



**UNIVERSIDAD  
DE  
SOTAVENTO A.C.**



---

---

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**CASO CLÍNICO: PACIENTE CON HERNIA DISCAL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA ENFERMERÍA**

PRESENTA:

**ALBA LUZ ROMAN ENRIQUEZ**

ASESORA:

**LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY**

Coatzacoalcos, Veracruz

Marzo 2022



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.

## DEDICATORIA

Este caso clínico se lo dedico especialmente a mi familia

Al Sr. Jorge Román Ramos, mi gran padre y amigo por haberme brindado su apoyo incondicional en la decisión de poder realizar mi licenciatura, por darme consejos y hermosas palabras de impulso, para luchar a cada momento aun así fueran los más turbios en mi vida, porque cuando quería darme por vencida él era mi fortaleza y el motivo al ponerme de pie.

A la Sra. Zenaida Enríquez Juárez, por darme su apoyo y ánimos para alcanzar uno de mis sueños el tener la licenciatura en enfermería, por sus desvelos y preocupaciones al estar lejos de casa.

A mi hermano menor Jorge Juriel, que siempre me impulso al decirme que soy su ejemplo a seguir y que no hay sueño imposible de alcanzar si lo deseas de corazón.

Al Lic. Jordy Cortes Hernández que estuvo a mi lado brindándome su apoyo y ayudándome emocionalmente para no dejarme vencer.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco infinitamente a Dios, por permitirme culminar con éxito mi hermosa carrera y obtener un gran logro académico, del cual estoy inmensamente orgullosa y segura que será de gran provecho en mi vida, porque cada día me demuestra lo que puedo lograr y hacer con esfuerzo y dedicación.

Agradezco de igual manera a una mujer maravillosa y gran ser humano, a la directora de la facultad la Mtra. Adela Martínez Perry, también a los catedráticos, por su paciencia y dedicación al compartir sus grandes conocimientos y experiencias vividas que me hicieron descubrir lo hermosa que es nuestra carrera.

Finalmente les doy mis más humildes agradecimientos a todas esas personas que estuvieron brindándome su ayuda y comprensión en los momentos que más lo necesite.

## Índice

Introducción.....	5
Fisiopatología.....	6
Historia clínica.....	12
Valoración de enfermería.....	14
Patrones alterados.....	15
Intervenciones de enfermería.....	16
Evolución.....	23
Bibliografía.....	24

# INTRODUCCIÓN

La columna vertebral está compuesta por huesos (vértebras), separados cada uno de ellos por un resistente “cojín amortiguador” de golpes llamado disco intervertebral.

Las vértebras se dividen en 7 vértebras cervicales (cuello), 12 vértebras torácicas (pecho), 5 vértebras lumbares (parte baja de la espalda), 5 vértebras sacras y el cóccix. Las hernias discales se producen a nivel cervical, torácico o lumbar; las zonas lumbares y cervicales son las más afectadas. (1) Los discos intervertebrales están compuestos por un núcleo de material pulposo, similar a la gelatina, rodeado por un anillo fibroso extremadamente resistente, con la edad, el núcleo empieza a deshidratarse y secarse. A su vez, pueden producirse fisuras en la parte posterior del anillo fibroso a través de las cuales puede filtrarse parte del núcleo.

La hernia discal lumbar, es una causa común que provoca limitaciones en las actividades de la vida diaria, este es iniciado por fisuras de anillos fibrosos, causados por problemas degenerativos en la flexión o combinación de rotación/lateralización y puede ocurrir durante el levantamiento inadecuado de un objeto (1). Son numerosas las estrategias terapéuticas, tanto no quirúrgica como quirúrgica que se emplean en la hernia discal lumbar, con variables grados de éxito. No obstante, en varios estudios a lo largo del tiempo y al menos en los últimos 40 años se ha demostrado que a mayor volumen de la hernia discal, existe mayor posibilidad de que esta disminuya su tamaño con tratamiento conservador (3).

El dolor lumbar y la ciática son cuadros que se presentan frecuentemente en la vida de una persona y constituyen una de las causas más frecuentes de consulta médica general o cirugía ortopédica. Decidí elegir este caso clínico ya que el dolor lumbar es un problema que afecta al 70 – 80 % de la población en general en algún momento de su vida y la hernia discal es una de las principales causas y el mayor responsable de incapacidad y deterioro de la calidad de vida de quienes lo padecen.

