias, certificados, títulos profesionales o diplomas hayan sido legalmente expedidos y, en su caso, registrados por las autoridades educativas competentes y los demás documentos mencionados en las disposiciones jurídicas aplicables, hayan sido expedidos en términos de las mismas, tal y como se ha descrito en el apartado de definiciones.

## **Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México.**

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 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.<sup>19</sup>

### **Consentimiento informado**

El consentimiento informado es un presupuesto y elemento integrante de la práctica médica que se construye con base en la *lex artis*, la ética y la norma. Constituye, por consiguiente, una exigencia para llevar a efecto la actividad médico – quirúrgica curativa. Estamos, por tanto, ante un acto clínico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad.

En el derecho sanitario mexicano el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación se refiere al consentimiento informado como “el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna”.

Así mismo, en la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (NOM-004-SSA3-2012) se define a las cartas de consentimiento informado como los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante las cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos, beneficios esperados para el paciente.<sup>20</sup>

### **Carta de los derechos generales de los y las pacientes**

---

<sup>19</sup> (Ibídem p. 19)

<sup>20</sup> Consentimiento Válidamente Informado. Consejo Nacional de Arbitraje Médico. Secretaría de Salud. México, 2016. Citado el [10-Dic-17] Disponible en: [http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/pdf/cvi/libro\\_cvi2aEd.pdf](http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/pdf/cvi/libro_cvi2aEd.pdf)

1. **RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA** por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.
2. **RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO.** el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, pudor a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.
3. **RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ.** El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; que la información que se brinde sea oportuna, con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.
4. **DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN.** El paciente, en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.
5. **OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO.** El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico, incluyendo las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.
6. **SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD.** El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria: lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.
7. **CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN.** El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Carta de los derechos generales de los pacientes. Ley General de Salud. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México, 2012. Citado el [11-DIC-17] Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/comisiones\\_estatales/coesamed\\_navarit/publicaciones/pdf/carta\\_derechos.pdf](http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_navarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf)

8. **RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE URGENCIA.** Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones
9. **CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLÍNICO.** El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.
10. **SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA.** El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente, cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.<sup>22</sup>

### **Carta de Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros.**

1. Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
3. Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5. Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo. Independientemente del nivel jerárquico.
6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.
7. Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.
8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.
9. Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionales, sin discriminación alguna.
10. Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> (Ibídem p. 20)

<sup>23</sup> Carta de Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros. Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México. México. [En línea] Citado el [ 11- Dic-17] Disponible en: [http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/td\\_c\\_der\\_generales.html](http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/td_c_der_generales.html)

## VI Presentación del Caso

### 6.1 Descripción del Caso

### 6.2 Antecedentes Generales de la persona

Edad: 39 años

Género: Femenino

Domicilio: Viaducto Río de la Piedad, Delegación Cuauhtémoc.

Dx médico: Síndrome de salida torácica izquierda.

### **Descripción de padecimiento**

Persona captada en el Gimnasio terapéutico del área de Rehabilitación del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, con el diagnóstico antes mencionado, refiere haber iniciado con su padecimiento hace aproximadamente 2 años, no recuerda con exactitud la fecha. Refiere iniciar con parestesias en miembro torácico izquierdo, así como también pérdida de fuerza y sensibilidad de manera progresiva, lo notó principalmente durante el trayecto en el transporte público al no poder sostenerse de las barras para pasajeros, posterior a esto comenzó a sentir pesadez desde la región cervical hasta las falanges distales, adormecimiento y dolor intenso de tipo neuropático refiriéndolo con un valor de 8/10 de acuerdo a la Escala Visual Análoga del dolor, el cual se agudizaba por la noche y durante el día disminuía a un valor de 5/10 manteniéndose constante. Refiere antecedentes de ruptura de tendones en tobillo derecho hace 10 años.

Dado sus síntomas presentados decide acudir al centro de salud José María Rodríguez T-II, en donde usualmente valorada cuando tiene algún problema de salud, una vez ahí el médico familiar la refiere al INR, una vez en el Instituto es valorada por el servicio de Cirugía de la Mano y Microcirugía, en donde, después de RX, TAC, resonancia magnética y pruebas clínicas es confirmado el diagnóstico de Síndrome de Salida torácica izquierda, por lo cual los médicos deciden que el mejor tratamiento es de tipo quirúrgico, siendo así, se somete a una cirugía de liberación de plexo braquial hace 4 meses. Las siguientes 12 horas después de la cirugía no se ven mejorías importantes y la persona refiere fatiga y posee una importante disminución de la sensibilidad que empeoró con el procedimiento quirúrgico, posterior refiere haber sentido dificultad respiratoria, con una saturación de oxígeno en sangre de 87%, al estabilizarla se le realizan algunas pruebas diagnósticas, electromiografía, fluoroscopia, inspirimetría, rayos X, descartan una nueva lesión de plexo braquial. Posterior es dada de alta del servicio de cirugía de la mano y microcirugía, comienza con sesiones de terapia física, hasta el día de hoy lleva 20 sesiones y la fuerza ha mejorado de tener 0/5 en escala de Daniel's ahora cuenta con 3/5 de acuerdo a misma escala, en cuanto a sensibilidad cuenta con anestesia a nivel de C4-C5 e hipoestesia y alodinia a nivel de C6-C8. Refiere haber consultado a una especialista en Neumología de manera particular debido que se siente dificultad respiratoria importante al subir y bajar escaleras, cabe mencionar que para llegar a su departamento tiene que subir 35 escalones y a pesar de contar con descansos entre cada piso, se fatiga en exceso. Al ser valorada por

neumología se encuentra con lesión de nervio frénico. Al valorar Escala de Borg se obtienen resultados de disnea excesiva.

La persona lleva al pie de la letra el tratamiento rehabilitatorio en el INR y en casa, refiere haber tenido mejoría, sin embargo, aún no le es posible realizar todas las actividades de la vida diaria y eso le ocasiona tristeza y desesperanza, sin embargo, cuenta con la mejor disposición para trabajar en conjunto durante todo el año del estudio de caso.



## **Factores que localizan a la persona en su entorno**

### **Antecedentes Heredo Familiares:**

Madre con Hipertensión Arterial de 20 años de evolución la cual se encuentra controlada con medicamento (Enalapril 1 tab cada 12 hrs) y dieta baja en sodio.

Padre: Tabaquismo desde hace 40 años, a razón de 2 cajetillas de cigarros al día, actualmente no se encuentra viviendo con ella, (desde hace 10 años).

Tíos Maternos: Diabetes Mellitus Tipo II, controlada con medicamentos, Metformina con Glibenclamida antes de cada alimento e insulina de acción intermedia por la mañana y por la noche.

### **Antecedentes Personales Patológicos:**

Esguince Cervical hace dos años posteriores a accidente en transporte público en el trayecto de su domicilio a su centro de trabajo.

Ruptura de Ligamento de tobillo hace 10 años posterior a caída desde su centro de gravedad, con tratamiento conservador en un hospital del Gobierno de la Ciudad de México, cuyo nombre no fue proporcionado. Posterior, al acudir a revisión en Centro de Salud T-II José María Rodríguez y refiriendo aún sentir dolor intenso al apoyar tobillo, es referida al Instituto Nacional de Rehabilitación, donde es tratada con cirugía y actualmente continúa con sesiones de terapia física dos veces por semana.

Migraña de 15 años de evolución, la cual agudizó a partir del padecimiento actual y es controlada con medicamento (Ibuprofeno solo en caso de dolor intenso) y descanso.

Padecimiento actual: Síndrome de salida torácica izquierda y probable lesión de plexo braquial secundaria a trauma directo en región occipital, al caerle tapa de cisterna la cual está hecha de metal rígido con un peso aproximado de 20 kg, haciendo compresión de C3-C4-C5, hace 4 meses.

Actualmente, habita casa rentada que cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios, construcción de concreto que cuenta con tres habitaciones de las cuales una es utilizada como dormitorio, otra como cocina y comedor, otra como sala y un cuarto de baño. Las barreras arquitectónicas presentes en su domicilio son: está ubicado en un edificio de 5 niveles, encontrándose el departamento en último nivel, contado con 7 escalones y un descanso en cada nivel, los barandales de las escaleras son de metal y son seguros para su apoyo, los escalones son de mármol y no cuentan con barras antiderrapantes. Las puertas cuentan con el espacio suficiente para entrar y salir de las mismas.

La colonia en donde está ubicado el domicilio cuenta con servicios de salud, mercados, centros religiosos, farmacias y centros escolares, el problema que refiere la persona es en cuanto al drenaje en la zona.

#### Padecimiento Actual:

Refiere comenzar hace 4 meses, secundario a recibir traumatismo directo en región occipital al caer una tapa de metal rígido con un peso aproximado de 20 kg, ocasionando compresión de C3-C5. Posterior al golpe refirió no sentir molestias sino hasta una semana después al presentar cefalea intensa 8/10 de acuerdo a Escala Visual Análoga del Dolor, que no cedía con analgésicos, debilidad y parestesias en miembro torácico izquierdo al encontrarse en el transporte público y sostenerse de las barras, las molestias aumentaron paulatinamente llegando a generar insomnio. Posterior decide acudir a Instituto Nacional de Rehabilitación, en donde es valorada por los médicos de Cirugía de Mano y Microcirugía, quienes deciden someter a la persona a cirugía de liberación y exploración de plexo braquial, el 10 de julio de 2017. Efectuada sin complicaciones aparentes, dentro de las 12 hrs postquirúrgicas, presenta dificultad respiratoria con una saturación de oxígeno de 86%, cianosis peribucal, se coloca oxígeno suplementario por medio de puntas nasales a 5 lt x minutos hasta lograr estabilizarla. Ante la sospecha de posible re lesión de plexo braquial izquierda, se le realizan estudios de gabinete para diagnóstico tales como, fluoroscopia, electromiografía, rayos X, tomografía axial computarizada, espirometría, cabe mencionar que no se cuenta con tales estudios al momento de la valoración de la persona) posterior la persona recibe alta del servicio por mejoría. Tres semanas después inicia sesiones de terapia física en el INR, llevando hasta la fecha actual 42 sesiones de la misma, refiriendo la persona mejoría en cuanto a fuerza y sensibilidad.

## 7.1 Valoración Focalizada

REQUISITO DE AUTOCUIDADO	VALORACIÓN FOCALIZADA
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Se valora esfuerzo respiratorio a través de la Escala de Sadoul ( <b>ANEXO 1</b> ) y se obtiene resultado de Disnea excesiva, Grado 5 ante los mínimos esfuerzos. La persona fue fumadora pasiva durante 20 años aproximadamente. A la auscultación se escuchan estertores y sibilancias en pulmón izquierdo.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	Refiere tomar agua simple a razón de 2000 ml al día, también refiere tomar refresco de cola 1000 ml, cuatro veces por semana. No ingiere jugos o néctares por referir disgusto a los mismos. No presenta dificultad para beber.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	Se evaluó estado nutricional a través del Mini Nutritional Assessment MNA y se detectó un peso de 97 kg, estatura de 1.64 cm, índice de masa corporal de 36, cintura de 97 cm, considerándose según el MNA con Obesidad Grado II. Refiere realizar tres comidas al día con la mayoría de los alimentos básicos del plato del buen comer, aunque no en porciones adecuadas. Refiere además ingerir una porción de 100 grs. de palomitas de maíz naturales al día, cinco veces por semana. A raíz del padecimiento actual refiere sentir reflejo de saciedad aumentado. Cuenta con piezas dentales completas, con material de resina en segundo y tercer molares izquierdos. No presenta dificultad para deglutir ni masticar.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.	Refiere micciones espontáneas de 3 a 5 al día con características macroscópicas de la orina referidas como normales de acuerdo a Escala de Hidratación ( <b>ANEXO 2</b> ). En cuanto a evacuaciones intestinales refiere hacerlo 3 veces al día describiendo las evacuaciones tipo 4 de acuerdo a Escala de Bristol ( <b>ANEXO 3</b> ).
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Se aplicaron las siguientes escalas: Braden para riesgo de presentar lesiones por presión ( <b>ANEXO 4</b> ) en la cual obtuvo una puntuación de 20 considerándose riesgo mínimo, en cuanto a las actividades que realiza. Escala de Barthel ( <b>ANEXO 5</b> ), donde obtuvo una puntuación de 85

	<p>considerándose dependencia moderada para realizar AVD básicas a partir de su padecimiento actual. Escala de Lawton <b>(ANEXO 6)</b>, obteniendo una puntuación de 5 la cual se considera moderada dependencia para realizar AVD de tipo instrumental. Las escalas mencionadas se valoraron tomando en cuenta las funciones alteradas a partir del padecimiento actual.</p>
<p>6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana</p>	<p>La persona se muestra en todo momento cooperadora, la relación con su madre, quien es su cuidador primario, es adecuada. Se evalúa Escala de Zarit para valorar sobrecarga en el cuidador obteniendo una puntuación de 38 considerándose NO sobrecarga. <b>(ANEXO 20)</b>.</p> <p>Se evalúa grado de ansiedad de acuerdo a Escala de Hamilton <b>(ANEXO 7)</b> encontrando una puntuación de 8, considerándose ansiedad moderada, refiere sentir desesperación por no realizar como antes las AVD cotidianas.</p>
<p>7. Prevención de peligros para la vida y bienestar humano.</p>	<p>No presenta alteraciones visuales y/o auditivas. Se evalúa Escala de Dowton para riesgo de caídas <b>(ANEXO 8)</b> obteniendo una puntuación de 3 que se considera riesgo medio de caerse. Se evalúa Escala de Tinetti para valorar marcha y equilibrio <b>(ANEXO 9)</b> en donde obtiene una puntuación de 12, considerándose alto riesgo de caídas de acuerdo a los ítems establecidos en la misma.</p>
<p>8. Promoción del funcionamiento humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.</p>	<p>La persona expresa durante la valoración sus deseos por recobrar la fuerza y sensibilidad del miembro torácico izquierdo para realizar las AVD que hacía antes del accidente y así ayudar a su madre con la casa y recuperar el rol de protección que jugaba dentro de su núcleo familiar.</p>

Elaborado por: LEO. Daniela Medina Quero.

