

00944



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA EN REHABILITACION**

**METODO ENFERMERO BAJO LA PERSPECTIVA DE LA TEORIA GENERAL
DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO, APLICADO A UN PACIENTE CON
ALTERACION NEUROMUSCULOESQUELETICA.**

**ESTUDIO DE CASO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN REHABILITACION**

PRESENTA:

LIC. ENF. MARIA NIEVES AVENDAÑO GARNICA

CON LA ASESORIA DE: LIC. ENF. MIREYA SORIANO VIDALS

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Soriano Vidals'.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



MEXICO, D. F.

JULIO 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERIA EN REHABILITACIÓN

**METODO ENFERMERO BAJO LA PERSPECTIVA DE LA
TEORIA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO,
APLICADO A UN PACIENTE CON ALTERACIÓN
NEUROMUSCULOESQUELETICA.**

ESTUDIO DE CASO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN REHABILITACIÓN

PRESENTA
LIC. ENF. MARIA NIEVES AVENDAÑO GARNICA

CON LA ASESORIA DE : LIC. ENF. MIREYA SORIANO VIDALS

MÉXICO D.F.

JULIO 2002

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Enf. Mireya Soriano Vidals, por su valiosa cooperación, por su apoyo incondicional y el interés mostrado en las revisiones para la culminación de este trabajo.

A la Mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez, quién gracias a la asesoría recibida de metodología, fue posible llegar a la culminación de este trabajo, y reitero mi más sincero agradecimiento por su valiosa ayuda.

A la Sra. Consuelo, por haberme permitido participar en su rehabilitación, y aportar importantes datos para mejorar la intervención de la enfermera rehabilitadora.

DEDICATORIAS

A mis padres: Norberto Avendaño y Claudia
Garnica, por que siempre han creído en mi
Y son ellos los primeros que me impulsan
A lograr mis metas.

A mis hermanos Lourdes y Alejandro por
Su apoyo incondicional recibido durante el
Transcurso de mi preparación y por el cariño
Que me han demostrado en todo momento.

A ti Alejandro C. V., por que hemos compartido alegrías
y sinsabores, pero en todos los momentos hemo sido
DOS.

Para todos ustedes, que me han demostrado
Su cariño y que además yo quiero mucho
Y son tan importantes para mí, les dedico este
Trabajo y les reitero mi más profundo
agradecimiento.

Nieves

CONTENIDO

	No. Pags.
Introducción	1
Objetivos del estudio de caso	
1. Fundamentación	3
1.1 Antecedentes	3
1.2 Marco conceptual	4
1.2.1 Teorías de enfermería	4
1.2.2 Teoría del déficit de autocuidado	5
1.2.3 Proceso Atención de enfermería	10
1.2.4 Consideraciones éticas	13
2. Metodología	15
2.1 Selección y descripción genérica del caso	15
2.2 Revisión de la literatura	17
2.2.1 Exploración neurológica de la columna vertebral	17
2.2.2 Estenosis del conducto raquídeo	28
2.2.3 Conducto vertebral cervical espondilósico	30
2.3 Proceso de intervención especializada	32
a) Valoración	32
b) Proceso de diagnóstico	36
c) Plan de intervenciones de enfermería	38
d) Evaluación	57
3. Resultados	57
3.1 Conclusiones	65
4. Sugerencias	66
5. Referencias bibliográficas consultadas	67
6. Anexos	68
ANEXO No 1 Instrumento de valoración.	
ANEXO No. 2 Instrumento de evaluación	
ANEXO No. 3 Escala de Ashworth. Escala clínica que mide la espasticidad.	
APENDICE No 1 Programa de casa de fortalecimiento muscular	

1. INTRODUCCION

La rehabilitación es un componente simple y a la vez complejo de la enfermería. Es simple por que los conocimientos y destrezas son relativamente sencillos. Es complejo, dado que estas, relativamente sencillas destrezas proceden de varias disciplinas: medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, a la vez que enfermería básica.

Para un paciente grave son necesarios en toda atención inicial un equipo de profesionales de salud. Para los menos gravemente incapacitados y para aquellos que necesitan de cuidados continuos, la enfermera especialista en rehabilitación puede brindar la mayoría de los cuidados que el paciente necesita y solicitar la ayuda del profesional apropiado para resolver problemas especiales.

Es por esto que el estudio de caso clínico permite el seguimiento de algún individuo de manera integral y con el sistema que distingue al método científico, que nos permite analizar y comprender las variables más importantes sobre un caso en particular.

Es necesario que la enfermera especialista realice un análisis intensivo, para determinar la dinámica del porqué el sujeto piensa, se comporta o se desarrolla de cierta manera en particular. En enfermería el diseño del estudio de caso pretende que el alumno de posgrado sistematice sus actividades académicas y utilice como en cualquier otra investigación, las herramientas universales para fundamentación, recolección y documentación de las observaciones de la unidad de estudio.

Este trabajo de investigación resume los hallazgos más sobresalientes en la realización de un estudio de caso, sobre la atención especializada de enfermería a un paciente con alteración neuromusculoesquelética desde la perspectiva de la teoría del déficit de autocuidado.

La estructura del trabajo responde a un esquema general que incluye inicialmente en el primer apartado la fundamentación del caso clínico, donde se abordan los principales antecedentes de la utilización de las teorías de enfermería y del método enfermero relacionados con el caso seleccionado; además un marco conceptual y de referencia que abarca aspectos teóricos y metodológicos sobre las bases de la práctica de Enfermería, particularmente la Teoría del déficit de autocuidado, propuesta por Dorothea E. Orem; así como aspectos clínicos sobre la exploración neurológica de columna vertebral y aspectos de fisiopatología del conducto cervical estrecho. De igual manera se enumeran las consideraciones éticas que nos proporcionan estándares profesionales para las actividades de enfermería.

En el segundo apartado se enuncian los aspectos metodológicos considerados como guías para la realización del estudio, por lo tanto se señala la descripción genérica del caso, métodos y técnicas para la recolección de datos, así como la elaboración del diagnóstico, la planeación e implementación de las intervenciones de enfermería.

Finalmente se presentan los resultados obtenidos de acuerdo a las variables evaluadas, así como las sugerencias respectivas.

Es de esperarse que al término de esta investigación se obtengan resultados favorables y de utilidad para futuras generaciones de enfermeras especialistas en rehabilitación y al gremio en general.

OBJETIVOS

General

Analizar las manifestaciones humanas que presenta un individuo con alteración neuromusculoesquelética, para planear, implementar y evaluar la intervención de la enfermera especialista en rehabilitación, durante el seguimiento de un estudio de caso; mediante la aplicación de la teoría del déficit del autocuidado. (Que permita obtener resultados que sirvan de consulta para futuras generaciones).

Específicos:

- ◆ Identificar las capacidades y deficiencias que tiene el paciente para su autocuidado
- ◆ Proponer las medidas conducentes, para mejorar la atención de la enfermera especialista en rehabilitación, a pacientes con alteración neuromusculoesquelética.
- ◆ Evaluar periódicamente las intervenciones de enfermería
- ◆ Elaborar un instrumento de consulta

1. FUNDAMENTACION

1.1. ANTECEDENTES

La necesidad de trabajar en forma lógica y sistemática en enfermería y en coordinación con el equipo de salud, hizo que el PAE se adoptara con facilidad en las escuelas de enfermería para que la formación de los futuros profesionales, estuviese acorde con las necesidades de articular todo el saber de enfermería y ponerlo en práctica en la resolución de los problemas de salud de los pacientes.

El proceso atención de enfermería como metodología de trabajo de enfermería para la atención individualizada e integral a los individuos sanos o enfermos, aparece formalmente en las primeras publicaciones del informe final del Grupo de Trabajo sobre enseñanza de enfermería a nivel universitario de la OPS-OMS en 1973. Este grupo identificó dentro de las funciones principales de enfermería; la de actuar como enfermera competente en el proceso atención de enfermería, como miembro del equipo y como líder del equipo de enfermería, como educadora, como administradora y como investigadora de enfermería y de salud, para coadyuvar en la solución de la problemática de su clase y de su gremio. (Balseiro, 1991:95)

El modelo de enfermería de Dorothea Orem ha ganado una popularidad creciente en todo el mundo como medio de organizar el conocimiento, las habilidades y la motivación de las enfermeras, necesarios para brindar cuidados a los pacientes. Al igual que en otros modelos de enfermería, la aplicación práctica y el apuntalamiento conceptual del trabajo de Orem, por lo general, no se han estudiado en profundidad, de hecho se ha tendido a contemplar el modelo como sinónimo del concepto de autocuidado, lo que actualmente sólo constituye una parte del modelo y no necesariamente la más importante. (Kozier, 1995:47-49)

En la actualidad se ha procurado utilizar el modelo de atención en la elaboración de estudio de caso como instrumento para elaborar la tesis para obtener el diploma de especialista en enfermería.

El modelo se ha utilizado para tal fin, en el proceso de atención de enfermería en estudios de caso individuales que han permitido observar la aplicación y utilidad del modelo.

En cuanto a la aplicación del modelo en pacientes con alteración neuromusculoesquelética, no existen antecedentes al respecto, ni en tratamientos enfocados a la rehabilitación, por lo que se realiza el presente trabajo, esperando cubra con los requisitos señalados por la institución educativa y que sirva como instrumento de consulta para futuras generaciones.

1.2 MARCO CONCEPTUAL

1.2.1 TEORIAS DE ENFERMERIA

El desarrollo de la teoría es considerado por muchas enfermeras como una de las tareas cruciales con que se enfrenta la profesión hoy en día. Históricamente, el conocimiento usado por las enfermeras se ha derivado de las ciencias físicas y conductuales. Como una profesión en continua evolución, la enfermería está ahora profundamente implicada en la identificación de su propia base de conocimientos, esto es, el cuerpo de conocimientos esencial para el ejercicio de enfermería, o una así llamada ciencia de la enfermería.

El desarrollo de la teoría tuvo su momento en los años sesenta y ha avanzado considerablemente desde entonces mediante el trabajo de varias teorías de la enfermería.

Las teorías de enfermería sirven a varios propósitos esenciales. La teoría de enfermería (King, 1978)

- Genera conocimientos que facilitan la mejora del ejercicio
- Organiza la información en sistemas lógicos
- Descubre las lagunas de conocimiento en el campo específico del estudio
- Proporciona un fundamento racional para recoger datos fiables y válidos sobre el estado de salud de los clientes, lo que es esencial para una toma de decisiones y una ejecución eficaces.
- Proporciona una medida para evaluar la eficiencia de los cuidados de enfermería.
- Desarrolla una forma organizada de estudiar enfermería
- Guía la investigación de enfermería para ampliar los conocimientos.

Los marcos y modelos conceptuales ofrecen formas de observar (conceptualizar) una disciplina en términos claros y explícitos, que pueden ser comunicados a los demás.

Antes de que se comenten los marcos conceptuales deben clarificarse los términos: *concepto, modelo, marco, modelo o marco conceptual y teoría*.

Concepto es una idea abstracta o imagen mental de fenómenos o de la realidad. A la enfermería se le aplican conceptos sobre los seres humanos, salud, relaciones de ayuda y comunicación. Los conceptos que influyen en la enfermería más significativamente y determinan su ejercicio son: *la persona* que recibe los cuidados, *el entorno* en el que existe la persona, *la salud* en el momento del contacto con la enfermera, y *las acciones de enfermería*. Estos conceptos juntos forman el *metaparadigma de la enfermería*.

El metaparadigma es la perspectiva más global de toda la disciplina, su unidad encapsuladora o marco. Singulariza los fenómenos con los que se trata la disciplina de una forma propia.

Un modelo es un patrón de algo que hay que hacer, un esbozo abstracto o un bosquejo arquitectónico de un artículo auténtico, o una aproximación o simplificación de la realidad. Un modelo también puede mostrar las características de la disciplina.

Un marco es una estructura básica que soporta cualquier cosa. Un marco conceptual es un conjunto de conceptos y enunciados que integran los conceptos en una configuración significativa (Fawcett, 1984: 2).

Una teoría al igual que un modelo conceptual, esta hecha de conceptos y proposiciones, sin embargo una teoría explica los fenómenos con mucha mayor especificidad. El propósito principal de una teoría en oposición al marco conceptual, es generar conocimientos en un campo. Un marco conceptual, en cambio proporciona una orientación para el ejercicio de la enfermería, la educación y la investigación. (Kozier, 1991:47)

1.2.2. TEORIA GENERAL DE DEFICIT DE AUTOCUIDADO

En los últimos diez años la enfermería ha buscado el desarrollo disciplinar y para ello ha recurrido a los modelos de enfermería. En esta ocasión me dispongo a utilizar uno de los más usados como lo es el de Dorothea E. Orem con su teoría general del déficit de autocuidado, aplicado a un paciente con alteración neuromusculoesquelética.

Orígenes del modelo.

La búsqueda de Dorothea E. Orem empezó formalmente a finales de la década de los años 50 y se centro en tres cuestiones:

1. ¿Qué hacen y qué deberían hacer las enfermeras como profesionales de la enfermería?
2. ¿Porqué hacen las enfermeras lo que hacen?
3. ¿Cuáles son los resultados de las intervenciones de enfermería?

(Adaptado de Orem y Taylor, 1986:37)

El deseo de abordar estas cuestiones surgió sustancialmente de la experiencia práctica. Orem no preconiza en modo alguno que su modelo sea la respuesta completa a sus preguntas o una panacea para la práctica. Simplemente proporciona un marco para contemplar la práctica, la educación y la gestión de enfermería.

Naturaleza del autocuidado

En su aspecto más sencillo el autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto "auto" como la totalidad de un individuo, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto "cuidado" como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (Orem, 1991, pág. 131). Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
4. Prevención de la incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar. (Cavanagh, 1993:3-5)

Como parte central del concepto de autocuidado está la idea de que el cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos.

Presunciones sobre la naturaleza del hombre

A fin de poder comprender, usar y criticar el modelo de Orem, es importante considerar algunas de las presunciones que ella hace sobre la naturaleza de los seres humanos:

1. Los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas y de mantener la motivación esencial para el autocuidado y para el cuidado de los miembros dependientes de la familia.
2. Las formas de satisfacer los requisitos de autocuidado tienen elementos culturales, y varían con los individuos y con los grupos sociales mayores. La definición del momento en que se requiere la ayuda de otros y las acciones específicas usadas para satisfacer sus necesidades, variarán de acuerdo con el grupo social y cultural al que pertenece el individuo.
3. La realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada, que está condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuando necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar.
4. Los individuos investigaran y desarrollaran formas para satisfacer las demandas de autocuidado conocidas. Cuando identifiquen las formas para satisfacer las necesidades conocidas, desarrollarán hábitos de autocuidado. (Adaptado de Orem, 1991: 77).

El despliegado de actividades de autocuidado parte de reconocer que la persona cuenta con capacidades o deficiencias, mismas que son apreciadas en la valoración de una serie de factores.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

No solo son un componente principal del modelo, sino que también constituyen una parte importante de la valoración del paciente.

Orem, señala tres tipos de requisitos de autocuidado, que deben ser contemplados a la hora de valorar la necesidad, el tipo o la cantidad de los mismos:

1. Universales, comunes para todo el mundo y variables en función de algunos factores internos y externos.
2. De desarrollo, específicos de determinadas etapas evolutivas de la persona; y
4. De alteración de la salud, derivadas de la enfermedad.

Requisitos de autocuidado universal.

Los ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos incluyen:

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

Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humanas. Cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado o

la asistencia dependiente organizada en torno a los requisitos universales, fomenta positivamente la salud y el bienestar. (Orem, 1991: 183)

Requisitos de autocuidado del desarrollo.

Además de los requisitos de autocuidado universal, esenciales para todas las personas en todas las etapas de desarrollo, Orem identifica un segundo tipo de requisitos, hallados en especiales circunstancias, asociados con el desarrollo humano (Orem 1991:146). Estos requisitos de autocuidado del desarrollo se clasifican principalmente en dos:

1. Etapas específicas de desarrollo. Están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promueven el desarrollo, es decir, el progreso humano hacia la maduración. Este grupo de requisitos de autocuidado se asocia con etapas específicas del desarrollo que incluyen:
 - Vida intrauterina y nacimiento
 - Vida neonatal, ya sea un parto a término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso.
 - Lactancia
 - Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
 - Etapas de desarrollo de la edad adulta.
 - Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

Orem argumenta que en cada una de estas etapas de desarrollo deben considerarse los requisitos de autocuidado universal, pero que también puede haber demandas específicas de salud a causa del nivel prevalente de desarrollo del individuo.

2. Condiciones que afectan el desarrollo humano. Implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. La consideración clave es la provisión de cuidados para reducir los efectos adversos de estas condiciones sobre el desarrollo humano. Las condiciones relevantes incluyen:
 - Deprivación educacional
 - Problemas de adaptación social
 - Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
 - Pérdida de posesiones o del trabajo
 - Cambio súbito en las condiciones de vida
 - Cambio de posición, ya sea social o económica
 - Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad
 - Enfermedad terminal o muerte esperada
 - Peligros ambientales

Esto constituye una amplia gama de eventos identificados por Orem como importantes para los procesos naturales de desarrollo de un individuo. Estar sujeto a una de estas condiciones o a una combinación de ellas podría representar una demanda creciente para la capacidad que tiene el individuo de enfrentarse con sus propias necesidades de autocuidado. (Cavanagh, 1995:8-9)

Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud

Orem definió los requisitos de autocuidado de las alteraciones de la salud como sigue:

La enfermedad o la lesión no sólo afecta a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos sino al funcionamiento humano integrado. Cuando éste está seriamente afectado, la capacidad de acción desarrollada o en desarrollo del individuo resulta seriamente dañada de forma permanente o temporal.

Están asociados con defectos de constitución corporal, genéticos y desviaciones humanas, estructurales y funcionales, con sus efectos, medidas de diagnóstico y tratamiento médico. (Ostiguín, 2001:28-30)

La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud.

TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

Es el elemento crítico de la teoría, tiene su origen en la finalidad propia de saber cómo los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella, pueden ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente.

Los déficits de autocuidado son una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que les hacen para el autocuidado, o para el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos (Orem, 1991: 81) . El déficit debe contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen; en sí mismo no es un trastorno, aunque el individuo también puede tener problemas físicos y psicológicos.

El término déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado terapéutico de los individuos en quienes las capacidades de autocuidado debido a sus limitaciones, no están a la altura suficiente para satisfacer todo o alguno de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico. (Ostiguín, 2001:28-30)

Demanda de autocuidado terapéutico

La demanda de autocuidado terapéutico es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos (Orem, 1991: 81). La demanda del autocuidado terapéutico puede verse como el resumen de la relación entre los requisitos de autocuidado que se sabe que existen para un paciente y lo que puede o debería hacerse para satisfacerlos.

Agencia de autocuidado

Orem usa la palabra agente para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica (Orem, 1991:174.) Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado. La capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado recibe el nombre de agencia de autocuidado.(Cavanagh, 1993:15-17)

Agencia de cuidado dependiente

Orem reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería. Este concepto se denomina agencia de cuidado dependiente. En esencia es la capacidad de algunas personas maduras para reconocer que otras (como los niños, adolescentes o adultos con limitaciones relacionadas con la salud) tienen requisitos de autocuidado a los que no pueden responder por sí mismos, y satisfacerlos total o parcialmente (Orem, 1991:196).

TEORIA DE SISTEMAS

En la teoría de sistemas se marcan las pautas que implementan las formas de intervención, en tanto que refiere una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de la persona para regular sus acciones de autocuidado. Esta teoría se subdivide en tres sistemas: de apoyo educativo, parcialmente compensatorio y totalmente compensatorio. (Ostigüin, 2001:33)

Totalmente compensatorio. Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente (Orem, 1991: 321) Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

Parcialmente compensatorio. Este tipo de sistema de enfermería no requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio (Orem, 1991: 324).

La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.

De apoyo/educación. Este sistema de enfermería sería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse de las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería; a veces esto puede significar simplemente alentarlos (Orem, 1991: 324). Generalmente el papel de la enfermera se limitará a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

1.2.3 PROCESO DE ENFERMERIA

A través de la historia y de la enseñanza formal de enfermería, se recomienda el uso de recursos e instrumentos que faciliten el proceso de toma de decisiones por parte de las enfermeras. Una de las formas de enseñar que es el trabajo de enfermería lo constituye el Proceso de Atención de Enfermería, hoy llamado Método Enfermero, este ha sido empleado como una herramienta que facilita el proceso hipotético deductivo de la enfermera al interactuar con una persona, con miras a elaborar todo un sistema de intervenciones.

Un proceso es una serie de acciones u operaciones planificadas y dirigidas hacia un resultado en particular. El proceso de enfermería es un método sistemático y racional de planificar y ofrecer cuidados de enfermería. Su meta es identificar el estado de salud de un cliente y los problemas de salud reales o potenciales, establecer planes para cubrir las necesidades identificadas, y ofrecer actuaciones específicas de enfermería para cubrir dichas necesidades.

El método de trabajo enfermero se refiere a la serie de pasos sistematizados que permiten la administración del cuidado de enfermería individualizado, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas de las personas o grupos a las alteraciones de la salud (Alfaro, R; 1995).

El objetivo principal es promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica; por otra parte, permite a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.

Las principales funciones son:

- Proporcionar un entorno dentro del cual se puedan satisfacer las necesidades individualizadas de la persona (Iyer, P y Tapich, 1995)
- Ayudar a las enfermeras a asignar cuidados de forma sistemática y organizada.
- Guiar a las enfermeras en la labor de realizar deliberadamente las etapas para identificar problemas únicos de la persona, objetivos realistas e intervenciones individualizadas.
- Estimula la identificación y utilización de las capacidades de la persona.
- La anotación del plan de cuidados realza la comunicación y la continuidad de los cuidados, de este modo disminuye las dimensiones, duración del cuidado, o ambas. (Ostiguín, 2001:45)

El método enfermero consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación; estas etapas entrañan particularidades que obligan al iniciado en el estudio de las teorías a considerar los conceptos principales de las mismas, para encontrar el punto de relación y correspondencia con el Método de Trabajo Enfermero.

Valoración

Es la primera etapa y se refiere a la consideración de todos aquellos hechos que se deben apreciar durante la interacción con el cliente. Permite la identificación de las capacidades de la persona para autocuidarse, es decir, otorga la posibilidad de reunir la mayor parte de elementos que influyen en el cliente para responder al medio (Alfaro, R; 1992) en este sentido Orem identifica cuatro aspectos a explorar:

1. Factores de condicionamiento básico
2. Requisitos de desarrollo
3. Requisitos de desviación a la salud
4. Requisitos universales (Ostiguín, 2000:8)

A partir de estos elementos es como el profesional de enfermería obtendrá una visión de la persona, las condiciones que influyen en ella para desarrollar, conservar o perder capacidades de autocuidado (Cavanagh, S; 1993)

El profesional de enfermería reúne los datos del paciente de diferentes fuentes sin perder de vista que la persona debe ser considerada como la fuente principal o primaria, mientras que la familia y otras personas significativas, los reportes médicos, registros varios, etc., son fuentes secundarias.

