

00944

1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA EN REHABILITACION

Metodo de Trabajo Enfermero (MTE) basado en la Teoria del Déficit de Autocuidado aplicado a un agente con alteracion de neurona motora inferior y enfermedad articular degenerativa

ESTUDIO DE CASO
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN REHABILITACION
P R E S E N T A :
MARIA DEL CARMEN TOVAR MONCADA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ASESORA CLINICA: LIC. ENF. MIREYA SORIANO VIDALS
ASESORA METODOLOGICA: M. en ENF. ROSA MA. OSTIGUIN MELENDEZ



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MEXICO, D. F.



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

RECONOCIMIENTOS

- ❖ A la Lic. Mireya, a la Maestra Ostiguín, a la Lic. Nieves y a la Dra. Arellano por compartir sus conocimientos.
- ❖ A Carmen Moreno por su ímpetu y ganas de superación contagiosa.
- ❖ A toda mi familia por su apoyo incondicional.
- ❖ A David, por el aliento absoluto que me regalas día a día.

GRACIAS A TODOS USTEDES, MARICARMEN

2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
FUNDAMENTACIÓN	4
• Antecedentes (Estudios Relacionados)	4
• Marco conceptual	5
- Teoría de Enfermería	6
- Método de Trabajo Enfermero	14
• Consideraciones éticas	41
METODOLOGÍA	43
1. Selección y Descripción Genérica del Caso	43
2. Revisión de la Literatura	44
3. Proceso de Intervención Especializada	68
a) VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	69
• Valoración General o Exhaustiva	69
- Descripción de la unidad de observación	70
- Entrevista	70
• Valoraciones focalizadas	73
- Examen físico	74
- Realización de la exploración física	76
- Estudios especiales	80
• Historia Clínica de Enfermería	81

	Página
b) PROCESO DE DIAGNÓSTICO	83
• Razonamiento diagnóstico	83
• Taxonomía empleada	83
• Diagnósticos reales	84
• Diagnósticos potenciales	86
c) PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	87
• Objetivos, demandas, intervenciones.	87
• Ejecución	88
• Planes de Intervención	89
RESULTADOS	108
• Evaluación de las intervenciones	108
• Logro de los objetivos	108
• Cuadros de evaluación	110
CONCLUSIONES	129
SUGERENCIAS	130
BIBLIOGRAFÍA	131
ANEXO 1. Guía de Valoración Clínica para la Especialización en Enfermería en Rehabilitación basada en la Teoría del Déficit del Autocuidado	
ANEXO 2. Guía para Exploración Física para la Especialización En Enfermería en Rehabilitación basada en el modelo de Orem	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

La profesión de Enfermería se encuentra en un olvido, una profesión ejemplo de nobleza, buena voluntad y sensibilidad, símbolo de entrega y bondad permanece en un hoyo; es menester de la enfermera lograr triunfos a favor de la misma. Nadie, absolutamente ninguna persona ajena a la profesión va a realizar propuestas a favor del gremio, las propuestas deben ser de las mismas enfermeras, debemos abrir nuestro panorama para cambiar el horizonte y mostrarnos como lo que realmente necesita el país: como profesionales de Enfermería comprometidas, a favor de un cambio que nos lleve a ser independientes, reconocer nuestro objeto de estudio, cambiar la imagen de la enfermera y mejorar nuestra práctica día a día.

La práctica es una de las maneras más atinadas de desarrollar el trabajo enfermero, el cual ha identificado desde siempre al personal. La enfermera requiere una educación continua para mejorar la práctica.

La educación continua incluye el cursar incluso alguna especialidad, en éste caso la especialidad en Enfermería en Rehabilitación impartida por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) con sede en el Centro Nacional de Rehabilitación (CNR) con duración de dos semestres.

La rehabilitación es una parte integral de la Enfermería. Es un proceso dinámico que ayuda a un individuo, enfermo o discapacitado, a lograr su nivel más alto de funcionamiento y una calidad de vida aceptable con dignidad, respeto a sí mismo e independencia. La rehabilitación da comienzo con el cuidado inicial con el paciente. Se enfatizan las habilidades, más no las discapacidades. Se requiere incluso un equipo multidisciplinario para su atención.

La enfermera especialista en rehabilitación desarrolla una relación terapéutica con el cliente, dentro del proceso de Enfermería, ayuda al individuo con una discapacidad a identificar sus potencialidades y capacidades; escucha en forma activa al cliente, motivándolo y participando en el proceso de rehabilitación. La evaluación del profesional de Enfermería puede incluir un índice de capacidades funcionales. Con base en la evaluación y el plan subsecuente, ayudará al paciente a afrontar los problemas y a adaptarse a su capacidad. La enfermera procura facilitar los cuidados personales del cliente, mejorar la movilidad, promover la integridad de la piel, y manejar los problemas de incontinencia urinaria y fecal; además, asume diversas funciones, incluyendo la de proporcionar cuidados, la de docente, consejera, defensora del cliente, consultora y manejadora de casos.



Al brindar los cuidados personalizados, la enfermera enseña, guía y apoya al cliente; motivando la participación. Los dispositivos de adaptación/asistencia son utilísimos al lograr las metas de cuidados personales; al cliente se le asiste para que reconozca las situaciones en las cuales él necesita asistencia y para que aprenda cómo asegurar esta asistencia sin ser sobredependiente.

Un objetivo de la rehabilitación es la reintegración a la comunidad. Se planean las transiciones entre los niveles de cuidado de salud y la reanudación de la independencia de los cuidados personales (o con la asistencia necesaria y adecuada) en la comunidad. La enfermera debe trabajar con un equipo de rehabilitación, con el cliente, y sistemas de apoyo al mismo y servicios disponibles en la comunidad para optimizar la transición.