Exploración Física	Goniometría	Examen Manual Muscular
Valoración de Estado General	Extremidades Superiores	Extremidades superiores D/I
<p>Persona del género femenino de 39 años de edad, con un Glasgow de 15 puntos, orientada en sus tres esferas, tiempo, espacio y persona, valorado en primera instancia en posición semifowler y cuando la ocasión lo necesitaba en posición decúbito dorsal, en todo momento mostrando cooperación. Apariencia general de acuerdo a edad cronológica, adecuada coloración de tegumentos, mucosas orales hidratadas, estado general de la piel, considerado adecuado.</p> <p><b>Cráneo:</b> normocefálico, sin alteraciones aparentes, adecuada implantación de cabello, color castaño oscuro en cantidad y grosor normal, agudeza visual sin alteraciones aparentes, pupilas isocóricas, simétricas, no se observa alteración de sensibilidad en cara, con adecuada distinción de sabores, dulces, amarga, salada. Sin alteraciones para la deglución y/o alteración cognoscitiva para identificar el tipo de alimento ofrecido. Cuello normolineo, traquea desplazable, sin anomalías aparentes, pulso carotídeo palpable.</p> <p><b>Tórax:</b> simétrico, con movimientos de amplexión y amplexación presentes, no se escuchan estertores y/o sibilancias, campos pulmonares ventilados. Mamas simétricas acordes a edad y sexo, sin alteraciones aparentes.</p>	<p><b>MIEMBRO TORÁCICO IZQUIERDO.</b></p> <p><b>Escápula:</b> Sin Arcos de Movilidad presentes</p> <p><b>Hombro:</b> Sin Arcos de Movilidad Presentes.</p> <p><b>Codo:</b> Flexión: 135° Extensión: 25°</p> <p><b>Antebrazo:</b> Pronación: 60° Supinación: 70°</p> <p><b>Muñeca:</b> Flexión: 55° Extensión: 65° Desviación radial: 20° Desviación cubital: 35°</p> <p><b>Pulgar:</b> Abducción: 72° Aducción: 0° no es posible efectuarse. Oposición del pulgar: presente Flexión MTCF: 85° Extensión IF: 20° Flexión IF: 80°</p> <p><b>Dedo índice:</b> Extensión MCF: 25° Flexión IF distal: 89° Flexión IF proximal: 100° *Resto de metacarpianos sin compromiso.</p> <p style="text-align: center;">Postura</p> <p><i>Vista lateral:</i> desplazamiento posterior de cabeza, proyección de escápulas con predominio derecho por carga de peso en ese hemicuerpo, aumento de la curvatura dorsal (cifosis), lo que provoca prominencia del abdomen.</p> <p><i>Vista posterior:</i> desplazamiento anterior del cuerpo e inclinación de la</p>	<p>Elevadores de escapula: 5/1 Retractores de escapula: 5/1 Protactores de escápula: 5/1 Flexores de hombro: 5/1 Extensores de hombro: 5/1 Abductores de hombro: 5/1 Rotadores externos de hombro: 4/1 Rotadores internos de hombro 5/1 Flexores de codo: 5/2 Extensores de codo: 5/1 Supinadores de codo: 5/3 Extensor de muñeca: 5/4 Flexor de muñeca 5/4 Extensor común de los dedos: 5/4 Extensor propio del índice: 5/4 Flexor común de los dedos: 5/4</p> <p>Sensibilidad por dermatomas. <b>(ANEXO 10)</b></p> <p>Anestesia a nivel de C4-C5, alodinia a nivel de C6-C8</p>

<p><i>Extremidades superiores:</i> íntegras y simétricas, reflejos bicipital, tricipital, y estiloradial presentes y normales. Pulsos radiales y braquiales palpables. Miembro torácico izquierdo con hipoestesia a nivel de C4-C5, alodinia a nivel de C6-C8.</p> <p><i>Extremidades inferiores:</i> íntegras y simétricas, pulsos femoral y poplíteo palpables, reflejos normales, sin alteraciones aparentes. Genitales de acuerdo a edad y sexo.</p>	<p>cabeza hacia la derecha, se observa desnivel de hombro derecho por carga de peso y de esta manera compensar la bipedestación, la cual realiza sin dispositivos de apoyo.</p> <p><i>Vista anterior:</i> se observa elevación del hombro izquierdo en donde se centra el padecimiento actual.</p>	
<p>Signos Vitales</p>	<p>Marcha</p>	<p>Extremidades inferiores</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Temp: 36.5°C</li> <li>❖ T/A: 130/80</li> <li>❖ F.C. 72 lpm.</li> <li>❖ F.R. 18 rpm.</li> <li>❖ SPO<sub>2</sub> 92% en reposo</li> </ul>	<p>Claudica hacia la derecha para compensar la falta de fuerza en miembro torácico izquierdo.</p>	<p>Sin alteraciones en fuerza ni sensibilidad</p>

Elaborado por: LEO. Daniela Medina Quero.

## 7.1.2 Jerarquización de problemas

### 1.- Déficit en el aporte suficiente de aire:

Grado 5, disnea excesiva a los mínimos esfuerzos de acuerdo a Escala de Sadoul, Saturación de oxígeno de 88% después de subir escaleras.

### 2.- Disminución de la fuerza muscular de miembro torácico izquierdo

Daniel's en extensores, flexores, rotadores internos y externos de hombro 1/5.

### 3.- Alteración de la sensibilidad en miembro torácico izquierdo

De acuerdo a prueba de sensibilidad por dermatomas se encuentra, anestesia a nivel de C3-C5 y alodinia a nivel de C6-C8.

### 4.- Ausencia de arcos de movilidad en escápula y hombro izquierdos.

Al realizar examen de Goniometría se observa ausencia de arcos de movilidad por ausencia de sensibilidad.

### 5.- Alteración de la marcha y el equilibrio aumentado riesgo de caídas

Tinneti de 12 considerado riesgo alto para presentar caídas, marcha de tipo claudicante hacia la derecha que compensa carga de peso.

### 6.- Déficit en el requerimiento diario de aportes nutritivos:

Peso: 97 kg. IMC: 36. Cintura de 97 cm Cadera: 105 cm. Obesidad Grado II de acuerdo al Mini Nutritional Assessment MNA.

### 7.- Ansiedad:

De acuerdo a la Escala de Hamilton para medir nivel de ansiedad se obtuvo una puntuación de 8, considerándose un grado moderado de ansiedad.

## 7.2 Diagnósticos de Enfermería

- 1.- Bajo aporte de aire R/C lesión de nervio frénico M/P debilidad de los músculos respiratorios y disnea ante mínimos esfuerzos (Sadoul Grado 5)
- 2.- Deterioro de la fuerza muscular en miembro torácico izquierdo R/C lesión de plexo braquial izquierdo M/P contracción visible y palpable sin movimiento (Daniel's 1) de músculos elevadores, retractores, protactores, flexores, extensores, abductores, aductores de escápula, hombro, codo y muñeca.
- 3.- Alteración de la sensibilidad de miembro torácico izquierdo R/C lesión de plexo braquial izquierdo M/P anestesia a nivel de C3-C5 y alodinia a nivel de C5-C8 de acuerdo a valoración de sensibilidad por dermatomas e incapacidad para realizar AVD Barthel de 85.
- 4.- Deterioro de la movilidad articular de hombro y escápula izquierdos R/C compresión nerviosa distal en miembro torácico izquierdo M/P ausencia de arcos de movilidad de miembro torácico izquierdo.
- 5.- Riesgo de caída R/C desequilibrio estático y dinámico, Tinetti 7 puntos y carga de peso en hemicuerpo derecho.
- 6.- Deficiente aporte alimenticio R/C Obesidad Grado II de acuerdo a MNA M/P IMC de 36, alimentación inadecuada en porciones y requerimientos para edad y sexo.
- 7.- Ansiedad R/C secuelas del padecimiento actual y pérdida de rol familiar M/P puntuación de 8 en escala de Hamilton, expresión verbal de tristeza y labilidad emocional.

### 7.3 Problemas Interdependientes:

El desequilibrio de un aporte suficiente de alimentos será resuelto por el profesional de Enfermería Especialista en Rehabilitación con ayuda del personal especialista en Nutrición, pues debe elaborarse un plan nutricional de alimentación.

La ansiedad, será resuelta con ayuda del personal profesional en Psicología para ayudar a la persona a disminuir los niveles de ansiedad y afrontar la situación actual.

### 7.4. Planeación de los cuidados

#### 7.4.1. Objetivo de la persona

“Recuperar la sensibilidad y fuerza de mi brazo izquierdo, para realizar las actividades que antes podía hacer de manera independiente”

#### 7.4.2. Objetivo de Enfermería

Mejorar fuerza muscular, sensibilidad y lograr que se recuperen los arcos de movilidad con ayuda de ejercicios de terapia física y terapia ocupacional para recuperar la independencia de la persona y de esta manera poder reinsertarla a su vida laboral.



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



### 7.4.3. Intervenciones de Enfermería

**Requisito Alterado:** Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

<b>Diagnóstico:</b> Bajo aporte de aire R/C lesión de nervio frénico M/P debilidad de los músculos respiratorios y disnea ante mínimos esfuerzos (Sadoul Grado 5).			
<b>Objetivo de la persona:</b> “Eliminar la sensación de ahogo al subir las escaleras”			
<b>Objetivo de Enfermería:</b> Fortalecer músculos de la respiración a través de la enseñanza de uso de inspirómetro incentivo y ejercicios respiratorios y de higiene bronquial.			
Intervenciones de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Toma y medida de constantes vitales, haciendo énfasis en la saturación de oxígeno en sangre.</li> <li>2) Enseñanza de uso de inspirómetro incentivo</li> <li>3) Ejercicios para fortalecer musculatura respiratoria<sup>24</sup> <b>(ANEXO 14)</b></li> </ol>	<p>El conocimiento de las constantes permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico. Deben tomarse conjuntamente sin importar el orden en que se realice, se recomienda que, durante el tiempo asignado a la toma de temperatura, se realice simultáneamente la valoración del pulso y la respiración.<sup>25</sup>Las constantes vitales son: Temperatura, Pulso, Tensión Arterial, Frecuencia respiratoria, Saturación de oxígeno en sangre</p> <p>La espirometría incentivada y los ejercicios respiratorios están diseñados para imitar de forma natural los suspiros y bostezos, llevando al paciente a tomar respiraciones largas, lentas y profundas, disminuyendo la presión pleural, mejorando la expansión torácica y por ende el intercambio gaseoso. Cuando se realiza de forma regular se pueden prevenir o revertir las atelectasias. <b>(ANEXO 11).</b><sup>26</sup></p>	<p>Persona, familiar, enfermería</p>	<p>Parcialmente compensatorio</p>

<sup>24</sup> Caballero Riera LO, et al. Ejercicios para reeducar la respiración y fortalecer los músculos del abdomen y de la cavidad torácica, especialmente los que intervienen directamente en el proceso en el adulto mayor, a través de las actividad física, realizados por los círculos de abuelos de la comunidad 4. 2012. Citado el [12-Dic-17] Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd172/ejercicios-para-reeducar-la-respiracion-en-el-adulto-mayor.htm>

<sup>25</sup> Rosales Barrera S, et al. Fundamentos de Enfermería, ed. Manual Moderno. Tercera Edición, México 2004, pp 179-197.

<sup>26</sup> Pascual Peñaranda Judith, Fisioterapia respiratoria: Técnicas de higiene bronquial en el paciente EPOC. Trabajo de Fin de grado. Universidad de Valladolid, 2014. Citado el [12-Dic-17] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5779/1/TFG-O%20162.pdf>



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



**Requisito Alterado:** Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

<b>Diagnóstico de enfermería:</b> Deterioro de la fuerza muscular en miembro torácico izquierdo R/C lesión de plexo braquial izquierdo M/P contracción visible y palpable sin movimiento (Daniel's 1) de músculos elevadores, retractores, protactores, flexores, extensores, abductores, aductores de escápula, hombro, codo y muñeca.			
<b>Objetivo de la persona:</b> "Recuperar la fuerza para realizar actividades sin ayuda de mi familiar"			
<b>Objetivo de Enfermería:</b> Fortalecer músculos de escápula y hombro izquierdos con ayuda de ejercicios terapéuticos, con enseñanza a persona y familiar.			
Intervenciones de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Valorar sensibilidad y fuerza</li> <li>2) Termoterapia: Aplicación de compresas húmedo – calientes, en región escapular, hombro y antebrazo, durante 20 minutos, 1 vez al día con vigilancia estrecha de la piel.<sup>27</sup></li> <li>3) Ejercicios para fortalecer músculos de extremidad superior (ejercicios de Codman) <b>(ANEXO 15).</b></li> <li>4) Técnica de Rood par estimulación sensorial. <b>(ANEXO 16)</b></li> <li>5) Masaje terapéutico muscular. <b>(ANEXO 17)</b></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Valorar sensibilidad y fuerza dará la pauta para observar avances y retrocesos y de esta manera poder llevar a cabo las intervenciones siguientes.</li> <li>2) Es la aplicación de calor con fines terapéuticos mediante agentes térmicos. Los agentes térmicos son aquellas cuya temperatura es más elevada que la del cuerpo humano, es decir, superior a 36-37°.Las compresas húmedo calientes tienen el objetivo de brindar, relajación muscular y analgesia. El calor activa las reacciones químicas en los tejidos y aumenta el metabolismo actuando de una forma hemodinámica, al actuar de esta forma se produce una vasodilatación y por medio de ella, se produce una liberación de bradiginina que ayuda relaja la musculatura lisa de la pared de los vasos cercanos.<sup>28</sup></li> <li>3) Cualquier proceso traumático que precise inmovilización del miembro superior puede</li> </ol>	<p>Persona, familiar, Enfermería</p>	<p>Parcialmente compensatorio</p>

<sup>27</sup> Guerra JL. Manual de Fisioterapia. Ed. Manual Moderno, 2004: 176-178.

<sup>28</sup> Castillo Galindo JJ. Efectos de la aplicación de la termoterapia en modalidad de empaques y masaje para disminuir tensión muscular en el área cervical aplicada a docentes. Trabajo de fin de grado. Fac. Cienc. Sal. 2014 [Internet] [Citado el 13 dic 17] disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/01/Castillo-Yesica.pdf>



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



	<p>provocar rigidez articular y atrofia muscular, no sólo en la articulación lesionada, sino también en las de su proximidad. Un tratamiento funcional precoz puede prevenir estas eventualidades, así como minimizar las posibles secuelas<sup>29</sup></p> <p>4) El método desarrollado por Margaret Rood terapeuta ocupacional y fisioterapeuta americana que pensó que mediante un manejo adecuado de estímulos sensoriales se consigue una mejor respuesta muscular debida a una normalización del tono, por medio de una evocación controlada de respuestas motoras reflejas; estímulos basados en el desarrollo sensomotor y graduados para lograr una respuesta motriz refleja que nos lleve a un nivel mayor de control.<sup>30</sup></p> <p>5) El masaje terapéutico ayuda a descontracturar toda la cintura escapular y facilitar la movilización de músculos y articulaciones.<sup>31</sup></p>		
--	---	--	--

<sup>29</sup> Peiró MA, et al. Tratamiento rehabilitador de los procesos traumáticos del miembro torácico. Rev. Elec. [Internet] 2014 [Citado 13 dic 17]; 22(238). Disponible en: <http://www.santonjatrauma.es/wp-content/uploads/2014/11/Rehabilitaci%C3%B3n-del-Miembro-Superior.pdf>

<sup>30</sup> Reyes Juarez M. Técnicas de Rehabilitación neurológica. Cent. Rehab. Educ. Esp. 2014 [Citado 13 dic 17] Disponible en: <http://www.discapidadonline.com/wp-content/uploads/2013/09/Rehabilitacion-neurologica-manual-de-tecnicas.pdf>

<sup>31</sup> Fisomedic. El drenaje linfático manual. Esc. Slud. [Internet] 2013 [Citado el 14 dic 17] Disponible en: <https://aulademasaje.com/wp-content/uploads/2014/06/TEMARIO-MUESTRA-DL.pdf>



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



**Requisito Alterado:** Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> Alteración de la sensibilidad de miembro torácico izquierdo R/C lesión de plexo braquial izquierdo M/P anestesia a nivel de C3-C5 y alodinia a nivel de C5-C8 de acuerdo a valoración de sensibilidad por dermatomas, e incapacidad para realizar AVD Barthel de 85			
<b>Objetivo de la Persona:</b> "Recuperar la sensibilidad de mi brazo"			
<b>Objetivo de Enfermería:</b> Aumentar gradualmente la sensibilidad de extremidad superior izquierda por medio de estimulación sensorial y perceptiva.			
Intervenciones de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
1) Ejercicios de estimulación sensorio-perceptiva y motriz: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5 minutos de estimulación sensorial, terapia de texturas con el método Rood.</li> <li>✓ Estimulación profunda de la mano, con un palillo las prominencias hipotenares y tenares seguidos de los pulpejos.</li> <li>✓ Tratar de trocear una manzana, colocar el cubierto adaptado, la adaptación se realizará con un rollo de foam colocado en el mango del cubierto.</li> <li>✓ Para la actividad de beber, alcanzar la botella con ayuda de extremidad sana,</li> </ul>	1) El principal objetivo de la Terapia Ocupacional es capacitar a la persona para alcanzar un equilibrio en las ocupaciones, con el fin de que su vida sea satisfactoria y significativa, se dirige tanto a la persona como al entorno, entendiendo el entorno como los distintos ambientes donde se desenvuelve el individuo. La terapia ocupacional valorará las actividades motoras, perceptivas, cognitivas y sociales. <sup>32</sup>  2) Propiocepción a través del Método Kabat ( <b>ANEXO 18</b> ), permite fortalecer o promover las funciones motoras, voluntarias de la persona por medio de estímulos que facilitan las respuestas del sistema neuromuscular. Esta técnica permite inhibir los esquemas de movimiento patológico e influye en el tono muscular. <sup>33</sup>	Persona, familiar, enfermería	Parcialmente compensatorio