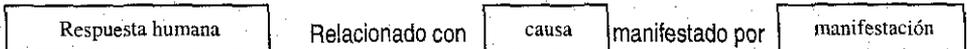
La valoración requiere de diversos métodos para la recolección de los datos: uno de ellos es la entrevista, que se define como una comunicación planificada o una conversación con finalidad; y otro la exploración física, entendida como el reconocimiento de los procesos biológicos indispensables para la conservación de la vida; ambos momentos están permanentemente vinculados.

La valoración requiere de un instrumento que permita de manera organizada explorar conceptos o relaciones conceptuales de la persona, con el fin de elaborar posteriormente las interferencias, las hipótesis o diagnósticos de enfermería. En la actualidad los instrumentos de valoración (historias clínicas) en la disciplina de enfermería se basan en los modelos conceptuales, con Orem y la teoría general del Déficit de Autocuidado ocurre lo mismo. (Ostigúin,2001:46))

Diagnóstico

Una vez reunidos y examinados los datos, se analizan y sintetizan en el diagnóstico de Enfermería y para cada elemento valorado se determinan los déficits.

Para integrar el diagnóstico se identifica la respuesta humana de la persona, enseguida se precisa la causa, misma que permitirá desprender el tipo de sistema de enfermería a activar: de apoyo educativo, parcialmente compensatorio y totalmente compensatorio, para finalmente determinar las formas de expresión o manifestación de la respuesta humana inicialmente detectada; todo esto con el marco de las capacidades valoradas de la persona. Con los datos anteriores se integra el diagnóstico de enfermería de la siguiente manera(Tapich 1; 1992):



En la etapa de diagnóstico se recomienda que la causa sea total o parcialmente abordable con tecnología de enfermería, de lo contrario se estará construyendo una síntesis o hipótesis, pero no de enfermería.

Esto quiere decir que no es posible que Enfermería tenga como causa de su acción a la enfermedad misma.

Planeación y ejecución

La planificación y ejecución corresponden a la tercera y cuarta etapa respectivamente, implican el desarrollo de estrategias diseñadas para reforzar una respuesta de salud (de autocuidado) de la persona, o bien reducir o corregir respuestas insanas.

En esta etapa se establecen las intervenciones de enfermería considerando las siguientes etapas:

- Fijación de prioridad; en este punto la enfermera identifica los requisitos de cuidar de mayor o menor importancia, en el marco general de la salud del individuo.
- Posteriormente se plantean los objetivos, mismo que dirigen el plan y le dan sentido de utilidad y beneficio para la persona.
- Desarrollo de las intervenciones
- Documentación del plan a partir de retomar las perspectivas de la persona.

La planeación adquiere sentido a medida que se cumple la cuarta etapa, es decir, la ejecución. En esta última, la enfermera toma decisiones sobre la oportunidad y utilidad de cada una de las intervenciones planeadas para el cuidado del individuo.

Evaluación

La última etapa del método enfermero la constituye la evaluación, misma que pretende apreciar la pertinencia del sistema de enfermería planeado e implementado. Sin embargo existe a lo largo de las etapas anteriores, ya que permite la reorientación de las intervenciones e incluso el replanteamiento de la hipótesis de trabajo o inferencias relacionadas por la enfermería.

Esta suele comparar por una parte los resultados definitivos de la aplicación del plan de cuidados a la persona y, por la otra, los objetivos. (Ostiguín, 2000:46-47)

3. Consideraciones éticas

Como la ética gobierna la buena conducta, trata de lo que debe o tendría que hacerse. La ética esta designada para proteger los derechos de los seres humanos. En enfermería la ética proporciona estándares profesionales para las actividades de enfermería; estos estándares protegen tanto a la enfermera como al cliente.

Aunque ética y moral se usan con frecuencia indistintamente, Jameton diferencia las dos. La ética se refiere a los conjuntos de normas o valores públicamente establecidos y formales, mientras que la moral son los valores o principios con los que uno esta moralmente comprometido (Jameton, 1984: 5)

CODIGO PARA ENFERMERAS DEL CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS.

- ❖ La responsabilidad fundamental de la enfermera tiene cuatro aspectos: promover la salud, prevenir la enfermedad, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento.
- ❖ La necesidad de enfermería es universal. Inherente a la enfermería es el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del hombre. No esta restringida por consideraciones de nacionalidad, raza, credo, color, edad, sexo, política o nivel social.
- ❖ Las enfermeras prestan servicios de salud al individuo, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de los grupos relacionados.

Las enfermeras y las personas

- ❖ La principal responsabilidad de la enfermera son aquellas personas que requieren cuidados de enfermería.
- ❖ La enfermera, al prestar cuidados, crea un ambiente en el que se respetan los valores, costumbres y creencias espirituales del individuo.
- ❖ La enfermera retiene la información confidencial y usa su juicio para transmitir esa información.

Las enfermeras y su ejercicio.

- ❖ La enfermera tiene la responsabilidad del ejercicio de la enfermería y de mantener la competencia mediante el aprendizaje continuo. La enfermera mantiene los más altos estándares del cuidado de enfermería posibles dentro de la realidad de la situación específica.
- ❖ La enfermera utiliza su juicio en relación con la competencia del individuo cuando acepta y delega responsabilidades.
- ❖ La enfermera cuando actúa en su capacidad profesional debe mantener en todo momento los estándares de la conducta profesional que reflejan un crédito a la profesión.

La enfermera y la sociedad

- ❖ La enfermera comparte con los demás ciudadanos la responsabilidad de iniciar y apoyar la acción para cumplir las necesidades de salud y sociales del público.

La enfermera y los compañeros de trabajo

- ❖ La enfermera mantiene una relación de cooperación con los compañeros de trabajo en enfermería y en otros campos. La enfermera adopta las acciones adecuadas para

salvaguardar al individuo cuando su cuidado es puesto en peligro por un compañero o cualquier otra persona.

Las enfermeras y la profesión

- ❖ La enfermera desempeña un papel fundamental a la hora de determinar y ejecutar los estándares deseables del ejercicio de la enfermería y de la formación en enfermería.
- ❖ La enfermera es activa en el desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales.
- ❖ La enfermera, actuando a través de la organización profesional participa en establecer y mantener condiciones de trabajo en enfermería equitativas social y económicamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. METODOLOGIA

4.1 Selección y descripción genérica del caso

Durante el posgrado de enfermería en rehabilitación, es requisito necesario la realización de estudios de caso con metodología propia de enfermería. Las investigaciones de este tipo necesitan un sondeo de tiempo prolongado, pues es necesario recabar datos que no sólo se relacionen con el estado actual del individuo, sino factores y situaciones relevantes al problema que se analiza.

Por lo anterior se tomo en cuenta el caso de la señora Consuelo, femenina de 53 años que acude al Centro Nacional de Rehabilitación por presentar alteración de origen neuromusculosquelético, de tipo crónico y progresivo que conforme va avanzando, altera cada vez más sus actividades de la vida diaria, sus capacidades funcionales y su calidad de vida. Por lo que se le comentó a la Sra. Consuelo la posibilidad de realizar un seguimiento de caso de su problema, y que con consentimiento de la misma, aceptó; con lo que se logró establecer un equipo de preparación y tratamiento para el seguimiento de su situación.

En cuanto a la magnitud del problema se considera de gran importancia, ya que las alteraciones a nivel de columna vertebral son muy frecuentes, además de que la rehabilitación ofrece grandes perspectivas a este tipo de pacientes, por lo que valdría la pena por este hecho realizar el seguimiento de caso.

Es trascendente, por que la enfermera rehabilitadora actualmente es poco conocida y apreciada, por lo que es necesario la difusión de sus intervenciones para lograr su apreciación, y el seguimiento de la problemática de la señora Consuelo permite demostrar la participación de la enfermera rehabilitadora como parte del equipo multidisciplinario y como profesional independiente, lo que lo hace trascendente dentro del mismo gremio de enfermería y para otros profesionales de la salud.

Y se considera factible llevar a cabo el seguimiento de caso, ya que se realizará durante aproximadamente diez meses, lo que permite evaluar el resultado de la intervención de la enfermera rehabilitadora, aunque no en su totalidad la evolución del problema del paciente, ya que la rehabilitación es un proceso largo y en ocasiones lento.

Descripción de la unidad de observación

Femenino de 53 años, con escolaridad básica (primaria completa), que se dedica al hogar, actualmente tiene una familia nuclear formada por su esposo y cinco hijos. que en general se apoyan moral y económicamente.

Habita casa rentada desde hace 23 años, tiene tres recamaras, cocina y baño dentro de la casa, con ventilación adecuada y todos los servicios intradomiciliarios. Tiene una escalera que utiliza para subir a su recamara con trece escalones, y otra para subir a la azotea con 26 escalones que ya no utiliza por su enfermedad, cuenta con rutas de transporte accesibles a su domicilio, pero que no utiliza por dificultad para poder sujetarse.

La Sra. Consuelo inicia su padecimiento en agosto del 2000 al notar que sentía adormecimiento de las extremidades superiores, refiere que la sensación ha ido en aumento y refiere haber notado la disminución de la fuerza muscular de la extremidad superior e inferior izquierdas.

Há consultado varios facultativos de manera particular sin darle ningún resultado los diferentes tratamientos médicos que ha recibido, incrementando las molestias, originándole actualmente dificultad para la movilización de las extremidades izquierdas.

Desde marzo del 2001 ha sido atendida en el Centro Nacional de Rehabilitación donde se le diagnóstico por clínica un probable conducto cervical y lumbar estrecho, por lo que se le refiere

para diagnóstico y tratamiento al servicio de rehabilitación de columna el 12 de marzo del presente. Donde es tratada con terapia física y ocupacional para controlar su problema.

A la exploración física se observa:

Marcha independiente, claudicante bilateralmente, de predominio izquierdo, con deficiente fase postural en el contacto inicial e impulso, realiza marcha en puntas con exacerbación de claudicación, realiza marcha en talones deficiente.

Postura encordaba con descenso de hombro y escapula derecha, columna vertebral alineada, pelvis alineada, con pliegues glúteos al mismo nivel, al igual que pliegues poplíteos.

Cabeza; normocefalo, sin exostosis, ni endostosis, con implantación de cabello de acuerdo a edad y sexo, cara con fascies de angustia y mucosas orales hidratadas.

Cuello y columna cervical sin puntos dolorosos, con contractura de la porción superior y salientes longitudinales de ambos trapecios, con arcos de movilidad pasiva completos, con dolor a las rotaciones en sus últimos grados.

Tórax y tronco. Columna vertebral alineada, con aumento de cifosis dorsal y lordosis lumbar, con dolor al nivel de C4, L5, L6 y L7, contracturas de paravertebrales bilateral, con arcos de movilidad pasiva limitados a la flexoextensión de columna lumbosacra, distancia a dos pisos de 15 cm. Con lateralización derecha y rotación interna y externa completas. Abdomen globoso, distendido, doloroso a la palpación.

Miembros superiores simétricos, en actitud de semiflexión, con dolor a la movilidad del lado izquierdo, arcos de movilidad pasiva limitados a la extensión, abducción, rotación interna y externa de hombro izquierdo, con dolor a la digitopresión de articulación glenohumeral, con aumento de tono muscular de + en codo derecho y ++ en codo izquierdo y muñeca. Presenta hipotrofia muscular en región tenar de mano izquierda. Sensibilidad disminuida en dermatomas C5, C6, y C7 izquierdo, con reflejo bicipital, tricipital y radial aumentados. Fuerza muscular en 3 global izquierdo y en 4 global derecho.

Miembros inferiores simétricos con varices, arcos de movilidad pasiva completos, con aumento de tono muscular en miembro pélvico izquierdo de predominio en rodilla, fuerza muscular en izquierdo 3 global y en derecho 4 global, contractura en flexores de cadera 30°/30° y en isquiotibiales 30°/30°, soleo y gemelo reducen a la neutra, sensibilidad disminuida en dermatomas L2, L3 y L4 izquierdo. Reflejo patelar aumentado.

Exámenes de laboratorio y gabinete

Se programa resonancia magnética de columna vertebral para descartar o confirmar diagnóstico

Se programan potenciales evocados motores para determinar alteración a nivel nervioso periférico.

2.2 Revisión de la literatura

La valoración física es fundamental para obtener los datos objetivos necesarios para completar la fase de valoración del proceso de enfermería. Durante la exploración física la enfermera examina todas las partes del cuerpo y determina todas las medidas antropométricas. La exploración física de la columna vertebral es de gran importancia, ya que es una estructura altamente especializada y compleja, por lo que el examen cuidadoso de la misma nos permitirá determinar el tipo de alteración y las estructuras que se ven comprometidas.

Por lo anterior se considera necesario una revisión cuidadosa sobre el tema, ya que en el caso de mi paciente, que es de diagnóstico *probable " conducto cervical estrecho "*, con la exploración se podría determinar el posible nivel de lesión. Además de que es necesario documentar los parámetros de referencia normales que se consideran de sensibilidad, fuerza muscular y arco reflejo para poder determinar lo que se encuentra afectado. (1)

EXPLORACION NEUROLOGICA DE LA COLUMNA VERTEBRAL

La médula espinal se divide en segmentos. Las raíces nerviosas salen de la médula espinal en cada nivel segmentario y son numeradas según el nivel del que salen. Son ocho los nervios cervicales, ocho los torácicos, cinco los lumbares, cinco los sacrales y un coxígeo. Los segmentos C5-D1 inervan la extremidad superior, y los segmentos D12-S4 a la extremidad inferior; estas dos secciones de la médula tienen mayor significación clínica.

Los trastornos que afectan a la médula espinal y las raíces nerviosas suelen producir síntomas y signos en las extremidades según los niveles neurológicos específicos afectados. Estos niveles por lo general pueden diagnosticarse clínicamente, dado que cada nivel de lesión tienen su propio patrón característico de denervación.

El denominador común en las lesiones de la médula o de alguna raíz nerviosa estriba en el patrón segmentario de alteración de la capacidad motora, la sensación y los reflejos de las extremidades.

Fuerza motora

Los impulsos que suministra la fuerza motora son transmitidos en la médula espinal a través de los fascículos largos, y en particular a través de los fascículos corticoespinales. La interrupción de la raíz nerviosa produce denervación y parálisis de su miotoma (grupo de músculos inervados por un solo segmento medular); la interrupción de fascículo origina parálisis espástica. La presión ejercida sobre una raíz nerviosa puede producir una disminución en la fuerza muscular.

Para poder graduar la fuerza en un músculo, conviene recordar que un músculo con grado 3 de potencia, puede realizar el arco de movimiento de una articulación en contra de la gravedad. Por encima del grado 3 (grados 4 y 5) se añade resistencia a la prueba del músculo; por debajo del grado 3 (grados 2, 1 y 0), se elimina el factor de la gravedad.

Las pruebas musculares deben repetirse en forma periódica para determinar si el nivel de la lesión ha cambiado y originado mayor parálisis muscular o mejoría.

(1) BASTES, Mora Felipe. NEURO-ORTOPEDIA BASICA. Elementos de fisiopatología neuromuscular aplicada. Edit. Jims España, 1991, p.p. 256- 269.

Examen muscular de gradación.

<i>Gradaciones musculares</i>	<i>Descripción</i>
5- Normal	Arco de movilidad completo en contra de la gravedad, con cierta resistencia máxima.
4- Buena	Arco de movilidad completo en contra de la gravedad, con cierta resistencia.
3- Regular	Arco de movilidad completo en contra de la gravedad
2- Deficiente	Arco de movilidad completo con eliminación de la gravedad (superficie lisa o en el agua.)
1- Mala	Evidencia de contracción muscular leve. No hay movimiento articular.
0- Cero	No hay evidencia de contracción muscular

SENSACION

Los impulsos de la sensación de dolor y temperatura son transmitidos en la médula espinal a través del fascículo espinotalámico lateral, en tanto que la sensibilidad al tacto es percibida por los impulsos conducidos a través del fascículo espinotalámico ventral. Los trastornos de la médula espinal o de raíces nerviosas dan por resultado pérdida de la sensibilidad al dolor. Cuando ocurre una recuperación de una lesión de raíz nerviosa, primero se recobra la sensación al dolor y luego la del tacto leve. Las dos sensaciones se someten a prueba por separado; el tacto leve se busca con un aplicador de algodón y el dolor con pinchazos.

Después de evaluarse la sensación, los resultados deben registrarse en un esquema de dermatomas con las denotaciones de normal, hiperestésicas (aumentadas), hipostésicas (disminuida), disestésica (alterada), o anestésica (ausente).

REFLEJO

El arco reflejo de estiramiento consta de un órgano capaz de reaccionar a la distensión un nervio periférico (axón), la sinapsis de la médula espinal y las fibras musculares. Los impulsos descienden desde el cerebro a través de los fascículos largos (neurona motora superior) y modulan el reflejo. Por regla una interrupción en el arco reflejo básico ocasiona la pérdida de este, en tanto que las presiones ejercidas sobre la raíz nerviosa misma pueden disminuir su intensidad (hiporreflexia). La interrupción del control regulatorio de la motoneurona superior sobre el reflejo finalmente lo tornará hiperactivo (hiperreflexia).

Los reflejos deben ser notificados como normales, aumentados o disminuidos, una evaluación que siempre requiere la comparación de ambos lados. Esta comparación proporciona una forma directa de detectar cualquier alteración en los reflejos y es fundamental para un diagnóstico preciso del trastorno presente, ya que el grado de actividad refleja varía de una persona a otra. Este concepto ayuda a determinar los niveles neurológicos a la evaluación de lesiones raquídeas, anomalías del desarrollo, herniación de discos, osteoartritis y padecimientos de la médula misma.

EVALUACION DE LESIONES DE LA RAIZ NERVIOSA QUE AFECTAN A LA EXTREMIDAD SUPERIOR.

El examen neurológico se basa en el hecho de que los efectos de las alteraciones en la porción cervical de la columna a menudo se manifiesta en la extremidad superior. Los problemas de la médula espinal misma o de las raíces nerviosas que salen de ella pueden manifestarse en la extremidad como debilidad o anomalía muscular, disminución de la sensación y anomalía de los reflejos; la distribución de los hallazgos neurológicos depende del nivel afectado.

Las siguientes pruebas diagnósticas demuestran la relación entre los problemas neurológicos de la extremidad superior y los trastornos que afectan a las raíces nerviosas cervicales. Para cada nivel neurológico de la porción de la columna cervical, debe ponerse a prueba la fuerza motora, los reflejos y las zonas de sensibilidad de la extremidad superior, a fin de identificar el nivel afectado.

EXAMEN DE RAICES NERVIOSAS PARTICULARES: C5 a D1.

Examen muscular

El deltoides y el bíceps son los dos músculos inervados por C5 que se pueden examinar con mayor facilidad.

El deltoides: C5 (nervio axilar) es un músculo formado por tres porciones. Los fascículos anteriores producen flexión, los medios abducen y los posteriores extienden el hombro; de los tres movimientos el deltoides efectúa con mayor fuerza la abducción. Por lo tanto, se observará su fuerza relativa en el movimiento de abducción, que es el plano de la mayor fuerza.

Indique al paciente que abduzca su brazo con el codo flexionado a 90° y conforme hace el movimiento de abducción aumente gradualmente la resistencia a su movimiento hasta que determine la resistencia máxima que puede vencer.

Bíceps: C5-C6 (nervio musculocutáneo) Es un flexor del hombro y el codo; así como supinador del antebrazo; para determinar la integridad neurológica de C5, debemos poner a prueba solo la flexión del codo por el bíceps. Puesto que el músculo braquial anterior, el otro principal flexor del codo, también es inervado por C5, el examen de la flexión de codo debe dar un indicio razonable de la integridad de C5.

Señale al paciente que flexione lentamente su brazo y aplique resistencia a medida que se acerque a 45° de flexión; determine la resistencia máxima que él puede vencer. Figura 1-7 (anexar figura)

Examen de reflejo

Reflejo bicipital, es sobre todo un indicador de la integridad neurológica de C5; también tiene un componente de C6 más pequeño.

Pida al paciente que relaje completamente su extremidad y la deje descansar sobre su antebrazo, con su codo flexionado a 90° aproximadamente. Con el vértice de un martillo percutor, percute la uña de su pulgar. El bíceps debe sacudirse levemente, un movimiento que debe verse o sentirse.

Examen de sensación.

Superficie lateral del brazo (nervio axilar). El nivel neurológico C5 proporciona la sensación de la superficie lateral del brazo, desde la punta del hombro hasta el codo. La zona de inervación más completa por el nervio axilar está sobre la porción lateral del músculo deltoides. Esta zona sensitiva pertenece al dermatoma de C5, es útil para indicar el traumatismo específico del nervio axilar así como el traumatismo general de la raíz nerviosa de C5.

NIVEL NEUROLOGICO C6*Examen muscular*

Ni el grupo de músculos extensores de la muñeca ni el bíceps tienen inervación únicamente por C6. El grupo de extensores de la muñeca está innervado parcialmente por C6 y en parte por C7; el bíceps recibe inervación tanto de C5 como de C6.

Observe que los músculos radiales externos, que proporcionan gran parte de la fuerza de extensión, son innervados por C6, en tanto que el cubital posterior es innervado principalmente por C7. Si la inervación de C6 se interrumpe, pero la de C7 se conserva, la muñeca se desviará al lado cubital durante la extensión. Por otra parte en una lesión de medula espinal en la que quede ilesa la inervación por C6 pero se interrumpa la C7, se producirá desviación hacia el lado radial.

Bíceps: C6 (nervio musculocutáneo). El bíceps, además de ser innervado por C5, en parte recibe también inervación por C6. Se examina el bíceps mediante la prueba de flexión muscular de codo.

Examen de reflejo

Reflejo del supinador largo. El músculo supinador largo es innervado por el nervio radial a través del nivel neurológico C6. Para examinar este reflejo, se sostiene el brazo en la misma forma que para el examen del reflejo bicipital. Se percute el tendón del supinador largo en el extremo distal del radio, utilizando el borde plano del martillo percutor: la percusión debe producir una pequeña sacudida radial. El reflejo del supinador largo es preferido para demostrar la integridad del nivel neurológico C6.

Reflejo bicipital. El reflejo bicipital puede usarse como un indicador de la integridad de C6 así como de C5, pero es predominantemente un reflejo de C5.

Examen de la sensación

Superficie externa del antebrazo (nervio musculocutáneo). El nivel C6 suministra la sensación de la superficie del antebrazo, el pulgar, el índice y medio.

NIVEL NEUROLOGICO C7*Examen muscular*

Si bien el tríceps, los flexores de la muñeca y los extensores de los dedos en parte son innervados por C8, son músculos que de manera predominante reciben inervación de C7.