En ésta ocasión, se presenta una forma alterna de trabajo, es decir, la realización de un estudio de caso donde se enmarcan las intervenciones de Enfermería independientes resaltándolas como las actividades básicas que deben prevalecer siempre en el trabajo del profesional de Enfermería; incluso llevar dos componentes más a tomar en cuenta, uno es la utilización de una teoría de Enfermería, en este caso la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem guiando la perspectiva de trabajo y dos, el uso del Proceso Atención de Enfermería como un instrumento metodológico básico para documentar el trabajo del profesional de Enfermería.

El agente de autocuidado se captó en el área de consulta externa del CNR, a partir de ahí se realiza el trabajo individualizado de enfermera especialista en Rehabilitación pasando por cada una de las etapas del Método de Trabajo Enfermero (MTE): valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación con la aplicación de instrumentos propios de la especialidad e incluso con instrumentos elaborados por el profesional de Enfermería para éste caso en particular.

El trabajo del profesional de Enfermería especialista en rehabilitación es punta de un equipo de trabajo en todos los niveles de atención, es una especialidad aplicable en todas las especialidades restantes y es además, un trabajo especializado con otras subespecialidades más, que a futuro espero se abra el campo de estudio de cada una de ellas para dar a la enfermera una visión más amplia de su capacidad y no quedarse nunca más encasillada y pasiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO GENERAL

Demostrar el impacto en la aplicación del Método de Trabajo Enfermero a un agente de autocuidado con alteración de neurona motora inferior y enfermedad articular degenerativa con base al modelo de Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◆ Colaborar para que el agente de autocuidado reconozca sus capacidades restantes y las utilice en tanto logra una rehabilitación completa.
- ◆ Evidenciar la necesidad del trabajo de la enfermera especialista en Rehabilitación dentro del equipo multidisciplinario de atención a la salud.
- ◆ Resaltar las intervenciones que la enfermera especialista en rehabilitación puede realizar basada en un marco ético - legal y como una figura promotora de la salud capaz de otorgar cuidados individualizados de manera independiente.
- ◆ Observar la pertinencia del uso de una metodología específica para la documentación de la actividad profesional de la Enfermería a través del estudio de caso, como una aportación a la propia disciplina.

FUNDAMENTACIÓN

- Antecedentes (Estudios relacionados)

Los antecedentes se refieren a la utilización de las tres principales áreas de trabajo en este trabajo: la utilización del Método de Trabajo Enfermero (que en algunas obras utilizan el término Proceso Atención de Enfermería), la aplicación de la teoría del déficit de autocuidado y el estudio de la patología en sí.

El Método de Trabajo Enfermero se considera una de las metodologías predilectas para la demostración del trabajo del profesional de Enfermería frente a un solo paciente, como en un estudio de caso, su aplicación puede realizarse en los tres niveles de atención para la salud.

La Teoría del Déficit de Autocuidado, definida por Dorotea Orem está siendo retomada para perfilar y definir el trabajo de la enfermera de manera profesional, de manera clara y bajo una corriente teórica definida.

Por último, las intervenciones de Enfermería para la atención de patologías neurológicas ha sido documentado en algunos estudios de caso previamente realizados.

Cabe resaltar, que los estudios relacionados a este estudio de caso se comentan dentro del rubro revisión de la literatura, con el objetivo de darle mayor coherencia y agilidad en la estructuración del trabajo y a su vez facilitar al lector la revisión del trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Marco conceptual

En este capítulo, al tratarse de una investigación en la modalidad de estudio de caso, el marco conceptual o marco de referencia requiere incluir las teorías que lo sustentan, los enfoques teóricos, las investigaciones y antecedentes en general que lo avalan.

Asimismo se revisa la literatura correspondiente y se adopta también una teoría o en todo caso, el desarrollo de una perspectiva teórica, fundamental para la cientificidad de la Enfermería.

En este sentido, en el presente marco conceptual se inicia con la recapitulación de la Teoría de Enfermería, y en especial la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem bajo la cual se orienta este estudio. Se continúa con la revisión del Proceso Atención de Enfermería, como el método sistemático y organizado a través del cual se administra el cuidado de Enfermería individualizado, centrado en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

- Teoría en Enfermería

Una teoría es un enunciado que trata de explicar o caracterizar un fenómeno. Por lo tanto, en ella se intenta describir o explicar el fenómeno llamado Enfermería. Una teoría entonces, consiste siempre en una manera taquigráfica de entender, o caracterizar un fenómeno. Se encarga de señalar a aquellos componentes o características que proporcionan su identidad al fenómeno. En otras palabras, expone las partes salientes de un fenómeno, de tal manera que se pueden separar los factores (o relaciones) críticos y necesarios de los accidentales e innecesarios.

Funciones de la teoría

1. La función más importante de una teoría es explicar: decir porqué, cómo y cuando ocurre un fenómeno. Por ejemplo, una teoría de la personalidad autoritaria, debe explicarnos, entre otras cosas, en qué consiste este tipo de personalidad, cómo surge y porqué una persona autoritaria se comporta de cierta manera ante determinadas situaciones.
Una teoría puede tener mayor o menor perspectiva. Hay teorías que abarcan diversas manifestaciones de un fenómeno. Por ejemplo, una teoría de la motivación que pretenda describir y explicar qué es y cómo surge la motivación en general. Hay otras que abarcan sólo ciertas manifestaciones del fenómeno; por ejemplo, una teoría de la motivación que busque describir y explicar qué es la motivación en el trabajo, cómo se origina y qué la afecta. (Hernández, 2000).
2. Una segunda función es sistematizar o dar orden al conocimiento sobre un fenómeno o realidad, conocimiento que en muchas ocasiones es disperso y no se encuentra organizado.
3. Otra función, muy asociada con la de explicar, es la de predicción. Es decir, hacer inferencias a futuro sobre cómo se va a manifestar u ocurrir un fenómeno dadas ciertas condiciones. Por ejemplo, una teoría adecuada de la toma de decisiones de los votantes deberá conocer cuáles son los factores que afectan el voto, y contando con información válida y confiable respecto de dichos factores en relación con un contexto determinado de votación, podrá predecir que candidato habrá de triunfar en tal votación. En este sentido, la teoría proporciona conocimiento de los elementos que están en relación con el fenómeno sobre el cual se habrá de efectuar la predicción. Si hubiera una teoría adecuada sobre los temblores, se sabría qué factores pueden provocar un sismo y cuando es probable que ocurra. Y en el caso de que alguien familiarizado con la teoría observara que estos factores se presentan, podría predecir este fenómeno, así como el momento en que sucediera.