# FISIOPATOLOGÍA

La hernia de disco intervertebral se presenta al producirse un desplazamiento del núcleo o parte central del disco, con rotura parcial o completa del anillo fibroso y aparición de asimetría focal en la circunferencia externa del disco. La protrusión discal, a diferencia de la hernia, es una prominencia generalizada del borde periférico del disco sin que haya desplazamiento focal del núcleo. (4)

## **Anatomía y fisiología de la columna vertebral**

Para entender el dolor que puede aparecer en la columna lumbar, debemos comprender la mecánica fisiológica de la columna.

La columna humana es una estructura mecánica experimentada durante la evolución y adaptada a la bipedestación que combina la rigidez de las vértebras y la elasticidad de los discos. Esta singular combinación le permite soportar importantes presiones y al mismo tiempo tener una amplia movilidad controlada en determinados planos. (5)

Mecánicamente se entenderá mejor la columna si la observamos como tres pilares, uno grande anterior y dos pequeños posteriores. El pilar anterior está formado por la superposición de los cuerpos de las vértebras y los discos intervertebrales. Los pilares posteriores son las estructuras del arco vertebral, articulación superior e inferior unidas por los istmos. El pilar anterior está unido a los dos posteriores a través de los pedículos que resultan ser estructuras de alta resistencia. Los dos pilares posteriores están unidos entre sí por las láminas. Entre ellos queda delimitado el agujero vertebral, que, en el segmento lumbar, es amplio y en forma de triángulo equilátero. El conjunto de agujeros vertebrales constituye el conducto raquídeo. (6)

El cuerpo vertebral resiste muy bien las fuerzas de compresión a lo largo de su eje vertical gracias a la disposición de sus trabéculas. La porción anterior del cuerpo vertebral es menos resistente que la posterior y en las lesiones con

hiperflexión se hunde en este punto. Las corticales del cuerpo son muy finas y son responsables sólo del 10% de la resistencia de la vértebra. El cuerpo vertebral se fractura antes que el disco. (7)

Un disco intervertebral es una estructura viscoelástica de unión entre dos cuerpos vertebrales. Es el encargado de la absorción y transmisión de las cargas, de soportar la columna y es el responsable de la movilidad vertebral. Asimismo, conformará las curvas fisiológicas de la columna vertebral amortiguando el peso. En la columna vertebral del ser humano existen 24 discos intervertebrales, cuya geometría es biconvexa y su altura va aumentando conforme se va descendiendo por la columna, hasta alcanzar de 7 a 14 mm de altura en la región lumbar. (8)

El disco está formado por tejido cartilaginoso y consta de tres regiones diferenciadas. La región interna o núcleo pulposo, de consistencia gelatinosa y capaz de soportar el 75% de la carga, distribuyendo los esfuerzos de forma horizontal al anillo. La región externa del disco o anillo fibroso, que encierran al núcleo, compuesta por capas concéntricas de fibras de colágeno cuya rigidez aumenta en las capas más exteriores. Y la placa terminal compuesta por una fina capa de cartílago hialino que separa el disco del cuerpo vertebral. (9)

El disco, al igual que otros cartílagos, está formado fundamentalmente por una matriz de fibras de colágeno, elastina, agua y células dispersas por toda la matriz responsables de la síntesis y el mantenimiento de sus distintos componentes. El agua es el componente principal del disco, forma parte del volumen tisular entre un 65 y un 90 %, dependiendo de la edad, de la región del disco y de la carga aplicada al mismo. El agua es importante tanto para el funcionamiento mecánico del disco como para proporcionar el medio de transporte de las sustancias disueltas dentro de la matriz. (9)

La densidad celular del disco intervertebral es muy baja en comparación con la de otros tejidos, pero aun siendo baja su actividad es vital para la salud del disco, ya que las células producen macromoléculas durante toda la vida para sustituir a las que se degradan y se pierden con el paso del tiempo. (3)

## **Biomecánica de los discos intervertebrales**

La principal función del disco es mecánica. El disco transmite la carga a lo largo de la columna vertebral y también permite su curvatura y torsión. Las cargas sobre el disco proceden del peso corporal y de la actividad muscular, y se modifican con la postura. La extensión o la flexión de la columna producen sobre todo fuerzas de tracción y de compresión sobre el disco, que aumentan de magnitud según se desciende por la columna, debido a las diferencias en el peso y en la geometría corporal. La rotación de la columna produce tensiones transversales (de cizallamiento). (10)