TRICEPS : C7 (nervio radial). El tríceps es el extensor principal del codo. Para examinarlo, se fija el brazo flexionado del paciente en una zona inmediatamente proximal al codo y se le indica que extienda su brazo. Antes que extienda su brazo hasta 90°, se comienza a oponer resistencia a su movimiento hasta descubrir la resistencia máxima que el paciente pueda vencer.

GRUPO DE MUSCULOS FLEXORES DE LA MUÑECA: C7 (nervios mediano y cubital)

El palmar mayor (C7) es el más importante de estos dos músculos y proporciona gran parte de la fuerza para la flexión de la muñeca. El cubital anterior que es inervado principalmente por C8, proporciona menos fuerza pero hace la función de un eje para la flexión.

Se fija la muñeca del paciente y luego se le pide que flexione su mano empuñada. Cuando la muñeca se halla en flexión, se sujetan los dedos del paciente y se trata de extender la muñeca para quitarla de su posición de flexión.

MUSCULOS EXTENSORES DE LOS DEDOS DE LA MANO: C7 (nervio radial). Para examinar la extensión de los dedos se fija la muñeca del paciente en la posición neutral; se le indica a éste que extienda sus articulaciones metacarpofalángicas al mismo tiempo. La flexión de las articulaciones interfalángicas impide la acción sustitutiva del extensor común de los dedos con los músculos intrínsecos de la mano. Coloque su mano sobre el dorso de las falanges proximales extendidas y trate de flexionarlas con fuerza.

Examen de reflejo

Reflejo del tríceps. El reflejo del tríceps es inervado por el componente C7 del nervio radial. Percuta el tendón del tríceps en el sitio donde atraviesa la fosa olecraneana. El tendón del tríceps debe sacudirse levemente, pudiendo sentirse o visualizarse un movimiento a lo largo del antebrazo del explorador.

Examen de la sensación.

Dedo medio. El nivel C7 proporciona la sensación al dedo medio. Puesto que dicha sensación a veces también es inervada por C6 y C8, no hay forma concluyente para poner a prueba la sensación dada por C7.

NIVEL NEUROLOGICO C8

Prueba muscular

FLEXORES DE LOS DEDOS DE LA MANO.

El flexor común profundo de los dedos, que flexiona la articulación interfalángica distal, y los lumbricales, que flexionan la articulación metacarpofalángica, habitualmente son inervados por el nervio cubital, en el lado cubital de la mano, por el nervio mediano en el lado radial de la misma. Si hay una lesión de raíz nerviosa de C8, se debilita todo el flexor común profundo de los dedos y se presenta debilidad consecutiva en todos los flexores de los dedos. Sin embargo si hay una lesión periférica del nervio cubital, se producirá debilidad sólo en los dedos anular y meñique. El flexor común superficial de los dedos, que flexiona la articulación interfalángica proximal, sólo tiene inervación por el nervio mediano y es afectado por lesión de la raíz de C8 y lesiones periféricas del nervio mediano.

Para examinar la flexión de los dedos, pida al paciente que los flexione en las tres articulaciones, es decir metacarpofalángicas, interfalángicas proximales e interfalángicas distales. Luego enrosque o cierre los cuatro dedos con los de él. Trate de tirar de sus dedos para extenderlos. Observe que articulaciones no sostienen la flexión cuando se trata de extenderlas. Normalmente todas las articulaciones deben permanecer flexionadas.

Examen de la sensación

Región interna del antebrazo (nervio braquial cutáneo interno) C8. Proporciona sensación a los dedos anular y meñique y a la mitad distal del antebrazo. El lado cubital del meñique es la zona

en que la sensación está dada en forma más completa por el nervio cubital (el cual corresponde de manera predominante a C) y es el lugar más eficaz para el examen.

NIVEL NEUROLOGICO D1

Examine los componentes motor y sensitivo de D1, ya que este nivel, al igual que C8, no tienen asociado un reflejo identificable.

Examen muscular

ABDUCCION DE LOS DEDOS DE LA MANO

Todos los músculos pequeños de la mano son inervados por D1. Para examinar la Abducción del dedo, diga al paciente que extienda sus dedos separándolos del eje de la mano. Luego ejerza presión sobre cada par de dedos tratándolos de cerrar. Observe cualquier debilidad manifiesta entre pares de dedos y examine la otra mano para comparar.

ADUCCION DE LOS DEDOS DE LA MANO

Para examinar la aducción de los dedos, haga que el paciente trate de mantenerlos extendidos y juntos sus dedos, mientras usted trata de separarlos. Examine por pares en la forma siguiente: los dedos índice y medio, el medio y el anular y el anular y el meñique.

La fuerza motora puede ser examinada casi por completo en la muñeca y la mano con movimiento y esfuerzo mínimos por parte del examinador y del paciente. La extensión de la muñeca C6, la flexión de la muñeca y extensión de los dedos C7, la flexión de los dedos C8 y la abducción y aducción de los dedos D1 pueden efectuarse con movimientos ininterrumpidos. Sólo C5 debe examinarse en otra parte, es decir, con los músculos deltoides y bíceps.

Los reflejos también pueden examinarse en sucesión no interrumpida si se fijan en un posición el codo y la extremidad. De esta manera es más fácil mover el martillo percutor para estimular el tendón apropiado – Bíceps C5, supinador largo C6 y tríceps C7.

La sensación también, puede ser examinada de manera uniforme. Se comienza proximalmente en la porción externa de la extremidad y se sigue hacia abajo en la misma (C5 brazo, C6 antebrazo) pasando luego por los dedos (C6,C7,C8). Por último se asciende por el borde interno de la extremidad (C8 antebrazo, D1 brazo) hasta llegar a la axila D2.

PRUEBAS ESPECIALES

Hay cinco pruebas especiales relacionadas de manera directa con la columna cervical:

Prueba de distracción

Con esta prueba se demuestra el efecto que puede tener la tracción del cuello para aliviar el dolor. La distracción alivia el dolor causado por estrechamiento del orificio neural (y por la compresión resultante de los nervios) al ensanchar el orificio. La distracción alivia también el dolor de la columna cervical al disminuir la presión sobre las capsulas articulares que rodean las articulaciones intervertebrales de carillas. Además, puede ayudar a aliviar el espasmo muscular al relajar los músculos en contractura.

Para efectuar la prueba de distracción de columna cervical, coloque su palma abierta bajo la barbilla del enfermo y la otra mano sobre el occipucio de éste. A continuación levante de manera gradual (distraiga) la cabeza para restarle este peso al cuello.

Prueba de compresión

Estrechamiento del orificio neural, presión en las carillas articulares y espasmo muscular producen aumento del dolor a la compresión. La prueba de compresión puede reproducir con bastante fidelidad el dolor reflejado hacia la extremidad superior desde la columna cervical y, al hacerlo, ayuda a localizar el nivel neurológico de cualquier alteración patológica existente.

Para efectuar la prueba de compresión, haga presión hacia abajo sobre la parte alta de la cabeza del enfermo, mientras éste se encuentra sentado o acostado. Si hay aumento del dolor en la columna cervical o en la extremidad, observe su distribución exacta y si coincide con cualquiera de los dermatomas previamente descritos.

Prueba de Valsalva

Esta prueba aumenta la presión intratecal. Si existe en el conducto cervical una lesión que ocupa espacio, como hernia de disco o tumor, el sujeto puede desarrollar dolor de la columna cervical secundario a aumento de la presión. El dolor se puede irradiar también a la distribución del dermatoma que corresponde al nivel neurológico de la enfermedad de la columna cervical.

Para efectuar la maniobra haga que el enfermo, contenga la respiración y se esfuerce como si evacuara el intestino. A continuación pregúntele si percibe aumento del dolor.

Prueba de deglución

A veces se producen molestias o dolor al deglutir a causa de lesiones patológicas de la columna cervical, como protuberancias óseas, osteofitos óseos o tumefacción de tejidos blandos por hematomas, infección o tumor en la porción anterior de la columna cervical.

Prueba de Adson

Esta prueba se usa para establecer el estado de la arteria subclavia, que puede estar comprimida por una costilla cervical extra o por los músculos escalenos anterior y medios muy tensos, que comprimen la arteria cuando pasa entre ellos en camino hacia la extremidad superior.

Para efectuar la prueba de Adson, tome el pulso radial del enfermo a nivel de la muñeca. Conforme prosigue usted sintiendo el pulso, haga abducción, extensión y rotación externa del brazo del sujeto. A continuación instrúyalo para que haga una inspiración profunda y vuelva la cabeza hacia el brazo que se somete a prueba. Si hay compresión de la arteria subclavia, percibirá usted una disminución notable o falta de pulso radial.

EVALUACION DE LESIONES DE RAIZ NERVIOSA QUE AFECTAN AL TRONCO Y EXTREMIDADES.

La comprensión de la relación clínica entre diversos músculos, reflejos y zonas sensitivas de la extremidad inferior con sus niveles neurológicos (niveles medulares) es de particular utilidad para detectar y localizar con más precisión y facilidad problemas raquídeos.

NIVELES NEUROLOGICOS D12 - L3

Examen muscular

No hay una prueba muscular específica para cada raíz nerviosa. Los músculos que suelen someterse a prueba son el iliopsoas (D12, L1, L2, L3), el cuádriceps (L2,L3,L4) y el grupo de aductores (L2,L3,L4).

Iliopsoas: (Ramas de D12,L1,L2,L3) Es el principal flexor de cadera. Para examinarlo indique al paciente que se siente en el borde de la mesa de exploración y con sus piernas suspendidas. Fije la pelvis colocando su mano sobre la cresta ilíaca del paciente y pídale que levante sus muslos hasta separarlo de la mesa. Luego coloque la otra mano sobre la porción femoral distal de su rodilla y pida al paciente que levante su muslo mientras le opone resistencia. Determine la resistencia máxima que puede vencer. Repita la prueba del lado opuesto, la mínima debilidad de un músculo en comparación a su opuesto puede ser indicativa de problemas neurológicos.

Cuádriceps: L2,L3,L4 (nervio femoral) Para someter a prueba la función del cuádriceps, pida al paciente que se ponga en cuclillas y luego se incorpore. Observe cuidadosamente si se incorpora en forma pareja, con sus rodillas en extensión completa, o si utiliza una pierna más que la otra. El arco de movilidad de flexión a extensión debe ser uniforme. En ocasiones el paciente sólo podrá extender la rodilla de manera uniforme hasta los últimos 10°, terminando el movimiento en forma vacilante y con gran esfuerzo. Esta vacilación en los últimos 10° de extensión se denomina atraso de la extensión; ocurre a que debido a que los últimos 10 a 150 de extensión de la rodilla requieren por lo menos 50% de fuerza muscular más que el resto del movimiento.

Grupo de aductores de la cadera: L2, L3, L4 (nervio obturador) Al igual que el cuádriceps, los aductores de la cadera pueden ser sometidos a prueba en grupo. Haga que el paciente se recueste sobre el dorso o de lado e indíquele que abduzca sus piernas. Coloque sus manos en las superficies internas de ambas rodillas y haga que abduzca las piernas mientras le ofrece resistencia. Determine la resistencia máxima que puede vencer.

Reflejos

Aunque el reflejo patelar es inervado por L2, L3, y L4, corresponde de manera predominante a L4 y será sujeto a prueba como tal.

Examen de la sensación.

Los nervios provenientes de L1, L2 y L3 proporcionan a toda la zona de la porción anterior del muslo situada entre el arco crural y la rodilla. El dermatoma de L1 es una banda oblicua ubicada en la porción superoanterior del muslo, inmediatamente debajo del arco crural. El dermatoma de L3 es una banda oblicua localizada en la parte anterior del muslo, inmediatamente encima de la rótula. Entre estas dos bandas, en la superficie anterior de la porción media del muslo, yace el dermatoma de L2.

NIVEL NEUROLOGICO L4

Examen muscular

Tibial anterior: L4 (nervio tibial anterior) El músculo tibial anterior es inervado en forma predominante por nervios procedentes del segmento L4; también reciben inervación de L5. Para poner a prueba la función de este músculo, pida al paciente que ande sobre sus talones con los pies invertidos. El tendón del tibial anterior se hace visible en el punto donde atraviesa la porción anterointerna de la articulación del tobillo y es muy prominente conforme continúa distalmente hasta su inserción. Los pacientes con debilidad de este músculo no pueden realizar esta prueba de dorsiflexión e inervación; también pueden mostrar "pie péndulo" o estepaje durante la marcha".

Examen de reflejo

Reflejo patelar. El reflejo del tendón patelar es un reflejo tendinoso profundo interviniendo nervios que salen de las raíces profundas de L2, L3 y L4 (principalmente L4). El reflejo casi nunca desaparece por completo. No, obstante, en la presencia de un trastorno muscular primario, de raíz nerviosa o de células del asta anterior, el reflejo puede desaparecer completamente.

Para poner a prueba el reflejo patelar, indique al paciente que se sienta en el borde de la mesa de exploración con las piernas suspendidas o con la pierna cruzada, en estas posiciones el tendón rotuliano está listo para la prueba, trate de despertar el reflejo percutiendo el tendón al nivel de la articulación de la rodilla con un movimiento breve y firme de la muñeca.

Examen de la sensación

El dermatoma de L4 cubre la superficie medial de la pierna y se extiende hasta la cara medial del pie. La articulación de la rodilla divide el dermatoma de L3 por arriba y el L4 por debajo. En la pierna la cresta de la tibia es la línea divisoria entre el dermatoma de L4 en la superficie medial y el L5 en la superficie lateral.

NIVEL NEUROLOGICO L5

Examen muscular

Extensor propio del dedo gordo: L5 (Rama profunda del tibial anterior). El tendón del extensor propio del dedo gordo pasa por delante de la articulación del tobillo colocado lateralmente al músculo tibial anterior. Sostenga el pie del paciente con una mano alrededor del calcáneo y enseguida ponga el pulgar en una posición que obligue al paciente a flexionar hacia el dorso el dedo gordo del pie para tratar de alcanzarlo. Ofrezca resistencia a la dorsiflexión colocando el pulgar sobre el lecho ungueal de dicho dedo, asegúrese que ofrece resistencia en un punto distal a la articulación interfalángica.

Extensores común y corto de los dedos del pie: L5 (nervio tibial anterior) Sujete el tobillo colocando una mano en torno al calcáneo y el pulgar de su mano libre en una posición en la que el sujeto deba extender los dedos para tratar de alcanzar dicho dedo. Luego, opóngase a los movimientos haciendo presión sobre el dorso de sus dedos y tratando de doblarlos en dirección plantar.

Glúteo medio: L5 (nervio glúteo superior) Para someter a prueba al glúteo medio, haga que el paciente se acueste sobre uno de sus lados, fije la pelvis con su mano e indíquele que abduzca la pierna. Deje que ésta sea separada por completo antes de oponer resistencia empujando contra el muslo opuesto al nivel de la articulación de la rodilla. No permita la extensión de la cadera, para evitar sustitución muscular.

Examen de la sensación.

El dermatoma de L5 abarca la porción externa de la pierna y el dorso del pie. La cresta de la tibia divide L5 de L4.

NIVEL NEUROLOGICO S1

Examen muscular

Peroneos laterales largo y corto: S1 (nervio musculocutáneo de la pierna) Los músculos peroneos deben ser sometidos a prueba de manera funcional en forma simultánea. Puesto que producen eversión del tobillo y del pie, sujete el tobillo fijando el calcáneo y coloque la otra mano en una posición que lo fuerce hacia la flexión plantar y eversión del pie para tratar de alcanzar el quinto dedo. Luego opóngase a la flexión plantar y a la eversión ejerciendo presión con la palma de su mano contra la cabeza del quinto metatarsiano y la diáfisis del mismo; procure no aplicar presión a los dedos ya que se pueden mover.

Músculos gemelos y soleo: S1, S2 (nervio tibial) Como este grupo de músculos es mucho más fuerte que todos los músculos del brazo y antebrazo del examinador, es difícil detectar la presencia de grados pequeños de debilidad. Pida al paciente realice marcha en puntas. La incapacidad para realizar esta prueba indica debilidad de estos músculos.

Glúteo mayor: S1 (nervio glúteo inferior) Para someter a prueba en forma funcional, haga que el paciente se siente y luego se ponga de pie sin utilizar sus manos. Pídale que se ponga en posición de decúbito ventral en las mesa de exploración con sus caderas flexionadas sobre el borde y sus piernas suspendidas. Luego debe doblar la rodilla para relajar los músculos de la corva de manera que no puedan ayudar al glúteo mayor en la extensión de la cadera. Coloque su mano sobre la cresta ilíaca del paciente para fijar la pelvis, dejando su mano libre para palpar este músculo. Enseguida indique que extienda la cadera y mientras ofrezca resistencia ejerciendo presión sobre la superficie posterior del muslo en un sitio inmediatamente arriba de la articulación de la rodilla; Conforme efectúa la prueba palpe el tono del glúteo mayor.

Examen de reflejo

Reflejo Aquileo. El reflejo del tendón de Aquiles es un reflejo profundo dado por el triceps sural. Es innervado principalmente por nervios que salen del nivel medular S1. Si se secciona la raíz prácticamente desaparece el reflejo.

Percuta el tendón de Aquiles con el extremo plano del martillo percutor para reproducir el reflejo.

Examen de la sensación.

El dermatoma S1 abarca la superficie externa y una porción de la cara plantar del pie.

NIVELES NEUROLOGICOS S2, S3, S4.

Los nervios que salen de los niveles neurológicos S2 y S3 innervan a los músculos intrínsecos del pie. Aunque no hay una forma eficaz para examinar estos músculos por separado, debe inspeccionarse la presencia de doblamiento ganchoso de los dedos, que puede ser ocasionado por denervación de los músculos intrínsecos. S2, S3, y S4 también son los niveles que de manera principal brindan innervación motora a la vejiga, y los problemas neurológicos al pie también pueden dañarla.

Examen reflejo

Es de notar que no hay reflejo profundo inervado por S2, S3 o S4. Sin embargo hay un reflejo anal superficial. Para someterlo a prueba toque la piel perianal; el esfínter anal (S2, S3, y S4) debe contarse en forma refleja.

Examen de la sensación

Los dermatomas alrededor del ano, están dispuestos en anillos concéntricos, los cuales reciben inervación de S2 (el anillo más externo), S3 (el anillo medio) y S4 - S5 (el anillo más interno).

PRUEBAS ESPECIALES

Maniobra de Lasague

Se basa en la elongación inferior de las raíces ciáticas con el enfermo en decúbito supino, el explorador levanta lenta y suavemente la pierna extendida tomando el talón del pie con la palma de la mano. Durante esta maniobra resulta traccionado hacia abajo el nervio ciático, por estar en un arco de circunferencia cuyo centro es la articulación de la cadera.

Las raíces nerviosas al nivel de los agujeros de conjunción, así como en su trayecto intravertebral, se desplazan, arrastradas por aquella tracción.

La angulación de separación del plano horizontal es de 10, 20 a 30°. A partir de ahí debe tomarse como dudoso, pues como se sabe, cuando se sobrepasan los 40 - 50° comienza a moverse la columna lumbar. (1)

Para poder conocer las desviaciones a la salud que suceden en el conducto cervical estrecho es necesario realizar la consulta previa bibliográfica sobre la misma, ya que nos dará la pauta a seguir durante las diferentes etapas del Proceso Atención de Enfermería.

ESTENOSIS DEL CONDUCTO RAQUIDEO

En el año de 1803, Portal fue el primer autor que apuntó el angostamiento del calibre del canal cervical raquídeo como posible causa de producción de compresiones radiculares.

Con respecto a la estenosis, se plantea un problema de concepto. La estrechez sería la consecuencia de todo aquel proceso que por, la causa, que fuere, originara disminución del diámetro y del calibre de luz interna del conducto raquídeo.

Hay otras causas que sin ser de naturaleza ósea, pueden producir el mencionado angostamiento. Por lo tanto la estenosis del canal raquídeo sería la circunstancia morfológica consistente a una disminución del calibre de aquel canal debido a anomalías dimensionales de todas o cada una de las partes que normalmente forman sus paredes.

CLASES DE ESTENOSIS

Según los distintos puntos de vista, cabe establecer diversos tipos de estenosis:

Por la morfología

- *Estenosis ósea.* Es una condición real de disminución de los diámetros anteroposterior y transversal del agujero vertebral; es decir de elementos puramente óseos. Dentro de este tipo de estenosis están las irregularidades de los pedículos, las láminas, los istmos interapofisiarios y la cara posterior del cuerpo vertebral.
- *Estenosis por hipertrofia de las partes blandas.* Las estructuras blandas que integran las paredes del canal pueden hipertrofiarse por distintas causas. Su tamaño puede originar la estrechez de la luz del conducto. Estas estructuras son el disco intervertebral por su cara posterior, el ligamento común vertebral posterior, los ligamentos amarillos y los macizos interapofisiarios.
- *Estenosis por deformaciones intracaniculares.* Las estructuras que hay en el interior del conducto raquídeo (meninges, raíces, vasos, tejido adiposo, etc.) pueden desarrollarse excesivamente, creando problemas de espacio. Así mismo, es posible que en aquella cavidad aparezcan neoformaciones de diversa índole (tumores, infecciones, inflamación) que así mismo, provoquen compresiones.

Por el desarrollo

- *Estenosis congénita.* Es la que corresponde a una dismorfogénesis lumbosacra. Como consecuencia de un anormal desarrollo de las estructuras óseas. (Por el momento no tocaremos el tema)
- *Estenosis adquirida.* Serían aquellas en que en un canal normal sobrevendrían condiciones adicionales estenosantes en algún momento de la vida del individuo. Sería producto de alteraciones tanto de las paredes (partes blandas y partes óseas) como de las estructuras del interior del canal.

Dentro de esta gama es frecuente observar las llamadas estenosis mixtas o combinadas; en un conducto relativamente estrecho, pero asintomático, sobrevienen causas y agentes estenosantes adicionales que provocan el cuadro clínico de estrechez de canal.

En realidad, la mayor parte de los cuadros clínicos que se producen son por causas adquiridas; estas, actuando unas veces sobre canales relativamente estrechos asintomáticos y otros canales

normales, producen fenómenos estenosantes. La existencia de una estenosis relativa asintomática facilita la instauración del cuadro cuando aparece un agente estenosante adicional.

Por el modo de presentación se distinguen las estenosis agudas y las crónicas. Entre las primeras estaría como ejemplo típico, la hernia discal producida por el curso de un esfuerzo. En cuanto a la segunda la hipertrofia lenta de los ligamentos amarillos y la formación de osteofitos, serían los más representativos.

Sintomatología

Los síntomas del cuadro clínico de la estenosis lumbar derivan del conflicto espacial que crea el estrechamiento sobre las estructuras propias de la región, como son las raíces nerviosas lumbosacras, las meninges, las arterias y el plexo de Batson.

Sintomatología de estenosis aguda.