Existen varias teorías en Enfermería que van a permitir guiar el trabajo apegados a una corriente, sin embargo, en este caso se opta por mantener el perfil de trabajo y de atención de acuerdo a la Teoría del Déficit del Autocuidado desarrollado por Dorothea Orem, donde la responsabilidad, el compromiso y el trabajo no dependen únicamente de las enfermeras. A continuación se hace un esbozo general de la Teoría.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Referencias y antecedentes personales

Dorothea Elizabeth Orem, una de las primeras teóricas de la Enfermería, nació en Baltimore, Maryland. Su padre, trabajador de la construcción, era aficionado a la pesca, y su madre, ama de casa, a la lectura. Inició su carrera de enfermera en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital de Washington D. C., donde finalizó su diplomatura a principios de la década de los 30. Continuó su formación y obtuvo un BSN de la Universidad Católica de América en 1939 y un Master of Science en formación de Enfermería en 1945 en la misma universidad.

Su experiencia profesional incluye el ejercicio privado, la Enfermería hospitalaria y la docencia. Orem fue directora de la escuela de Enfermería y del departamento de Enfermería del Providence Hospital, Detroit, desde 1940 a 1949. Tras abandonar Detroit, permaneció en Indiana durante siete años (1949-1957) trabajando en la División de Servicios Institucionales y Hospitalarios del Departamento de Salud del Estado de Indiana con el objetivo de mejorar la calidad de la Enfermería en los hospitales generales del Estado. Fue en este periodo cuando Orem desarrolló su definición del ejercicio profesional de Enfermería. (Donahue, 1988).

En 1957 se trasladó a Washington D. C. trabajando como consultora para planes de estudio de la Oficina de Educación del Ministerio de Salud, Educación y Bienestar (HEW) desde 1950 a 1960. Durante esta etapa comienza a detectar déficit en la formación de las enfermeras sin titulación. Durante su etapa en el HEW elabora un proyecto para elevar la formación de las enfermeras no tituladas, lo que le llevó a publicar Guía para el desarrollo de la currícula para la educación de la enfermera práctica.

En 1959 inició su actividad docente como profesora agregada de Formación de Enfermería en la Universidad Católica de América. Posteriormente fue decana en funciones en la Escuela de Enfermería y profesora de Formación de Enfermería. Durante su estancia en la Universidad Católica continuó el desarrollo de su concepto de Enfermería y del autocuidado, y escribió "La esperanza de Enfermería" en (1962), que fue publicado en la Revista de Educación en Enfermería. En 1970 abandonó la Universidad Católica y estableció su primer consultorio como Orem y Shields, S.A. en Chevy Chase, Maryland. El primer libro de Orem, publicado en 1971, fue Nuevos Conceptos de la Práctica en Enfermería. La Universidad de Georgetown le concedió el título honorífico de Doctora en Ciencias en 1976. La cuarta edición de Enfermería: conceptos y práctica se finalizó en 1991. Orem siguió trabajando, sola en la Teoría de Enfermería sobre el Déficit de Autocuidado (SCNDT). Participa en conferencias y prepara publicaciones sobre diferentes elementos conceptuales de la teoría. Continuó contribuyendo al trabajo de sus colegas mediante discusiones sobre la estructura de la teoría y su aplicación a la enfermería.

El modelo de la doctora Orem surgió en 1959 como una respuesta a la carencia de un marco conceptual para la formación de las enfermeras y su práctica hospitalaria. En 1971 completa el diseño del sistema de conceptos, dentro de un modelo de autocuidado, basado en el pensamiento de Kuan - Tzer: "Si a un hombre se le da un pescado de comer un día. Si

se le enseña cómo pescar, podrá comer durante su vida". En 1980 amplía el modelo hacia el cuidado de grupos de personas, familia y comunidades. (Morán, 1993).

De todos los modelos de enfermería que han surgido en Estados Unidos, el de Dorothea Orem es quizás el que ha tenido mayor influencia. Ampliamente adoptado en Estados Unidos, Europa y otros lugares, ha significado un enfoque estimulante y directo de la situación actual de los cuidados. Las nociones de "autocuidado" y de las enfermeras que toman decisiones activas sobre el grado en que deben intervenir con los pacientes - eligiendo un "sistema de cuidado de Enfermería" - interesan a la profesión actual.

La economía de los cuidados de salud y la marea creciente del consumismo en los cuidados de salud dan nuevo significado a que las enfermeras deben considerar cuidadosamente qué papel deberían desempeñar con el paciente. Con frecuencia, una intervención energética: actuar por los pacientes, es inadecuada, minando su motivación para cuidar de sí mismos cuando tienen la capacidad necesaria para hacerlo. Esto puede ser no sólo un enfoque no terapéutico, sino invadir la intimidad personal y amenazar la dignidad del individuo. Algunos cuidados de Enfermería pueden presentarse mejor en forma de educación y de apoyo, enseñanza o guía del paciente en las medidas de autocuidado.