<sup>32</sup> Yarce Pinzón E, Camilo Pinza E, Pérez Zambrano J, Ortega Melo K. Intervención de Terapia Ocupacional en salud mental. Univ. Mar. [Internet] 2017 [Citado el 13 Dic 17]; 4(2) Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/1387-2819-1-PB.pdf>

<sup>33</sup> Clavel González AJ. Rehabilitación de miembro superior tras un ictus a través de entrenamiento de actividades de la vida diaria. TOG. Dialnet. [Internet] 2016 [Citado el 13 Dic 17]; 5(2) Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-RehabilitacionDeMiembroSuperiorTrasUnIctusATravesD-5789773%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-RehabilitacionDeMiembroSuperiorTrasUnIctusATravesD-5789773%20(1).pdf)



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



<p>2) Ejercicios para normalizar tono y propiocepción:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Paciente en sedestación, con los ojos cerrados, toca sus los dedos de sus manos y tiene que expresar que dedo está tocando.</li><li>✓ Percusión desde la escápula hasta las falanges.</li></ul>			
--	--	--	--



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



**Requisito Alterado:** Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> Deterioro de la movilidad articular del hombro y escápula izquierdos R/C compresión nerviosa distal en miembro torácico izquierdo M/P ausencia de arcos de movilidad de miembro torácico izquierdo			
<b>Objetivo de la persona:</b> "Mover mi brazo como antes lo hacía"			
<b>Objetivo de Enfermería:</b> Recuperar el arco de movilidad a través de cinesiterapia (Ejercicios de Codman)			
Intervenciones de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Crioterapia: aplicar compresa fría por 10 minutos, tres veces al día en los músculos periarticulares del hombro doloroso, con vigilancia estrecha de la piel.</li> <li>2) Cinesiterapia a través de los ejercicios de Codman. <b>(ANEXO 15)</b> Los cuales se realizarán dos veces al día en series de 5 durante 30 minutos. Es importante valorar los ejercicios que la persona puede realizar de acuerdo a su padecimiento</li> <li>3) Combinar las intervenciones mencionadas con Aromaterapia a través de velas aromáticas del aroma a elección de la persona, Musicoterapia con el género instrumental para relajación.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) El frío es un medio muy utilizado para el dolor en afecciones músculo esqueléticas, tanto en lesiones traumáticas recientes como en inflamación y contractura muscular.<sup>34</sup></li> <li>2) La cinesiterapia utiliza como elemento fundamental el movimiento. Comprende las distintas técnicas encaminadas a mejorar la movilidad articular por estiramiento capsulo ligamentoso y muscular</li> <li>3) Aromaterapia: es un método de medicina natural que tiene como fundamento el empleo controlado de aceites esenciales que están contenidos naturalmente en las plantas aromáticas y que se extraen de ellas por métodos precisos, para asegurar y conservar sus propiedades terapéuticas.<sup>35</sup>        Musicoterapia: es la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un Musicoterapeuta calificado, con un paciente o grupo, en un proceso destinado a facilitar y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas.<sup>36</sup></li> </ol>	<p>Persona, familiar, enfermería</p>	<p>Parcialmente Compnsatorio</p>

<sup>34</sup> Suárez Sanabria M, et al. Biomecánica y bases fisiológicas de los ejercicios de Codman. Revisión de tema. Rev. CES. Med. 2013 [Citado 13 Dic 17]; 27(2) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v27n2/v27n2a08.pdf>

<sup>35</sup> Instituto Mexicano de Aromaterapia S.C. Curso de aromaterapia básica. SEO-INDAUTOR. Pag 2.

<sup>36</sup> Snyder M. y Lindquist R. Terapias complementarias y alternativas en Enfermería. Aromaterapia. Editorial Manual Moderno. 6ta Edición. México 2010. pp 401-420.



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



**Requisito alterado:** Prevención de peligros para la vida y bienestar humano

<b>Diagnósticos de Enfermería:</b> Riesgo de caídas R/C desequilibrio estático y dinámico, carga de peso en hemicuerpo derecho y Tinetti de 7 puntos.			
<b>Objetivo de la persona:</b> "Recuperar el equilibrio para evitar el riesgo de caerse"			
<b>Objetivo de enfermería:</b> Corregir la postura y el equilibrio al estar en bipedestación y sedestación y a través de ejercicios de propiocepción.			
Intervenciones de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<p>1) Corregir la postura:</p> <p>Asegurarnos que la persona se encuentre con las siguientes posiciones anatómicas al estar en bipedestación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La cabeza erguida y la barbilla recogida.</li> <li>✓ La cabeza y los hombros equilibrados con la pelvis, las caderas y las rodillas.</li> <li>✓ Las curvas de la columna dentro de los límites normales.</li> <li>✓ El tronco erguido, el abdomen recogido y plano, y las caderas paralelas.</li> <li>✓ Los pies separados distribuyendo el peso del cuerpo en ambas piernas.</li> <li>✓ Las plantas de los pies apoyadas por completo en el suelo.</li> </ul> <p>Asegurarnos que la persona se encuentre con las siguientes posiciones anatómicas al estar en sedestación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ En la persona, es importante considerar el peso, la estatura y las capacidades o habilidades que tiene para sostenerse sentada</li> <li>✓ La postura corporal más favorable es aquella que permite comodidad y previene la fatiga</li> </ul>	<p>1) La bipedestación es una facultad postural característica del ser humano que consiste en mantenerse con el cuerpo erguido en contra de la fuerza de gravedad, con apoyo en ambos miembros inferiores y el peso distribuido entre los dos pies.</p> <p>Mantenerse de pie sin aparentemente hacer nada distinto a estar de pie, exige una serie de respuestas a estímulos sensoriales procedentes de las plantas de los pies, sensaciones cinestésicas, laberínticas y visuales, reacciones de enderezamiento y equilibrio con cambios en el tono postural, y ajustes del centro de gravedad del cuerpo y en referencia al polígono de sustentación.<sup>37</sup></p> <p>La posición de sentado o sedestación se suele adoptarse para descansar o realizar actividades laborales. En ella una proporción del peso corporal se transfiere al asiento mientras, dependiendo de la silla y de los apoyos que presenta, otra proporción del peso corporal se transfiere al suelo y a los reposabrazos.<sup>38</sup></p>	<p>Persona, familiar, enfermería</p>	<p>Parcialmente Compensatorio</p>

<sup>37</sup> Zapata Osorio G T. Corrección postural, prevención de la inmovilidad y fomento de la actividad física en personas con demencia. Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado Mad. [Internet]. 2014. Citado el [11-Dic-17] 1(2) Disponible en: [http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/600093\\_postural\\_demencia.pdf](http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/600093_postural_demencia.pdf)

<sup>38</sup> Sagastume-Martínez de Montes. Ejercicios de equilibrio para mejorar el sistema propioceptivo y disminuir el riesgo de caídas en el adulto mayor. Tesis. Universidad Rafael Landívar Fac.e Cienc. Sald. 2013. Citado el [12-Dic-17]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/09/01/Sagastume-Melisa.pdf>



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



<p>local experimentada por la musculatura que sostiene al</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ El tiempo de permanencia en posición sentada no debe superar los 30-40 minutos y al menos en dos ocasiones es necesario que la persona se mueva levantando las nalgas del asiento o cambiando la postura.</li></ul> <p>2) Ejercicios de propiocepción de cintura escapular para mejorar el equilibrio.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ejercicios de cadena cerrada <b>(ANEXO 12)</b>.</li><li>✓ Ejercicios de fortalecimiento de los músculos estabilizadores de la escápula <b>(ANEXO 12)</b>.</li></ul> <p>Estos ejercicios serán realizados dos veces al día con tres series de 15 repeticiones.</p>	<p>2) El entrenamiento del equilibrio requiere la capacidad de poder realizar las actividades e ir aumentando su complejidad a fin de lograr una mejora en el equilibrio sea en posiciones estáticas como dinámicas, para entender el proceso del equilibrio.</p> <p>La propiocepción se refiere a la percatación cinestésica innata de la postura corporal, la posición, el movimiento, el peso, la presión, la tensión, los cambios en el equilibrio, la resistencia a los objetos externos y los patrones de respuesta estereotipados asociados.<sup>39</sup></p>		
--	--	--	--

<sup>39</sup> López Soto JC. Ejercicios de Propiocepción para población adulta. Instituto universitario de educación física. 2008. Citado el [12-Dic-17] Disponible en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/091-propiocepcion.pdf>



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



**Requisito Alterado:** Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.

<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> Deficiente aporte alimenticio R/C Obesidad Grado II de acuerdo a MNA M/P IMC 36, alimentación inadecuada en porciones y requerimientos para edad y sexo.,			
<b>Objetivo de la persona:</b> Mejorar la alimentación.			
<b>Objetivo de Enfermería:</b> Orientar sobre mejores hábitos alimenticios, principalmente en cantidad y calidad.			
Intervenciones de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<p>1) Sugerir a la persona basar su alimentación en el esquema del plato del buen comer. <b>(ANEXO 13)</b></p> <p>Recomendaciones generales que acompañan al "Plato del bien comer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Siempre que sea posible, comer acompañado de la familia y/o amigos y haciendo de la comida un momento agradable.</li> <li>✓ Consumir las frutas y verduras de temporada, de preferencia con cáscara.</li> <li>✓ Evitar el consumo de grasas de origen animal (mantequilla, manteca, tocino) y preferir el consumo de grasas poliinsaturadas (oleaginosas, aceites de maíz, cáñola, oliva, entre otros)</li> <li>✓ Disminuir el consumo de azúcares refinados (refrescos, miel, mermelada, dulces y azúcar de mesa) y sal.</li> <li>✓ Comer de acuerdo a las necesidades del organismo, manteniendo el peso ideal, en relación a la talla.</li> </ul>	<p>1) La dieta como unidad fundamental de la alimentación debe estar integrada por diversos alimentos que aporten nutrimentos y otras sustancias que cumplen en el organismo diversas funciones. El desconocimiento del valor nutritivo de los alimentos, las combinaciones, la variedad e higiene de los mismos contribuyen a que se presenten estados de mala nutrición.<sup>40</sup></p>	<p>Persona y Enfermería, profesional en Nutrición.</p>	<p>Parcialmente Compensatorio</p>

<sup>40</sup> Servín Rodas MC. Nutrición Básica y Aplicada. Escuela Nacional De Enfermería y Obstetricia. Rev. ENEO. UNAM, 2013. Citado el [13-Dic-17]; 1(2): 113-114. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicaciones/ENEO-UNAM-NutricionBasicaYAplicada.pdf>



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



<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Consumir cantidades moderadas de alimentos de origen animal, preferir las leguminosas.</li><li>✓ Combinar cereales (tortillas, pan o pastas) con leguminosas (frijoles, habas, lentejas, chícharos secos, alubia, garbanzos y soya).</li><li>✓ Elegir cereales integrales como la tortilla de maíz, el pan integral, la avena y el amaranto, en lugar de refinados.</li><li>✓ Consumir por lo menos dos veces a la semana pescado y pollo sin piel, en lugar de carnes rojas.</li><li>✓ Consumir huevo con moderación, dos o tres veces por semana.</li></ul> <p>Sugerir acudir con especialista en Nutrición para elaboración de plan alimenticio.</p>			
---	--	--	--



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



**Requisito Alterado:** Promoción del funcionamiento humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

**Diagnóstico:** Ansiedad R/C secuelas del padecimiento actual y pérdida de rol familiar M/P puntuación de 8 en escala de Hamilton, expresión verbal de tristeza y labilidad emocional.

**Objetivo de la persona:** Dejar de sentirme triste por la situación actual en la que me encuentro.

**Objetivo de Enfermería:** Disminuir el nivel de ansiedad por medio de terapias alternativas.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<p>1) Técnica de relajación por medio de respiración profunda, balanceo, estiramiento y relajación:</p> <p>1.- Contracción-distensión: consiste en contraer un músculo o un grupo de músculos durante unos segundos para luego aflojar la contracción progresivamente.</p> <p>2.- El Balanceo: Técnica que consiste en imitar el movimiento de un balancín, de un columpio. Se trata de realizar un movimiento de vaivén de delante hacia atrás, o de derecha a izquierda. La parte del cuerpo que se está relajando (por ejemplo, un brazo, una pierna, la cabeza) debe estar distendida y blanda.</p> <p>3.- El Estiramiento-relajación: Consiste en estirar progresivamente una parte de cuerpo, alargándola lo más posible. Debe mantenerse esa postura durante unos segundos y luego aflojar suavemente esa parte del cuerpo. Es importante aflojarla con suavidad, dejándola caer resbalando, sin que golpee. Después, se balancea ligeramente esa parte del cuerpo. Esta técnica se realizará dos veces al día en un periodo de 15 a 20 minutos.</p> <p>2) Musicoterapia a través de canciones que sean de su agrado y que la persona indique le</p>	<p>1) La respiración controlada es un procedimiento que ayuda a reducir la activación fisiológica y, por tanto, a afrontar la ansiedad. La técnica consiste en aprender a respirar de un modo lento: 8 ó 12 respiraciones por minuto (normalmente respiramos entre 12 y 16 veces por minuto), no demasiado profundo y empleando el diafragma en vez de respirar sólo con el pecho. Es una respiración muy lenta (se respira tres veces por minuto), regular y diafragmática, pero implica retener el aire durante unos segundos y es más profunda que la controlada. Anteriormente hemos visto por qué es aconsejable que la respiración sea lenta, regular y diafragmática<sup>41</sup></p> <p>2) Musicoterapia: es la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido,</p>	<p>Persona y Enfermera</p>	<p>Parcialmente Compensatorio</p>

<sup>41</sup> García Grau E, et al. Manual de entrenamiento en respiración. Univ. Barc [Internet] 2014 [Citado el 14 Dic 17] Disponible en: [http://www.ttmib.org/documentos/ENTRENAMIENTO\\_EN\\_RESPIRACION.pdf](http://www.ttmib.org/documentos/ENTRENAMIENTO_EN_RESPIRACION.pdf)



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



<p>provoquen tranquilidad y paz. Esta técnica se realizará en conjunto con la técnica de relajación.</p> <p>3) Aromaterapia: se preguntará a la persona que aromas son de su agrado y en base a esto se aplicarán velas aromáticas y varitas de incienso en su habitación en conjunto con técnica de respiración y musicoterapia.</p> <p>4) Aplicar Escala de Hamilton cada dos visitas.</p>	<p>ritmo, melodía y armonía) por un Musicoterapeuta calificado, con un paciente o grupo, en un proceso destinado a facilitar y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas.</p> <p>3) La aromaterapia funcionará como medio de relajación además de proveer de un ambiente agradable para la persona. Aromaterapia: es un método de medicina natural que tiene como fundamento el empleo controlado de aceites esenciales que están contenidos naturalmente en las plantas aromáticas y que se extraen de ellas por métodos precisos, para asegurar y conservar sus propiedades terapéuticas</p> <p>4) La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido.</p>		
--	---	--	--