Durante la carga, el disco se deforma y pierde altura. La placa terminal y el anillo soportan un aumento de tensión y, en consecuencia, se eleva la presión hidráulica en el disco. El grado de deformación del disco depende de la velocidad de carga, este puede experimentar una deformación considerable, comprimiéndose o extendiéndose en un 30 a un 60 % durante la flexión y la extensión. Si la carga se retira en unos segundos, el disco vuelve rápidamente a su estado anterior (por osmosis), pero si la carga se mantiene, el disco continúa perdiendo altura, y a su vez la permeabilidad de forma no lineal. Este “aplastamiento” es consecuencia de la deformación continua de las estructuras del disco, ya que este va perdiendo líquido como consecuencia del aumento de presión.

Por ejemplo, en el transcurso de las actividades diarias el disco está sometido a esfuerzos que ocasionan una pérdida de entre el 10 y el 25 % de su contenido de agua, que se recupera al descansar en posición decúbito supino o prono. (10)

Esta pérdida de agua puede dar lugar a una disminución de 1 a 2 cm de estatura desde la mañana hasta la noche. Este cambio da lugar a tensiones no uniformes a través de la placa terminal y de las fibras del anillo.

## Tipos de hernias discales

Una hernia de disco ocurre con más frecuencia en la zona cervical y lumbar de la columna. De acuerdo a la región de la columna que afecte, se puede clasificar en tres tipos:

- **Hernia discal cervical:** afecta la región del cuello;
- **Hernia discal torácica:** afecta la región media de la espalda;
- **Hernia discal lumbar:** afecta a la parte más baja de la espalda. (11)

Pero las hernias discales se pueden clasificar también en función del modo en que el disco vertebral deja de tener su formato original y se deforma, creando un abultamiento.

Se distinguen, según este criterio, tres tipos de hernia:

- **Hernia discal protruida:** es el tipo más común y ocurre cuando el núcleo del disco permanece intacto, pero hay pérdida de la forma oval.
- **Extrusión discal:** cuando el núcleo del disco se encuentra deformado, formando una 'gota'.
- **Hernia discal secuestrada:** cuando el núcleo está muy dañado y llega incluso a separarse en dos partes. (11)

## Diagnóstico

Analizando la historia clínica y por medio del examen físico, en estos se reflejan los antecedentes patológicos, las características del dolor radicular y nos permiten conocer la raíz o raíces afectadas.

Se realiza también un examen neurológico donde se evalúan los reflejos, la fuerza muscular, capacidad para caminar y sentir toques ligeros, pinchazos o vibraciones.(12) En la mayoría de los casos de hernia de disco, un examen físico y los antecedentes médicos son todo lo que se necesita para un diagnóstico. Si el médico sospecha de otra afección o necesita ver qué nervios están afectados, puede ordenar uno o más de los siguientes exámenes.

## Pruebas de diagnóstico por imágenes

- **Radiografías.** Las radiografías simples no detectan las hernias de disco, pero sirve como diagnóstico diferencial.
- **Tomografía computarizada.** Toma una serie de radiografías desde diferentes direcciones, creando así, imágenes transversales de la columna vertebral y de las estructuras que la rodean.
- **Resonancia magnética.** Este crea imágenes de las estructuras internas del cuerpo, se utiliza para confirmar la ubicación de la hernia de disco y detectar los nervios afectados.
- **Mielograma.** Se inyecta una sustancia de contraste en el líquido cefalorraquídeo antes de tomar las radiografías. Este examen puede mostrar si hay presión en la médula espinal o en los nervios debido a múltiples hernias de disco u otras afecciones. (12)

## Tratamiento

Para hernias discales sintomáticas, el tratamiento inicial se debe realizar con medidas no quirúrgicas. La combinación de antiinflamatorios no esteroideos con analgésicos y relajantes musculares son de gran utilidad para el tratamiento inicial del dolor. (13)

Ocasionalmente, esteroides intramusculares u orales, en periodos cortos, o incluso, opioides si el dolor es intenso, 2 ó 3 días de reposo absoluto, evitar la carga de peso, modificar la actividad, modificaciones posturales, ayudan a la mejora de la sintomatología.