En los campos ético, legal y profesional, las enfermeras deben actualmente reflejar de forma minuciosa lo que planifican, hacen y finalmente evalúan. El modelo de Orem facilita esto de forma efectiva, abordando los déficits de autocuidado en las diversas etapas de la vida.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas: (1) la teoría del autocuidado (describe y explica el autocuidado); (2) la teoría del déficit del autocuidado (describe y explica las razones por las que la enfermera puede ayudar a las personas), y (3) la teoría de los sistemas de Enfermería (describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que se dé la Enfermería). Los conceptos principales de esta teoría se exponen a continuación.

ENFERMERÍA. Tiene responsabilidades en la satisfacción de las necesidades individuales, a través de medidas de autocuidado, provisión y dirección de satisfacciones sobre una base continua, para mantener la vida y la salud, recuperarse de las enfermedades o agresiones y hacer frente a sus efectos. Orem presenta tres ideas teóricas: el autocuidado, la deficiencia del autocuidado y el sistema de Enfermería.

AUTOCUIDADO. El hombre es un organismo psicosomático con potencialidades racionales. Como organismo biológico, existe y responde a su entorno. Como ser racional, formula propósitos y actúa sobre sí mismo, sobre los demás y sobre su ambiente. Por tanto, el autocuidado es una contribución del adulto a su propia existencia. El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar. Recapitulando, 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 sólo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto "cuidado" como la totalidad 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, citada por Cavanagh, 1993).

Requisitos de Autocuidado

Esenciales para el modelo son los requisitos de autocuidado, no sólo como componentes principales del modelo, sino como una parte indispensable en la valoración del agente. Estos requisitos identificados por Orem son esenciales para el logro del autocuidado. Hay tres categorías de autocuidado: universal, de desarrollo y de desviación de la salud. La totalidad de las acciones necesarias de autocuidado se denomina demanda terapéutica.

Los requisitos del autocuidado son la expresión de los objetivos que se han de alcanzar, de los resultados que se desea obtener del compromiso deliberado con el autocuidado. Son los medios para llevar a cabo las acciones que constituyen el autocuidado. Se desglosan en tres categorías: universales, de desarrollo y de desviación a la salud.

Requisitos de Autocuidado UNIVERSAL: Son comunes para todos los seres humanos, están relacionados con los procesos de vida, mantenimiento de la integridad de la estructura y el funcionamiento humano. Por tanto, abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Comprende las siguientes categorías:

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

Los problemas que ocurren en estas áreas podrían conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida. 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.

Requisitos de Autocuidado de DESARROLLO. Antes de 1980, Orem incluye esta categoría dentro del autocuidado, en la segunda edición del *Nursing: Concepts and practice*. En general, promueven procedimientos para el mantenimiento de las condiciones

para apoyar los procesos de vida y desarrollo humano, considera el apoyo a los estadios de desarrollo y el cuidado preventivo en las condiciones adversas que lo afectan: por ejemplo, la pérdida de seres queridos, posesiones y trabajo entre otros. En particular, algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo –es decir, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración-. Este grupo de requisitos de autocuidado se asocia con etapas específicas del desarrollo, como el ser un neonato (Cavanagh, 1991). En tales etapas debe prestarse especial atención a aspectos del cuidado necesarios para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo en cada etapa.

Las etapas específicas de desarrollo incluyen:

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

Requisitos de Autocuidado en la DESVIACIÓN DE LA SALUD. Orem dice que la enfermedad o lesión afecta al funcionamiento humano integrado además de las estructuras psicológicas y fisiológicas. Esta afectación resta capacidad al individuo de acción en forma temporal o permanente, malestar y frustración de la asistencia médica recibida. Una vez afectados, los individuos deben ser capaces de aplicar los conocimientos necesarios oportunos para su propio cuidado para aplicar ésta teoría en particular.

Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades, o está recibiendo cuidados médicos. Bajo estas circunstancias, el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados de la salud:

1. Buscar asistencia médica apropiada en condiciones de enfermedad.
Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o a agentes físicos y biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos, o cuando hay indicios de condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que se sabe que producen patología humana o están asociadas a ésta.
2. Atender los efectos de la enfermedad.
Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo, y atender a ellos.
3. Administrar correctamente las dosis de los medicamentos indicados. (Morán, 1993).
Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas, y de rehabilitación médicamente prescritas, dirigidas a la prevención, de tipos específicos de patología, a la propia patología, a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades.
4. Identificar los efectos de los medicamentos prescritos. Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico, incluyendo su influencia sobre el desarrollo, y atender a dichos efectos y regularlos.

5. Aceptar la necesidad del cuidado de salud.
Modificación del autoconcepto (y autoimagen) aceptándose uno mismo como un ser con un estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidado de salud.
6. Alterar el estilo de vida para promover el desarrollo personal, mientras se viven los efectos de la enfermedad y la prescripción de medicamentos.
Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos, y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal continuado.

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Aparte la necesidad diaria y natural de sobrevivir, desde muchos puntos pueden producirse demandas adicionales sobre la capacidad de un individuo de cuidarse a sí mismo. La enfermedad crónica o aguda, o la experiencia de un trauma emocional pueden requerir que la persona emprenda nuevas medidas para cuidar de sí misma o solicitar ayuda de otros. Los individuos pueden tener diversas capacidades de responder a las demandas que se les hacen para realizar las actividades de autocuidado. Es probable que las personas sanas, que controlan su vida sin sufrir enfermedades o sin la ayuda de otros, satisfagan todas sus necesidades diarias de autocuidado. Las personas que tienen una enfermedad o patología, que han experimentado suficientemente las capacidades de autocuidado pueden tener sólo una capacidad limitada para satisfacer sus necesidades de autocuidado.