## 7.5 Ejecución

### 7.5.1 Registro de Intervenciones

Intervención de enfermería especializada	Fecha						
	Oct 17	Nov 17	Dic 17	Ene 18	Feb 18	Mar 18	Abr 18
Explicación de consentimiento informado	19						
Aplicación de Instrumento: Historia Clínica	28						
Exploración Física		11, 18					
Toma y medida de Constantes vitales		25				17	21, 22
Enseñanza de uso de inspirómetro incentivo		25					
Ejercicios para fortalecer musculatura respiratoria		25				17	
Valoración de sensibilidad y fuerza			09				21, 22
Termoterapia: aplicación y enseñanza de colocación de compresa húmedo caliente			09				21,22
Enseñanza de ejercicios para fortalecer músculos de extremidad superior			09				21,22
Enseñanza de ejercicios de terapia ocupacional			09				
Ejercicios para normalizar tono y propiocepción			16				
Ejercicios de Codman			16				
Crioterapia			16				
Corregir postura				20			
Sugerir basar alimentación de				20			

acuerdo al plato del buen comer							
Técnicas de relajación					17		
Aplicación de escala de Hamilton					17		
Segunda valoración focalizada					24		
Evaluación de uso de inspirómetro incentivo						17	21
Enseñanza de técnica de Rood							21,22

Elaborado por: LEO. Daniela Medina Quero

## 7.6 Evaluación

### 7.6.1. Evaluación de las respuestas de la persona

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	
Bajo aporte de aire <b>R/C</b> lesión de nervio frénico <b>M/P</b> debilidad de los músculos respiratorios y disnea ante mínimos esfuerzos (Sadoul Grado 5).	
<b>Objetivo de la persona</b>	
"Eliminar la sensación de ahogo al subir las escaleras"	
<b>Objetivos de enfermería</b>	
Fortalecer músculos de la respiración a través de la enseñanza de uso de inspirómetro incentivo y ejercicios respiratorios y de higiene bronquial.	
Indicadores	25 Nov 17
Toma y registro de constantes vitales	Temp: 36.5°C T/A: 130/80 FC: 72 lpm FR: 18 rpm SPO <sub>2</sub> : 92% en reposo Constantes vitales estables
Enseñanza de uso de inspirómetro incentivo 1) Deficiente 2) Bueno 3) Excelente	2 Bueno
Valoración de Grado de disnea de acuerdo a Escala de Sadoul <b>Grado 0:</b> Ausencia de Disnea <b>Grado 1:</b> Disnea de esfuerzos importantes o subir dos pisos de escaleras <b>Grado 2:</b> Disnea al subir un único piso de escaleras o con la marcha rápida en una ligera subida <b>Grado 3:</b> Disnea durante la marcha normal en terreno llano <b>Grado 4:</b> La disnea se presenta con la marcha lenta <b>Grado 5:</b> La disnea se presenta ante mínimos esfuerzos	3 Disnea durante la marcha normal en terreno llano
Enseñanza de ejercicios para fortalecer musculatura respiratoria 1) Deficiente 2) Bueno 3) Excelente	2 Bueno
<b>Evaluación:</b> A la valoración focalizada se encuentra en cuanto a patrón respiratorio mejoría de Grado 5 a Grado 3 en la Escala de Sadoul, gracias a los ejercicios respiratorios y uso del inspirómetro	

Elaborado por: LEO. Daniela Medina Quero

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>		
Deterioro de la fuerza muscular en miembro torácico izquierdo R/C lesión de plexo braquial izquierdo M/P contracción visible y palpable sin movimiento (Daniel's 1) de músculos elevadores, retractores, protactores, flexores, extensores, abductores, aductores de escápula, hombro, codo y muñeca.		
<b>Objetivo de la persona</b>		
"Recuperar la fuerza para realizar actividades sin ayuda de mi familiar"		
<b>Objetivos de enfermería</b>		
Fortalecer músculos de escápula y hombro izquierdos con ayuda de ejercicios terapéuticos, con enseñanza a persona y familiar.		
Indicadores	9 Dic 17	16 Dic 17
Valorar Sensibilidad	Anestesia nivel c4-c5 Alodinia nivel C6-C8	
Valoración de la fuerza muscular por medio de la Escala de Daniel's 0: Ausencia de contracción 1: Contracción visible y palpable 2: Movimiento que no vence la gravedad 3: Movimiento completo que vence la gravedad 4: Movimiento con resistencia parcial 5: Movimiento con resistencia máxima	Elevadores de escápula der/izq: 5/1 Retractores de escapula: 5/1 Protactores de escápula: 5/1 Flexores de hombro: 5/1 Extensores de hombro: 5/1 Abductores de hombro: 5/1 Rotadores externos de hombro: 4/1 Rotadores internos de hombro 5/1 Flexores de codo: 5/2 Extensores de codo: 5/1 Supinadores de codo: 5/3 Extensor de muñeca: 5/4 Flexor de muñeca 5/4 Extensor común de los dedos: 5/4 Extensor propio del índice: 5/4 Flexor común de los dedos: 5/4	No se observaron cambios en cuanto a valoración previa.
Termoterapia: aplicación y enseñanza de colocación de compresa húmedo caliente 1) Deficiente	3 Excelente	

2) Bueno 3) Excelente		
Enseñanza de ejercicios para fortalecer músculos de extremidad superior 1) Deficiente 2) Bueno 3) Excelente	2 Bueno	
<p><b>Evaluación:</b> Al realizar la valoración focalizada, se encontró anestesia a nivel de C4-C5 y alodinia a nivel de C6-C8, se continúa con los ejercicios manejados para mejorar sensibilidad y fuerza.</p> <p>*Se utilizó la Escala de Fuerza Muscular de Daniel's por grupo muscular específico</p>		

Elaborado por: LEO. Daniela Medina Quero

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>		
Alteración de la sensibilidad de miembro torácico izquierdo R/C lesión de plexo braquial izquierdo M/P anestesia a nivel de C3-C5 y alodinia a nivel de C5-C8 de acuerdo a valoración de sensibilidad por dermatomas, e incapacidad para realizar AVD Barthel de 85		
<b>Objetivo de la persona</b>		
"Recuperar la sensibilidad de mi brazo"		
<b>Objetivos de enfermería</b>		
Aumentar gradualmente la sensibilidad de extremidad superior izquierda por medio de estimulación sensorial y perceptiva.		
Indicadores	9 Dic 17	16 Dic 17
Enseñanza de ejercicios de terapia ocupacional 1) Deficiente 2) Bueno 3) Excelente	2 Bueno	
Ejercicios para normalizar tono y propiocepción 1) Deficiente 2) Bueno 3) Excelente		2 Bueno
Enseñanza de técnica de Rood 1) Deficiente 2) Bueno 3) Excelente	2 Bueno	2 Bueno
<b>Evaluación:</b>		
Al realizar la valoración focalizada se encontró alterada la sensibilidad de miembro torácico izquierdo, lo que le impedía realizar AVD en un 100%. Al brindarle enseñanza sobre la técnica de Rood, la sensibilidad mejoró en codo y muñeca.		
*Se utiliza técnica de Rood paso a paso para brindar enseñanza a la persona y familiar.		

Elaborado por: LEO. Daniela Medina Quero

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	
Deterioro de la movilidad articular del hombro y escápula izquierdos R/C compresión nerviosa distal en miembro torácico izquierdo M/P ausencia de arcos de movilidad de miembro torácico izquierdo	
<b>Objetivo de la persona</b>	
"Mover mi brazo como antes lo hacía"	
<b>Objetivos de enfermería</b>	
Recuperar el arco de movilidad a través de cinesiterapia (Ejercicios de Codman)	
<b>Indicadores</b>	<b>16 Dic 17</b>
Ejercicios de Codman 1) Deficiente 2) Bueno 3) Excelente	2 Bueno
Crioterapia 1) Deficiente 2) Bueno 3) Excelente	2 Bueno
<b>Evaluación:</b>	
Al realizar la valoración focalizada se encontró, aumento de fuerza muscular en muñeca y codo de miembro superior izquierdo, además de que la pinza fina se pudo realizar con menor dificultad.	

Elaborado por: LEO. Daniela Medina Quero

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	
Riesgo de caídasR/C desequilibrio estático y dinámico, carga de peso en hemicuerpo derecho y Tinetti de 7 puntos.	
<b>Objetivo de la persona</b>	
"Recuperar el equilibrio para evitar el riesgo de caerse"	
<b>Objetivos de enfermería</b>	
Corregir la postura y el equilibrio al estar en bipedestación y sedestación y a través de ejercicios de propiocepción.	
Indicadores	20 Ene 18
Corregir postura 1) Deficiente 2) Bueno 3) Excelente	2 Bueno
Aplicar Escala de Tinetti Menor a 5: equilibrio deficiente De 6 a 16: equilibrio adecuado	12 Equilibrio adecuado
<b>Evaluación:</b>	
Al realizar la valoración focalizada, se observó mejoría en la capacidad de mantener equilibrio estático y dinámico.	
*Se aplicó la Escala de Tinetti	

Elaborado por: LEO. Daniela Medina Quero

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	
Deficiente aporte alimenticio R/C Obesidad Grado II de acuerdo a MNA M/P IMC 36, alimentación inadecuada en porciones y requerimientos para edad y sexo.	
<b>Objetivo de la persona</b>	
Mejorar la alimentación.	
<b>Objetivos de enfermería</b>	
Orientar sobre mejores hábitos alimenticios, principalmente en cantidad y calidad.	
Indicadores	20 Ene 18
Sugerir basar alimentación de acuerdo al plato del buen comer 1) Deficiente 2) Bueno 3) Excelente	2 Bueno
Enseñanza de alimentos que forman parte del plato del buen comer 1) Deficiente 2) Bueno 3) Excelente	2 Bueno
<b>Evaluación:</b>	
Al realizar la valoración focalizada se encuentra disminución del peso corporal de 3 kg, lo cual sugiere que se llevó un adecuado apego a la dieta prescrita por un profesional en nutrición y los hábitos enseñados por el personal de Enfermería Especialista en Rehabilitación.	

Elaborado por: LEO. Daniela Medina Quero

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	
Ansiedad R/C secuelas del padecimiento actual y pérdida de rol familiar M/P puntuación de 8 en escala de Hamilton, expresión verbal de tristeza y labilidad emocional.	
<b>Objetivo de la persona</b>	
Dejar de sentirme triste por la situación actual en la que me encuentro.	
<b>Objetivos de enfermería</b>	
Disminuir el nivel de ansiedad por medio de terapias alternativas.	
Indicadores	17 Feb 18
Técnicas de relajación 1) Deficiente 2) Bueno 3) Excelente	2 Bueno
Disminuir el nivel de ansiedad por medio de terapias alternativas. 0-5: Ausente 6-14: Ansiedad menor 15 o más: Ansiedad mayor	8 Ansiedad menor
<b>Evaluación:</b>	
Al realizar la valoración focalizada, se encuentra que el nivel de ansiedad ha bajado a 6, gracias a las actividades realizadas en conjunto con la Enfermera Especialista en Rehabilitación, esto referido con las palabras de la persona.	

Elaborado por: LEO. Daniela Medina Quero

Realizada el 24 de Febrero de 2018 en el domicilio de la persona

REQUISITO DE AUTOCUIDADO	VALORACIÓN FOCALIZADA
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Se valora esfuerzo respiratorio a través de la Escala de Sadoul ( <b>ANEXO 1</b> ) y se obtiene resultado de Disnea Grado 3 durante la marcha normal en terreno llano. El patrón respiratorio a mejorada gracias a los ejercicios respiratorios.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	Refiere tomar agua simple a razón de 2000 ml al día, refiere haber disminuido la ingesta de refresco a 3 días a la semana.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	Se evaluó nuevamente estado nutricional a través del Mini Nutritional Assessment MNA y se detectó un peso de 94 kg, estatura de 1.64 m, índice de masa corporal de 36, cintura de 97 cm, considerándose según el MNA con Obesidad Grado II. Se refuerza enseñanza sobre el plato del buen comer, comenta que la siguiente semana tiene cita con una Nutrióloga.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.	No alterado para su condición actual.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Se aplicaron las siguientes escalas: Braden para riesgo de presentar lesiones por presión ( <b>ANEXO 4</b> ) en la cual obtuvo una puntuación de 20 considerándose riesgo mínimo, en cuanto a las actividades que realiza. Escala de Barthel ( <b>ANEXO 5</b> ), donde obtuvo una puntuación de 92 considerándose dependencia moderada para realizar AVD básicas a partir de su padecimiento actual. Escala de Lawton ( <b>ANEXO 6</b> ), obteniendo una puntuación de 5 la cual se considera moderada dependencia para realizar AVD de tipo instrumental. Las escalas mencionadas se valoraron tomando en cuenta las funciones alteradas a partir del padecimiento actual.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana	La persona se muestra en todo momento cooperadora, la relación con su madre, quien es su cuidador primario, es adecuada. Se evalúa grado de ansiedad de acuerdo a Escala de Hamilton ( <b>ANEXO 7</b> ) encontrando una puntuación de 8, considerándose ansiedad moderada, refiere sentir desesperación por no realizar como antes las AVD cotidianas.

7. Prevención de peligros para la vida y bienestar humano.	Sin cambios respecto a valoración anterior.
8. Promoción del funcionamiento humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.	La persona expresa durante la valoración sus deseos por recobrar la fuerza y sensibilidad del miembro torácico izquierdo para realizar las AVD que hacía antes del accidente y así ayudar a su madre con la casa y recuperar el rol de protección que jugaba dentro de su núcleo familiar.

Elaborado por: LEO. Daniela Medina Quero

### 7.7.1 Jerarquización de problemas

- 1) Déficit en el aporte suficiente de aire:  
Disnea durante la marcha normal en terreno llano, grado 3 de acuerdo a Escala de Sadoul, a pesar de que ha mejorado en grados, se tiene que continuar trabajando en ello.
- 2) Disminución de la fuerza muscular y sensibilidad de miembro torácico izquierdo  
Daniel's en 0/5 en hombro y escápula izquierdos, anestesia a nivel de C4-C5
- 3) Déficit en el requerimiento diario de aportes nutritivos  
A pesar de que se disminuyeron 3 kg en peso corporal, se encuentra en los límites para Obesidad Grado II de acuerdo al MNA, es por ello que debe continuar haciéndose énfasis en la alimentación basada en el plato del buen comer.