El uso de inyecciones epidurales de esteroides es un tratamiento que mejora la sintomatología de manera significativa.

### Indicaciones de cirugía:

-URGENCIAS: Cuando existe un déficit neurológico progresivo o aparición de un síndrome de cola de caballo.

-RELATIVAS: Radiculopatía persistente tras tratamiento conservador adecuado. Ciática incapacitante recurrente. El dolor incontrolable con medidas no quirúrgicas. Presencia de déficit motor significativo con signos de tensión y dolor.

-MÁS FRECUENTE: Fracaso del tratamiento no quirúrgico con persistencia de ciática.

La intervención quirúrgica admitida hoy día como “gold standard” es la microdiscectomía. Consiste en realizar una hemilaminectomía (apertura del ligamento amarillo y resección parcial de los bordes de las hemiláminas adyacentes) en el lado de la hernia discal, y la extirpación del material discal, tanto el lado herniado como el que queda en el espacio discal intervertebral, utilizando técnicas microquirúrgicas. En manos expertas los resultados son satisfactorios en más del 80 % de los pacientes intervenidos. (13)

### **Prevención**

- Sentarse en una postura correcta.
- Evitar esfuerzos y cargar con pesos excesivos.
- Descansar lo suficiente.
- Controlar su peso.
- Practicar deporte moderado.
- Eliminar el tabaco.
- Mejorar su alimentación.

Si ejerce estos buenos hábitos, existirá menor probabilidad de padecer hernias discales en un futuro y estar a salvo de sus dolorosos síntomas. (14)

# HISTORIA CLÍNICA

Masculino de 34 años

Estado Civil: Casado

Fecha de Nacimiento: 03/09/1968

Lugar de Nacimiento: Pueblo Nuevo.

Ocupación: Obrero de construcción y veterinario

Religión: católica

## Antecedentes importantes

- Asmático desde niño
- Diabético desde hace 2 años
- Hipertenso con tratamiento hace 2 años
- Sarampión en la infancia Varicela a los 14 años Tosferina: Niega Parotiditis: Niega Paludismo
- Niega TBC.

El paciente refiere que antes de su enfermedad trabajaba de albañilería. Cuando comenzó su enfermedad tuvo que abandonar su trabajo puesto que el dolor aumentaba con el esfuerzo en espalda y la pierna derecha.

## Familiares

- Padre vivo diabético y madre viva hipertensa
- Abuelos paternos y maternos: Desconoce.

Inicia su padecimiento actual el día 29/03/2021 al referir dolor súbito en región lumbar, con irradiación intermitente a ambos miembros pélvicos sin mejoría a los medicamentos y al reposo, motivo por el cual acude a la sala de urgencia para su valoración se inicia manejo analgésico e hidratación parenteral con mejoría transitoria del dolor, 1 hora después, refiere misma sintomatología, con dolor incapacitante, por lo que se solicita valoración por traumatología y ortopedia quien sospecha de lumbalgia mecánica o probable radiculopatía L3-L4-L5,ajusta manejo analgésico y solicita resonancia magnética de columna lumbar.

### **Valoración por cirugía neurológica:**

En la valoración refiere los siguientes datos:

FC: 115 lpm FR: 16 rpm T°:36 °C T/A:140/90 mmHg SpO2:99%

P:93 Kg T:1.62m

Antecedentes personales patológicos: Asma, diabetes e hipertensión

Padecimiento actual: Paciente que el día de hoy posterior a caída de propia altura presenta dolor intenso en columna lumbar cadera derecha y dolor radicular en pierna derecha que irradia a la parte posterior de la pierna hasta el dedo gordo, razón por la cual acude a hospital para valoración médica.

Valorado inicialmente por traumatología y por diagnóstico de lumbociática se solicita valoración a Neurocirugía.

Exploración física: Fuerza de las extremidades 5/5, hipoestesia y disestesia en pierna derecha. Lasegüe positivo derecho, reflejo Aquileo disminuido derecho. RMN de columna lumbar simple: con presencia de hernia discal aguda traumática a nivel de L5/S1 lateral derecha que oblitera en su totalidad el foramen L5/S1.