Los seres humanos tenemos una gran capacidad de adaptación a cambios producidos por nosotros mismos o en el entorno, pero puede darse la situación en que la respuesta sea inadecuada o incompleta para responder a los cambios. En una situación así, la persona requiere ayuda, y ésta puede provenir de varias fuentes, incluyendo a la familia, los amigos y los profesionales de Enfermería.

AGENCIAS DE CUIDADO

Orem utiliza la palabra agente (quien otorga un cuidado o una agencia) para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica, por ejemplo, cuando una persona realiza su propio cuidado se le considera agente de autocuidado. En cambio, cuando unas personas cuidan de otras se denomina agencia de cuidado dependiente; puede darse comúnmente de adultos a niños o a adolescentes, haciendo énfasis en satisfacer o modificar los requisitos de autocuidado universal, de desarrollo o de desviación de la salud. Incluso la enfermera puede utilizar este tipo de cuidados, usando la agencia de Enfermería pertinente.

SISTEMA DE ENFERMERÍA

Un elemento más incluido dentro de la atención del profesional en Enfermería se refiere al sistema de Enfermería, cuyo diseño incluye las siguientes tareas:

1. Crear un sistema de relaciones para satisfacer los requerimientos de autocuidado, ahora y en el futuro.
2. Especificar el momento y la duración del contacto enfermera - paciente y las razones para él.

3. Identificar las contribuciones de la enfermera y del paciente en la satisfacción de las demandas de autocuidado asegurando que:
 - a) Hay una rutina de tareas de autocuidado y una secuencia temporal para completarlas.
 - b) Hay una regulación de la participación del paciente en su propio autocuidado.
 - c) El paciente desarrolla un interés en su propio autocuidado y el deseo de cuidar de sí mismo.
 - d) El paciente desarrolla, perfecciona o domina las capacidades de autocuidado existentes.
 - e) El paciente desarrolla nuevas aptitudes y habilidades para satisfacer las necesidades de autocuidado, sin desarrollar nuevas limitaciones.

Toman en cuenta que Enfermería es la acción realizada por las enfermeras en beneficio de otros para alcanzar objetivos de salud específicos. Una vez que la enfermera ha establecido que existe la situación de enfermería, es extremadamente importante la forma en que organiza sus esfuerzos y aborda el cuidado del paciente. La manera y el contexto en los que la enfermera y el paciente interactúan es denominado sistema de Enfermería. Los elementos básicos que constituyen dicho sistema son:

1. La enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con los familiares y amigos.

Todos los sistemas de Enfermería tienen varias cosas en común, en particular se encuentran:

1. Las razones para tener una relación de Enfermería deben estar claramente establecidas.
2. Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados.
3. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de Enfermería.
4. Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados a la salud.
5. Debe estimarse la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de Enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

1. **Totalmente compensatorio.** Es el tipo de sistema que se requiere cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Cuando 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 él pueda reanudar su propio cuidado, en caso de ser posible o se haya adaptado a cualquier deficiencia. Aquí, el papel de la enfermera está encaminado a

compensar las incapacidades para el autocuidado que pueda tener el paciente y apoyar y proteger al paciente mientras le proporciona un entorno apropiado para promover las capacidades de autocuidado restantes y reforzar el desarrollo de otras nuevas.

2. **Parcialmente compensatorio.** Aquí no es requerida la misma intensidad y amplitud de la intervención de Enfermería en comparación con el sistema totalmente compensatorio; sin embargo, aunque la enfermera compensa el cuidado el paciente se encuentra más implicado en la toma de decisiones y de acciones. La enfermera realiza algunas medidas de autocuidado por el paciente, compensa cualquier limitación del autocuidado que pueda tener el paciente y ayuda al paciente según se requiera. Se incluyen algunas responsabilidades del paciente como realizar algunas medidas de autocuidado por sí solo en la medida de lo posible bajo ayuda y supervisión de la enfermera y la capacidad de aceptar cuidados y ayuda por parte del equipo de Enfermería cuando sea apropiado y necesario.
3. **De apoyo educativo.** Este sistema es apropiado cuando el paciente es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de Enfermería, incluyendo a veces sólo motivarlo. En este sistema la enfermera requiere de enseñar al paciente, o modificar su entorno para ayudar al aprendizaje, reduciendo en lo posible las distracciones innecesarias. Su papel puede ser de consultora ofreciendo información periódica o de actualización, regulando la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado, mientras que el propio paciente realiza su autocuidado (Cavanagh, 1991).

Retomando, la economía de los cuidados de salud y el creciente consumismo en los cuidados de salud permiten de alguna manera, la determinación de que las enfermeras deben considerar cuidadosamente qué papel deberían desempeñar con el paciente. Con frecuencia, una intervención enérgica, actuar por los pacientes, es inadecuada, mirando su motivación para cuidar de sí mismos cuando tienen la capacidad necesaria para hacerlo. Esto puede ser no sólo un enfoque no terapéutico, sino invadir la intimidad personal y amenazar la dignidad del individuo. Algunos cuidados de enfermería pueden presentarse mejor en forma de educación y apoyo, enseñanza o guía del paciente en las medidas de autocuidado.

- Método de Trabajo Enfermero

La práctica de la enfermería se interrelaciona a menudo con las de otras personas que proporcionan cuidados sanitarios. A veces, la enfermera observa problemas del cliente que necesitan ser remitidos para tratamiento e ignora o no es capaz de detectar los problemas que puede tratar de forma independiente (Carpenito, 1995).