Exploración Física	Goniometría	Examen Manual Muscular	
Valoración de Estado General	Extremidades Superiores	Extremidades superiores D/I	
<p>Persona del género femenino de 39 años de edad, con un Glasgow de 15 puntos, orientada en sus tres esferas, tiempo, espacio y persona, valorado en primera instancia en posición fowler y cuando la ocasión lo necesitaba en posición decúbito dorsal, en todo momento mostrando cooperación. Apariencia general de acuerdo a edad cronológica, adecuada coloración de tegumentos, mucosas orales hidratadas, estado general de la piel, considerado adecuado.</p> <p><b>Cráneo:</b> normocefálico, sin alteraciones aparentes, adecuada implantación de cabello, color castaño oscuro en cantidad y grosor normal, agudeza visual sin alteraciones aparentes, pupilas isocóricas, simétricas, no se observa alteración de sensibilidad en cara, con adecuada distinción de sabores, dulces, amarga, salada. Sin alteraciones para la deglución y/o alteración cognoscitiva para identificar el tipo de alimento ofrecido. Cuello normolineo, traquea desplazable, sin anomalías aparentes, pulso carotideo palpable.</p> <p><b>Tórax:</b> simétrico, con movimientos de amplexión y amplexación presentes, se escuchan ligeros estertores y sibilancias, campos pulmonares ventilados. Mamas simétricas acordes a edad y sexo, sin alteraciones aparentes.</p>	<p><b>MIEMBRO TORÁCICO IZQUIERDO.</b>  <b>Escápula:</b>  Sin Arcos de Movilidad presentes  <b>Hombro:</b>  Sin Arcos de Movilidad Presentes.  <b>Codo:</b>  Flexión: 140°  Extensión: 27°  <b>Antebrazo:</b>  Pronación: 65°  Supinación: 77°  <b>Muñeca:</b>  Flexión: 65°  Extensión: 70°  Desviación radial: 20°  Desviación cubital: 40°  <b>Pulgar:</b>  Abducción: 75°  Aducción: 0° no es posible efectuarse.  Oposición del pulgar: presente  Flexión MTCF: 90°  Extensión IF: 20°  Flexión IF: 80°  <b>Dedo índice:</b>  Extensión MCF: 25°  Flexión IF distal: 89°  Flexión IF proximal: 100°  *Resto de metacarpianos sin compromiso.</p>	<p>Elevadores de escapula: 5/0  Retractores de escapula: 5/0  Protactores de escápula: 5/0  Flexores de hombro: 5/0  Extensores de hombro: 5/0  Abductores de hombro: 5/0  Rotadores externos de hombro: 4/0  Rotadores internos de hombro 5/0  Flexores de codo: 5/3  Extensores de codo: 5/3  Supinadores de codo: 5/3  Extensor de muñeca: 5/4  Flexor de muñeca 5/4  Extensor común de los dedos: 5/4  Extensor propio del índice: 5/4  Flexor común de los dedos: 5/4</p>	
	Postura	<p><i>Vista lateral:</i> desplazamiento posterior de cabeza, proyección de escápulas con predominio derecho por carga de peso en ese hemicuerpo, aumento de la curvatura dorsal (cifosis), lo que provoca prominencia del abdomen.  <i>Vista posterior:</i> desplazamiento anterior del cuerpo e inclinación de la cabeza hacia la derecha, se</p>	<p>Sensibilidad por dermatomas.  <b>(ANEXO 10)</b></p> <p>Anestesia a nivel de C4-C5, alodinia a nivel de C6-C8</p>

<p><i>Extremidades superiores:</i> íntegras y simétricas, reflejos bicipital, tricipital, y estiloradial presentes y normales. Pulsos radiales y braquiales palpables. <b>Miembro torácico izquierdo con anestesia a nivel de C4-C5, alodinia a nivel de C6-C8.</b></p> <p><i>Extremidades inferiores:</i> íntegras y simétricas, pulsos femoral y poplíteo palpables, reflejos normales, sin alteraciones aparentes. Genitales de acuerdo a edad y sexo.</p>	<p>observa desnivel de hombro derecho por carga de peso y de esta manera compensar la bipedestación, la cual realiza sin dispositivos de apoyo.</p> <p><i>Vista anterior:</i> se observa elevación del hombro izquierdo en donde se centra el padecimiento actual.</p>	
<p>Signos Vitales</p>	<p>Marcha</p>	<p>Extremidades inferiores</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Temp: 36.2°C</li> <li>❖ T/A: 125/77</li> <li>❖ F.C. 74 lpm.</li> <li>❖ F.R. 17 rpm.</li> <li>❖ SPO<sub>2</sub> 94% en reposo</li> </ul>	<p>Claudica hacia la derecha para compensar la falta de fuerza en miembro torácico izquierdo.</p>	<p>Sin alteraciones en fuerza ni sensibilidad</p>

## 7.8 Diagnóstico de Enfermería

1. Bajo aporte de aire **R/C** deformidad de pulmón izquierdo (de acuerdo a imagen de estudio de gabinete) **M/P** sofocación, verbalización de falta de aire y disnea durante la marcha normal en terreno llano, Grado 3 en Escala de Sadoul
2. Deterioro de la fuerza muscular y movilidad articular de hombro y escápula izquierdos **R/C** lesión de plexo braquial en miembro torácico izquierdo **M/P** imposibilidad de realizar arcos de movilidad activos por nula contracción muscular (Daniel's 0).

## 7.9 Problemas Interdependientes

1. El bajo aporte de aire está relacionado directamente con el personal de Enfermería especialista en Rehabilitación.
2. La deformidad de pulmón izquierdo de acuerdo a imagen de resultado de estudio de gabinete (Rayos X), está relacionada con Médico Especialista en Neumología, al cual se interconsultó.
3. La fuerza muscular está relacionado directamente con el personal de Enfermería especialista en Rehabilitación.

## 7.10 Planeación de Cuidados

### 7.10.1 Objetivo de la persona

“Recuperar la sensibilidad y fuerza de mi brazo izquierdo, para realizar las actividades que antes hacía de manera independiente”

“Ya no cansarme tanto cuando camino”

### 7.10.2 Objetivo de Enfermería

Mejorar la fuerza muscular, sensibilidad y lograr que se recuperen los arcos de movilidad con ayuda de ejercicios terapéuticos y ocupacionales

Realizar junto con la persona y familiar ejercicios respiratorios para mejorar integridad de los pulmones



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



### 7.10.3 Intervenciones de Enfermería

**Requisito Alterado:** Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	
Bajo aporte de aire <b>R/C</b> deformidad de pulmón izquierdo <b>M/P</b> sofocación, verbalización de falta de aire y disnea durante la marcha normal en terreno llano, Grado 3 en Escala de Sadoul	
<b>Objetivo de la persona</b>	
“Eliminar la sensación de ahogo al subir las escaleras”	
<b>Objetivo de enfermería</b>	
Fortalecer músculos de la respiración a través de la enseñanza de uso de inspirómetro incentivo y ejercicios respiratorios y de higiene bronquial.	
<b>Agente</b>	<b>Sistema</b>
Persona, familiar, enfermería	Parcialmente compensatorio
<b>Intervenciones de Enfermería</b>	<b>Fundamentación</b>
1) Toma y medida de constantes vitales, haciendo énfasis en la saturación de oxígeno en sangre. 2) Evaluación de uso de inspirómetro incentivo <b>(ANEXO 11)</b> . 3) Ejercicios para fortalecer musculatura respiratoria <sup>42</sup> <b>(ANEXO 14)</b> .	1) El conocimiento de las constantes permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico. Deben tomarse conjuntamente sin importar el orden en que se realice, se recomienda que, durante el tiempo asignado a la toma de temperatura, se realice simultáneamente la valoración del pulso y la respiración. <sup>43</sup> Las constantes vitales son: Temperatura, Pulso, Tensión Arterial, Frecuencia respiratoria, Saturación de oxígeno en sangre 2) La espirometría incentivada y los ejercicios respiratorios están diseñados para imitar de forma natural los suspiros y bostezos, llevando al paciente a tomar respiraciones largas, lentas y profundas, disminuyendo la presión pleural, mejorando la expansión torácica y por ende el intercambio gaseoso. Cuando se realiza de forma regular se pueden prevenir o revertir las atelectasias.

<sup>42</sup> Ibídem p 37



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



**Requisito alterado:** Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	
Deterioro de la fuerza muscular y movilidad articular de hombro y escápula izquierdos <b>R/C</b> lesión de plexo braquial en miembro torácico izquierdo <b>M/P</b> imposibilidad de realizar arcos de movilidad activos por nula contracción muscular (Daniel's 0 ).	
<b>Objetivo de la persona</b>	
"Recuperar la fuerza y la sensibilidad para realizar actividades sin ayuda de mi familiar"	
<b>Objetivo de enfermería</b>	
Fortalecer músculos de escápula y hombro izquierdos, así como la sensibilidad de los mismos con ayuda de ejercicios terapéuticos y técnicas de sensopercepción.	
<b>Agente</b>	<b>Sistema</b>
Persona, familiar, enfermería	Parcialmente compensatorio
<b>Intervenciones de Enfermería</b>	<b>Fundamentación</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Valorar sensibilidad y fuerza</li> <li>2) Termoterapia: Aplicación de compresas húmedo – calientes, en región escapular, hombro y antebrazo, durante 20 minutos, 1 vez al día con vigilancia estrecha de la piel.</li> <li>3) Ejercicios para fortalecer músculos de extremidad superior. <b>(ANEXO 18).</b></li> <li>4) Enseñanza de Técnica de Rood para estimulación sensorial. <b>(ANEXO 16).</b></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Valorar sensibilidad y fuerza dará la pauta para observar avances y retrocesos y de esta manera poder llevar a cabo las intervenciones siguientes.</li> <li>2) Es la aplicación de calor con fines terapéuticos mediante agentes térmicos. Los agentes térmicos son aquellas cuya temperatura es más elevada que la del cuerpo humano, es decir, superior a 36-37°. Las compresas húmedo calientes tienen el objetivo de brindar, relajación muscular y analgesia. El calor activa las reacciones químicas en los tejidos y aumenta el metabolismo actuando de una forma hemodinámica, al actuar de esta forma se produce una vasodilatación y por medio de ella, se produce una liberación de bradicinina que ayuda relaja la musculatura lisa de la pared de los vasos cercanos</li> <li>3) Cualquier proceso traumático que precise inmovilización del miembro superior puede provocar rigidez articular y atrofia muscular, no sólo en la articulación lesionada, sino también en las de su proximidad. Un tratamiento funcional precoz puede prevenir estas eventualidades, así como minimizar las posibles secuelas</li> <li>4) El método desarrollado por Margaret Rood terapeuta ocupacional y fisioterapeuta americana que pensó que mediante un manejo adecuado de estímulos sensoriales se consigue una</li> </ol>

	mejor respuesta muscular debida a una normalización del tono, por medio de una evocación controlada de respuestas motoras reflejas; estímulos basados en el desarrollo sensomotor y graduados para lograr una respuesta motriz refleja que nos lleve a un nivel mayor de control. <sup>44</sup>
--	---

---

<sup>44</sup> *Ibíd*em p 40

## 7.11 Segunda Evaluación

### 7.11.1 Evaluación de las respuestas de la persona

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	
Bajo aporte de aire <b>R/C</b> deformidad de pulmón izquierdo <b>M/P</b> sofocación, verbalización de falta de aire y disnea durante la marcha normal en terreno llano, Grado 3 en escala de Sadoul.	
<b>Objetivo de la persona</b>	
"Eliminar la sensación de ahogo al subir las escaleras"	
<b>Objetivos de enfermería</b>	
Fortalecer músculos de la respiración a través de la enseñanza de uso de inspirómetro incentivo y ejercicios respiratorios y de higiene bronquial.	
Indicadores	17 Marzo 18
Toma y registro de constantes vitales	Temp: 36.5°C T/A: 130/80 FC: 72 lpm FR: 18 rpm SPO <sub>2</sub> : 92% en reposo Constantes vitales estables
Evaluación de uso de inspirómetro incentivo 1) Deficiente 2) Bueno 3) Excelente	2 Bueno
Valoración de Grado de disnea de acuerdo a Escala de Sadoul <b>Grado 0:</b> Ausencia de Disnea <b>Grado 1:</b> Disnea de esfuerzos importantes o subir dos pisos de escaleras <b>Grado 2:</b> Disnea al subir un único piso de escaleras o con la marcha rápida en una ligera subida <b>Grado 3:</b> Disnea durante la marcha normal en terreno llano <b>Grado 4:</b> La disnea se presenta con la marcha lenta <b>Grado 5:</b> La disnea se presenta ante mínimos esfuerzos	3 Disnea durante la marcha normal en terreno llano
Enseñanza de ejercicios para fortalecer musculatura respiratoria 1) Deficiente 2) Bueno 3) Excelente	2 Bueno
<b>Evaluación:</b> A la valoración focalizada se encuentra en cuanto a patrón respiratorio mejoría de Grado 5 a Grado 3 en la Escala de Sadoul, gracias a los ejercicios respiratorios y uso del inspirómetro. Se continuaron trabajando los ejercicios terapéuticos enseñados, se aplicó la Escala antes mencionada y de esta manera se observó la mejoría, aunque no del todo, del estado respiratorio de la persona.	

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>		
Deterioro de la fuerza muscular y movilidad articular de hombro y escápula izquierdos <b>R/C</b> lesión de plexo braquial en miembro torácico izquierdo <b>M/P</b> imposibilidad de realizar arcos de movilidad activos por nula contracción muscular (Daniel's 0).		
<b>Objetivo de la persona</b>		
"Recuperar la fuerza y la sensibilidad para realizar actividades sin ayuda de mi familiar"		
<b>Objetivos de enfermería</b>		
Fortalecer músculos de escápula y hombro izquierdos así como la sensibilidad de los mismos con ayuda de ejercicios terapéuticos y técnicas de sensopercepción		
Indicadores	21 Abr 18	22 Abr 18
Valoración de la Escala de fuerza muscular de Daniel's: 0. Ausencia de contracción 1. Contracción visible y palpable 2. Movimiento que no vence la gravedad 3. Movimiento completo que vence la gravedad 4. Movimiento con resistencia parcial 5. Movimiento con resistencia máxima	0 Ausencia de contracción en hombro y escápula	
Enseñanza de ejercicios para fortalecer miembro torácico izquierdo 1) Deficiente 2) Bueno 3) Excelente	2 Bueno	
Aplicación de Termoterapia con vigilancia estrecha de la piel 1) Deficiente 2) Bueno 3) Excelente		2 Bueno
Enseñanza de técnica de Rood 1) Deficiente 2) Bueno 3) Excelente	2 Bueno	2 Bueno
<b>Evaluación:</b>		
Una vez realizada nuevamente la valoración en cuanto a fuerza muscular de acuerdo a Escala de Daniel's se encontró que no hubo mejoría en cuanto a la primera valoración y en cuanto a sensibilidad de acuerdo a la valoración por dermatomas se encontró anestesia a nivel de C-4 C-5.		

## 8. Plan De Alta



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



**Nombre: B.A.A.S**

**Fecha de Nacimiento: 01- Mayo- 1978**

**Edad: 40 años. Género: Femenino**

**Servicio: Gimnasio Terapéutico**

**Diagnóstico Médico: Síndrome de Salida Torácica Izquierda**

<b>Motivo del Alta</b>	<b>Fecha: 21 de Abril 2018</b>
------------------------	--------------------------------

### Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire:

<b>Sin Alteración</b>		
<b>Con Alteración leve</b>		
<b>Alteración que compromete bienestar.</b>	X	Disnea Grado III de acuerdo a Escala de Sadoul con esfuerzos al caminar en terreno liso.

### Indicaciones de Autocuidado

#### Cuidados:

- Uso de inspirómetro incentivo
- Ejercicios respiratorios (previamente enseñados)

#### Integrales:

- Seguir la dieta prescrita por el Especialista en Nutrición
- Higiene adecuada de miembro torácico izquierdo
- Respetar horario, dosis y vía de administración de medicamentos indicados por médico tratante
- Acudir a urgencias del INRLGII en caso de presentar los siguientes datos de alarma:
  - Dolor intenso que no cede con medicamento
  - Pérdida de la fuerza aún en regiones donde ya se había recuperado la misma
  - Cambio de coloración de los dedos y/o resto del brazo
  - Disminución o aumento de la temperatura del brazo

### Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos y Agua

<b>Sin Alteración</b>		
<b>Con Alteración Leve</b>		
<b>Alteración que compromete bienestar.</b>	X	Obesidad Grado II según MNA (cuestionario de nutrición en base al índice de masa corporal y peso)

### Indicaciones de Autocuidado

Cuidados:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Reducir ingesta de bebidas gaseosas</li><li>• Reducir ingesta de alimentos con altos índices de carbohidratos y grasas (frituras y repostería)</li><li>• Evitar realizar comidas en el sofá y frente al televisor, fomentar realizar esta actividad en el comedor</li><li>• Continuar con visitas cada quince días con el especialista en nutrición recomendado</li></ul>

### Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación

<b>Sin Alteración</b>	X	
<b>Con Alteración Leve</b>		
<b>Alteración que compromete bienestar.</b>		

### Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

<b>Sin Alteración</b>	X	
<b>Con Alteración Leve</b>		
<b>Alteración que compromete bienestar.</b>		

### Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.