En la instauración súbita de una estenosis de canal lumbar, la sintomatología es mucho más aparatosa e intensa que en la crónica.

En muchas ocasiones puede presentarse tras esfuerzos intensos, cansancios, viajes prolongados, etc. El conjunto de síntomas que aparece es el que caracteriza el cuadro de las radiculitis agudas; sin consecuencia de la compresión radicales, menígea y vascular. Los síntomas que se instauran de manera rápida y aguda son: dolor irradiado, déficits motores, trastornos sensitivos y parestesias; suele faltar la claudicación intermitente propia de los cuadros de estenosis crónica, si bien en algunos casos suele presentarse cuando la compresión no es muy acusada o/e intensa.

El dolor se localiza preferentemente en la región lumbar. En la mayoría de los casos se propaga hacia los territorios que inervan las distintas raíces del ciático. Según el grado de compresión, pueden resultar comprometidas una, dos o más raíces; en general, suele ser una sola.

El dolor es muy intenso, por lo que el enfermo suele permanecer inmóvil; cualquier intento de movilización provoca considerables incrementos algícos.

Consecuentemente a la intensidad del dolor, sobreviene una serie de actitudes típicas que no son otra cosa que el intento de lograr posiciones antiálgicas diversas. Así, se observa una constante protección, con aumento de presión de la prensa abdominal.

El dolor es constante tanto en movimiento como en reposo, si bien este último suele aliviarlo. Las maniobras de Valsalva dan resultados muy positivos.

Sintomatología de estenosis crónica

Al principio el cuadro clínico suele ser confuso y abigarrado. En general comienza con molestias vagas, mal definidas e inconstantes en la región lumbar.

En los primeros estadios, se les suele dar poca importancia; la mayor parte de las veces hacen pensar en cuadro de lumbartrosis incipiente.

A menudo existe cierta relación con la actividad mecánica de la columna, en el sentido de que empeoran con el trabajo y mejoran con el reposo.

El dolor a veces es poco acentuado; se percibe a modo de dolorimiento en uno o ambos miembros inferiores y suele describirse como "cansancio doloroso"; pero también puede ser intenso, de modo que llega a detener al afectado y detener su marcha.

El dolor en principio es de localización lumbar. La constancia de los dolores, su remisión en reposo y la aparición en varones con gran actividad laboral, hacen pensar en alguna lesión discal y traumática.

Con posterioridad, comienza a propagarse a uno de los miembros inferiores, o a los dos, por los territorios del ciático. A veces, esta propagación puede ser la primera manifestación del cuadro;

en otras el dolor se localiza al nivel de los lugares antedichos, en forma de lumbociática unilateral o bilateral.

La presencia de déficit neurológicos es otro de los caracteres sintomáticos de la estenosis de canal.

Los signos de radiculitis que aparecen son los típicos de tal síndrome: déficit motores, trastornos sensitivos, trastornos tróficos, parestesias, disminución del tono muscular y alteración de los reflejos musculares.

Hay dolor a la presión y percusión lumbar, así como positividad de las maniobras de Valsalva.

Los signos de radiculitis se presentan cuando ya se ha establecido el foco inflamatorio radicular consecuente con la compresión.

DIAGNOSTICO

Radiología de perfil y de frente

En la tomografía, la proyección más demostrativa es la de perfil. En ella se pone de manifiesto de la cortedad de los pedículos.

En la mielografía se aprecia un estrechamiento en forma de "reloj de arena" al nivel de la estenosis. A veces dicho estrechamiento es múltiple, extendiéndose a dos o más niveles con las imágenes típicas de "relojes de arena superpuestos".

TRATAMIENTO

El tratamiento quirúrgico cuando aparezcan signos de déficit neurológico. Según el tipo de enfermedad podrá variar la modalidad de la intervención. En todo caso hay que conseguir siempre la descompresión de las raíces y estructuras aprisionadas en la estenosis. (2)

CONDUCTO VERTEBRAL CERVICAL ESPONDILOSICO Y ESTENOSICO.

El término estenosis, derivado del griego, significa estrechamiento. A este respecto el estrecho cervical puede ser localizado o generalizado. Se presenta en forma de lesión congénita al nivel de la unión occipito cervical, como malformación congénita del agujero, como manifestaciones variadas de la vértebra occipital como restos del arco hipocordal, una apófisis basilar o un tercer cóndilo, o como parte integrante de la invaginación basilar.

Las malformaciones de la odontoides comprenden hipoplasia, displasia o hueso odontoide, que puede asociarse también con estrechamiento local del conducto cervical. Las disostosis en condrales como la acondroplasia, enfermedad de Morquio, disostosis metafisiarias y enanismo tanatóforico pueden asociarse con estenosis cervical.

En la estenosis cervical adquirida, la espondilosis y la enfermedad discal son factores importantes. En algunos casos se asocia una propensión hacia el estrechamiento congénito, que puede comportar cierta semejanza con la estenosis sagital que se observa en la acondroplasia con o sin estigmas evidentes.

Los efectos de la espondilosis, al producir engrosamiento de las superficies posteriores de la vértebra con propagación a lo largo de los bordes de los pedículos, y particularmente con engrosamiento de los arcos neurales, puede contribuir significativamente a las lesiones estenósicas y a las consiguientes alteraciones radiculomielopáticas.

Otras causas de la estenosis cervical adquirida son los tumores óseos primarios o metastásicos que penetran en el interior del conducto y las lesiones tumorales como los granulomas eusionófilos y los osteoblastomas; curvaturas exageradas de la columna cervical, particularmente curvas lordóticas excesivas, retrolistésis, o anterolistésis e incurvación de las

carillas articulares, efectos de traumatismos y lesiones postoperatorias. Las infecciones y granulomas pueden penetrar también en el interior del conducto, estrechando su diámetro.

La luxación atloaxoidea, con procesos infecciosos o trastornos congénitos o metabólicos diversos, es otro factor en la producción de estenosis cervical superior localizada.

Son de particular interés las alteraciones degenerativas en la columna cervical que conducen a lesiones estenósicas.

Estas lesiones empiezan con fisuras y degeneración de los discos intervertebrales, hemorragia intradiscal, desgarros cartilaginosos y degeneración y formación de cavidades en el núcleo pulposo.

Es importante la configuración del conducto vertebral cervical. Normalmente las prolongaciones laterales están bien formadas y son adecuadamente redondeadas. Sin embargo los conductos estenósicos, las prolongaciones laterales son estrechas, y puede estar gravemente alterado el espacio disponible para el paso de las raíces nerviosas a través de los agujeros intervertebrales. En consecuencia, es probable que una pequeña protusión en esta región sea causa de síntomas desproporcionados.

De la misma forma las protusiones, en el interior del conducto a causa de osteófitos que siguen los bordes posteriores de los segmentos respectivos, el abombamiento de los discos, la neoformación cartilaginosa y el engrosamiento de las láminas y de los ligamentos dorsales pueden contribuir a la compresión de la médula espinal. La presión sobre la médula, sin presión concomitante sobre las raíces nerviosas, puede ser causa de signos mielopáticos de los haces largos que se confunden con la enfermedad medular degenerativa.

El diagnóstico radiológico de la estenosis degenerativa adquirida del conducto cervical es importante, por consiguiente, la presencia de hernias discales, formación de espolones y sus combinaciones, a causa de la protusión que producen en el interior de las caras lateral, anterior y dorsal del conducto.

La dinámica de la corriente del líquido cefalorraquídeo está alterada por la estenosis del conducto, y los cambios de rotación pueden ser causa de rotaciones considerables en el grado de compresión de la médula o de las raíces nerviosas. Además la protusión de las láminas y los ligamentos amarillos pueden producir melladuras significativas en la cara dorsal de la médula, dando lugar a lesiones mielopáticas graves.

Los estudios de la columna cervical en flexión y extensión son importantes para identificar los efectos dinámicos del movimiento sobre la médula espinal.

En presencia de rebordes múltiples, puede lograrse mejoría por la eliminación adecuada de las fuerzas de compresión. Esto puede obtenerse por laminectomía y facetectomía y es particularmente aplicable a aquellos casos en que las lesiones extensas afectan a más de una región. Sin embargo en la enfermedad a un simple nivel, se considera como superior, por parte de algunos autores, la extirpación discal anterior y la fusión intersomática. Phillips preconizó la intervención precoz y aconsejó el acceso anterior para las lesiones que afectan a uno, dos o tres niveles.

Observó que el alivio duradero se consigue mejor antes de que aparezca la incapacidad significativa. (3)

(2) BERNARD S. Epstein. ATENCIÓNES DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y DE LA MEDULA ESPINAL, Edit. Jims, Barcelona, pp. 390-398.

(3) BASTES, Mora Felipe. Neuro-ortopedia básica. Elementos de fisiología neuromuscular aplicada. Edit. Jims España, 1991, p.p. 256-269.

4.2 PROCESO DE ATENCION ESPECIALIZADA

Valoración

La valoración requiere de diversos métodos para la recolección de los datos: uno de ellos es la entrevista, que se define como una comunicación planificada o una conversación con finalidad; y otro la exploración física, entendida como el reconocimiento de los procesos biológicos indispensables para la conservación de la vida; ambos momentos están permanentemente vinculados.

La observación es de igual manera importante para llevar a cabo la valoración. Observar es recoger datos usando los cinco sentidos. Aunque las enfermeras observan principalmente mediante la vista, todos los sentidos están ocupados durante las observaciones cuidadosas. La observación tiene dos aspectos: a) notar los estímulos y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos, es decir percibirlos.

La observación por consiguiente implica discriminar entre estímulos, esto es, separar los estímulos de una forma significativa. (Cavanagh, 1993:106-107)

La valoración requiere de un instrumento (anexo 1) que permita de manera organizada explorar conceptos o relaciones conceptuales de la persona, con el fin de elaborar posteriormente las interferencias, las hipótesis o diagnósticos de enfermería. En la actualidad los instrumentos de valoración (historias clínicas) en la disciplina de enfermería se basan en los modelos conceptuales, con Orem y la teoría general del Déficit de Autocuidado ocurre lo mismo.

Existen dos tipos de valoración, la básica que se desarrolla durante la entrevista, y la focalizada que se realiza para explorar un aspecto de particular interés (Alfaro, R; 1995).

A partir de la selección del caso clínico, como lo describen las etapas del Método Enfermero es necesario realizar en primer lugar la valoración, mediante la aplicación del instrumento de valoración, durante la entrevista directa del paciente y la exploración física donde se observaran las características de la postura, de la marcha, así como la fuerza muscular, sensibilidad y arcos de movimiento de cuello, columna cervical, tronco (columna vertebral), miembros superiores e inferiores.

Con el fin de identificar y valorar las necesidades tanto físicas como psicológicas, los problemas reales y potenciales de salud, las competencias y habilidades personales, las actitudes y creencias o filosofía de vida, los factores que limitan o impiden el aprendizaje y los recursos de apoyo de que la persona dispone, y así identificar la naturaleza de cualquier déficit de autocuidado en relación con la condición del paciente, y las razones de su existencia, para desarrollar objetivos de cuidados de enfermería basados en los déficits de autocuidado identificados.

Existen muchos modelos y marcos de enfermería que sirven como guía para la obtención de datos, pero en esta ocasión he utilizado el que propone Orem (1985), en el cual se describen los factores de condicionamiento básico, los ocho requisitos universales, los requisitos de autocuidado del desarrollo y la desviación actual.

Por lo anterior a continuación se presenta la historia clínica de la Sra. Consuelo, que presenta un diagnóstico médico de Probable conducto cervical estrecho, y la valoración se llevo a cabo mediante la observación, la entrevista y la exploración física.



HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

1.- FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

Femenino de 53 años, con escolaridad básica (primaria completa), que se dedica al hogar, actualmente tiene una familia nuclear formada por su esposo y cinco hijos que en general se apoyan moral y económicamente, aunque por el momento ha disminuido la comunicación entre los integrantes de la familia, se respetan a pesar que cada uno defiende su punto de vista, expresan sus sentimientos de diferente manera, el amor, cariño y respeto se les dificulta demostrarlo, el enojo lo manifiestan cuando existe algún tipo de discusión, y han llegado a gritarse y para evitar conflictos se retiran sin terminar la conversación.

En la familia se ha inculcado la religión católica, y se han transmitido los valores de lo bueno y lo malo principalmente a través del ejemplo; tratan de ser cordiales con los vecinos, pero sin profundizar tanto en las relaciones interpersonales fuera de la familia.

La Sra. Consuelo aproximadamente hace tres años inicio su menopausia con sangrados transvaginales irregulares, hace una año tuvo un sangrado menstrual y hace un mes presentó otro después de recibir tratamiento médico. Refiere que ha a partir de que tuvo su menopausia, piensa que es un indicador de envejecimiento y siente mucho temor a la muerte, que considera esta muy cerca.

La aportación económica de su casa la realiza su esposo, misma que no es suficiente para cubrir todas sus necesidades.

Habita casa rentada desde hace 23 años, tiene tres recamaras, cocina y baño dentro de la casa, con ventilación adecuada y todos los servicios intradomiciliarios. Tiene una escalera que utiliza para subir a su recamara con trece escalones, y otra para subir a la azotea con 26 escalones que ya no utiliza por su enfermedad, cuenta con rutas de transporte accesibles a su domicilio, pero que no utiliza por dificultad para poder sujetarse.

2.- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

La Sra. Consuelo es capaz de respirar normalmente sin dificultad, No obstante hace algunos días (14-03-01) sintió la falta de aire en el momento que recibía su terapia física, la molestia no se ha vuelto a repetir y en general trata de cuidarse para no enfermarse.

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Es capaz de ingerir líquidos por su cuenta, toma aproximadamente dos litros de agua cuando permanece en su domicilio, pero cuando sale del mismo toma muy poca lo que la hace insuficiente en cantidad, es de garrafón (aga), y la prefiere en su estado natural, aunque consume refresco de dos a tres veces por semana, diluido con agua.

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Su alimentación es suficiente en cantidad, deficiente en calidad, ya que el consumo de frutas es muy ocasional; últimamente ha disminuido su apetito y agrado por el sabor de los alimentos, realiza dos comidas al día, y ha llegado a tener dificultades al comer sus alimentos pues en ocasiones se le caen los alimentos de la boca por disminución de sensibilidad y fuerza muscular de sus manos, lo que no le permite percibir cuando ya están los alimentos en la boca y los suelta antes de sujetarlos con la misma. Depende de su hija para que le preparen sus alimentos.

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos

La Sra. Consuelo tiene poliuria, refiere goteo después de orinar, es incapaz de retener por tiempo prolongado la orina cuando percibe el deseo de orinar. Últimamente ha tenido

estreñimiento, por lo que incrementa la cantidad de agua que toma, pero le provoca poliuria por lo que la suspende. El baño y cambio de ropa lo realiza diario con ayuda de algún familiar, las uñas las lima cuando las ve muy largas, ya que no se las puede cortar ella sola, por la disminución de fuerza y sensibilidad de su mano izquierda.

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Su actividad ha disminuido, no realiza actividades domésticas por las limitaciones físicas que refiere, le cuesta trabajo la presión y sujeción de los objetos. Desde hace cuatro meses siente sensibilidad disminuida en los dedos, dolor y torpeza en los pies cuando camina. Con frecuencia es incapaz de dormir y le cuesta conciliar el sueño durante la noche (aprox. 2 o 3 veces por semana). Por lo que durante el día tiene mucho sueño y cefalea.

Mantenimiento entre el equilibrio entre la soledad y la integración social

Le causa dificultad comunicarse con su familia, ya que siente que no la entienden; las reuniones familiares son muy esporádicas desde la separación matrimonial de sus hijos, no convive con otras personas. Por su enfermedad se ha llegado a sentir abandonada y deprimida, por lo que prefiere estar siempre acompañada. Ella confía totalmente en sus hijas como apoyo para cualquier situación.

Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

Refiere preocupación por la falta de sensibilidad de su mano izquierda, que le dificulta para sujetar las cosas, así como la poca fuerza que tiene para levantar o sostener los objetos lo que provoca que se le caigan de las manos. Hay un riesgo obvio de caídas por la disminución de fuerza de la extremidad inferior izquierda, además de la disminución de sensibilidad. Se encuentra en un estado depresivo que se le acentúa con la dependencia familiar que tiene, y refiere estar inconforme con su estado de salud lo que le causa coraje y tristeza y un menosprecio por su persona.

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales

Le preocupa el costo de su tratamiento, ya que no es solvente económicamente, y en otras ocasiones ha abandonado su tratamiento por falta de recursos económicos, siente temor y lamenta no haberse atendido mucho antes, presenta tendencia al llanto fácil sobre todo cuando se refiere a sus hijos y en ocasiones hay que preguntarle más de una vez o explicarle lo que se le pregunta. Ha vivido conforme lo pide su religión, y así ha educado a sus hijos, aunque se muestra decepcionada por el fracaso matrimonial de los mismos. Se refugia en su fe para afrontar su enfermedad. Tiene resentimiento con la vida pues cree que le ha dado muchos sufrimientos, sin esperar nada bueno más adelante. Le teme a la muerte y le causa llanto fácil al hablar de la misma.

3.- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

Se encuentra en la etapa de adulto mayor en estado de angustia y temor con baja autoestima para lograr su desarrollo. Se ve influenciada en su estado de ánimo por la menopausia. Le causa tristeza no poder realizar sus actividades domésticas que hizo durante su vida anterior a la enfermedad, y menciona con nostalgia la inactividad que ahora tiene.

4.- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN CASO DE DESVIACION A LA SALUD.

Desviación actual

La Sra. Consuelo inicio su padecimiento en agosto del 2000 al notar que sentía adormecimiento de las extremidades superiores, refiere que la sensación ha ido en aumento y refiere haber notado la disminución de la fuerza muscular de la extremidad superior e inferior izquierdas. No tiene conocimiento sobre su enfermedad, ni sobre el tratamiento, por lo que desconoce sus complicaciones para prevenirlas. Le preocupa su enfermedad, ya que piensa que puede tener una enfermedad incurable. Ha buscado alternativas para adaptarse a su enfermedad, como poner un trapo en el lavadero para que no se resbalen los objetos y manifiesta tener toda la disponibilidad para seguir al pie de la letra las indicaciones para su tratamiento y tratar de recuperarse lo más pronto posible, animándose ella misma.

El movimiento y la realización de las actividades de la vida diaria se han hecho difíciles por la falta de sensibilidad y fuerza de las extremidades superior e inferior izquierdas lo que hace torpes sus movimientos. Aunque trata de compensar algunas actividades haciendo uso de sus extremidades derechas.

Desde hace nueve años padece gastritis controlada con ranitidina cuando se exacerban los síntomas.

Tuvo su menarca a los 13 años, Gestas- 10, Paras- 10 y cero- Abortos; cinco de sus hijos fallecieron durante la etapa postnatal por prematuridad. Es alérgica a la penicilina y procura no tomar medicamentos que el médico no indica.

A la exploración física se observa:

Marcha independiente, claudicante bilateralmente, de predominio izquierdo, con deficiente fase postural en el contacto inicial e impulso, realiza marcha en puntas con exacerbación de claudicación, realiza marcha en talones deficiente.

Postura encordaba con descenso de hombro y escápula derecha, columna vertebral alineada, pelvis alineada, con pliegues glúteos al mismo nivel, al igual que pliegues poplíteos.

Cabeza; normocefalo, sin exostosis, ni endostosis, con implantación de cabello de acuerdo a edad y sexo, cara con fascies de angustia y mucosas orales hidratadas.

Cuello y columna cervical sin puntos dolorosos, con contractura de la porción superior y salientes longitudinales de ambos trapecios, con arcos de movilidad pasiva completos, con dolor a las rotaciones en sus últimos grados.

Tórax y tronco. Columna vertebral alineada, con aumento de cifosis dorsal y lordosis lumbar, con dolor al nivel de C4, L5, L6 y L7, contracturas de paravertebrales bilateral, con arcos de movilidad pasiva limitados a la flexoextensión de columna lumbosacra, distancia a dos pisos de 15 cm. Con lateralización derecha y rotación interna y externa completas. Abdomen globoso, distendido, doloroso a la palpación.

Miembros superiores simétricos, en actitud de semiflexión, con dolor a la movilidad del lado izquierdo, arcos de movilidad pasiva limitados a la extensión, abducción, rotación interna y externa de hombro izquierdo, con dolor a la digitopresión de articulación glenohumeral, con aumento de tono muscular de + en codo derecho y ++ en codo izquierdo y muñeca. Presenta hipotrofia muscular en región tenar de mano izquierda. Sensibilidad disminuida en dermatomas

C5, C6, y C7 izquierdo, con reflejo bicipital, tricipital y radial aumentados. Fuerza muscular en 3 global izquierdo y en 4 global derecho.

Miembros inferiores simétricos con varices, arcos de movilidad pasiva completos, con aumento de tono muscular en miembro pélvico izquierdo de predominio en rodilla, fuerza muscular en izquierdo 3 global y en derecho 4 global, contractura en flexores de cadera 30°/30° y en isquiotibiales 30°/30°, soleo y gemelo reducen a la neutra, sensibilidad disminuida en dermatomas L2, L3 y L4 izquierdo. Reflejo patelar aumentado.

b) PROCESO DE DIAGNOSTICO

Durante la valoración se ha reunido información que permite obtener una visión general de la persona a quien se le debe dirigir el cuidado, sin embargo se requiere de un proceso de diagnóstico en el cual se organiza la información y se elaboran las hipótesis de trabajo para planear el cuidado enfermero.

Una vez que se ha precisado el nivel de diagnóstico, la enfermera puede emplear su diagnóstico construido con respuestas humanas para interpretarlo a la luz de la Teoría del Déficit de Autocuidado.

Por lo que los siguientes diagnósticos de enfermería son los que se formularon a partir de la valoración de enfermería de la paciente con alteración neuromusculoesquelética:

1.- Déficit del requisito de autocuidado en la desviación a la salud (dolor hombro izquierdo) relacionado con limitación para el movimiento por arcos de movilidad limitados, manifestado por posición antialgica, con hipersensibilidad a la digitopresión de la articulación glenohumeral y limitación para realizar sus actividades de la vida diaria.

2.- Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (limitación del movimiento y dificultad para realizar la actividades de la vida diaria de vestido e higiene) relacionado con, sensibilidad y fuerza muscular disminuida de extremidad superior izquierda manifestado por dificultad para sujetar objetos, bañarse y vestirse sola, sensibilidad disminuida en dermatomas C5, C6, y C7 izquierdos, fuerza muscular global en izquierdo de 3.

3.- Déficit en la prevención de peligros para la vida y bienestar social (riesgos de lesiones en piel de mano izquierda) relacionado con disminución de sensibilidad de extremidad superior izquierda manifestado por lesión en dedo medio de mano izquierda por utensilio punzocortante en una ocasión, sin percatarse del momento en que sucedió.