En un principio, el ejercicio de la enfermera abarcaba numerosos papeles; el profesional de Enfermería se centraba en las medidas del consuelo y en el mantenimiento de un entorno higiénico; además, los papeles del farmacéutico, dietista, fisioterapeuta y asistente local formaban parte de la práctica de la Enfermería- El profesional de Enfermería como prestador de atención sanitaria cubre las necesidades totales del cliente. Desde entonces, han aparecido varios factores que han alterado las dimensiones de la práctica de Enfermería, como cambios sociales, científicos o tecnológicos, docentes, económicos y políticos.

Durante el proceso evolutivo, el hilo central que se ha mantenido es el enfoque del profesional de enfermería en las necesidades totales del cliente. Sin embargo, los factores identificados anteriormente han cambiado también el aspecto de la atención sanitaria en general. Diversas disciplinas, como la fisioterapia, los servicios sociales y la dietética, han evolucionado para ayudar a cubrir las necesidades del cliente. El papel que desempeña el profesional de enfermería en la prestación de estos servicios secundarios ha pasado de prestador a coordinador. Esto permite al profesional de Enfermería mayor actuación en cuanto a la resolución de problemas del cliente. El método mediante el cual se consigue esto es el Método de Trabajo Enfermero (MTE) (Iyer, 1997).

La Enfermería se ha definido en términos de funciones o de roles. En la práctica de la Enfermería, los roles se pueden dividir en dos áreas: funciones independientes y funciones interdependientes.

Funciones independientes

Las funciones independientes son aquellas actividades consideradas dentro del campo diagnóstico y de tratamiento de la Enfermería (Iyer, 1995). Estas acciones no necesitan una indicación del médico.

Se incluyen las siguientes:

1. Valoración del cliente o la familia mediante la exploración física para determinar el estado de salud, dejando constancia en el expediente clínico.
2. Diagnóstico de las respuestas que necesitan actuaciones específicas de Enfermería.
3. Identificación de las actuaciones de Enfermería que mantengan o restablezcan la salud.
4. Ejecución de las medidas diseñadas para motivar, guiar, apoyar, aconsejar o enseñar al cliente e incluso a la familia.

5. Consulta con otros miembros del equipo de salud cuando es necesario y es permitido por las leyes sobre la práctica de enfermería de cada país.
6. Evaluación de la respuesta del cliente a las actuaciones del profesional de enfermería y de todo el equipo de salud.
7. Participación con los usuarios y con los prestadores del sistema de salud en la mejora de la atención.

Funciones interdependientes

Las funciones interdependientes del profesional de Enfermería son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo sanitario (Iyer, 1995).

Es importante señalar que cada Estado tiene definida de forma legal la práctica de la enfermería en su ley de la práctica del profesional de enfermería.

La práctica de la Enfermería ha sido definida por los dirigentes de Enfermería, por las organizaciones profesionales según la función en componentes independientes e interdependientes.

Definición

La ciencia de la Enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El método de Trabajo de Enfermería es el camino mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de Enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar.

El Método de Trabajo Enfermero (MTE) consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de Enfermería.

El MTE (método de trabajo enfermero) es un sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo a través del cual el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Básicamente, el Método de Trabajo de Enfermería, es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de Enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos y en sus alteraciones de salud reales o potenciales (Alfaro, 1995).

Yura y Walsh afirman que el MTE es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de Enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente y, si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de Enfermería que la

situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el MTE debería contribuir a la calidad de la vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible (Citado en Iyer, 1997).

Objetivo

Proporcionar un sistema dentro del cual se pueden cubrir las necesidades individuales del cliente, la familia y la comunidad. Es una relación de interacción entre el cliente y la enfermera, donde el cliente es el centro de atención, dando lugar a una asistencia individualizada. El MTE valida las observaciones y fundamenta sus acciones, dando pauta a los clientes a enfrentar a los cambios del estado de salud.

Organización

Está organizado con cinco fases identificables, interrelacionadas y correlativas. Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación.

1. Valoración

Es la primera fase del MTE donde se obtiene la información relacionada con el cliente, identificando necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente o de la comunidad. La organización de éstos datos es sistemática siguiendo los pasos de la entrevista, la exploración física, resultados de estudios y otras fuentes registradas en la historia de Enfermería.

2. Diagnóstico

Aquí se observan el análisis e interpretación de datos de forma crítica y la identificación de los diagnósticos de Enfermería que proporcionan un foco central para todo el proceso, estos diagnósticos de Enfermería son un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.

3. Planeación

Desarrollo de estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados y establecidos de antemano en el diagnóstico de Enfermería. La fase consta de varias etapas:

1. Jerarquizar los problemas de acuerdo a la prioridad de los diagnósticos.
2. Determinar los resultados (metas) con el cliente de acuerdo a cada problema.
3. Realizar las prescripciones de Enfermería por escrito, para alcanzar los resultados propuestos.
4. Registrar diagnósticos de Enfermería, actuaciones enfermeras y los resultados de manera organizada en el plan de cuidados.

4. Ejecución

Representa el inicio y el fin de las acciones necesarias para conseguir los resultados planeados con antelación, a través de la comunicación del plan a todas las personas que participan en él, ya sea el equipo de atención a la salud e incluso el propio cliente. Cabe mencionar que aún en ésta etapa se siguen recolectando datos, así como el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro del trabajo administrativo de la enfermera a través de los cuales a futuro se llevará a cabo la evaluación del trabajo.

5. Evaluación

Es la última fase del MTE, aunque se considera como un proceso continuo que determina el grado en que se ha trabajado tomando como parámetros los objetivos iniciales; cabe señalar que el orden no es completamente estático, ya que los datos de la evaluación pueden fortalecer las etapas previas.