<b>Sin Alteración</b>	X	
<b>Con Alteración Leve</b>		
<b>Alteración que compromete bienestar.</b>		

### Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo

<b>Sin Alteración</b>		
<b>Con leve Alteración</b>	X	Ha mejorado sensibilidad y fuerza en antebrazo y muñeca izquierda lo que permite que pueda realizar actividades cotidianas con mejor desempeño y seguridad.
<b>Alteración que compromete bienestar</b>		

#### Indicaciones de Autocuidado

<p>Cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuar realizando ejercicios ya prescritos que faciliten realizar actividades cotidianas</li> <li>• Continuar con la utilización de guantes de texturas con la técnica antes enseñada</li> <li>• Continuar realizando las actividades ya mejoradas con el fin de perfeccionarlas con el paso de los días</li> </ul>
--

### Prevención de peligros para la vida y bienestar humano

<b>Sin Alteración</b>	X	
<b>Con leve Alteración</b>		
<b>Alteración que compromete bienestar</b>		

### Promoción del funcionamiento humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

<b>Sin Alteración</b>	X	
<b>Con leve Alteración</b>		
<b>Alteración que compromete bienestar</b>		

Cuidados integrales y especializados a llevar a cabo en el hogar por el cuidador primario previa enseñanza de la Enfermera Especialista en Rehabilitación:

<p>Especializados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Movilización del brazo contrario para evitar contracturas</li> <li>- Colocar compresa húmedo caliente antes de cada ejercicio ya prescrito</li> <li>- Continuar con los ejercicios prescritos</li> <li>- Continuar con ejercicios respiratorios y uso de inspirómetro incentivo</li> <li>- Masaje de cicatriz para evitar que esta se adhiera (<b>ANEXO 21</b>)</li> <li>- Lubricación de la piel del brazo con crema humectante</li> <li>- Continuar con uso de guantes de textura (Técnica de Rood)</li> </ul>
--

### Valoración de Dolor

Ha presentado dolor en las últimas 24 horas?	Si: X	
Localización: brazo, hombro izquierdos y cabeza	Tipo: hormigueo y ardor en brazo y hombro, punzante en cabeza	
¿De acuerdo a Escala Visual Análoga, que calificación le daría a su dolor? 6	Cuidados: Colocar compresas húmedo calientas antes de iniciar ejercicios y seguir adecuadamente indicaciones para toma de medicamentos analgésicos	



Observaciones:

Medicamento	Dosis	Horario

Enfermera Especialista en Rehabilitación que aplicó Plan de Alta:

LEO. Daniela Medina Quero

Cuidador Primario:

F.S. Madre

## VIII. Conclusiones

La oportunidad de llevar en práctica los conocimientos adquiridos durante el transcurso del posgrado y aplicarlos en una persona con necesidades alteradas reales me ayudó a crecer no sólo profesional si no también personalmente.

Se cumplieron la mayoría de los objetivos fijados al inicio del estudio de caso, sin embargo la lesión que padece la persona es severa e implica un proceso rehabilitatorio lento que debido al tiempo estipulado sería imposible concretar, sin embargo, el poder convivir con esa persona y con su entorno y conocer no sólo el diagnóstico médico si no sus costumbres y relaciones personales hizo que el panorama de la rehabilitación se ampliara para mí y de esta manera comprendí que el profesional de Enfermería Especialista en Rehabilitación actúa más allá de rehabilitar el cuerpo de una persona, debe, sin duda alguna, rehabilitar el alma.

Respecto al Estudio de Caso, puedo concluir que resultó una herramienta bastante útil para fortalecer, durante todo el año, los conocimientos que adquirí en las clases y en el periodo de práctica clínica. En cuanto a la especialidad, los objetivos planteados de mi parte al inicio de la misma fueron cumplidos en su totalidad, lo anterior sumado con mi convivencia con la persona del estudio de caso llenó de satisfacciones mi trayectoria profesional, la cual estoy segura que seguirá creciendo gracias a lo aprendido.

Durante todo el año no encontré limitaciones importantes para llevar a cabo el estudio de caso, por el contrario, siempre acordé con mi persona de estudio los horarios adecuados y los días en que fuera posible trabajar a un ritmo cómodo tanto para ella como para mí, por lo cual siempre estaré profundamente agradecida con ella. Gracias Bertha.

## IX. Sugerencias

La sugerencia principal se enfoca en el tiempo estipulado para realizar el estudio de caso. Así mismo, considero una buena opción manejar este tipo de investigaciones con los alumnos desde el nivel Licenciatura, y, en el caso de nivel Posgrado, no dejar de lado nunca la importancia ni restarle peso al mismo, como hasta ahora se ha hecho.

Sería bueno además que los alumnos de posgrado pudieran presentar sus estudios de caso con los expertos antes de cada seminario general para que las correcciones sean más dinámicas y el proceso enseñanza-aprendizaje sea más pedagógico.

En la situación particular y en la mayoría de los casos, el proceso de rehabilitación es lento y en 11 meses no es del todo posible ver todos los avances deseados en un principio, por lo cual sugeriría que se diera por lo menos un año y medio de tiempo con la persona elegida.

A los profesionales de Enfermería en general, que decidan consultar el presente trabajo, les sugiero hacerlo siempre con la firme convicción de que cada estudio de caso debe ser siempre individualizado y que la consulta de este trabajo y de muchos otros, será con fin de referencia.

Gracias.

## Referencias Bibliográficas

- 1) López Morales A, et al. Enfermería basada en la evidencia y su aplicación en el plan de cuidados de enfermería, IMSS, Ciudad de México, 2016. Citado el [6-Dic-17] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim163a.pdf>
- 2) Palm Aramasi S, et al. Métodos de enseñanza utilizados por docentes del curso de enfermería: enfoque en la metodología de investigación, Curso de Graduación de Enfermería, Brasil, 2015. Citado el: [6- Dic. 17] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eq/v14n37/docencia2.pdf>
- 3) Gómez-Conesa A. Fisioterapia en el síndrome de salida torácica de ámbito laboral. Departamento de Fisioterapia, Universidad de Murcia, Murcia. 2017. Citado el [11-Nov-17] Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/S0211563801730180\\_S300\\_es%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/S0211563801730180_S300_es%20(1).pdf)
- 4) Gómez-Conesa A. Fisioterapia en el síndrome de salida torácica de ámbito laboral. Departamento de Fisioterapia, Universidad de Murcia, Murcia. 2017. Citado el [11-Nov-17] Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/S0211563801730180\\_S300\\_es%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/S0211563801730180_S300_es%20(1).pdf)
- 5) Plan de cuidados estandarizado proceso: lesiones plexo braquial adultos GRD 19: Trastornos de nervios craneales y periféricos. Unidad de Planes de Cuidado. 2010[Internet]. Citado el [12-nov-17] Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/PLAN%20DE%20CUIDADOS%20lesio%CC%81n%20plexobraquial%202010%20def.pdf>
- 6) Viúdez Egea I. Tratamiento de la Cervicobraquialgia mediante terapia miofascial: a propósito de un caso. Trabajo Fin de Grado en Fisioterapia, Universidad de Almería, 2014. [Internet] Citado el [12-Nov-17] Disponible en: [http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3723/952\\_TFG%20PARA%20ENTREGAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3723/952_TFG%20PARA%20ENTREGAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 7) Anas Hussain Mohamad, et. al. Vascular Thoracic Outlet Syndrome. Division of Vascular Surgery , University of Toronto, Ontario Canada, 2016. Citado el [11-Nov-17] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.semtcvs.2015.10.008>
- 8) Gómez-Conesa A. Fisioterapia en el síndrome de salida torácica de ámbito laboral. Departamento de Fisioterapia, Universidad de Murcia, Murcia. 2017. Citado el [11-Nov-17] Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/S0211563801730180\\_S300\\_es%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/S0211563801730180_S300_es%20(1).pdf)
- 9) Balaguer Madrid G. Evolución de la Enfermería y aparición de nuevos roles: Rol de la enfermera en cuidados paliativos. Trabajo de fin de grado. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Cantaluya, 2014. Citado el [ 6-Dic-17] Disponible en: [http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/240338/Gloria\\_Balaguer\\_Madrid.pdf?sequence=1](http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/240338/Gloria_Balaguer_Madrid.pdf?sequence=1)
- 10) Morán Peña L, et al. Paradigmas que subyacen en la investigación de enfermería. Antología. Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, 2015. [internet] Citado el [ 6. Dic-17] Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicaciones/ENEO->

UNAMParadigmasInvestigacionEnfermeria/ENEO-UNAMParadigmasInvestigacionEnfermeria.pdf

- 11) Vega Angarita O. "Teoría del Déficit de Autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales". Universidad Francisco de Paula, Santander, 2015. Citado el [7-Dic-17]. Disponible en: <file:///C:/Users/User/Documents/ejemplo%20de%20estudio%20de%20caso.pdf>
- 12) El proceso de Atención de Enfermería. Material complementario. Enfermería Comunitaria. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México 2013. Citado el [8-Dic-17]. Disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>
- 13) Stott L, et al. Metodología para el desarrollo de estudios de caso. Centro de Innovación en tecnología para el desarrollo humano. Universidad Politécnica. Madrid, España. 2014. Citado el [8-Dic-17] disponible en: [http://www.itd.upm.es/wp-content/uploads/2014/06/metodologia\\_estudios\\_de\\_caso.pdf](http://www.itd.upm.es/wp-content/uploads/2014/06/metodologia_estudios_de_caso.pdf)
- 14) Torres Hernández Z. Introducción a la ética. Escuela Superior de Comercio y Administración, Unidad Casco de Santo Tomás. Instituto Politécnico Nacional. Editorial Grupo Patria, 1ª Edición. México, 2014 [Internet] Citado el [9-Dic-17] Disponible en: <http://www.editorialpatria.com.mx/pdf/files/9786074381481.pdf>
- 15) Miranda A, et al. El cuidado enfermero como problema ético: concepto y principios prácticos aplicados al acto de cuidado, Revista Brasileira de Enfermagem. Universidad de los Andes. Facultad de Derecho. Santiago de Chile, 2014. Citado el: [9-Dic-17] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0873.pdf>
- 16) Consentimiento Válidamente Informado. Consejo Nacional de Arbitraje Médico. Secretaría de Salud. México, 2016. Citado el [10-Dic-17] Disponible en: [http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/pdf/cvi/libro\\_cvi2aEd.pdf](http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/pdf/cvi/libro_cvi2aEd.pdf)
- 17) Carta de los derechos generales de los pacientes. Ley General de Salud. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México, 2012. Citado el [11-DIC-17] Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/comisiones\\_estatales/coesamed\\_navarit/publicaciones/pdf/carta\\_derechos.pdf](http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_navarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf)
- 18) Carta de Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros. Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México. México. [En línea] Citado el [11-Dic-17] Disponible en: [http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/td\\_c\\_der\\_generales.html](http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/td_c_der_generales.html)
- 19) Caballero Riera LO, et al. Ejercicios para reeducar la respiración y fortalecer los músculos del abdomen y de la cavidad torácica, especialmente los que intervienen directamente en el proceso en el adulto mayor, a través de las actividad física, realizados por los círculos de abuelos de la comunidad 4. 2012. Citado el [12-Dic-17] Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd172/ejercicios-para-reeducar-la-respiracion-en-el-adulto-mayor.htm>
- 20) Rosales Barrera S, et al. Fundamentos de Enfermería, ed. Manual Moderno. Tercera Edición, México 2004, pp 179-197.
- 21) Pascual Peñaranda Judith, Fisioterapia respiratoria: Técnicas de higiene bronquial en el paciente EPOC. Trabajo de Fin de grado. Universidad de Valladolid, 2014. Citado el [12-Dic-17] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5779/1/TFG-O%20162.pdf>
- 22) Guerra JL. Manual de Fisioterapia. Ed. Manual Moderno, 2004: 176-178.

- 23) Reyes Juarez M. Técnicas de Rehabilitación neurológica. Cent. Rehab. Educ. Esp. 2014 [Citado 13 dic 17] Disponible en: <http://www.discapacidadonline.com/wp-content/uploads/2013/09/Rehabilitacion-neurologica-manual-de-tecnicas.pdf>
- 24) Fisomedic. El drenaje linfático manual. Esc. Slud. [Internet] 2013 [Citado el 14 dic 17] Disponible en: <https://aulademasaje.com/wp-content/uploads/2014/06/TEMARIO-MUESTRA-DL.pdf>
- 25) Yarce Pinzón E, Camilo Pinza E, Pérez Zambrano J, Ortega Melo K. Intervención de Terapia Ocupacional en salud mental. Univ. Mar. [Internet] 2017 [Citado el 13 Dic 17]; 4(2) Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/1387-2819-1-PB.pdf>
- 26) Clavel González AJ. Rehabilitación de miembro superior tras un ictus a través de entrenamiento de actividades de la vida diaria. TOG. Dialnet. [Internet] 2016 [Citado el 13 Dic 17]; 5(2) Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-RehabilitacionDeMiembroSuperiorTrasUnIctusATravesD-5789773%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-RehabilitacionDeMiembroSuperiorTrasUnIctusATravesD-5789773%20(1).pdf)
- 27) Suárez Sanabria M, et al. Biomecánica y bases fisiológicas de los ejercicios de Codman. Revisión de tema. Rev. CES. Med. 2013 [Citado 13 Dic 17]; 27(2) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v27n2/v27n2a08.pdf>
- 28) Instituto Mexicano de Aromaterapia S.C. Curso de aromaterapia básica. SEO-INDAUTOR. Pag 2.
- 29) Snyder M. y Lindquist R. Terapias complementarias y alternativas en Enfermería. Aromaterapia. Editorial Manual Moderno. 6ta Edición. México 2010.pp 401-420.
- 30) Zapata Osorio G T. Corrección postural, prevención de la inmovilidad y fomento de la actividad física en personas con demencia. Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado Mad. [Internet]. 2014. Citado el [11-Dic-17] 1(2) Disponible en: [http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/600093\\_p\\_ostural\\_demencia.pdf](http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/600093_p_ostural_demencia.pdf)
- 31) Sagastume-Martínez de Montes. Ejercicios de equilibrio para mejorar el sistema propioceptivo y disminuir el riesgo de caídas en el adulto mayor. Tesis. Universidad Rafael Landívar Fac.e Cienc. Sald. 2013. Citado el [12-Dic-17]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/09/01/Sagastume-Melisa.pdf>
- 32) López Soto JC. Ejercicios de Propiocepción para población adulta. Instituto universitario de educación física. 2008. Citado el [12-Dic-17] Disponible en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/091-propiocepcion.pdf>
- 33) Servín Rodas MC. Nutrición Básica y Aplicada. Escuela Nacional De Enfermería y Obstetricia. Rev. ENEO. UNAM, 2013. Citado el [13-Dic-17]; 1(2): 113-114. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicaciones/ENEO-UNAM-NutricionBasicayAplicada.pdf>
- 34) García Grau E, et al. Manual de entrenamiento en respiración. Univ. Barc [Internet] 2014 [Citado el 14 Dic 17] Disponible en: [http://www.ttmib.org/documentos/ENTRENAMIENTO\\_EN\\_RESPIRACION.pdf](http://www.ttmib.org/documentos/ENTRENAMIENTO_EN_RESPIRACION.pdf)

## Anexos

### ANEXO 1. ESCALA DE DISNEA DE SADOUL



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



GRADO 0	NO DISNEA
GRADO I	DISNEA AL SUBIR DOS PISOS
GRADO II	DISNEA AL SUBIR UN PISO
GRADO III	DISNEA AL ANDAR POR TERRENO LLANO
GRADO IV	DISNEA AL REPOSO

<http://cort.as/-0BIB>

Elaboró:

L.E.O. Daniela Medina Quero

## ANEXO 2. ESCALA DE HIDRATACIÓN.

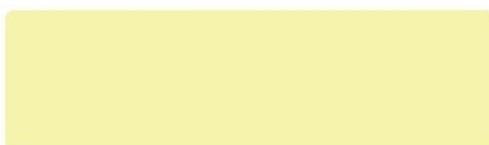


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN



### Tabla de Deshidratación Basado En Color De Orina

La siguiente tabla de Nivel de Deshidratación Por Color de Orina te ayudara a usar el color de tu orina como indicador para el nivel de deshidratación y que medidas debes tomar para regresar a tu cuerpo a los niveles normales de hidratación.