4.- Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (Dificultad para caminar distancias cortas) relacionado con disminución de fuerza muscular y rigidez de extremidad inferior izquierda, manifestado por marcha claudicante de predominio izquierdo, con aumento de tono muscular y contracturas de flexores de cadera e isquiotibiales.

5. - Déficit en la prevención de los peligros para la vida y el bienestar social (riesgos de caídas) relacionado con aumento de tono muscular de extremidad inferior izquierda, contracturas de flexores de cadera e isquiotibiales 30/30 manifestado por caída en una ocasión por torpeza de los pies y disminución de fuerza muscular de extremidad inferior izquierda global en 3.

6.- Déficit en la provisión de cuidados con los procesos de eliminación y los excrementos (estreñimiento) relacionado con deficiente calidad en la alimentación, disminución de ingesta de

líquidos y restricción de actividad manifestado por abdomen globoso, distendido, doloroso a la palpación, con defecación escasa cada dos días.

7.- Déficit en la provisión de cuidados con los procesos de eliminación y los excrementos (poliuria aprox. 15 veces al día) relacionado con relajación de esfínter urinario, manifestado por dificultad para retener la orina, aumento de número de micciones al día, goteo intermitente al terminar de orinar y disminución de ingesta de líquidos.

8.-Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (insomnio aprox. 3 veces por semana) relacionado con ansiedad y angustia manifestado por dificultad para conciliar el sueño, se despierta por la noche y ha llegado a tener deambulación nocturna varias veces para fatigarse y dormirse.

9.- Déficit de requisitos de autocuidado del desarrollo (temor a la muerte) relacionado con falta de conocimiento de los cambios fisiológicos propios de su edad, (menopausia) manifestado por angustia, ansiedad, llanto fácil y melancolía.

c) PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

En enfermería planificar es la tercera fase del proceso de enfermería. En este contexto planificar es el proceso de designar las estrategias o actuaciones de enfermería requeridas para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas del cliente identificados y validados durante la fase de diagnóstico.

A continuación el plan de intervenciones de enfermería que se diseñó para satisfacer los déficits de autocuidado, que previamente se han detectado en la etapa de valoración y diagnóstico. Es importante mencionar que se trata de un agente de autocuidado, en el que se pretende intervenir con un sistema de apoyo educativo, ya que la paciente en este momento es capaz de encargarse de su propio autocuidado, y en su domicilio.

En algunas actividades será necesario utilizar el sistema parcialmente compensatorio, ya que por las limitaciones que tiene la paciente será necesario demostrarle algunos procedimientos a ella o a algún familiar (agencia de cuidado dependiente), ya que en ocasiones es necesario que reciba el apoyo.

Es necesario mencionar que la etapa de ejecución se llevará de manera simultánea a la planeación, en busca de los siguientes propósitos:

1. Poner en práctica las intervenciones de enfermería de acuerdo con el razonamiento científico, la investigación y el plan de cuidados mutuamente establecido.
2. Iniciar las referencias a proveedores de cuidados de la salud y/o a los agentes esenciales que puedan ayudar al paciente a satisfacer a nivel óptimo su actuación como agente de autocuidado.
3. Animar al paciente en el uso de su propio potencial y recursos al abordar las limitaciones de autocuidado.
4. Proteger las capacidades de autocuidado.
5. Documentar las observaciones e intervenciones de enfermería pertinentes.
(Cavanagh,1993:39-40)

Institución: Centro Nacional de Rehabilitación

Registro: 14 76 03

Servicio: rehabilitación de columna

Fecha: 21 de marzo del 2001.

Ficha de identificación

Nombre: C.V. R.
Sexo: FEMENINO
Edad: 53 AÑOS
Estado civil: CASADA
Ocupación: HOGAR
Domicilio: Primera de Dimas Estrada No 16 Supermanzana 4 Unidad Habitacional Vicente Guerrero Delegación Iztapalapa.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PRIMERA EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Durante esta primera etapa de evaluación, que se llevó a cabo del 21 de marzo al 21 de mayo, es relativamente satisfactoria, ya que la Sra. Consuelo continuo con sus limitaciones físicas, que se acentuaron en estos últimos días, por lo que se le realizó una resonancia magnética de columna cervical de manera urgente, donde se pudo observar, tumoración a nivel de C1 a C3 por lo que se refiere al Instituto Nacional de Neurocirugía para que se le realice intervención quirúrgica urgente.

Respecto a su estado emocional tuve la oportunidad de platicar ampliamente sobre las situaciones que le causaban angustia, logrando informar a la paciente sobre los cambios fisiológicos que ocurren en la menopausia e indicándole los cambios propios de su edad. Ella respondió bastante bien, ya que disminuyó la angustia, la ansiedad y desesperanza que decía tener por la vida, manifestando el deseo de recuperarse y de aprovechar la vida que tiene por delante.

Durante su preoperatorio, la señora Consuelo se encontraba nerviosa, pero con valor para enfrentar su situación, ella se encuentra consciente de las posibles complicaciones posteriores a la cirugía, conoce la gravedad de su situación y refiere confiar en su fortaleza espiritual.

Durante el seguimiento del caso clínico se han realizado visitas al domicilio de la Sra. Consuelo de manera periódica por lo menos una vez a la semana.

Durante el postoperatorio se aplicó nuevamente el instrumento de valoración, para evaluar la condición actual de la paciente, y elaborar los diagnósticos de enfermería recientes para realizar un replanteamiento del plan de intervenciones que satisfagan el déficit de autocuidado.

La última valoración se llevó a cabo el día 12 de junio del presente, encontrando a la paciente como a continuación se presenta la historia clínica de enfermería:

VALORACION DEL POSTOPERATORIO

(Martes 12 de junio del 2001)

1.- FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

Femenino de 53 años, con escolaridad básica (primaria completa).

En la familia se ha fortalecido su religión católica, y han observado que las relaciones con sus vecinos son mejores de lo que creían, ya que han recibido visitas continuas de ellos en el hospital y en su domicilio.

En estos momentos dependen económicamente de sus hijos, ya que el esposo de la Sra. Consuelo se ha dedicado a proporcionarle todos los cuidados desde que la operaron, por lo que dejo de laborar.

Se le ha adaptado su recamara en el espacio que correspondía a la sala, por las limitaciones físicas que tiene desde que tuvo su intervención quirúrgica.

2.- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

La Sra. Consuelo es capaz de respirar normalmente sin dificultad. Manifiesta sensación de opresión en el pecho, que hasta ahora no le ha causado ninguna molestia agregada.

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Es capaz de ingerir líquidos por su cuenta, con ayuda de su familiar, ya que no sostiene el vaso por si misma, toma aproximadamente dos litros de agua .

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Su alimentación es suficiente en cantidad, come tres veces al día, ha mejorado su apetito y la percepción del sabor de los alimentos, aunque aún es deficiente en fibra. Depende de su hija para que le preparen los alimentos de cada día y se alternan los integrantes de la familia para ir a comprar lo necesario. Por el momento necesita que le ayuden a llevarse los alimentos a la boca, por falta de fuerza de sus extremidades superiores.

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos

La Sra. Consuelo tiene poliuria, es incapaz de retener por tiempo prolongado la orina cuando percibe el deseo de orinar. Continúa con estreñimiento. El baño y cambio de ropa lo realiza diario con ayuda de algún familiar, las uñas se las corta su hija cada 15 o 20 días, ya que no puede hacerlo por ella misma por disminución de la fuerza muscular de extremidades superiores.

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

En estos momentos no realiza ninguna actividad física, no realiza actividades domésticas por las limitaciones físicas que tiene, le cuesta trabajo la presión y sujeción de los objetos.

Se mantiene la mayor parte del tiempo sentada en un sillón, y se levanta con ayuda de su familiar sólo para ir al baño. No logra la bipedestación por si sola, y se tiene que sujetar de los

muebles que se encuentran a su alrededor. Tolerar avanzar aproximadamente diez pasos antes de sentirse fatigada. Posteriormente se sienta y se da cuenta de la molestia con el reposo. Recibe visitas continuamente, que sienten que le alteran su periodo de descanso. Continúa con insomnio, aunque el familiar refiere que duerme durante el día en varias ocasiones.

Mantenimiento entre el equilibrio entre la soledad y la integración social

Ultimamente ha recibido muchas visitas de familiares y vecinos, que la han apoyado moralmente. Se ha dado cuenta de que a su alrededor existe gran cantidad de gente que está pendiente de ella y eso le agrada. Durante el día solo se encuentran en la casa ella y su esposo, por lo que se aburre y le ocasiona sueño.

Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

Refiere preocupación por la falta de sensibilidad de su mano izquierda, y por la poca fuerza que tiene en sus extremidades superiores e inferiores. Depende totalmente en sus actividades de higiene personal, vestido, alimentación y traslado, de sus familiares.

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales

Se encuentra satisfecha, por que hasta ahora ha podido enfrentar los gastos de su tratamiento, gracias a la ayuda de sus hijos y uno de sus yernos.

Se ha acercado más a sus creencias religiosas, ya que le han dado fortaleza para enfrentar su enfermedad. Agradece a la vida la nueva oportunidad que le está dando y manifiesta poner todo de su parte para lograr su pronta recuperación.

3.- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

Se encuentra en la etapa de adulto mayor en estado de angustia y temor por futuras complicaciones de su enfermedad. Le causa tristeza no poder realizar sus actividades de la vida diaria y menciona con nostalgia la inactividad que ahora tiene.

4.- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN CASO DE DESVIACION A LA SALUD.

Desviación actual

El movimiento y la realización de las actividades de la vida diaria se han hecho difíciles por la falta de fuerza de las extremidades superiores e inferiores.

Ha notado que se le edematizan las manos y los pies por las tardes. Refiere tener la boca seca posterior a la cirugía, pero disminuye al consumir agua.

Continúan sus problemas de estreñimiento, con sensación de distensión abdominal y dolor tipo cólico, refiere tomar leche de magnesia para solucionar el problema.

Por el momento toma diclofenaco, ranitidina, prednisona y clonixitato de lisina por indicación del neurocirujano.

A la exploración física se observa:

Marcha dependiente, claudicante bilateralmente, de predominio derecho, con deficiente fase postural en el contacto inicial e impulso, no pudo realizar marcha en puntas ni en talones.

Postura encorbada con descenso de hombro y escápula derecha, columna vertebral alineada, pelvis alineada, con pliegues glúteos al mismo nivel, al igual que pliegues poplíteos.

Cabeza; normocefalo, sin exostosis, ni endostosis, con implantación de cabello de acuerdo a edad y sexo, palidez de tegumentos y mucosas orales hidratadas.

Cuello y columna cervical con herida quirúrgica a nivel de C1 a C5 sin puntos dolorosos, completamente cicatrizada, con contractura de la porción superior y salientes longitudinales de ambos trapecios, con arcos de movilidad pasiva completos, con dolor a las rotaciones en sus últimos grados.

Tórax y tronco. Columna vertebral alineada, con aumento de cifosis dorsal y lordosis lumbar, con dolor al nivel de C4, L5, L6 y L7, contracturas de paravertebrales bilateral, con arcos de movilidad pasiva limitados a la flexoextensión de columna lumbosacra. Con lateralización derecha y rotación interna y externa completas. Abdomen globoso, distendido, doloroso a la palpación.

Miembros superiores simétricos, en actitud de semiflexión, con dolor a la movilidad del lado izquierdo, arcos de movilidad pasiva limitados a la extensión, abducción, rotación interna y externa de hombro izquierdo, con dolor a la movilización de articulación glenohumeral, con aumento de tono muscular de + en codo derecho y ++ en codo izquierdo y muñeca. Presenta hipotrofia muscular en región tenar de mano izquierda. Sensibilidad disminuida en dermatomas C5, C6, y C7 izquierdo. Fuerza muscular en 3 global izquierdo. Presenta disminución de fuerza muscular de extremidad superior derecha, sin limitación de sus arcos de movimiento. Fuerza muscular global de 3 derecho.

Miembros inferiores simétricos con varices, arcos de movilidad pasiva completos, con aumento de tono muscular en miembro pélvico izquierdo de predominio en rodilla, fuerza muscular en izquierdo 3 global y en derecho 3 global, contractura en flexores de cadera $30^{\circ}/30^{\circ}$ y en isquiotibiales $30^{\circ}/30^{\circ}$, soleo y gemelo reducen a la neutra, sensibilidad disminuida en dermatomas L2, L3 y L4 izquierdo.

Al realizar una segunda valoración de la señora Consuelo y el estar en un posoperatorio inmediato es necesario determinar los diagnósticos de enfermería que presenta en su estado actual, por lo que se presentan los siguientes:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

1. Déficit en los requisitos de autocuidado en la de desviación a la salud (dolor de hombro izquierdo) relacionado con desuso de extremidad superior izquierda manifestado por arcos de movilidad pasivos limitados a la extensión, a la abducción y fuerza muscular de 3 izquierdo.
2. Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar social (limitación del movimiento y dificultad para realizar sus actividades de la vida diaria de alimentación, vestido e higiene personal) relacionado con sensibilidad disminuida en dermatomas C5, C6 y C7 izquierdo con fuerza muscular izquierdo y derecho global de 3 de extremidades superiores, manifestado por dificultad para sujetar objetos, bañarse y vestirse sola.
3. Déficit en los requisitos de autocuidado en la de desviación a la salud (marcha dependiente y fatiga a la deambulación), relacionado con fuerza muscular de 4 de extremidades inferiores, disminución de sensibilidad en L2, L3, y L4 y aumento de tono muscular de extremidad inferior izquierda, manifestado por incapacidad para lograr la bipedestación por sí sola durante tiempo prolongado.

4. Déficit en la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos (estreñimiento) relacionado con inactividad física y dieta deficiente en fibra, manifestado por evacuaciones tardías cada tercer día, distensión abdominal y dolor tipo cólico.
5. Déficit en la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos (poliuria, aproximadamente 15 veces al día) relacionado con relajación de esfínter urinario externo, manifestado por dificultad para la retención de orina, aumento de número de micciones al día, goteo intermitente al terminar la micción y disminución de ingesta de líquidos.
6. Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (insomnio) relacionado con periodos de sueño durante el día manifestado por dificultad para conciliar el sueño y periodos cortos de sueño durante la noche.
7. Déficit en los requisitos de autocuidado en la de desviación a la salud (edema de miembros inferiores vespertino) relacionado con sedestación durante gran parte del día, manifestado por adormecimiento de miembros inferiores y Godete de +.

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA DURANTE EL POSOPERATORIO.

A continuación presento el plan de intervenciones de enfermería para satisfacer los déficits de autocuidado, que previamente se han detectado en la etapa de valoración y diagnóstico. Posterior a la cirugía, que fue sometida la Sra. Consuelo, y a partir de la detección de sus necesidades se propone que es necesario un sistema parcialmente compensatorio, donde la enfermera tiene que realizar algunas medidas de autocuidado por el paciente, actuando con un papel compensatorio, donde la agencia de autocuidado dependiente tendrá que participar en la mayor parte del cuidado del mismo, teniendo como objetivo que logre su independencia lo más pronto posible el agente de autocuidado.

Es necesario mencionar que la etapa de ejecución se llevará de manera simultánea a la planeación, en busca de los siguientes propósitos:

1. Poner en práctica las intervenciones de enfermería de acuerdo con el razonamiento científico, la investigación y el plan de cuidados mutuamente establecido.
2. Iniciar las referencias a proveedores de cuidados de la salud y/o a los agentes esenciales que puedan ayudar al paciente a satisfacer a nivel óptimo su actuación como agente de autocuidado.
3. Animar al paciente en el uso de su propio potencial y recursos al abordar las limitaciones de autocuidado.
4. Proteger las capacidades de autocuidado.
5. Documentar las observaciones e intervenciones de enfermería pertinentes. (18)

Institución: Centro Nacional de Rehabilitación

Registro: 14 76 03

Servicio: rehabilitación de columna

Fecha: 21 de marzo del 2001.

Ficha de identificación

Nombre: C.V. R.
Sexo: FEMENINO
Edad: 53 AÑOS
Estado civil: CASADA
Ocupación: HOGAR
Domicilio: Primera de Dimas Estrada No 16 Supermanzana 4 Unidad Habitacional Vicente Guerrero Delegación Iztapalapa.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	RAZONAMIENTO CIENTIFICO	SISTEMA	AGENCIA
<p>Déficit de requisitos de autocuidado en la desviación a la salud (dolor hombro izquierdo) relacionado con desuso de extremidad superior izquierda manifestado por arcos de movilidad pasivos limitados a la extensión, a la abducción y fuerza muscular de 3 izquierdo.</p>	<p>Disminuir dolor de hombro izquierdo para facilitar la movilización de extremidades superiores</p>	<p>1. Enseñar a la agencia de cuidado dependiente a aplicar compresas calientes, húmedo durante 20 minutos por lo menos una vez al día. (Apéndice 1)</p>	<p>Enseñar es un sistema de actividades que pretenden desarrollar un aprendizaje. El proceso de aprendizaje esta diseñado intencionadamente para generar una enseñanza concreta. Las compresas húmedo calientes son eficaces para aliviar el espasmo muscular.</p>	<p>Sistema parcialmente compensatorio</p>	<p>Agencia de cuidado dependiente</p>
	<p>2. Enseñar al agente de cuidado dependiente técnica de masaje de relajación al musculo trapecio, esternocleidomastoideo y rotadores de hombro durante 10 a 15 min. con pases superficiales y profundos.</p>		<p>El calor produce como efectos fisiológicos: el aumento de la temperatura de los tejidos del organismo, aumento del volumen sanguíneo, sudación, analgesia y relajación muscular. Por medio del masaje se obtiene un aumento del aporte sanguíneo a la región tratada, aumenta el drenaje de la región que rodea a una articulación afectada disminuyendo así la inflamación periartricular, produce relajación muscular, evita la formación de fibrosis y bridas y disminuye la tendencia a atrofia muscular.</p>	<p>Sistema parcialmente compensatorio</p>	<p>Agencia de cuidado dependiente</p>

<p>Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar social (limitación del movimiento y dificultad para realizar sus actividades de la vida diaria de alimentación, vestido e higiene personal) relacionado con sensibilidad disminuida en dermatomas C5, C6 y C7 izquierdo con fuerza muscular izquierdo y derecho global de 3 de extremidades superiores, manifestado por dificultad para sujetar objetos, bañarse y vestirse sola.</p>	<p>Mantener y/o mejorar la amplitud actual de movimientos de extremidades superiores de la Sra. Consuelo.</p>	<p>1. Iniciar plan de ejercicios regulares de amplitud de movimientos. (apéndice 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar al paciente el motivo de la movilización. • Asegurarse de que el paciente esté en buena alineación corporal durante los ejercicios. • Cerciórese de que tenga ropa cómoda. • Al manipular la extremidad del paciente agarrela por la articulación, si el paciente tiene dolor muscular. Agárrela por encima o por debajo de la articulación si el paciente tiene dolor en ella. Agarre con firmeza pero delicadamente. • Ejecute los movimientos suave, lenta y rítmicamente • Nunca exceda de la amplitud de movimientos existentes en el paciente y nunca fuerce los movimientos. • Detenga el movimiento 	<p>Los programas de amplitud de movimientos se planean para satisfacer las necesidades individuales de cada paciente, ya que la amplitud máxima de una persona no es la misma que la de otra, ni debe serlo.</p> <p>Hay cuatro afecciones que frecuentemente acompañan al proceso patógeno de pacientes que requieren ejercicio de amplitud de movimiento que se deben comprender y adaptar al programa de ejercicio: una contractura, espasticidad, clono y rigidez.</p> <p>La movilización de músculos y articulaciones previene igualmente las contracturas. Las prácticas movilizadoras constituyen, junto con el tratamiento postural, una garantía de prevención de contracturas y una posibilidad de promocionar la rehabilitación.</p> <p>Inicialmente se deberá efectuar movimientos pasivos para determinar cuales son las articulaciones más rígidas, y una vez que estén</p>	<p>Sistema parcialmente compensatorio</p>	<p>Agencia de cuidado dependiente</p>
---	---	--	--	---	---------------------------------------

		<p>cuando el paciente sienta dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repita cada movimiento por lo menos tres veces, incrementando en la rutina diaria del paciente • Informe al médico de cualquier aumento de la imitación del movimiento o cualquier deformidad. <p>MOVILIZACIÓN DE ENFERMERIA Extremidades superiores: Posición supina Movilización del hombro 1. Ejercicios con el codo. Ejercicios con la muñeca Ejercicios con los dedos</p> <p>AUTOMOVILIZACIÓN Hombro flexión Flexo-extensión de codo Supinación-pronación.</p> <p>Flexo- extensión de muñeca Flexión y extensión de los dedos. Posición prona</p>	<p>localizadas, implantar sobre las mismas una movilización que las libere y mantenga libres.</p> <p>Utilizar la movilización pasiva como punto de partida. Y para lograr un desarrollo de potencia muscular, la movilización activa y actividades funcionales.</p> <p>La retroalimentación es la información referente a la forma de actuar de un individuo, para alcanzar un objetivo deseado. La retroalimentación que va acompañada de la práctica de los movimientos, ayuda a la persona a aprender dichas técnicas.</p>		
--	--	---	---	--	--

	<p>Enseñar a la paciente a estimular la sensibilidad mediante la aplicación de diferentes texturas, para aumentar la sensibilidad de la extremidades superiores y lograr se reintegre lo más pronto posible a sus actividades de la vida diaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar actividades de sensibilidad a estimular la extremidades superiores, por medio de estimulación táctil de diferentes texturas. (apéndice 1) Confeccionar un guante de peluche, terciopelo, franela y tul. Deslizarlos por la extremidad superior del hombro hacia la mano varias veces. Con un cepillo de cerdas suaves realizar el mismo procedimiento. En un recipiente, lo suficientemente grande agregar medio kilo de arroz y frotarlo sobre la piel de la extremidad superior izquierda, en dirección del hombro hacia la mano. Con la mano jugar con las semillas, realizando diferentes movimientos, tratando de pasar por todas las partes de la mano. 	<p>En la disminución de la sensibilidad, es necesario realizar técnicas de estimulación cutánea. Un estímulo especialmente potente consiste en actuar a contrapelo, ya que conduce la actividad de los eferentes que inervan los receptores, es decir la piel se torna más sensible.</p> <p>Mediante la cepilladura se acrecienta la excitabilidad, mediante la activación de los eferentes y, en esas condiciones el estiramiento muscular induce a una serie sucesiva de impulsos aferentes.</p> <p>Los receptores pilosos envían proyecciones a la corteza motriz a través de un trayectolemniscal dorsal de la columna media, excitando las células de origen del tracto piramidal que corre paralelo al sistema (y) como intermediario de los efectos de estimulación cutánea sobre el músculo subyacente.</p>	<p>Sistema parcialmente compensatorio</p>	<p>Agencia de cuidado dependiente</p>
--	--	--	---	---	---------------------------------------