Propiedades

1. Intencionado. Va dirigido a un cliente o a una comunidad de manera personalizada.
2. Sistemático. La organización de la atención es básica.
3. Dinámico. Sometido a continuos cambios.
4. Interactivo. Basado en relaciones recíprocas de constante retroalimentación.
5. Flexible. Adaptable a cualquier especialidad de la Enfermería, así como el uso de sus fases en forma continua y concurrente.
6. Con base teórica. Utilizando ciencias naturales y humanas, así como los modelos teóricos en Enfermería.

ETAPA I. VALORACIÓN

La obtención de datos es el fundamento de los procesos de atención de Enfermería. Una valoración exacta conduce a la identificación del estado de salud del paciente, a los temas de incumbencia de Enfermería y al diagnóstico de la misma. De este modo se logra conocer la dirección para la implementación de la misma. El propósito de la obtención de datos es identificar y obtener los datos pertinentes acerca del paciente. Tiene dos etapas: recolección de datos y documentación.

La meta de la Enfermería es considerar al paciente de modo multifocal. Los individuos, las familias y las comunidades tienen múltiples aspectos que están interrelacionados e influyen uno en el otro, por lo que los elementos fisiológicos, biofísicos, espirituales y socioculturales del paciente deben tomarse en cuenta para asegurar una valoración precisa y comprensiva. Con este objetivo en mente, la enfermera necesita una base sólida de conocimientos en varias disciplinas; una base de conocimientos de las teorías, normas y cánones de conducta, que proporcione el cimiento para obtener la información pertinente de los pacientes y para hacer juicios correctos acerca de su salud.

Esta fase ofrece una base sólida que favorece la prestación de atención individualizada de calidad. Es necesaria una valoración exacta y completa para facilitar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas como el campo de la práctica de la Enfermería según la definición de la ANA (Asociación Americana de Enfermeras) en 1980. La valoración es la base para la identificación del diagnóstico de Enfermería, el desarrollo de resultados, la ejecución de las actuaciones de Enfermería y la evaluación de las acciones de Enfermería.

El proceso de valoración se aplica a todos los grupos de pacientes: individuos, familias y comunidades. En el contexto de la valoración de Enfermería, se pueden definir los datos como información específica obtenida acerca del cliente. Se va acumulando de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas del cliente e identificar los factores que intervienen. Posteriormente, esta base de datos será la base para las restantes fases del proceso atención de Enfermería.

Tipos de datos

Durante esta etapa, el profesional de Enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Una base de datos completa y exacta suele incluir una combinación de esos datos.

Datos Subjetivos. Los datos subjetivos se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos. Esta información no puede ser determinada por el profesional de Enfermería con independencia de la interacción o comunicación con el individuo. A menudo se obtienen datos subjetivos durante la historia de Enfermería como son las percepciones, sentimientos e ideas sobre sí mismo y sobre su estado de salud del cliente. Algunos ejemplos son las descripciones que se hagan sobre el dolor, la debilidad, la tristeza, la depresión, las náuseas. La información proporcionada por otras fuentes distintas al cliente, por ejemplo: la familia, otros miembros del equipo de salud, pueden ser también subjetivas si se basa en la opinión de cada uno en lugar de estar fundada en hechos.

Las entrevistas o las relaciones transitorias entre dos personas con el propósito de obtener información o desarrollar armonía, pueden clasificarse como directivas - interrogativas, constructoras de armonía o de apertura - cierre. La entrevista directiva - interrogativa se encarga de buscar información específica; y el paciente se convierte en un participante pasivo. Este tipo de entrevista es ventajoso cuando es necesaria una cantidad específica de datos en un periodo corto, pero tiene la desventaja de que el paciente es pasivo y es posible que no esté capacitado para discutir los asuntos. La historia clínica es un ejemplo de una entrevista directiva - interrogativa.

Datos objetivos

Por contrario, los datos objetivos consisten en información observable y medible. Habitualmente, esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, oído, olfato y tacto) durante la exploración física del cliente. Algunos ejemplos de datos objetivos son los signos vitales, el edema y el peso, entre otros.

Datos históricos

Otra consideración a tener en cuenta al describir los datos se refiere al elemento tiempo. En este contexto, los datos pueden ser históricos o actuales. Los datos históricos consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son especialmente importantes para identificar las características de la salud normal del cliente y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto en su estado de salud actual. Algunos ejemplos de datos históricos pueden ser la hospitalización o cirugías previas, los resultados del electrocardiograma, las pautas de eliminación normales o enfermedades crónicas.

Datos actuales

Por contraste, los datos actuales se refieren a acontecimientos que están sucediendo en este momento. Pueden ser los signos o síntomas que esté sintiendo al momento. Estos datos son especialmente importantes para comparar la información actual con los datos previos y determinar el progreso del cliente.

Fuente de Datos

Durante la fase de valoración, se reúnen datos procedentes de diferentes fuentes. Estas fuentes se clasifican como primarias o secundarias. El cliente es la fuente primaria y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes. Hay varias cosas que el cliente puede hacer con mayor precisión como son: 1) compartir las percepciones y sensaciones personales sobre salud y enfermedad, 2) identificar objetivos o problemas concretos y 3) validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento. Fuentes secundarias son todas las demás que no sean el propio cliente.

RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos sistemática y continua es la clave para realizar una valoración exacta de sus clientes. Aquí se comenta la necesidad de establecer prioridades en la recolección, los métodos utilizados para ello y los métodos que favorecen la misma.

La recolección completa de datos incluye dos tipos de valoración de Enfermería:

- ❖ **Valoración de los datos básicos.** Realizada durante la entrevista inicial con el paciente para reunir información sobre todos los aspectos de su estado de salud. Esta información le dice cómo está el paciente hoy, antes de iniciar la intervención y cuáles serán las bases para la identificación de las capacidades y problemas.
- ❖ **Valoración focalizada.** Realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial.