Estas bien Hidratado!  
Toma agua como lo haces normalmente



Estas bien. En este momento no te caería mal un vaso de agua.



Tomar 1/2 Botella de agua (1/4 de Litro) en la proxima hora o toma 1/2 litro de agua si estas en el exterior y/o sudando.



Toma 1/4 de litro de agua inmediatamente o tomar 1/2 litro de agua si estas afuera o sudando.



Tomar 1 litro de agua YA!. Si tu orina es mas oscura que este color o se ve roja o cafe, entonces puede ser otro problema y no necesariamente la deshidratación. Ve un Doctor.

<http://cort.as/-OBIJ>

Elaboró:

L.E.O. Daniela Medina Quero

### ANEXO 3. ESCALA DE BRISTOL.



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



## Escala de Bristol

<b>Tipo 1</b>		Trozos duros separados, como nueces
<b>Tipo 2</b>		Con forma de salchicha, pero grumosa
<b>Tipo 3</b>		Con forma de salchicha, pero con grietas
<b>Tipo 4</b>		Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
<b>Tipo 5</b>		Bolas suaves con bordes definidos
<b>Tipo 6</b>		Trozos suaves con los bordes desiguales
<b>Tipo 7</b>		Acuosa, sin trozos sólidos Totalmente líquida

<http://cort.as/-6LRH>

Elaboró:

L.E.O. Daniela Medina Quero

## ANEXO 4. ESCALA DE BRADEN



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



### Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

<b>PERCEPCIÓN SENSORIAL.</b>	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
<b>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.</b>	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4)
<b>ACTIVIDAD.</b>	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
<b>MOVILIDAD.</b>	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
<b>NUTRICIÓN.</b>	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4).
<b>ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.</b>	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

#### Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.  
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.

<http://cort.as/-OBIJ>

ELABORÓ:

L.E.O. Daniela Medina Quero

## ANEXO 5. ESCALA DE BARTHEL PARA AVD BÁSICAS



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



INDICE DE AUTOCUIDADO	Independencia	Con ayuda	Dependencia
1. Beber de un vaso	4	0	0
2. Comer	6	0	0
3. Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4. Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
5. Colocarse prótesis o aparato ortopédico	0	-2	0
6. Aseo personal	5	0	0
7. Lavarse o bañarse	6	0	0
8. Control orina	10	5	0
9. Control heces	10	5	0
<b>INDICE DE MOVILIDAD</b>			
10. Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11. Sentarse y levantarse del retrete	6	3	0
12. Entrar y salir de la ducha	1	0	0
13. Andar 50 metros sin desnivel	15	10	0
14. Subir y bajar un tramo de escaleras	10	5	0
15. Si no anda: mueve la silla de ruedas	5	0	0

[http://cort.as/-\\_0HK](http://cort.as/-_0HK)

ELABORÓ:  
L.E.O. Daniela Medina Quero

## ANEXO 6. ESCALA DE LAWTON Y BRODY



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



### Índice de Lawton y Brody

<b>Cuidar la casa</b>		<b>Uso del teléfono</b>	
Cuida la casa sin ayuda	1	Capaz de utilizarlo sin problemas	1
Hace todo, menos el trabajo pesado	2	Sólo para lugares muy familiares	2
Tareas ligeras únicamente	3	Puede contestar pero no llamar	3
Necesita ayuda para todas las tareas	4	Incapaz de utilizarlo	4
Incapaz de hacer nada	5		
<b>Lavado de ropa</b>		<b>Uso del transporte</b>	
La realiza personalmente	1	Viaja en transporte público o conduce	1
Sólo lava pequeñas prendas	2	Sólo en taxi, no en autobús	2
Es incapaz de lavar	3	Necesita acompañamiento	3
		Incapaz de usarlo	4
<b>Preparación de la comida</b>		<b>Manejo del dinero</b>	
Planea, prepara y sirve sin ayuda	1	Lleva cuentas, va a bancos, etc.	1
Prepara si le dan los ingredientes	2	Sólo maneja cuentas sencillas	2
Prepara platos precocinados	3	Incapaz de utilizar dinero	3
Tienen que darle la comida hecha	4		
<b>Ir de compras</b>		<b>Responsable medicamentos</b>	
Lo hace sin ninguna ayuda	1	Responsable de su medicación	1
Sólo hace pequeñas compras	2	Hay que preparárselos	2
Tienen que acompañarle	3	Incapaz de hacerlo por sí solo	3
Es incapaz de ir de compras	4		

**Grado de dependencia:** Hasta 8 puntos: independientes; 8-20 puntos: necesita cierta ayuda; más de 20 puntos: necesita mucha ayuda

<http://cort.as/-OBKV>

ELABORÓ:

L.E.O. Daniela Medina Quero

## ANEXO 7. ESCALA DE HAMILTON PARA NIVELES DE ANSIEDAD



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



### Escala de Ansiedad de Hamilton

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad ligera
- 2. Intensidad media
- 3. Intensidad elevada
- 4. Intensidad máxima (invalidante)

	1	2	3	4
1 Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.				
2 Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.				
3 Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.				
4 Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.				
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.				
6 Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.				
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.				
8 Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas ( pinchazos u hormigueos ).				
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).				
10 Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).				

<http://cort.as/-OBKe>

ELABORÓ:  
 L.E.O. Daniela Medina Quero

## ANEXO 8. ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE DOWTON



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



Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON 1993)		
Riesgo de caída > 2 puntos		
Caídas previas	No	0
	Sí	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

<http://cort.as/-OBKm>

ELABORÓ:  
 L.E.O. Daniela Medina Quero

## ANEXO 9. ESCALA DE TINETTI PARA VALORAR MARCHA



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



# Escala de Tinetti

## 1. MARCHA

**Instrucciones:** El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a «paso normal», luego regresa a «paso rápido pero seguro».

- |  |    |
|--|----|
| 10. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande)                     |    |
| — Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar .....                             | =0 |
| — No vacila .....  | =1 |
| 11. Longitud y altura de paso  |    |
| a) Movimiento del pie dcho.:   |    |
| — No sobrepasa al pie izdo. con el paso .....  | =0 |
| — Sobrepasa al pie izdo. ....  | =1 |
| b) Movimiento del pie izdo.  |    |
| — No sobrepasa al pie dcho., con el paso .....   | =0 |
| — Sobrepasa al pie dcho. ....  | =1 |
| — El pie izdo., no se separa completamente del suelo con el peso .....                     | =1 |
| — El pie izdo., se separa completamente del suelo .....                                    | =1 |
| 12. Simetría del paso  |    |
| — La longitud de los pasos con los pies izdo. y dcho., no es igual .....                   | =0 |
| — La longitud parece igual .....   | =1 |
| 13. Fluidez del paso   |    |
| — Paradas entre los pasos .....  | =0 |
| — Los pasos parecen continuos .....  | =1 |
| 14. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)    |    |
| — Desviación grave de la trayectoria .....   | =0 |
| — Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria .....                 | =1 |
| — Sin desviación o ayudas .....  | =2 |
| 15. Tronco   |    |
| — Balanceo marcado o usa ayudas .....  | =0 |
| — No balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar ..... | =1 |
| — No se balancea, no reflexiona, ni otras ayudas .....                                     | =2 |
| 16. Postura al caminar   |    |
| — Talones separados .....  | =0 |
| — Talones casi juntos al caminar .....   | =1 |

PUNTUACIÓN MARCHA: 12 \_\_\_\_\_

PUNTUACIÓN TOTAL: 28 \_\_\_\_\_

<http://cort.as/-0BKq>

ELABORÓ:

L.E.O. Daniela Medina Quero

## ANEXO 9 CONTINUACIÓN. ESCALA DE TINETTI PARA VALORAR EQUILIBRIO



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



### Escala de Tinetti para la valoración de la marcha y el equilibrio

**Indicada:** Detectar precozmente el Riesgo de caídas en ancianos a un año vista.

**Administración:** Realizar una aproximación realizando la pregunta al paciente ¿Teme usted caerse?. Se ha visto que el Valor Predictivo positivo de la respuesta afirmativa es alrededor del 63% y aumenta al 87% en ancianos frágiles.

Tiempo de cumplimentación 8-10 min. Caminando el evaluador detrás del anciano, se le solicita que responda a las preguntas de la subescala de marcha. Para contestar la subescala de equilibrio el entrevistador permanece de pie junto al anciano (enfrente y a la derecha).

La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.

**Interpretación:**

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación de la subescala de marcha es 12 , para la del equilibrio 16. La suma de ambas puntuaciones para el riesgo de caídas.

A mayor puntuación->>menor riesgo

<19 Alto riesgo de caídas

**19-24 Riesgo de caídas**

Propiedades psicométricas: no esta validada en Español y en nuestro contexto.

### ESCALA DE TINETTI. PARTE I: EQUILIBRIO

Instrucciones: sujeto sentado en una silla sin brazos

<b>EQUILIBRIO SENTADO</b>	
Se inclina o desliza en la silla.....	0
Firme y seguro.....	1
<b>LEVANTARSE</b>	
Incapaz sin ayuda.....	0
Capaz utilizando los brazos como ayuda.....	1
Capaz sin utilizar los brazos.....	2
<b>INTENTOS DE LEVANTARSE</b>	
Incapaz sin ayuda.....	0
Capaz, pero necesita más de un intento.....	1
Capaz de levantarse con un intento.....	2
<b>EQUILIBRIO INMEDIATO (5) AL LEVANTARSE</b>	
Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)...	0
Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos.....	1
Estable sin usar bastón u otros soportes.....	2
<b>EQUILIBRIO EN BIPEDESTACION</b>	
Inestable.....	0
Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cm.) o usa bastón, andador u otro soporte.....	1
Base de sustentación estrecha sin ningún soporte.....	2
<b>EMPUJON</b> (sujeto en posición firme con los pies lo más juntos posible; el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces).	

ELABORÓ:

L.E.O. Daniela Medina Quero

## ANEXO 10. DERMATOMAS

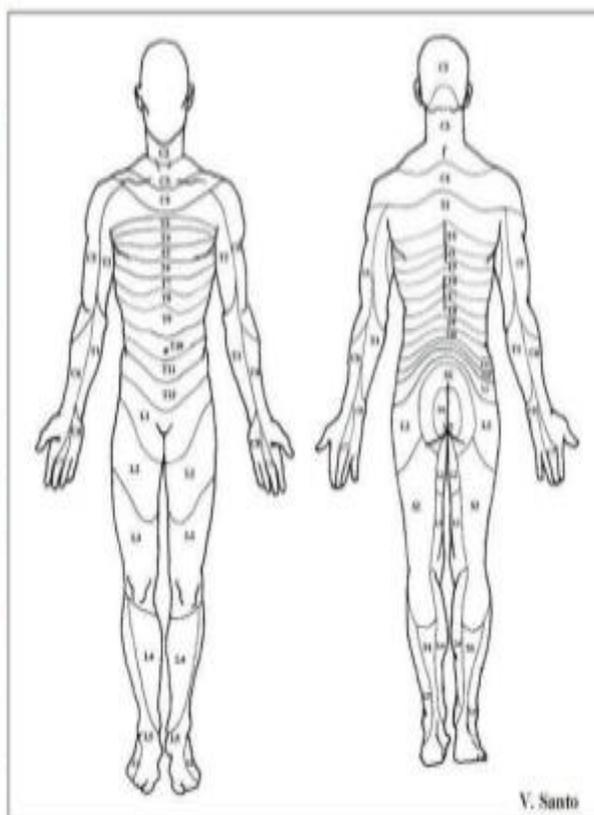


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN



# Dermatomas

Referencia anatómica del cuerpo	Dermatoma
Nuca	C-2
Hombro	C-4
Pulgar	C-6
Dedo medio	C-7
Dedo pequeño	C-8
Pezón	T4,T5
Ombligo	T-10
Región inguinal	L-1
Dedo gordo del pie	L-4, L-5
Dedo pequeño del pie	S-1
Genitales y región inguinal	S-4, S-5



[http://cort.as/-\\_OHx](http://cort.as/-_OHx)

ELABORÓ:

L.E.O. Daniela Medina Quero

## ANEXO 11. USO DEL ESPIRÓMETRO INCENTIVO.



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



### USO DEL INSPIRÓMETRO



<http://cort.as/-2ube>

#### Partes del Inspirómetro

Repetir esta actividad tres veces al día. Si se siente cansado o sofocado dejar de realizarla, descansar y retomarla.

#### PASOS A SEGUIR:

- 1.- Verifique que el aparato esté en cero o en el nivel base.
- 2.- Párese, siempre que sea posible.
- 3.- Meta aire lo más profunda que pueda.
- 4.- Coloque el medidor en su boca y apriete la boquilla con los labios.
- 5.- Sople lo más fuerte y rápido que pueda (entre 1 y 2 segundos).
- 6.- No tosa, escupa ni deje que la lengua toque la boquilla.
- 7.- Anote el valor obtenido
- 8.- Repita el procedimiento dos veces más y anote el Valor más alto de los tres.

Pascual Peñaranda Judith, Fisioterapia respiratoria: Técnicas de higiene bronquial en el paciente EPOC. Trabajo de Fin de grado. Universidad de Valladolid, 2014. Citado el [12-Dic-17] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5779/1/TFG-O%20162.pdf>

Elaboró: LEO. Daniela Medina Quero

## ANEXO 12

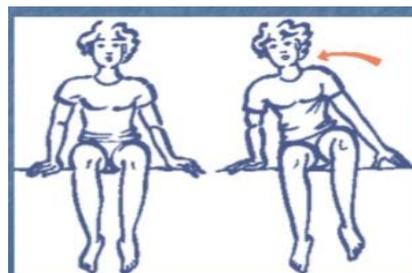


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN



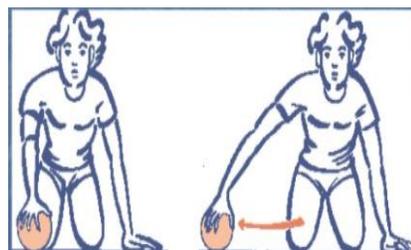
### Ejercicios para mejorar equilibrio en hombro, escápula y antebrazo

1.- Sentado cómodamente con la mano apoyada en su cadera, intente cargar su peso de un lado 15 segundos y del otro, (con ayuda del personal capacitado).



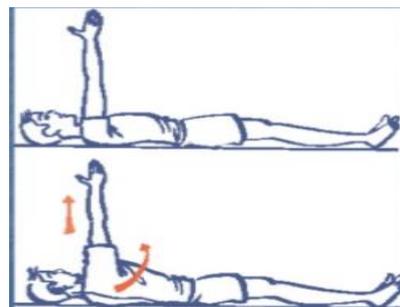
<http://cort.as/-OVE->

2.- Colóquese sobre sus rodillas y coloque primero una mano sobre una pelota y trate de recargar su peso en ella 15 segundos, lo mismo para el lado contrario, (con ayuda del personal capacitado)



<http://cort.as/-OVE->

3.- Elevar el brazo e intentar acercar y alejar el mismo de su cuerpo, (con ayuda del personal capacitado)



<http://cort.as/-OVE->

Estos ejercicios debe realizarlos dos veces al día con 2 series de 15 repeticiones.