<p>Déficit en los requisitos de autocuidado de desviación a la salud (marcha dependiente y fatiga a la deambulacion) relacionado con fuerza muscular de 4 en extremidades inferiores, disminución de sensibilidad en L2, L3 y L4 y aumento de tono muscular de extremidad inferior izquierda, manifestado por incapacidad para lograr la bipedestacion por si sola durante tiempo prolongado.</p>	<p>Disminuir la dificultad para lograr la bipedestacion a través del fortalecimiento muscular de extremidades inferiores y disminuir el tono muscular mediante la movilización activa pasiva para facilitar sus actividades de traslado.</p>	<p>MOVILIZACIÓN POR LA ENFERMERA. Cadera- posición supina Posición prona Rodilla Posición prona Tobillo</p>	<p>Las actividades funcionales de movimiento producen movilización completa de las articulaciones. Ello determinará dos ventajas simultáneas, mayor grado de movimiento y mayor independencia.</p> <p>Los programas de amplitud de movimientos se planean para satisfacer las necesidades individuales de cada paciente, ya que la amplitud máxima de una persona no es la misma que la de otra, ni debe serlo.</p> <p>Hay cuatro afecciones que frecuentemente acompañan al proceso patógeno de pacientes que requieren ejercicio de amplitud de movimiento que se deben comprender y adaptar al programa de ejercicio: una contractura, espasticidad, clono y rigidez.</p>	<p>Sistema parcialmente compensatorio</p>	<p>Agencia de cuidado dependiente</p>
<p>La movilización de músculos y articulaciones previene igualmente las contracturas.</p>					

			<p>Las practicas movilizadoras constituyen, junto con el tratamiento postural, una garantía de prevención de contracturas y una posibilidad de promocionar la rehabilitación.</p> <p>Inicialmente se deberá efectuar movimientos pasivos para determinar cuales son las articulaciones más rígidas, y una vez que estén localizadas, implantar sobre las mismas una movilización que las libere y mantenga libres.</p> <p>Utilizar la movilización pasiva como punto de partida. Y para lograr un desarrollo de potencia muscular, la movilización activa y actividades funcionales.</p> <p>Cuando el paciente sea capaz de efectuar cierta fuerza muscular podrá practicar actividades de la vida diaria e incrementar conforme su desarrollo muscular lo permita.</p>		
--	--	--	---	--	--

	<p>Disminuir la dificultad para la marcha, por medio de mejorar el tono muscular de extremidades inferiores .</p>	<p>➤ Realizar técnicas de relajación para disminuir el tono muscular.</p> <p>➤ Movilización de segmentos inferiores</p> <p>➤ Realizar vibraciones tendinosas prolongadas</p> <p>➤ Realizar movilización pasiva tanque terapéutico una vez al día durante 10 sesiones.</p>	<p>Las movilizaciones de los segmentos del miembro del miembro, tienen el papel de prevenir las complicaciones ortopédicas de la espasticidad e inmovilidad.</p> <p>Las vibraciones tendinosas prolongadas tienen un efecto inhibidor sobre el reflejo miotático.</p> <p>Los ejercicios en el agua brindan al paciente una oportunidad de realizar movimientos en un medio que no sólo posee flotabilidad para el cuerpo y sus miembros, sino que permite así mismo el movimiento con un esfuerzo menor, que se pueden mover partes seriamente debilitadas en una forma que no resulta posible sin apoyo.</p> <p>Los efectos que realiza la flotación auxilian o resisten el movimiento de las extremidades. A medida que se acrecienta la potencia muscular, se puede emplear el efecto de la flotación para ayudar al paciente a iniciar un movimiento de un miembro</p>	<p>Sistema de apoyo educativo</p>	<p>Agencia de cuidado dependiente</p>
--	---	---	--	-----------------------------------	---------------------------------------

<p>Déficit en la provisión de cuidados con los procesos de eliminación (estreñimiento) relacionado con inactividad física, dieta deficiente en fibra y poca ingesta de líquidos, manifestado por evacuaciones tardías cada tercer día, distensión abdominal y dolor tipo cólico.</p>	<p>El agente de autocuidado aprenderá a disminuir el estreñimiento a partir del seguimiento de un programa de higiene de intestino seguro y amplio que propicie evacuaciones intestinales regulares.</p>	<p>Establecer periodo y hora de la defecación con el paciente.</p>	<p>que termina parcialmente por encima del nivel del agua. Un tercer efecto es el calor del agua actúa relajando el cuerpo, además que ayuda al paciente a mantener una imagen corporal de movimiento, lo que le da esperanzas de moverse algún día sin la ayuda del agua.</p>	<p>Sistema de apoyo educativo</p>	<p>Agente de autocuidado</p>
		<p>Ingesta abundante de líquidos (2 1/2 a 3 litros al día)</p>	<p>Cualquiera que sea la duración del periodo entre las defecaciones, debe escogerse una hora específica del día. Esta hora puede producir resultados más efectivos si se aprovechan los reflejos gastrocólicos y duodenocólicos, que son más activos poco después de la comida.</p>		
		<p>Beber un vaso de agua caliente antes de cada comida</p>	<p>La ingestión de líquidos ayuda a la digestión y a prevenir problemas de las vías urinarias.</p> <p>El agua caliente facilitará los reflejos gastrocólico y duodenocólico, ya que tiende a estimular el peristaltismo.</p>		

		<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar dieta rica en fibra. Preparar fruta picada como papaya, manzana con salvado. 	<p>La fibra es un laxante natural y promueve la regularidad intestinal.</p> <p>La ingestión diaria de fibra cruda incrementará el contenido de agua en las evacuaciones y la suavidad de los movimientos intestinales.</p> <p>Cuanto mayor sea el contenido de celulosa de los alimentos, tanto más probable es que las heces sean blandas.</p>		<p>Agente de autocuidado</p>
	<p>Agregar alimentos ricos en celulosa como verduras, frutas y ensaladas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o reducir según la consistencia de las heces. 	<p>La actividad física y el ejercicio generalmente aumenta la actividad intestinal.</p> <p>La inactividad reduce las necesidades de alimentos, y las respuestas musculares y fisiológicas se hacen más lentas.</p>	<p>Sistema de apoyo educativo</p>		

<p>Déficit en la provisión de cuidados con los procesos de eliminación y los excrementos (poliuria, aproximadamente 15 veces al día) relacionado con la relajación de esfínter urinario externo, manifestado por dificultad para la retención de orina, aumento de número de micciones al día, goteo intermitente al terminar la</p>	<p>El agente de autocuidado aprenderá a controlar el número de micciones al día, mediante un programa de fortalecimiento de los músculos pélvicos, que le permita controlar el esfínter urinario externo y lograr retención de orina por más tiempo, cuando sienta deseos de miccionar.</p>	<p>Utilizar medidas que estimulen la función intestinal.</p> <p>1.- Supositorios de glicerina, vía rectal, 30 minutos antes de los resultados deseados. Introducir más allá del esfínter interno y apoyarse en la pared rectal.</p> <p>2. Thé de rosa de castilla, cascara de naranja y tamatindo</p>	<p>Los supositorios se usan para iniciar reflejos que estimulan la peristalsis del colon inferior y el recto dando por resultado la relajación del esfínter anal izquierdo.</p> <p>Los supositorios actúan de varias formas, por irritación de la pared rectal, otros tienden a retirar líquidos de la mucosa rectal y ablandar las heces, otros actúan directamente sobre la membrana mucosa para estimular reflejos que a su vez producen peristalsis.</p> <p>Los ejercicios del suelo pélvico incrementa los mecanismos de cierre, modificando el ratio presión-trasmisión.</p>	<p>Sistema de apoyo educativo</p>	<p>Agencia de autocuidado</p>
--	---	---	--	-----------------------------------	-------------------------------

<p>Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (insomnio) relacionado con periodos de sueño durante el día manifestado por dificultad para conciliar el sueño y periodos cortos de sueño durante la noche.</p>	<p>Ayudar al agente de autocuidado a disminuir los factores ambientales, personales o médicos que conducen a la interrupción del sueño, que le promuevan en forma confortable y regular sus horas de descanso.</p>	<p>no menos de 6 a 8 contracciones, con una frecuencia de 15 a 20 veces al día. (Apéndice 2)</p>	<p>Indicarle al paciente que anote la hora de levantarse Que establezca un tiempo regular para levantarse; utilice un despertador si es necesario. No trate de forzar el sueño cuando no pueda dormir; sólo logrará enojarse y estar más despierto. Si después de 20 min aún está despierto. Lea o haga algo relajante, hasta que su cuerpo se relaje y sienta sueño. Establezca un patrón regular de ejercicios cada día, aún si está cansado.</p>	<p>Los ejercicios de relajamiento son actividades sistemáticas diseñadas para eliminar la tensión de los músculos. Estas actividades ayudan a evitar las cefaleas y la fatiga y contribuye a mejorar el sueño. Si se realiza un programa de ejercicios diario dormirá más profundamente. El sueño mejora a medida de que se continúe el programa de ejercicios. Una adaptación gradual y la continuidad en el ejercicios mejorarán su circulación y le darán mayor energía, ayudándole a resistir la fatiga y la tensión. El ejercicio regular también mejora la fuerza y eficiencia de su cuerpo, permitiéndole realizar las tareas diarias con mayor facilidad y menor</p>	<p>Sistema de apoyo educativo</p>	<p>Agente de autocuidado</p>
--	--	--	---	--	-----------------------------------	------------------------------

<p>Déficit en los requisitos de autocuidado de desviación a la salud (edema de miembros inferiores vespertino) relacionado con sedestación durante gran parte del día, manifestado por adormecimiento de miembros inferiores y Godeste de +</p>	<p>Disminuir el edema de miembros inferiores por medio de medidas preventivas para favorecer la reabsorción de líquidos extravasados.</p>	<p>Enseñar a la paciente los ejercicios de Buerger Allen, para que los realice por lo menos una vez al día durante 10 días, por las tardes.</p>	<p>El ejercicio activo o de resistencia constituye el medio más eficaz para mejorar el estado circulatorio de un miembro.</p>	<p>Sistema de apoyo educativo</p>	<p>Agente de autocuidado</p>
<p>El hambre lo mantiene despierto y trastorna su sueño. Experimente tomar un vaso de leche tibia antes de acostarse, le ayudarán a relajarse. Evite la cafeína por lo menos ocho horas antes de acostarse.</p>	<p>La cafeína del café, el té, el chocolate y muchas bebidas ligeras le mantienen despierto o interfieren con el sueño.</p>	<p>cansancio. También le ayuda a dormir mejor por la noche y a levantarse más animado.</p>			

ETAPA DE EVALUACIÓN

Nombre: C. V. R. Edad: 53 años Sexo: Femenino Servicio: Rehabilitación de columna.

Diagnóstico de enfermería: *Déficit de requisito de autocuidado de desviación a la salud (dolor hombro izquierdo) relacionado con desuso de extremidad superior izquierda, manifestado por arcos de movilidad pasivos limitados a la extensión, a la abducción y fuerza muscular de 3 izquierdo.*

Objetivo: Disminuir dolor de hombro izquierdo para facilitar la movilización de extremidades superiores mediante la aplicación de medios físicos y así lograr que aumenten los arcos de movimiento.

Evaluación

Fecha	Horario de C.H.C.	Horario de masajes	Escala del dolor del 1 al 10	Arcos de movim.	Observ. Mov. pasiva
12-06-01	10 AM	10:30 AM	6	ABD-60	EXT-30
9-07-01	10 AM	10:30 AM	5	ABD-70	EXT-30
23-07-01	10 AM	11 AM	4	ABD-80	EXT-40
13-07-01	20 PM	20:30PM	2	ABD-80	EXT-45
5-09-01	20 PM	20:30 PM	1	ABD-90	EXT-45
8-09-01	20 PM	20:30 PM	1	ABD-90	EXT-45

Resultados

Durante el tiempo que se ha mantenido en terapia física a la señora Consuelo utilizando compresas húmedo calientes, ha desaparecido prácticamente el dolor de hombro izquierdo lo que ha permitido que se incrementen los arcos de movilidad pasiva de la articulación glenohumeral.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ETAPA DE EVALUACIÓN

Nombre: C. V. R. Edad: 53 años Sexo: Femenino Servicio: Rehabilitación de columna.

Diagnóstico de enfermería: *Déficit de requisito de autocuidado de desviación a la salud (dolor hombro izquierdo) relacionado con desuso de extremidad superior izquierda, manifestado por arcos de movilidad pasivos limitados a la extensión, a la abducción y fuerza muscular de 3 izquierdo.*

Objetivo: Disminuir dolor de hombro izquierdo para facilitar la movilización de extremidades superiores mediante la aplicación de medios físicos y así lograr que aumenten los arcos de movimiento.

Evaluación

Fecha	Horario de C.H.C.	Horario de masajes	Escala del dolor del 1 al 10	Arcos de movim.	Observ. Mov. pasiva
12-06-01	10 AM	10:30 AM	6	ABD-60	EXT-30
9-07-01	10 AM	10:30 AM	5	ABD-70	EXT-30
23-07-01	10 AM	11 AM	4	ABD-80	EXT-40
13-07-01	20 PM	20:30PM	2	ABD-80	EXT-45
5-09-01	20 PM	20:30 PM	1	ABD-90	EXT-45
8-09-01	20 PM	20:30 PM	1	ABD-90	EXT-45

Resultados

Durante el tiempo que se ha mantenido en terapia física a la señora Consuelo utilizando compresas húmedo calientes, ha desaparecido prácticamente el dolor de hombro izquierdo lo que ha permitido que se incrementen los arcos de movilidad pasiva de la articulación glenohumeral.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Diagnóstico de enfermería: Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (limitación del movimiento y dificultad para realizar sus actividades de la vida diaria de alimentación, vestido e higiene personal) relacionado con sensibilidad disminuida en dermatomas C5,C6 y C7 y fuerza muscular de extremidades superiores izquierdo y derecho de 3., manifestado por dificultad para sujetar objetos, bañarse y vestirse sola.

Objetivo: Mantener y/o mejorar la amplitud actual de movimientos de extremidades superiores del paciente, evitando con ello deformidad y pérdida posterior del movimiento para que el paciente pueda realizar sus actividades de la vida diaria a través de la enseñanza de un plan de ejercicios activo asistidos de amplitud de movimientos.

- Enseñar al agente de autocuidado a estimular la sensibilidad mediante la aplicación de diferentes texturas, para aumentar la sensibilidad de las extremidades superiores y lograr se reintegre lo más pronto posible a sus actividades de la vida diaria.

Evaluación

Fecha	Movilización P.E.* ó P.F.**	A.V.D.H.	Arcos de movim. de hombros	Expl. de dermatom as SENS.DIS M.	Horario y modalidad de Actividades tendientes a estimular la sensibilidad.
12-06-01	P.E.	Dependiente en todas sus AVDH	ABD-60 EXT- 30	C-5,C-6, C-7	11 AM Y 20 PM Texturax y semillas
9-07-01	P.F	Vestido y alimentación independiente	ABD-70 EXT-30	C-5,C-6, C-7	11 AM y 20 PM Texturas y semillas
23-07-01	P.F	Vestido, alimentación independiente. Higiene personal parcialmente dependiente	ABD-80 EXT-40	C-5,C-6 C-7	11 AM y 20 PM Texturas y semillas
13-07-01	P.F	Se mantiene igual	ABD-80 EXT-45	C-5,C-6 C-7	11 am y 20 pm texturas y semillas
5-09-01	P.F	Vestido e higiene dependiente Alimentación parcialmente dependiente	ABD-90 EXT-45	C-5,C-6	11 am y 20 pm Texturas y semillas

8-09-01	P.F	Vestido e higiene dependiente. Alimentación parcialmente dependiente	ABD-90 EXT-45	C-5 Y C-6	11 am y 20 pm Texturas y semillas
---------	-----	---	------------------	-----------	--------------------------------------

* P.E. Movilización por la enfermera

**P.F- Movilización por el familiar

Resultados:

La señora Consuelo ha logrado incrementar y mantenerse con sus arcos de movilidad pasiva, pero continúa con hiposensibilidad en extremidades superiores a pesar de la neuroestimulación con texturas, y con una fuerza muscular de 4 en ambos brazos, por lo que aún no puede realizar sus actividades de la vida diaria en forma independiente.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

1. **Diagnóstico de enfermería:** Déficit en los requisitos de autocuidado en caso de desviación a la salud (marcha dependiente y fatiga a la deambulación), relacionado con fuerza muscular de 4 de extremidades inferiores, disminución de sensibilidad en L2, L3, y L4 y aumento de tono muscular de extremidad inferior izquierda, manifestado por incapacidad para lograr la bipedestación por sí sola durante tiempo prolongado.

Objetivo: disminuir la dificultad para lograr la bipedestación a través del fortalecimiento muscular de extremidades inferiores y disminuir el tono muscular mediante la movilización activa pasiva para facilitar sus actividades de traslado.

- Disminuir la dificultad para la marcha, por medio de mejorar el tono muscular de extremidades inferiores por medio de técnicas de relajación.

Evaluación

Fecha	Horario y tipo de movilización por los familiares	Fuerza muscular de extremidades inferiores.	Horario y tipo de técnica de relajación	Espasticidad de acuerdo a la escala clínica de valoración de la espasticidad de Ashworth.
12-06-01	Movilización dos veces al día por la mañana y la tarde	4	Tanque terapéutico 11 am	1
9-07-01	Movilización de pasiva	4	Tanque terapéutico	1
23-07-01	Movilización pasiva	4	Tanque terapéutico	1
13-07-01	Movilización pasiva	4	Tanque terapéutico	1
5-09-01	Movilización pasiva	4	Manejo de texturas y vibraciones tendinosas	0
8-09-01	Movilización pasiva	4	Manejo de texturas Vibraciones tendinosas	0

Análisis de la marcha: Presenta marcha dependiente, claudicante bilateralmente, deficiente en todas sus fases (impulso, oscilación y desaceleración), no realiza marcha en puntas, ni en talones; Se aprecia déficit motor marcado y debilidad en grupos musculares de flexores de cadera, extensores de muslo y dorsiflexores.

Resultado:

Como se puede observar en la tabla de evaluación, la señora consuelo a seguido un programa de movilización pasiva y neuroestimulación lo que ha propiciado que disminuya el tono muscular, aunque continua aún la falta de fuerza de extremidades inferiores lo que aún impide la bipedestación independiente.

Diagnóstico de enfermería: Déficit en la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos (estreñimiento) relacionado con inactividad física, dieta deficiente en líquido y en fibra, manifestado por evacuaciones tardías cada tercer día, distensión abdominal y dolor tipo cólico.

Objetivo: El agente de autocuidado aprenderá a disminuir el estreñimiento a partir del seguimiento de un programa de higiene de intestino seguro y amplio que propicie evacuaciones intestinales regulares.

Evaluación

Fecha	Hora de defecación	Cantidad de líquidos en 24 hrs.	Cantidad de alimentos ricos en fibra	Tiempo y tipo de actividad física	Medidas que estimulen la función intestinal.
12-06-01		3 vasos de agua	Agrega manzana, papaya	Ninguna	Supositorio de glicerina
9-07-01		5 vasos de agua	Agrega además 2 cuch. De salvado en jugo de naranja	Caminar aprox. 10 pasos	Psyllium plantago
23-07-01		5 vasos de agua	Agrega verduras de hojas verdes	Caminata aprox. 30 minutos	Agarol
13-07-01		Un litro de agua	Igual	Caminata aprox. 30 minutos	Leche de magnesia
5-09-01	7 am	Litro y medio de agua	Igual	Caminar aprox. 30 pasos.	Té de rosa de castilla, cascara de naranja y tamarindo
8-09-01	7 am	Un litro de agua	Igual	Desplazarse de un lugar a otro con dificultad.	Mismo

Características de las evacuaciones

Fecha	Consistencia	Frecuencia	Cantidad	Observaciones
12-06-01		Una vez cada tercer día	Escasa	Continua con las molestias abdominales
9-07-01		Una vez cada	Escasa	Mismo

		tercer día		
23-07-01		Una vez cada dos días	Escasa	Mismo
13-07-01	Pastosa	Una vez cada tercer día	Escasa	Mismo
5-09-01	Semiaguada	Una vez al día	Regular cantidad	Asintomática
8-09-01	semiaguada	Una vez al día	Regular cantidad	Asintomática
Diagnóstico de enfermería: Déficit en la provisión de cuidados con los procesos de eliminación y los excrementos (poliuria aproximadamente 15 veces al día) relacionado con relajación de esfínter urinario externo, manifestado por dificultad para retener la orina, aumento de número de micciones al día, goteo intermitente al terminar de orinar y disminución de ingesta de líquidos.				
Objetivos: El agente de autocuidado aprenderá a controlar el número de micciones al día, mediante un programa de fortalecimiento de los músculos pélvicos, que le permiten controlar el esfínter urinario externo y lograr retención de orina por más tiempo cuando sienta deseos de miccionar.				
Evaluación				
Fecha	Número de micciones en 24 hrs.	Cantidad de líquidos que toma en 24 hrs.	Número de contracciones/ repeticiones por día.	Características de la orina
02-09-01	15 veces	2 litros de agua	20 contracciones 2 veces al día	Amarillo paja, con olor muy concentrado
03-09-01	15 veces	2 litros de agua	Igual	Igual
04-09-01	15 veces	4 vasos de agua	Igual	Igual
05-09-01	6 veces	4 vasos de agua	Igual	Transparente de regular cantidad
06-09-01	6 veces	4 vasos de agua	Igual	Igual
07-09-01	6 veces	4 vasos de agua	Igual	Igual
08-09-01	6 veces	4 vasos de agua	Igual	Igual
09-09-01	6 veces	4 vasos de agua	Igual	Igual

Resultado:

En cuanto al estreñimiento ha sido bastante difícil disminuirlo ya que el problema de la señora Consuelo es de tipo crónico, lo que ha dificultado el proceso, pero al parecer el té de rosa de castilla con cascara de naranja y tamarindo le ha dado buen resultado, ya que estos últimos días ha evacuado regularmente y de consistencia aguada lo que ha disminuido la molestia abdominal.

En cuanto a la poliuria que refiere tener ha disminuido, ya que logra retener un poco más de tiempo la orina, lo que le permite llegar tranquilamente al sanitario cuando siente la necesidad de miccionar, aún no ha podido incrementar la cantidad de líquidos que toma diariamente, pero es necesario continuar con el fortalecimiento del esfínter urinario.

Diagnóstico de enfermería: *Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (insomnio) relacionado periodos de sueño durante el día manifestado por dificultad para conciliar el sueño y periodos cortos de sueño durante la noche.*

Objetivos: Ayudar al agente de autocuidado a disminuir los factores ambientales, personales o médicos que conducen a la interrupción del sueño, para determinar un programa de manejo del sueño, que le promuevan en forma confortable y regular sus horas de descanso.