Diagnóstico: clínicamente, dolor lumbociático derecho

Radiográfico: hernia discal L5/S1 derecha aguda traumática

Se comenta ampliamente con la paciente (que es veterinario y tiene conocimientos médicos) sobre el diagnóstico y que el plan de manejo recomendado es cirugía mediante discectomía por ser una hernia de disco grande que oblitera en su totalidad el foramen L5/s1 derecho.

## VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Masculino de 34 años, casado, profesa la religión católica, actualmente es veterinario y obrero de construcción, hipertenso, diabético, alergias negadas, dentadura completa, deposiciones y uresis normal. Dolor en la espalda EVA 8.

Motivo de admisión: Dolor lumbar crónico

Diagnóstico de admisión: Hernia Discal

### Valoración por sistemas

Examen Físico: T/A: 140/90 mmHg FC 112' RESP. 16' TEMP: 36°

Cabeza: A la inspección Normo cefálica, cabello castaño claro, corto, escaso y sucio. A la palpación sin masa ni tumoraciones, sin puntos dolorosos.

Cara: A la inspección ojos simétricos de color marrón claro, ojeras presentes y pronunciadas, pupilas normo reactivas a la luz, conjuntiva sin secreciones

Oídos: Pabellón auricular simétricos normo implantados limpios sin secreciones y sin alteraciones auditivas.

Nariz: A la inspección, tabique nasal centrado, sin deformidad, orificios nasales simétricos sin secreciones ni aleteo nasal, percibe y reconoce los diferentes olores sin dificultad.

Boca: Simétrica, mucosa oral hidratada, lengua limpia, dientes blancos, ausencia de algunas piezas dentales, úvula de color rosada, amígdalas presentes.

Cuello: Cilíndrico sin cicatrices. A la palpación sin tumoraciones, no doloroso, movimientos positivos sin adenopatías, pulso carotideo presente.

Tórax Anterior: A la inspección simétrico, normo expansibles, sin cicatrices y plano. A la auscultación FC 84', campos pulmonares limpios sin agregados.

Tórax Posterior: Simétrico, normo expansible. Se evidencia cura de herida operatoria a nivel medio de zona sacro lumbar. Limpia sin secreciones.

Abdomen: A la inspección globoso sin cicatrices semi distendido. A la auscultación ruidos hidroaéreos disminuidos. A la palpación, semi timpánico.  
Genitales: No evaluados

Miembros superiores: A la inspección, simétricos sin cicatrices, sin edemas, uñas implantadas, cortas y limpias. A la palpación pulso medio y poplíteo palpables. Flacidez en miembro inferior derecho.

## **Patrones alterados:**

### **Dominio 4: Actividad /descanso:**

El paciente tiende a ser limitado en sus movimientos independientes a causa del dolor crónico que le provoca la hernia.

### **Dominio 12: Comodidad:**

El paciente manifiesta 8 de puntaje en la escala de EVA, describe al dolor como constante sin un final anticipado o predecible y no cesa del todo aún tomando analgésicos.

## **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

## RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS	TIPO DE DIAGNÓSTICO	DOMINIO	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	FACTOR RELACIONADO O ETIOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	DIAGNÓSTICO ENFERMERO
<p>Hipertenso</p> <p>Diabético</p> <p>T/A: 140/90</p> <p>FC 112'</p> <p>RESP. 16'</p> <p>TEMP: 36°</p> <p>Dolor en espalda EVA 8</p> <p>Incapacidad de moverse por sí solo.</p>	<p>Real</p>	<p>12 / Comodidad</p>	<p>00133 Dolor crónico</p>	<p>Lesión en la médula espinal</p>	<p>Alteración en la habilidad para continuar con las actividades.</p>	<p>Dolor crónico</p> <p><b>M/P:</b> Lesión en la médula espinal</p> <p><b>R/C:</b> Alteración en la habilidad para continuar con las actividades.</p>

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PACIENTE CON HERNIA DISCAL**

Dominio: 12 Comodidad	Clase: 01 Confort físico	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>					
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b> 00133 Dolor crónico</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b> Lesión de la médula espinal</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b> Alteración en la habilidad para continuar con las actividades.</p> <p><b>Problema interdependiente:</b> Dolor</p>		<p>Dominio: 04 Conocimiento y conducta de salud</p> <p>Clase Q: Conducta de salud</p> <p>Código: 1605</p> <p>Resultado: Control del dolor</p>	<p>Escala EVA 8</p> <p>Refiere cambios en los síntomas</p> <p>Ansiedad</p>	<p>Gravemente comprometido</p> <p>Sustancialmente comprometido</p> <p>Medianamente comprometido</p> <p>Poco comprometido</p> <p>No comprometido</p>	<p>4</p> <p>3</p> <p>3</p>

**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES (NIC):**

**ACTIVIDADES**

**Manejo del dolor**

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.

Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellas que no pueden comunicarse eficazmente.

Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidades de roles).

**INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES (NIC):**

**ACTIVIDADES**

**Administración de analgésicos**

Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de la aplicación.

Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.

Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos.

Instruir para que se solicite la medicación a demanda para el dolor antes que el dolor sea intenso.

## RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS	TIPO DE DIAGNÓSTICO	DOMINIO	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	FACTOR RELACIONADO O ETIOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	DIAGNÓSTICO ENFERMERO
<p>Hipertenso</p> <p>Diabético</p> <p>T/A: 140/90</p> <p>FC 112'</p> <p>RESP. 16'</p> <p>TEMP: 36°</p> <p>Dolor en espalda EVA 8</p> <p>Incapacidad de moverse por sí solo.</p>	<p>Real</p>	<p>4</p> <p>Actividad / descanso</p>	<p>00085</p> <p>Deterioro de la movilidad física</p>	<p>Resistencia a iniciar el movimiento</p>	<p>Limitación de amplitud de los movimientos</p>	<p>Deterioro de la movilidad física</p> <p><b>M/P:</b> Resistencia a iniciar el movimiento</p> <p><b>R/C:</b> Limitación de amplitud de los movimientos</p>

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PACIENTE CON HERNIA DISCAL**

<b>Dominio: 4</b> Actividad / descanso	<b>Clase: 02</b> Actividad / Ejercicio	<b>RESULTADO (NOC)</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>		Dominio: 01 Salud Funcional	Movimiento muscular  Movimiento articular	Gravemente comprometido  Sustancialmente comprometido	2
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>00085 Deterioro de la movilidad</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Resistencia a iniciar el movimiento</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Limitación de amplitud de los movimientos</p> <p><b>Problema interdependiente:</b>                      Incapacidad para la movilización</p>		Clase C: Movilidad  Código: 0208	Realización de traslado  Mantenimiento del equilibrio	Medianamente comprometido  Poco comprometido  No comprometido	3  3  3
		Resultado: Movilidad			3

<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES (NIC):</b>
<b>ACTIVIDADES</b>
<p><b>AYUDA CON EL AUTOCUIDADO</b></p> <p>Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado: independiente.</p> <p>Observar las necesidades por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, el aseo y alimentarse.</p> <p>Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.</p> <p>Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.</p>

<b>INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES (NIC):</b>
<b>ACTIVIDADES</b>
<p><b>FOMENTAR LA MECÁNICA CORPORAL</b></p> <p>Instruir al paciente la necesidad de usar posturas correctas para evitar fatigas, lesiones o tensiones.</p> <p>Enseñar al paciente a utilizar la postura y mecánica corporales para evitar lesiones y realizar cualquier actividad.</p> <p>Uso de faja lumbo sacra.</p> <p>Instruir sobre el uso de colchones, almohadas firmes u aparatos ortopédicos.</p> <p>Ayudar a mostrar las posturas correctas para dormir.</p> <p>Ayudar a evitar sentarse en la misma posición durante periodos de tiempos prolongados.</p>