Sagastume-Martínez de Montes. Ejercicios de equilibrio para mejorar el sistema propioceptivo y disminuir el riesgo de caídas en el adulto mayor. Tesis. Universidad Rafael Landívar Fac.e Cienc. Sald. 2013. Citado el [12-Dic-17]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/09/01/Sagastume-Melisa.pdf>

ELABORÓ: LEO. DANIELA MEDINA QUERO

## ANEXO 13. PLATO DEL BIEN COMER.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERIA EN REHABILITACIÓN



### El plato del bien comer



La NOM-043 clasifica a los alimentos en tres grupos: verduras y frutas; cereales y tubérculos; leguminosas y alimentos de origen animal. Da las recomendaciones para integrar una dieta correcta para todos los grupos de población, asimismo promueve la variación y combinación de alimentos para asegurar el aporte de nutrimentos al organismo y evitar enfermedades como la obesidad, diabetes, desnutrición, hipertensión, entre otras.

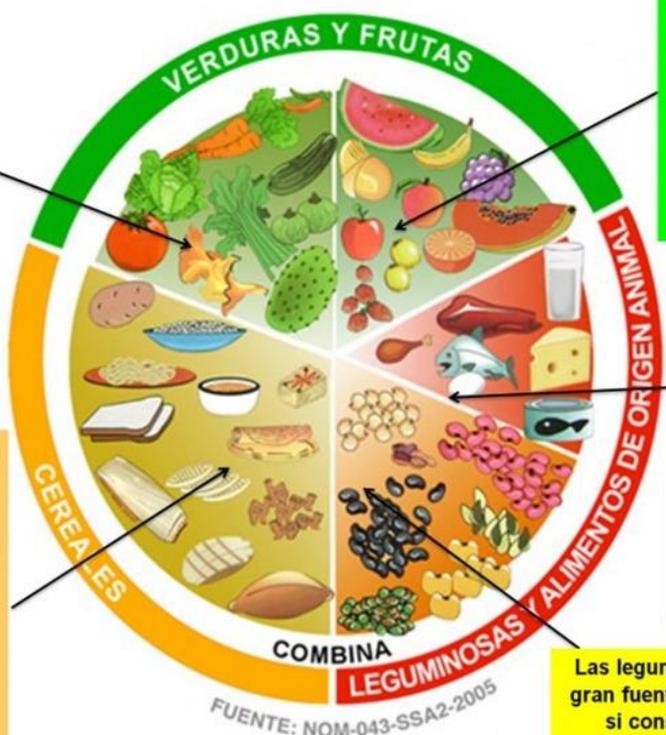
Las verduras aportan vitaminas, minerales y fibra, así como color y textura a la dieta. Además de contener mucha agua y permite la buena hidratación

Las frutas son una gran fuente de azúcares no refinados y de agua, lo que proporciona energía y una buena hidratación

Los cereales y harinas son la principal fuente de energía que el organismo utiliza para realizar sus actividades diarias por lo que su consumo es fundamental para el buen funcionamiento orgánico

Las carnes y pescados son otra gran fuente de proteínas pero su consumo debe ser limitado porque aportan grandes cantidades de grasas saturadas

Las leguminosas son una gran fuente de proteínas y si consumo es muy recomendable para la fuerza muscular y el crecimiento de los músculos



https://goc.gif/1sBIM

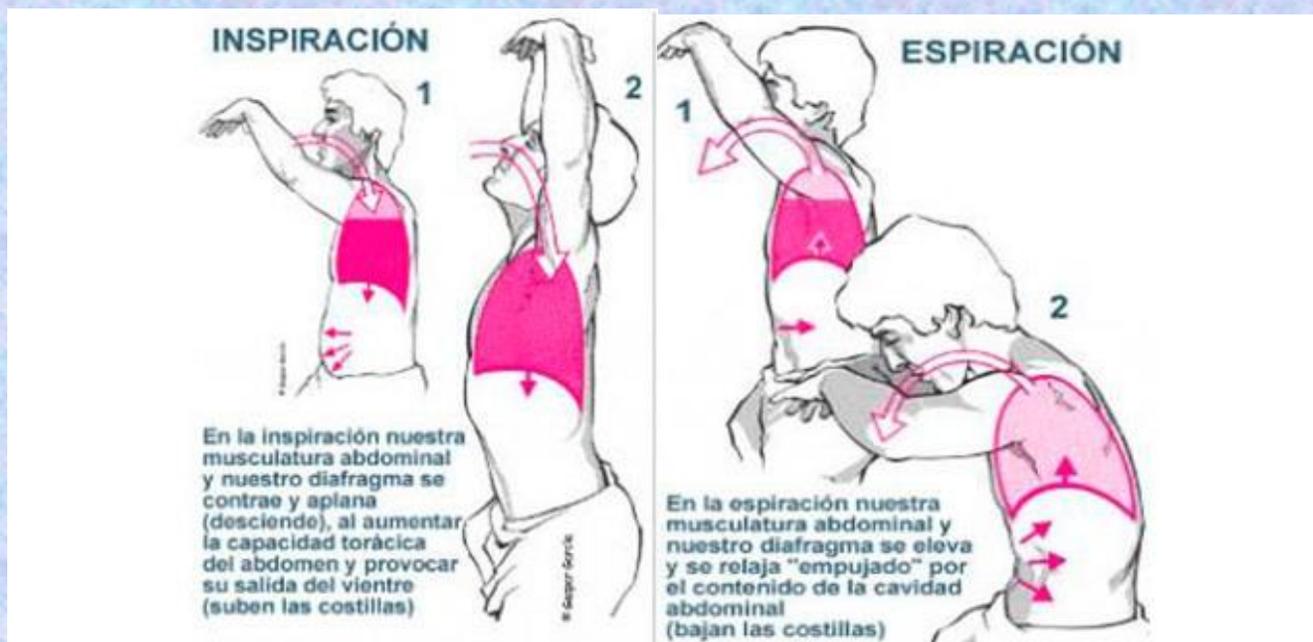
ELABORO  
 L.E. Aldo Jesús Arenas Salgado  
 L.E.O. María Isabel Estrada Nieto  
 L.E.O. Daniela Medina Quero

Norma Oficial Mexicana NOM-043. El plato del bien comer. Citado internet [2018 mayo 09]. Disponible en: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas/1/programas/6\\_1\\_plato\\_bien\\_comer.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas/1/programas/6_1_plato_bien_comer.pdf)



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

## Ejercicios para fortalecer musculatura respiratoria y relajación



<http://cort.as/-2ufa>

<http://cort.as/-2ufa>

Estos ejercicios se realizan dos veces al día en conjunto con el uso del inspirómetro durante 20 minutos.

Pascual Peñaranda Judith, Fisioterapia respiratoria: Técnicas de higiene bronquial en el paciente EPOC. Trabajo de Fin de grado. Universidad de Valladolid, 2014. Citado el [12-Dic-17] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5779/1/TFG-O%20162.pdf>

ELABORÓ: LEO. Daniela Medina Quero

## ANEXO 15.

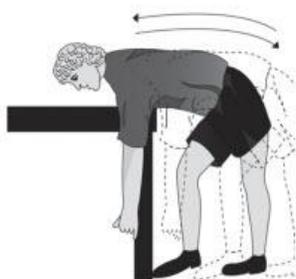


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN



# Ejercicios de Codman

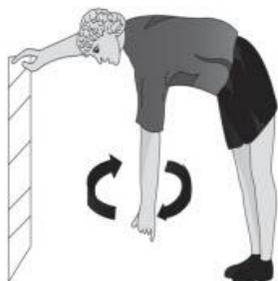
Son ejercicios que se indican a pacientes con problemas de hombro como método de rehabilitación



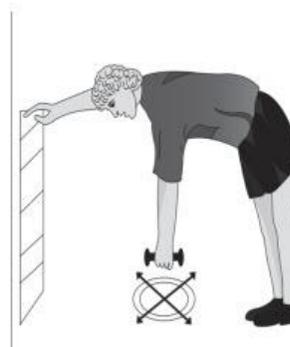
1.- Debe estar de pie, con el tronco flexionado a 90°, el brazo afectado pende hacia abajo en una posición entre los 60 y 90 grados de flexión.



2.- El movimiento de balanceo del brazo se inicia moviendo el tronco ligeramente hacia atrás y hacia adelante, y consecutivamente hacia los lados



3.- Se pueden hacer movimientos de doblar, estirar, abrir, cerrar y girar el brazo para así aumentar la movilidad a tolerancia



4.- A medida que avanzan los ejercicios se puede agregar peso a la mano, de forma que se provoque mayor fuerza de la articulación.

Bibliografía: Elaboró: Suárez Sanabria M, et al. Biomecánica y bases fisiológicas de los ejercicios de Codman. Revisión de tema. Rev. CES. Med. 2013 [Citado 13 Dic 17]; 27(2)  
Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v27n2/v27n2a08.pdf>

Elaboró: LEO. Daniela Medina Quero

## ANEXO 16.



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



### CEPILLADO RÁPIDO

Consiste en realizar un cepillado rápido realizando varias repeticiones, sobre la piel para provocar un estímulo del umbral. Es recomendable que técnica se encuentre acompañada con una secuencia de posicionamiento.

### GOLPETEO

Consiste en una técnica que se aplica generando toques moderados pero ejerciendo una presión considerable sobre la superficie del músculo, con la finalidad de estimular sus fibras y provocar una respuesta.

1



2



3



4



M

E

T

O

D

O

R

O

O

D

### VIBRACIÓN

Permite estimular los husos musculares que se encuentran inervados por las vías aferentes primarias, por lo que durante la aplicación del estímulo, se provocará una contracción muscular.

### FRÍO

Para la aplicación del frío se recomienda hacer roces sobre la zona durante 3 a 5 segundos y a los 30 segundos ya se observa una respuesta.

### ESTIRAMIENTO MUSCULAR

Es utilizado con la finalidad de provocar una inhibición de la contracción muscular y de esta manera impedir que se desarrolle una tensión excesiva del músculo y en consecuencia se favorezca la alteración del tono muscular.

Elaboró: LEO.  
Medina Quero  
Daniela

Bibliografía: López Soto JC. Ejercicios de Propiocepción para población adulta. Instituto universitario de educación física. 2008. Citado el [12-Dic-17] Disponible en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/091-propiocepcion.pdf>

## ANEXO 17



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



## MASAJE TERAPÉUTICO DESCONTRACTURANTE

**Posición unidigital:** la yema de varios dedos son las encargadas de aplicar el masaje. Pero sólo los dedos son los que se mueven.

**Posición multidigital:** al igual que la posición unidigital, sólo se emplea un dedo pero, en este caso, la acción se refuerza por el peso de un segundo dedo que se apoya sobre el primero.

**Posición palmar:** durante la acción de masajear se mantienen toda la palma y los dedos en contacto con la zona tratada.

**Posición bimanual completa:** el masaje se realiza con el contacto total de ambas manos.

**Posición nudillar:** el masaje se realiza con la superficie dorsal de las falanges mediales y de las articulaciones interfalángicas proximales de los dedos y con un movimiento del puño semicerrado.

**Posición de puños cerrados:** para favorecer las maniobras de arrastre con presión en algunas manipulaciones.

**Posición lateral cubital:** se apoyan los bordes cubitales de las manos para maniobras de separación y fricción.

**Posición de antebrazos.** en algunos casos, además de las manos, se usa la mitad anterior de los brazos.



<http://cort.as/-30X3>

Elaboró:

LEO. Daniela Medina Quero



## ANEXO 18

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



### MÉTODO KABAT PARA MIEMBRO SUPERIOR



- Preparatorias: “ahora usted va a tomar mi mano, haciéndola girar, para después traccionarla a través de su cara, manteniendo derecho el codo”.
- Acción: “tire”, “apriéteme la mano”, “dé la vuelta”, “llévela a través de su cara”, “no doble el codo”.



- Preparatorias: “Ahora usted va a abrir la mano, a volverla y a empujarla hacia abajo, alejándola de su cara”.
- Acción: “Empuje”, “abra la mano”, “vuélvala”, “empújela hacia mi”, “mantenga derecho el codo”.



- Preparatorias: “Ahora usted me va a apretar la mano, para volverla y atraerla hacia su cadera derecha, manteniendo derecho el codo”.
- Acción: “tire”, “apriéteme la mano”, “vuélvala”, “mantenga derecho el codo”, “tire hacia abajo y hacia su cadera derecha”.

**Estos ejercicios se realizarán en series de 30 con 15 repeticiones, dos veces al día**

Bibliografía: López Soto JC. Ejercicios de Propiocepción para población adulta. Instituto universitario de educación física. 2008. Citado el [12-Dic-17] Disponible en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/091-propiocepcion.pdf>

Elaboró: LEO. Daniela Medina Quero



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



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

CD de México a 20 de Octubre 2017

Por medio de la presente yo - Bertha Araceli Arriaga Soto  
Doy mi consentimiento para que la (el) Lic.  
Enf. Denick Medina Quera Estudiante del Posgrado de Enfermería  
en Rehabilitación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la  
Universidad Nacional Autónoma de México, realice seguimiento y participación  
activa en el cuidado integral y especializado de mi padecimiento como parte de  
sus actividades académicas, asegurando haber recibido la información necesaria  
sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación y ser  
libre de retirarme de este estudio en el momento en que lo desee.

**Autorizo (nombre y firma):**

Bertha Araceli Arriaga Soto Arriaga

**Testigo (nombre y firma):**

Veronica Corona Jaime VC

**Estudiante del Posgrado (nombre y firma):**

Denick Medina Quera DMQ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERIA EN  
REHABILITACION



### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTENCION DE FOTOGRAFIAS O VIDEO

CD de México a 20 de Octubre 2017

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

Autorizo:

Testigo:

Veronica Corona Jaime

Estudiante del Posgrado:

Donela Medina Carrero

## ANEXO 20



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



### ESCALA DE ZARIT PARA SOBRECARGA DEL CUIDADOR

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación paracadarespuesta	1	2	3	4	5
1 ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3 Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12 Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22 Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

<http://cort.as/-BgGs>

Elaboró:

LEO. Daniela Medina Quero

## ANEXO 21



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



### MASAJE DE CICATRIZ

Este auto-masaje para trabajar la cicatriz busca ayudar a soltar la cicatriz y no se adhiera al plano inferior. Para eso, hay que realizar un masaje contrariando la cicatriz.

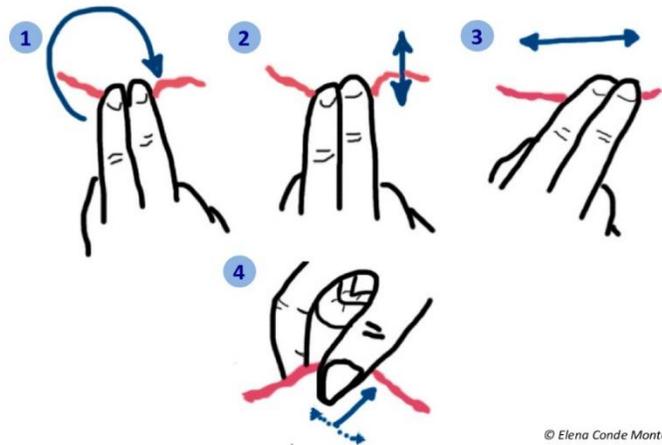
Situamos un dedo en la parte de arriba de la cicatriz, a la derecha y ponemos otro dedo en la parte de abajo, a la izquierda. La idea es presionar un dedo va contra el otro, pero no de frente, sino uno más arriba y otro más abajo.

Este movimiento ha de realizarse por todo el recorrido de la cicatriz. Arriba y abajo, en esta dirección y en la opuesta.

#### ¿CÓMO MASAJEAR UNA CICATRIZ?

Las características de este ejercicio son:

- Siempre contrariando los tejidos
- Ligeramente molesto (no puede doler mucho)
- En cicatrices recientes, usar crema
- Con forme avancemos el ejercicio, realizarlo sin crema
- Debe durar entre 2 y 5 minutos
- Puede realizarse diariamente.



© Elena Conde Montero

En una cicatriz reciente hay que

comenzar suavemente, empezando con tracciones y generando la menor molestia posible.

No debe ser muy doloroso. Puedes empezar suave, aplicando algo de crema.

Elaboró:

LEO. Daniela Medina Quero