Evaluación

Fecha	Hora de levantarse	Medidas preventivas para conciliar el sueño	Horario en que se mantiene despierta durante la noche
12-06-01			
9-07-01			
23-07-01			
13-07-01			
5-09-01			
8-09-01			

Resultados:

La señora Consuelo continua con insomnio durante la noche, al parecer por dificultad para realizar cambios de posición, lo que la mantiene despierta por la noche.

Sus periodos de sueño son más largos, pero aún no logra dormir toda la noche, ya no se duerme durante el día, pero aún le cuesta dificultad conciliar el sueño.

Diagnóstico de enfermería: Déficit en los requisitos de autocuidado de desviación a la salud (edema de miembros inferiores vespertino) relacionado con permanencia por gran parte del día sentada con los pies colgando, manifestado por adormecimiento de miembros inferiores y Godete de +

Objetivo: Disminuir el edema de miembros inferiores por medio de medidas preventivas para favorecer la reabsorción de líquidos extravasados.

Evaluación

Fecha	Horario	Godete
12-06-01	2 veces al día, ejercicios de Buerger Allen.	++
9-07-01	2 veces al día, ejercicios de Buerger Allen.	++
23-07-01	2 veces al día, ejercicios de Buerger Allen.	+
13-07-01	2 veces al día, ejercicios de Buerger Allen.	+
5-09-01	2 veces al día, ejercicios de Buerger Allen.	+
8-09-01	2 veces al día, ejercicios de Buerger Allen.	+

Resultados:

La señora Consuelo realiza los ejercicios por la mañana y por la tarde, levantando los pies con el apoyo de unas almohadas y del respaldo del sillón, lo que a ayudado a disminuir el edema, aunque actualmente aún presenta edema de miembros inferiores de +, por lo que se continuara la rutina.

TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

5. CONCLUSIONES

En este capítulo se presentan las conclusiones, producto del análisis e interpretación de los resultados de la etapa de evaluación de las intervenciones de enfermería así como de la revisión bibliográfica, por lo que se concluye lo siguiente:

- ◆ Se ha logrado el objetivo general del estudio de caso, al poder analizar las manifestaciones humanas que presenta un individuo con alteración neuromusculoesquelética, por medio del abordaje de la Teoría del déficit del autocuidado, ya que Orem ofrece una utilidad inmediata para las enfermeras estableciendo el tipo de asistencia que implementará para el cuidado, que podrá ser de apoyo, de sustitución o complementario de acuerdo con las capacidades y demandas de autocuidado del individuo a través de una valoración de enfermería.
- ◆ El aplicar esta teoría, permite a la enfermera diseñar estrategias ante una situación concreta de la persona a la que atiende, observando su gran utilidad en este caso con pacientes en la etapa de rehabilitación, haciendo a la enfermera especialista parte activa en las acciones a seguir y rescatándola de una situación pasiva en el tratamiento del agente de autocuidado.
- ◆ El modelo tiene su base en el individuo, siendo la principal preocupación el cuidado y fomento de su independencia, involucrando al sujeto, de su propio autocuidado, ya que Orem, considera que el sujeto maduro tiene la capacidad de desarrollar habilidades para participar en su autocuidado; sin olvidar los factores condicionantes que interfieren y limitan la aplicación de la teoría, aunque habría que buscar condiciones que lo favorezcan como lo sería según Orem el sistema de apoyo educativo.
- ◆ Los factores de condicionamiento básico entorpecen o limitan el proceso de autocuidado, lo que lleva a pensar en el trabajo multidisciplinario, que permite mejorar las situaciones que condicionan al agente de autocuidado en lo personal, familiar y ambiental.
- ◆ La utilización de la Teoría del déficit de autocuidado resulta ser una franca confrontación con el esquema tradicional, que en un inicio resulta ser complejo, lo cual puede confundir al propio especialista y a los profesionales que lo rodean. Sin embargo el uso del grupo de conocimientos propios de enfermería enmarca la diferencia en la forma de trabajo, así como de nuestra identidad profesional.
- ◆ El estudio de las teorías y su aplicación práctica permite que la enfermera especialista en rehabilitación aborde los problemas o déficit de autocuidado del usuario desde un enfoque holístico, ético, consciente y sobre todo científico en pro de la calidad de la vida individual, familiar y social.

1. SUGERENCIAS

A continuación posterior a la experiencia que me ha dejado el seguimiento de este caso clínico me atrevo a sugerir lo siguiente:

- ◆ Que la enfermera especialista visualice la utilización del Método enfermero (PAE) como instrumento de trabajo para realizar la valoración, la formulación de diagnósticos, la planeación, implementación y evaluación de la intervención de enfermería como una herramienta indispensable para poder afrontar el proceso hipotético deductivo de la enfermera al interactuar con una persona, con miras a elaborar todo un sistema de intervenciones.
- ◆ Que enfermería aprenda a utilizar el conocimiento propio de la disciplina, como lo son las teorías de enfermería, haciendo uso de esa evolución del conocimiento científico enfermero para fortalecer la identidad propia del ejercicio profesional.
- ◆ No desesperar en los avances y/o manifestaciones de respuesta de un usuario hacia el cuidado, ya que cada persona es producto de una situación histórica particular que puede emitir diferentes respuestas, ante los estímulos o estrategias propuestas por la enfermera especialista en rehabilitación.
- ◆ Pensar que los logros por mínimos que sean durante la rehabilitación, tienen mayor valor por el solo hecho de haberlos intentado.
- ◆ Ofrecer a la persona siempre una mejor calidad de vida, aunque exista un daño grave, ayudando a salvar lo rescatable de la vida misma, contribuyendo con ello a continuar viviendo o en su caso a morir con dignidad, como lo mencionan las mismas teorías de enfermería y la filosofía de la rehabilitación.
- ◆ Darse la oportunidad, de ser parte del cambio y evolución de nuestro gremio. Es decir enfermería tiene un rol colaborativo y un rol de ejercicio independiente, que implica responsabilidad legal, moral y compromiso, de formular sus métodos y sus teorías para atender, ayudar, confortar y guiar con la racionalidad científica que debe tener un profesionista que aplica sus conocimientos y su experiencia en beneficio de la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BASMAJIAN John V. TERAPEUTICA POR EL EJERCICIO. Edit. Panamericana. México 1982 pp. 95 – 97.

BASTES, Mora Felipe. NEURO-ORTOPEDIA BASICA. Elementos de fisiopatología neuromuscular aplicada. Edit. Jims España, 1991, p.p. 256- 269.

BERNARD S. Epstein. ATENCIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y DE LA MEDULA ESPINAL, Edit. Jims, Barcelona, pp. 390-398.

BERRYMAN Julia C. PSICOLOGIA DEL DESARROLLO. Editorial Manual Moderno. México D.F. 1994. Pp. 211-233.

DARMOOUTH Institute for Better Health. GUIA MEDICA Y DE LA SALUD PARA MAYORES DE CINCUENTA AÑOS. Edit. Trillas. México1996, pp 133- 269.

HOPPENFELD Stanley. NEUROLOGIA ORTOPEDICA Edit. Manual Moderno; México D.F. pp. 1-47.

HORST, Cotta. ORTOPEDIA. Editorial Interamericana S.A. de C.V., México D.F. 1982, pp. 216-225.

KOZIER Barbara y Cols. CONCEPTOS Y TEMAS EN LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA. Edit. Interamericana. McGraw-hill. México 1995 pp. 45 – 47, 99 –161, 201 – 203.

OREM Dorothea E. MODELO DE OREM Edit. Masson-Salvat 1999, pp 63- 82.

OSTIGUIN, M. Rosa María. METODO DE TRABAJO ENFERMERO Y MODELO DE OREM: UNA PROPUESTA DE IMPLEMENTACION. Desarrollo Científico. Enf. 2000:8(1):3-7.

OSTIGUIN, Meléndez Rosa Ma. TEORIA GENERAL DEL DEICIT DE AUTOCUIDADO. Guía básica ilustrada. Edit. Manual Moderno. México, D.F. 2001 pp. 1 – 67.

6. ANEXOS Y APENDICES

ANEXO No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA EN REHABILITACION

VALORACION CLINICA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

Institución: _____ Registro: _____ Fecha: _____
Servicio: _____ No. De consultorio: _____

1.- Factores condicionantes básicos.

I. Ficha de identificación:

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edo. Civil: _____ Tel. Part. _____
Ocupación: _____ Escolaridad: _____
Domicilio: _____

¿ Qué enfermedades ha padecido en la infancia, adolescencia o adultez? _____

2.- Características familiares.

2.1 Composición familiar:

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Aporte económico

¿Sus familiares han padecido alguna de las siguientes enfermedades?

- Diabetes mellitus _____
- Hipertensión arterial _____
- Neoplasias _____
- Obesidad _____
- Otras _____

2.2 Estructura familiar

a) Estructura del rol

¿ En estos momentos que espera de su familia (padres, cónyuge e hijos) _____

¿ Alguno de su familia ha adoptado el rol de jefe en ausencia de sus padres? _____

b) Sistema de valores

¿En su familia existen normas para cumplir en relación con las obligaciones de la escuela, trabajo y hogar? _____
 ¿Cuáles? _____

c) Patrón de comunicación

¿Al interior de la familia se expresan verbalmente sus ideas, opiniones y sentimientos? _____
 ¿Estas son respetadas? _____
 ¿Frecuentemente hay dificultades y agresiones cuando platica entre sí la familia? _____
 ¿Por qué? _____

d) Estructura del poder (afrentamiento familiar)

¿Qué eventos o situaciones han causado tensión en la familia? _____
 ¿Quién afronta o resuelve los problemas familiares? _____
 ¿Qué tipo de disciplina ejerce con sus hijos? _____
 ¿Quién decide sobre el futuro de cada integrante de la familia? _____

2.3 Funciones familiares

a) Función afectiva

¿Cómo expresa la familia el amor, la alegría, la tristeza y el enojo? _____

 ¿Con qué frecuencia sucede? _____
 ¿Observa motivados a los integrantes de la familia con las expresiones de afecto? _____

b) Socialización y función social.

¿De que manera ha trasmitido sus valores sociales y espirituales a sus hijos? _____

 ¿De donde es usted originaria? _____
 ¿Conserva costumbres de su lugar de origen? _____ ¿Cuáles? _____
 ¿Ha trasmitido esas costumbres a sus hijos? _____ ¿Cómo? _____
 ¿Ha tenido algún problema con sus vecinos o familiares? _____ ¿De que tipo? _____
 ¿Se encuentra satisfecha de lo que son sus hijos? _____
 ¿Tiene o tuvo dificultades para educar a sus hijos? _____
 ¿Cree usted que su escolaridad haya dificultado el desarrollo profesional y social de sus hijos? _____

c) Función reproductora

¿Ejerce actualmente su sexualidad? _____ En caso de ser negativa ¿Por qué? _____

 ¿Su padecimiento actual ha modificado su sexualidad? _____

 ¿Cuando inicio la menopausia? _____
 ¿Tuvo molestias importante? _____
 ¿Ha afectado su relación de pareja? _____
 ¿Ha modificado el concepto sobre sí misma? _____

d) Función económica

¿Quién o quienes resuelven los gastos familiares? _____

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

71

¿ Cuenta la familia con los recursos económicos idóneos para satisfacer las necesidades de comida, vivienda, ropa y servicios de salud? _____

e) Características ambientales

- ¿ La vivienda donde vive con la familia es propia? _____
- ¿Cuántos cuartos son ocupados como dormitorios? _____
- ¿Tiene cocina y baño independientes? _____
- ¿ Cuenta con suficiente ventilación e iluminación su hogar? _____
- ¿Cuenta con todos los servicios intradomiciliarios? _____
- ¿Existen escaleras o elementos de la construcción en su domicilio que le causen dificultad para desarrollar sus actividades? _____
- ¿ Su colonia cuenta con seguridad pública? _____
- ¿Por su colonia cuenta con suficientes medios de transporte? _____
- ¿En su colonia existen factores nocivos para su salud? _____ ¿Cuáles? _____

II REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

- ¿ Existe contaminación ambiental en el lugar donde vive? _____
- ¿Qué hace para protegerse? _____
- ¿Al respirar mete aire por la boca o por la nariz? _____
- ¿Tiene molestias para respirar? _____ ¿Qué factores lo desencadenan? _____
- ¿Fumador? _____ Tiempo _____ Cantidad de cigarrillos _____
- ¿De acuerdo al estado emocional varía la cantidad de cigarrillos? _____
- ¿Sufre cuadros gripales o de tos con frecuencia? _____
- ¿Qué hace para tratarlos? _____
- ¿Considera que tiene un aporte suficiente de aire? _____ ¿Por qué? _____

2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

- ¿Qué cantidad de agua toma al día? _____
- ¿El agua que consume es potable? _____ ¿Utiliza alguna técnica para purificarla? _____
- ¿Cuál? _____
- ¿Cómo prefiere ingerir el agua y como le desagrada? _____

3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

- Somatometría: peso: _____ Talla: _____
- ¿Después de consumir alimentos queda usted satisfecha? _____ ¿Por qué? _____
 - ¿ Qué alimentos consume con mayor frecuencia? _____
 - ¿Ha disminuido la percepción de los sabores de los alimentos? _____
 - ¿ Qué alimentos le agradan? _____
 - ¿Qué alimentos le desagradan? _____
 - ¿Tiene un horario específico para consumir alimentos? _____
 - ¿Considera usted que tiene un aporte suficiente de alimentos? _____ ¿por qué? _____
 - ¿Ha tenido molestias al comer sus alimentos? _____ ¿Cuáles? _____
 - ¿Usted prepara los alimentos que se consumen en su casa? _____ ¿Ha tenido alguna dificultad para prepararlos? _____ ¿Cuál? _____
 - ¿ Qué ha hecho para disminuir la dificultad? _____

4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.

- ¿Cuántas veces defeca al día? _____ ¿Tiene molestias al defecar? _____
- ¿ De que tipo? _____
- ¿ Cuantas veces a la semana se baña? _____
- ¿El cambio de ropa total con que frecuencia lo realiza? _____
- ¿ Con qué frecuencia y cuando realiza el lavado de manos y el corte de uñas? _____
- ¿Con qué frecuencia y como se cepilla los dientes? _____

5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

- ¿ Qué actividades domésticas realiza en su hogar? _____
- ¿Ha tenido alguna limitación o problema para realizar esas actividades? _____ ¿Cuáles? _____
- ¿Acostumbra realizar algún tipo de trabajo o actividad manual? _____ ¿Cuál? _____
- ¿ Acostumbra caminar? _____ ¿Qué distancias recorre? _____
- ¿ Le causa alguna molestia o limitación al caminar? _____ - ¿De qué tipo? _____
- ¿Qué hace para aliviarla? _____
- ¿Sus actividades le permiten tener períodos de descanso? _____ ¿A qué hora? _____
- _____ ¿Tienen algún problema para dormir? _____
- ¿Cuál? _____
- ¿Cómo logra conciliar el sueño? _____
- ¿ Cuántas horas duerme regularmente? _____
- ¿Cree usted que descansa? _____ ¿Por qué? _____

6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social.

- ¿Se comunica fácilmente con otras personas? _____ ¿Qué dificultad tiene para comunicarse? _____
- ¿ Le gusta convivir con otras personas? _____ ¿Por qué? _____
- _____
- ¿ Le gusta estar más tiempo sola que acompañada? _____ ¿Por qué? _____
- _____
- ¿Cuánto tiempo pasa sola? _____ ¿Por qué? _____
- _____
- ¿Tiene parientes o vecinos en los que pueda confiar y que estén dispuestos a ayudarla si lo necesita? _____
- _____

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

- ¿Se le han caído las cosas de las manos? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ¿Se ha lastimado? _____ ¿Cómo? _____
- ¿Sufre caídas con frecuencia? _____ ¿ Se ha lastimado en alguna de ellas? _____
- _____ ¿ Ha sufrido algún accidente en su hogar? _____
- ¿Cuál? _____
- ¿Ha tenido a alguna persona cerca de usted cuando siente que esta en peligro? _____
- ¿Quién? _____
- ¿Necesita ayuda para vestirse? _____ ¿Por qué? _____
- ¿Frecuencia de baño y cambio de ropa? _____
- ¿Necesita ayuda para bañarse? _____ ¿Por qué? _____
- ¿Cómo canaliza las situaciones de tensión de la vida diaria? (autoconcepto, autoimagen, autoestima, Roles.) _____
- _____
- _____
- ¿ En su vida diaria regularmente se enfrenta a situaciones que le ocasionan angustia, depresión, irritabilidad o apatía? _____ ¿Qué situaciones y como le afectan? _____
- _____
- _____
- ¿Regularmente explora su cuerpo para detectar algún problema de salud? _____ ¿Cuál o cuales lleva acabo? _____
- _____

73

8.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

¿Le preocupa sus posibilidades económicas para afrontar los costos de su enfermedad? _____
¿Por qué? _____

¿Se acepta tal como es? _____ ¿Por qué? _____

(Observar durante la entrevista: actitud, lógica y razonamiento de ideas) _____

¿Cómo influye en usted la religión en su manera de ser, en su vida cotidiana y durante la aparición de alguna enfermedad? _____

¿Que creencias tiene a cerca de la vida y de la muerte? _____

¿Cómo influyen sus creencias en el tratamiento de su enfermedad? _____

II. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

1.- Etapa del ciclo vital _____

2.- Condiciones en la que se encuentra el individuo que promueven o impiden el desarrollo normal biológico. _____

3.- ¿ Ha perdido recientemente a algún familiar? _____ ¿por qué? _____

4.- ¿Ha tenido algún acontecimiento que haya modificado sus condiciones de vida? _____

IV. REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD.

1.- Desviación actual.

a) Percepción de la desviación actual

¿ Conoce su enfermedad? _____

¿Le preocupa su enfermedad? _____ ¿Por qué? _____

¿Quiere aliviarse de su enfermedad? _____ ¿Qué esta dispuesta a hacer para aliviarse? _____

2.- ¿Qué ha hecho para adaptarse a su enfermedad? _____

3.- Mecanismos utilizados para afrontar el problema de salud

¿Qué medidas toma para afrontar su enfermedad? _____

¿Qué medidas preventivas lleva a cabo para evitar alguna complicación? _____

¿Conoce el diagnóstico médico? _____ -¿ Conoce su tratamiento médico? _____

- ¿Lleva a cabo su tratamiento? _____ ¿Por qué? _____
- _____
- ¿Ha notado que se hinchan sus pies o manos? _____ ¿Cuándo? _____
- ¿Qué hace para disminuirlo? _____
- ¿Ha sentido la boca seca? _____ ¿Cuándo? _____
- ¿Qué hace para disminuirlo? _____
- ¿Sufre de estreñimiento? _____ ¿Con qué periodicidad? _____
- ¿Qué hace para eliminar su malestar? _____
- ¿Sufre de diarreas? _____ ¿Con qué periodicidad? _____
- ¿Qué ha hecho para eliminar su malestar? _____
- ¿Cuántas veces orina al día? _____ -¿Le causa algún malestar cuando orina? _____
- ¿De que tipo? _____
- ¿Qué hace para aliviar sus molestias? _____

2.1 Cambios de la desviación de los estilos de vida

Actividades de la vida diaria

- ¿Cómo ha modificado la enfermedad a sus actividades de higiene personal? _____
- _____
- ¿Ha tenido dificultades para vestirse? _____ ¿Cuáles? _____
- _____
- ¿Se le ha dificultado ponerse los zapatos? _____ ¿por qué? _____
- _____
- ¿Ha dificultado su enfermedad el traslado de un lugar a otro en el transporte público? _____ ¿por qué? _____
- _____
- ¿Su enfermedad le provoca dificultad para sostener los utensilios para tomar sus alimentos? _____
- _____
- ¿Su enfermedad le impide realizar sus actividades domésticas cotidianas que acostumbraba a hacer? _____
- _____ ¿por qué? _____
- _____

3.- Historia de desviaciones de la salud

- ¿Qué enfermedades ha padecido en la infancia, adolescencia o adultez? _____
- _____
- _____
- _____

- ¿Padece algún tipo de alergia? _____ ¿Cuál? _____
- ¿Toma usted medicamentos que no sean recetados por algún médico? _____
- ¿Actualmente esta con tratamiento médico? _____

V. EXPLORACION FISICA

1.- Características de la postura (plano lateral, anterior y posterior, defectos posturales)

2.- Características de la marcha (Etapa postural, etapa oscilatoria).

3.- Cabeza y pares craneales

4.- Cuello y columna cervical (Fuerza motora, sensibilidad, arcos de movimiento)

5.- Tórax y tronco (Columna vertebral, fuerza motora, sensibilidad, arcos de movimiento)

6.- Miembros superiores (fuerza motora, sensibilidad y reflejos, arcos de movimiento)

7.- Miembros inferiores (fuerza motora, sensibilidad y reflejos, arcos de movimiento)

ANEXO No 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CENTRO NACIONAL DE REHABILITACION
POSGRADO DE ENFERMERIA EN REHABILITACION**

INSTRUMENTO DE EVALUACION

Nombre: C. V. R. Edad: 53 años Sexo: Femenino Servicio: Rehabilitación de columna.

Diagnóstico de enfermería: *Déficit de requisito de autocuidado de desviación a la salud (dolor hombro izquierdo) relacionado con desuso de extremidad superior izquierda, manifestado por arcos de movilidad pasivos limitados a la extensión, a la abducción y fuerza muscular de 3 izquierdo.*

Objetivo: Disminuir dolor de hombro izquierdo para facilitar la movilización de extremidades superiores mediante la aplicación de medios físicos y así lograr que aumenten los arcos de movimiento.

Evaluación

Fecha	Horario de C.H.C.	Horario de masajes	Escala del dolor del 1 al 10	Arcos de movim.	Observ. Mov. pasiva

Diagnóstico de enfermería: *Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (limitación del movimiento y dificultad para realizar sus actividades de la vida diaria de alimentación, vestido e higiene personal) relacionado con sensibilidad disminuida en dermatomas C5, C6 y C7 y fuerza muscular de extremidades superiores izquierdo y derecho de 3., manifestado por dificultad para sujetar objetos, bañarse y vestirse sola.*

Objetivo: Mantener y/o mejorar la amplitud actual de movimientos de extremidades superiores del paciente, evitando con ello deformidad y pérdida posterior del movimiento para que el paciente pueda realizar sus actividades de la vida diaria a través de la enseñanza de un plan de ejercicios activo asistidos de amplitud de movimientos.

- Enseñar al agente de autocuidado a estimular la sensibilidad mediante la aplicación de diferentes texturas, para aumentar la sensibilidad de las extremidades superiores y lograr se reintegre lo más pronto posible a sus actividades de la vida diaria.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

77

Fecha	Movilización P.E.* ó P.F.**	A.V.D.H.	Arcos de movim. de hombros	Expl. de dermatomas SENS.DISM.	Horario y modalidad de Actividades tendientes a estimular la sensibilidad.