## **Evolución**

Posterior de nuestras intervenciones de enfermería, el paciente continúa con funciones vitales estables, con disminución en su nivel dolor, le aplicaron técnicas como la movilización en bloque y uso de mecánica corporal siendo eficaces, por el momento se le maneja con medicamentos analgésicos, se brinda capacitación y orientación a la familia refiriendo no presentar dudas, el paciente refiere mejoría en su estado de animo reduciendo su nivel de estrés y ansiedad desde su inicio del caso.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ramiro Pereira R. Hernias De Disco y Lumbociatalgias. En: Goyenechea Gutiérrez F, Pereira Riverón R, et al. Neurocirugía. Lesiones del sistema nervioso. Tomo 2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.p. 433-454. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/neurocirugia\\_lesiones\\_sistemanervioso2/indice\\_p.htm](http://www.bvs.sld.cu/libros/neurocirugia_lesiones_sistemanervioso2/indice_p.htm)
2. Hernández A, Cabezas I, Delgado J, Camacho G, García R. Trascendencia de la selección del paciente para la realización exitosa de la discectomía lumbar. Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía [revista en internet]. 2012, Mar [citado 4 de diciembre 2017]; 2(1): 34-39. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3876635>.
3. Varela Hernández A, Tamakloe K, Mosquera Betancourt G, Hernández Cabezas I, Casares Delgado J, Medrano García R. Resultados de la cirugía ambulatoria de la hernia discal lumbar en Camagüey (2010-2012). Revista Cubana De Neurología Y Neurocirugía [revista en internet]. (2014, Mar), [citado 4 de diciembre 2017]; 4(1): 25-31. Disponible en: MedicLatina.
4. Tabares Neyra H, Díaz Quesada J, Tabares Sáez H, Tabares Sáez L. Hernia discal lumbar, una visión terapéutica. Revista Cubana De Ortopedia Y Traumatología [revista en internet]. 2016, Enero [citado 4 diciembre 2017]; 30(1): 27-39. Disponible en: MedicLatina.
5. Martínez Quiñones J, Aso Escario J, Consolini F, Arregui Calvo R. Regresión espontánea de hernias discales intervertebrales. A propósito de una serie. (Spanish). Revista Neurocirugia [revista en internet]. 2010, Abr [citado 4 de diciembre 2017]; 21(2): 108-117. Disponible en: MedicLatina.
6. Santana-Ríos J, Chávez-Arias D, Coronado-Zarco R, Cruz-Medina E, Nava-Bringas T. Tratamiento postquirúrgico de hernia discal lumbar en rehabilitación. Revisión sistemática. Acta Ortopedica Mexicana [revista en internet]. 2014, Mar [citado 4 de diciembre 2017]; 28(2): 114-124. Disponible en: MedicLatina.

- 7.** Aroche Lafargue Y, Pons Porrata L, De La Cruz De Oña A, González Ferro I. Patogenia, cuadro clínico y diagnóstico imagenológico por resonancia magnética de las hernias discales. Medisan [revista en internet]. 2015, Mar [citado 4 de diciembre 2017]; 19(3): 390-401. Disponible en: Academic Search Premier.
- 8.** Cueva-del Castillo M, Franco-López E, Hinojosa-Sandoval F, de León-Martínez U, Cueva-del Castillo M. Hernias discales lumbares tratadas con interespaciador dinámico. Acta Ortopédica Mexicana [revista en internet]. 2013, Mar [citado 4 de diciembre 2017]; 27(2): 87-91. Disponible en: MedicLatina
- 9.** López Jimenez H. Tratamiento quirúrgico de la hernia discal lumbosacra en el hospital "Ernesto Guevara de la Serna". Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en internet]. 2015 [citado 4 de diciembre 2017]; 41(1). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/494>.
- 10.** Gardocki RJ, Park AL. Lower back pain and disorders of intervertebral discs. En: Canale TS, Beaty JH, editors. Campbell's operative orthopaedics. 12 ed. Philadelphia: Mosby, an imprint of Elsevier Inc; 2013. p. 1935-48.
- 11.** Equipo de la Torre. Hernias discales: tipos, síntomas y diagnóstico. [Internet]. Madrid, España. [Citado el: 14 de septiembre del 2021]. Disponible en: <https://www.neurocirugiaequipodelatorre.es/hernias-discales-tipos-sintomas-y-diagnostico>
- 12.-** MayoClinic. Hernia de disco, Diagnóstico y tratamiento. [Internet]. Estados Unidos. [citado el: 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/herniated-disk/diagnosis-treatment/drc-20354101>
- 13.-** Dr. Rafael García de Sola. Unidad de Neurocirugía RGS. Hernia discal lumbar. [Internet]. Madrid, España. [Última actualización: 12 de octubre del 2021] Disponible en: <https://neurorgs.net/docencia-index/uam/tema13-hernia-discal-lumbar/>

**14.-** Dra. Carmen de Andrés. Las hernias discales se pueden prevenir. Hernia discal. [internet] Valencia, España. [ Citado el: 22 de marzo del 2019] Disponible en: <https://medicinadeldolor.es/las-hernias-discales-se-pueden-prevenir/>