* P.E. Movilización por la enfermera

**P.F- Movilización por el familiar

1. Diagnóstico de enfermería: *Déficit en los requisitos de autocuidado en caso de desviación a la salud (marcha dependiente y fatiga a la deambulación), relacionado con fuerza muscular de 4 de extremidades inferiores, disminución de sensibilidad en L2, L3, y L4 y aumento de tono muscular de extremidad inferior izquierda, manifestado por incapacidad para lograr la bipedestación por sí sola durante tiempo prolongado.*

Objetivo: disminuir la dificultad para lograr la bipedestación a través del fortalecimiento muscular de extremidades inferiores y disminuir el tono muscular mediante la movilización activa pasiva para facilitar sus actividades de traslado.

- Disminuir la dificultad para la marcha, por medio de mejorar el tono muscular de extremidades inferiores por medio de técnicas de relajación.

Evaluación

Fecha	Horario y tipo de movilización por los familiares	Fuerza muscular de extremidades inferiores.	Horario y tipo de técnica de relajación	Espasticidad de acuerdo a la escala clínica de valoración de la espasticidad de Ashworth (anexo 3).

Analisis de la marcha: _____

Diagnóstico de enfermería: *Déficit en la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos (estreñimiento) relacionado con inactividad física, dieta deficiente en líquido y en fibra, manifestado por evacuaciones tardías cada tercer día, distensión abdominal y dolor tipo cólico.*

Objetivo: El agente de autocuidado aprenderá a disminuir el estreñimiento a partir del seguimiento de un programa de higiene de intestino seguro y amplio que propicie evacuaciones intestinales regulares.

Diagnóstico de enfermería: Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (insomnio) relacionado con periodos de sueño durante el día manifestado por dificultad para conciliar el sueño y periodos cortos de sueño durante la noche.

Objetivos: Ayudar al agente de autocuidado a disminuir los factores ambientales, personales o médicos que conducen a la interrupción del sueño, para determinar un programa de manejo del sueño, que le promuevan en forma confortable y regular sus horas de descanso.

Evaluación

Fecha	Hora de levantarse	Medidas preventivas para conciliar el sueño	Horario en que se mantiene despierta durante la noche

Diagnóstico de enfermería: Déficit en los requisitos de autocuidado de desviación a la salud (edema de miembros inferiores vespertino) relacionado con sedestación durante gran parte del día, manifestado por adormecimiento de miembros inferiores y Godete de +

Objetivo: Disminuir el edema de miembros inferiores por medio de medidas preventivas para favorecer la reabsorción de líquidos extravasados.

Evaluación

Fecha	Horario	Godete

ANEXO 3

CUADRO I. ESCALA DE ASHWORTH. ESCALA CLINICA QUE MIDE LA ESPASTICIDAD

Se aprecia la resistencia del músculo al estiramiento. Valor de 0 a 4.
Esta escala, más fácil de realizar, es la que más se emplea hoy en día.

- | |
|---|
| <p>0 No aumenta el tonus muscular</p> <p>1 Resistencia mínima al final de una movilización pasiva en extensión o en flexión de un segmento de miembro.</p> <p>2 Resistencia que aparece en mitad del recorrido del movimiento de movilización pasiva de un segmento de miembro.</p> <p>3 Resistencia marcada durante todo el recorrido del movimiento.</p> <p>4 Contractura permanente; el segmento del miembro es fijado en flexión o extensión. Se estudia, en los pacientes parapléjicos, la espasticidad de los cuádriceps y de los dos tríceps surales.</p> |
|---|

Fuente: *Enciclopedia Médico- Quirúrgica- 26-011-A 10. ESPASTICIDAD, O. Rémy-neris, P. Denys, P. Azouvi, y cols, p.3*

APENDICE No 1

PROGRAMA DE CASA

La información que a continuación se presenta tiene como finalidad proporcionarle la orientación y una mayor información para sobrellevar mejor su padecimiento y alcanzar una más pronta recuperación, como complemento a las medidas recomendadas por su médico.

Cuello

- a) Aplicar calor por medio de una bolsa para agua caliente envuelta en una toalla.

Colocarla sobre el cuello y hombros diariamente 2 veces al día de 15 a 20 minutos.

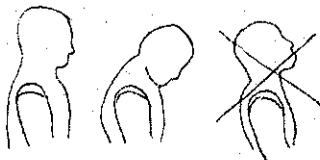
tratando de tocar el hombro con la oreja, sin subir los hombros.

Repetir 10 veces



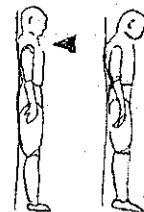
Movilización

- 1. Posición: sentado o de pie
Con la cabeza alineada con los hombros, flexione el cuello hacia delante hasta que la barbilla toque el pecho. No lleve la cabeza hacia atrás.
Repetir 10 veces



- 4. De pie
La espalda y la cabeza pegados a la pared, pies ligeramente separados de la misma. Sin despegar la cabeza de la pared, trate de mirar la punta de sus pies hasta sentir estiramiento de los músculos de la parte posterior del cuello.

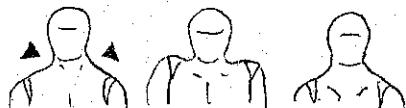
Repetir 15 veces



- 2. Posición: sentado o de pie.
Con la cabeza alineada con los hombros. Gire la cabeza hacia ambos lados, llevando la mirada hacia un lado y otro por encima de los hombros.
Repetir 10 veces



- 5. Posición de pie.
Con los brazos relajados a los lados del cuerpo, suba los hombros; manténgalos arriba 5 segundos y suéltelos.
Repetir 10 veces



- 3. Posición: sentado o de pie.
Con la cabeza alineada con los hombros. Flexión lateral de cuello,

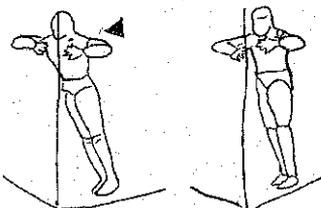
- 6. Posición de pie. Con los brazos relajados a los lados del cuerpo, haga con los hombros círculos hacia el frente. Repetir 15 veces.



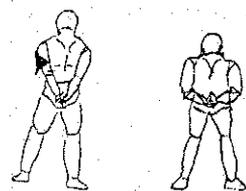
- 7. Posición de pie. Con los brazos relajados a los lados del cuerpo, haga con los hombros círculos hacia atrás. Repetir 15 veces.



- 8. Posición de pie frente a un rincón. Apoye los antebrazos en las paredes, con los puños a la altura de los hombros y ligeramente más abiertos que el ancho de sus hombros, pies separados de la pared 30 cm aproximadamente. Incline el cuerpo hacia delante intentando tocar el rincón con la cara sin flexionar el cuello. Repetir 10 veces.

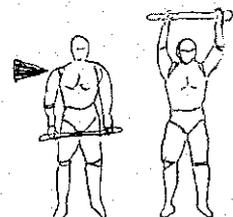


- 9. Posición de pie. Entrelace sus manos atrás de la cintura, despegue los brazos (con los codos estirados) de la espalda intentando unir los omóplatos, sin inclinar el cuerpo hacia delante. Repetir 10 veces.

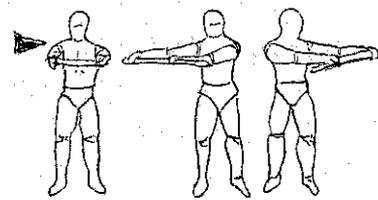


Miembro superior hombro – codo

- 1. Posición de pie. Brazos relajados al frente y abajo; tome el bastón con las dos manos. Suba los brazos, con los codos estirados, por encima de la cabeza. Repetir 10 veces.

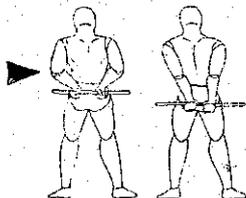


- 2. Posición de pie. Brazos estirados al frente, codos estirados; tome el bastón con las dos manos y sin mover la cintura lleve los brazos de un lado al otro. Repetir 10 veces hacia cada lado.



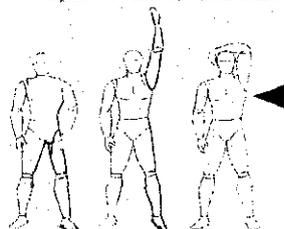
4. POSICION:

De pie. Tome el palo con las dos manos por detrás de su espalda. Despegue los brazos hacia atrás estirando los codos, sin inclinar el cuerpo hacia adelante. Repetir 15 veces.



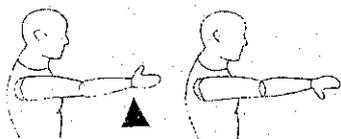
5. POSICION:

De pie, vista al frente. Levante un brazo por arriba de su cabeza, con el codo estirado. Flexione y estire el codo intentando tocar la oreja contraria sin bajar el brazo. Repetir 15 veces con cada brazo.



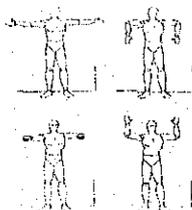
6. POSICION:

De pie. Brazos estirados al frente, codos y manos estiradas. Rote sobre sí mismos sus brazos, de tal forma que una vez vea el dorso de sus manos y otra la palma. Repetir 15 veces.



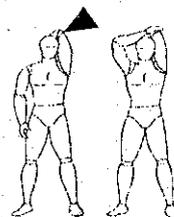
7. POSICION:

De pie recargado en una pared. Abra sus brazos a 90° aproximadamente y péguelos a la pared, flexione sus codos al frente a 90° aproximadamente (en forma de escuadra). Rote sus brazos, sin despegar de la pared, intentando tocar la misma, primero a la altura de su cabeza y después a la altura de su cintura. Repetir 15 veces hacia cada lugar.



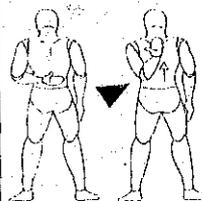
8. POSICION:

De pie. Levante un brazo por arriba de su cabeza con el codo flexionado, tocando con su mano la nuca. Ayúdese con la otra mano empujando el brazo que está doblado hacia abajo hasta sentir un estiramiento del hombro. Repetir 15 veces con cada brazo.



9. POSICION: De pie.

Lleve un brazo por detrás de su cintura, tocando la espalda con el dorso de la mano. Intente subirla pegada a la espalda hasta sentir estiramiento del hombro. Repetir 15 veces con cada brazo.



Miembro Superior Muñeca - Mano

1. Ponga la palma de su mano sobre la mesa y con la mano contraria sostenga su antebrazo. Levante su mano sin despegar el brazo de la mesa. Repetir 20 veces con cada mano.



2. Ponga el dorso de su mano sobre la mesa y con la mano contraria sostenga su antebrazo. Levante su mano sin despegar el brazo de la mesa. Repetir 20 veces con cada mano.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

3. Apoye su codo flexionado sobre la mesa, de tal forma que su mano empuñada quede frente a su cara. Con la mano contraria sostenga su antebrazo. Con el puño cerrado haga círculos hacia la derecha.

Repetir 20 veces con cada mano.



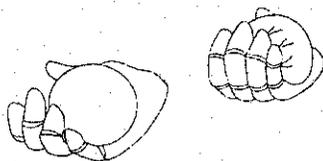
4. Apoye su codo flexionado sobre la mesa, de tal forma que su mano empuñada quede frente a su cara. Con la mano contraria sostenga su antebrazo. Con el puño cerrado haga círculos hacia la izquierda.

Repetir 20 veces con cada mano.



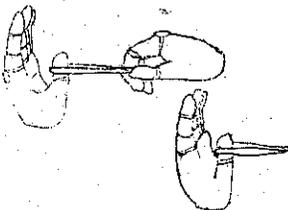
5. Tome la pelota con una mano y comprímala lo más fuerte que pueda.

Repetir 20 veces con cada mano.



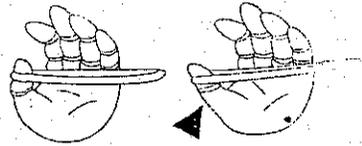
6. Coloque un extremo de la liga en la yema de su dedo pulgar, sostenga el otro extremo de la liga con su otra mano y manténgala tensa. Jale el pulgar hacia la palma de su mano.

Repetir 15 veces con cada pulgar.



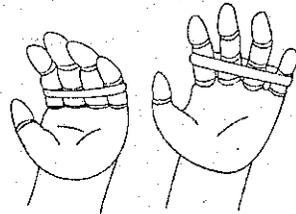
7. Coloque un extremo de la liga en la uña de su dedo pulgar, sostenga el otro extremo de la liga con su otra mano y manténgala tensa. Jale el pulgar alejándolo del resto de los dedos.

Repetir 15 veces con cada pulgar.



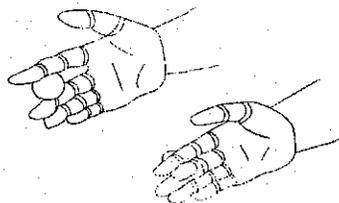
8. Junte los dedos desde el índice hasta el meñique y coloque la liga alrededor de los mismos. Separe los dedos entre sí con fuerza de tal modo que se estire la liga.

Repetir 15 veces con cada mano.



9. Coloque trozos de plastilina previamente amasada entre cada dedo y haga presión con los dedos estirados de tal forma que se apiaste cada trozo (meñique con anular, anular con medio, medio con índice e índice con pulgar).

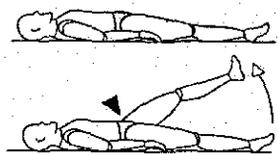
Repetir 10 veces con cada par de dedos.



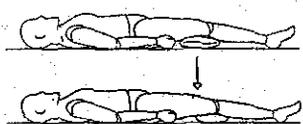
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Miembro Inferior Cadera * Rodilla

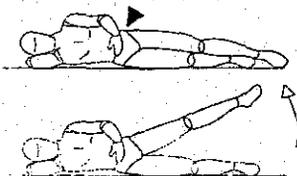
1. POSICION:
Acostado boca arriba.
Con la rodilla estirada levante una pierna lo más alto que pueda y bájela, alterne con la otra pierna.
Repetir 15 veces con cada pierna.



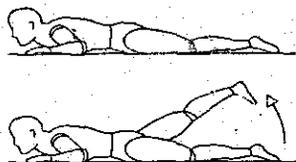
2. POSICION:
Acostado boca arriba.
Coloque un cojín pequeño debajo de su rodilla y comprímalo hacia abajo haciendo el esfuerzo con el muslo.
Repetir 20 veces con cada pierna.



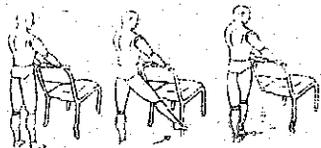
3. POSICION:
Acostado de lado.
Semiflexione la pierna que queda abajo, la de arriba estírela y elevela lo más que pueda sin doblar la rodilla.
Repetir 15 veces con cada pierna.



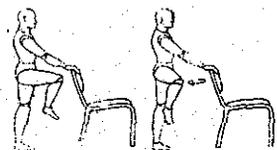
4. POSICION:
Acostado boca abajo.
Con la rodilla estirada levante una pierna lo más alto que pueda haciendo el esfuerzo con el glúteo, bájela y alterne con la otra pierna.
Repetir 15 veces con cada pierna.



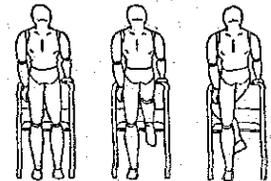
5. POSICION:
De pie.
Tome con las dos manos el respaldo de una silla. Abra y cierre una pierna estirada cruzando por delante de la pierna que está estática.
Repetir 15 veces con cada pierna.



6. POSICION:
De pie.
Tome con una mano el respaldo de una silla. Flexione y eleve la cadera y la rodilla y abra la pierna doblada en el aire.
Repetir 15 veces con cada pierna.



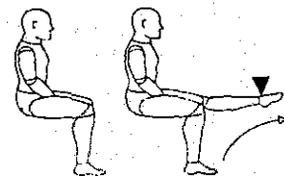
7. POSICION:
De pie.
Tome con una mano el respaldo de una silla. Flexione y eleve la cadera y la rodilla y cierre la pierna doblada en el aire.
Repetir 15 veces con cada pierna.



8. POSICION:
Sentado.
Estire la pierna haciendo fuerza con el muslo, dirigiendo la punta del pie hacia el techo.
Repetir 15 veces con cada pierna.



9. POSICION:
Sentado.
Estire la pierna haciendo fuerza con el muslo, dirigiendo la punta del pie hacia dentro.
Repetir 15 veces con cada pierna.



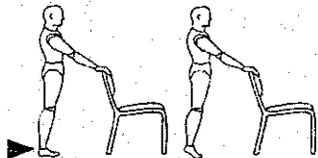
Miembro Inferior Tobillo Pie

Material: Una funda para almohada.

1. POSICION:

De pie. Sosténgase del respaldo de una silla con las dos manos, y con los pies juntos párese de puntas.

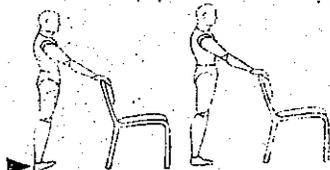
Repetir 20 veces.



2. POSICION:

De pie. Sosténgase del respaldo de una silla con las dos manos, y con los pies juntos párese sobre sus talones.

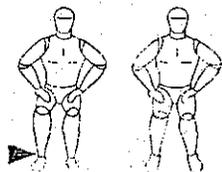
Repetir 20 veces.



3. POSICION:

Sentado. Apoye por completo los pies en el suelo. Levante sus pies de tal forma que sólo quede apoyado sobre el piso el borde interno de los pies.

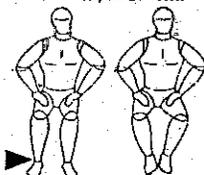
Repetir 20 veces.



4. POSICION:

Sentado. Apoye por completo los pies en el suelo. Levante sus pies de tal forma que sólo quede apoyado sobre el piso el borde externo de los pies.

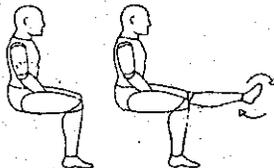
Repetir 20 veces.



5. POSICION:

Sentado. Con la rodilla estirada haga círculos hacia dentro con los tobillos.

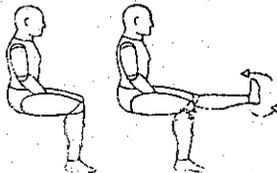
Repetir 20 veces con cada pie.



6. POSICION:

Sentado. Con la rodilla estirada haga círculos hacia fuera con los tobillos.

Repetir 20 veces con cada pie.



7. POSICION:

Sentado. Coloque la funda extendida sobre el suelo, apoye un pie sobre ésta y comience a arrugarla con los dedos sin mover el resto del pie, atrayéndola hacia usted.

Repetir 5 veces con cada pie.



8. POSICION:

Sentado. Con los dedos intente extender la funda sin mover el resto del pie.

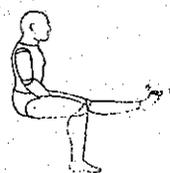
Repetir 5 veces con cada pie.



9. POSICION:

Sentado. Con la rodilla estirada, separe y extienda con fuerza los dedos del pie.

Repetir 20 veces con cada pie.



TF SIS CON
LA DE ORIGEN

ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE PARA EL INCAPACITADO.

El proceso de rehabilitación para el incapacitado debe ser integral y comprender no sólo el restablecimiento y la compensación para la función perdida sino también terapia para ayudar al paciente a aceptar y valorar su yo alterado.

El paciente es ayudado a aceptar la responsabilidad de dirigir y llevar a acabo su proceso de rehabilitación.

Para volverse independiente, la persona necesita aprender técnicas que compensen la debilidad y la pérdida de la función, en especial de las partes afectadas.

Objetivo: Enseñar a la señora Consuelo a ser tan independiente como sea posible en todos los aspectos de sus actividades de la vida diaria.

Como auxiliares para incrementar la independencia están el conservar la gama de movimiento, aumentar la fuerza y la resistencia del paciente, prevención de úlceras de decúbito, aceptación de la imagen corporal, y el frenar la depresión y la negación dentro de límites donde puedan manejarse.

De acuerdo al problema de debilidad de la extremidad superior y de la extremidad inferior izquierda, se sugieren las siguientes actividades:

1.- Limitar la cantidad de trabajo

- Poner a remojar los trastes sucios, para evitar frccionarlos.

2.- Planear por adelantado las actividades que va a realizar durante la semana, como la asistencia a su terapia física, las labores domésticas, ejercicio, etc. y asignar un período del día para descansar entre actividades.

3.- Indicarle a la Sra. Consuelo que sé acerque el material y equipo necesario para realizar sus actividades, para que no tenga que levantarse constantemente y corra el riesgo de caerse.

4.- Indicarle que para planchar sus servilletas y pañuelos, lo debe de hacer sentada, con la mesa de planchado a la altura de su codo, y lo realice con su mano que aún conserva la fuerza y sensibilidad, haciendo la observación de que en esta actividad, no deje de observar su lado afectado, ya que por la disminución de sensibilidad, corre el riesgo de quemarse.

5.- Sugerir, que supervise las labores del hogar, que ella acostumbraba a hacer, para que participe en la limpieza del hogar, así como a ella le gustaba.

6.- Utilizar pequeños recipientes para la preparación de los alimentos para evitar que se caigan de sus manos, por la disminución de la fuerza.

7.- Utilizar una tabla con clavos para estabilizar las verduras o frutas, para que le permitan utilizar lo menos posible la mano izquierda, ya que por la disminución de sensibilidad puede lesionarse fácilmente.

8.- Colocar en el baño barras y una silla con respaldo, acercar lo necesario para su higiene personal a la mano para que, la señora consuelo pueda bañarse sola, sin premura de tiempo. Las barras le permitirían mantener un mejor equilibrio y le auxiliarían para apoyarse al levantarse.

9.- Enseñarle a la paciente a tender su cama de la manera que utilice menos energía. Indicándole que primero tienda primero todo un lado y posteriormente el lado faltante.

10.- Realizar la limpieza de su recamara con movimientos de un lado hacia otro con el lado afectado, que propicien la realización de todos los arcos de movimiento conservados.

11.- Puede utilizar un recogedor, con la adaptación de un mango largo que le permita recoger la basura sin agacharse para que corra menos riesgo de caídas, por pérdida de equilibrio que le origina la espasticidad.

12.- Sugerir a la paciente que participe en juegos de mesa, con sus hijos, ya que le sirven de distracción y le permite jugarlos sentada, apoyada en la mesa lo que no le impide su discapacidad física.

13.- Indicarle que puede salir a caminar acompañada, con alguno de sus familiares, que le servirá de distracción, tendrá tiempo para conversas con los mismos, además que mejora su motilidad intestinal.

14.- Organizar actividades recreativas con sus familiares, como ir al cine, ir a misa, salir de día de campo, y escuchar música, que le permitan distraerse e integrarse más a su medio sociofamiliar.