El empleo de un impreso de registro para la recolección de datos de acuerdo a un modelo de Enfermería es muy importante. Esto se debe a que la organización de los datos básicos mediante un modelo médico ayudará sólo a recoger información sobre problemas médicos; sin un enfoque holístico de Enfermería, es probable que omita información importante sobre el funcionamiento de la persona como ser humano biopsicosocial. Son este tipo de datos, cómo vive la persona en su vida diaria, los que serán cruciales a considerar más tarde, cuando se identifiquen los diagnósticos de Enfermería. Hay varias formas de organizar los datos básicos de Enfermería para mantener el enfoque de Enfermería. En este estudio de caso se utilizará un instrumento para la recolección de datos de acuerdo a la Teoría de Autocuidado de Orem.

Valoración focalizada

La valoración focalizada se usa para reunir información específica a fin de determinar el estado de un problema real o potencial. Esta valoración se realiza para *centrar la orientación* sobre problemas reales o potenciales. La valoración focalizada es el principal método para la valoración continua. Es decir, se ha identificado un problema real o potencial y ahora tendrá que realizar valoraciones focalizadas periódicas para monitorizar su estado.

Método de recolección de datos

Se utilizan tres métodos principales para obtener información durante una valoración de Enfermería. Estos métodos incluyen entrevista, observación y exploración física. Estas técnicas proporcionan al profesional de Enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recolección de los datos necesarios para el posterior diagnóstico de Enfermería y planificación de los cuidados.

Entrevista

Las entrevistas o las relaciones transitorias entre dos personas con el propósito de obtener información o desarrollar armonía, pueden clasificarse como directivas - interrogativas, constructoras de armonía o de apertura - cierre.

La entrevista directiva - interrogativa se encarga de buscar información específica; y el paciente se convierte en un participante pasivo. Este tipo de entrevista es ventajoso cuando es necesaria una cantidad específica de datos en un periodo corto, pero tiene la desventaja de que el paciente es pasivo y es posible que no esté capacitado para discutir los asuntos. La historia clínica es un ejemplo de una entrevista directiva - interrogativa. Las entrevistas para forjar o construir armonía se centran en la formación de un nexo, no en obtener información. El entrevistador emplea respuestas abiertas, de empatía, para facilitar al paciente el control de la entrevista, los datos surgen y la relación se desarrolla, pero formar una armonía toma tiempo y es posible que los datos no sean específicos.

La entrevista tiene cuatro objetivos en el contexto de una valoración de Enfermería: (1) le permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico y la

planificación; (2) facilita su relación con el agente creando una oportunidad para el diálogo; (3) permite al cliente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecimiento de objetivos, y (4) le ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

Observación

El segundo método de recolección de datos utilizado durante la fase de valoración es la observación. La observación sistemática consiste en el uso de los sentidos para adquirir información sobre el cliente, sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre estas tres variables. La observación es una habilidad que exige disciplina y práctica por su parte. Exige también, una amplia base de conocimientos y el uso consciente de los sentidos: vista, olfato, oído y sensibilidad.

Las observaciones identificadas por los sentidos pueden ser indicios positivos o negativos en un determinado cliente. Cada uno de los hallazgos individuales identificados durante la observación, exigen una nueva investigación, que puede confirmar o negar sus impresiones iniciales.

Exploración Física

Como ya se ha visto, la valoración física se realiza conjuntamente con la entrevista de Enfermería. Esto se consigue mediante un examen completo y sistemático del cliente.

El tercer método principal en la recolección de datos durante el proceso de valoración es la exploración física. El objetivo de la exploración física del médico es el diagnóstico de la enfermedad. La exploración del profesional de Enfermería se concentra en:

Técnicas

Durante la exploración física se utilizan cuatro técnicas concretas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección. Se refiere a la exploración visual del cliente para determinar estados o respuestas normales, no habituales o anormales. Es un tipo de observación enfocado en conductas o en características físicas específicas. La inspección es también más sistemática y detallada que la observación, ya que define características como tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetrías. Por lo general, la inspección se refiere al uso de los ojos sin ninguna ayuda; sin embargo, debido al mayor papel que desempeña el profesional de Enfermería en diversos campos, es posible que incorpore el uso de instrumentos. Los que se utilizan con mayor frecuencia son el otoscopio y el oftalmoscopio; estos instrumentos, le permiten completar una exploración más amplia y precisa del ojo o del oído.

Palpación. Es el uso del tacto para determinar las características de la estructura corporal por debajo de la piel. Esta técnica le permite evaluar tamaño, forma, textura,

temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad. Las manos son los instrumentos de la palpación, utilizándose partes concretas para valorar características particulares. El dorso de la mano es la parte más útil para valorar la temperatura ya que la piel en esta zona es más fina y permite discriminar entre diferencias de temperatura. Las puntas de los dedos se utilizan para determinar textura y tamaño, dada la concentración de terminaciones nerviosas en ellas. Las superficies palmares de las articulaciones metacarpianas son las más sensibles a las vibraciones, por lo que resultan especialmente útiles en la detección de fenómenos como palpitaciones sobre el corazón o peristaltismo.

La palpación suave es el método utilizado para explorar la mayor parte del cuerpo. Es preferible el uso de la mano dominante. Mantenga la mano paralela a la parte del cuerpo que está examinando, con los dedos extendidos. Ejercer una suave presión hacia abajo, mientras la mano sigue un movimiento circular. Esta técnica se utiliza con frecuencia en la exploración de la mama, para detectar la presencia y las características de masas anormales. La palpación profunda es especialmente eficaz en la exploración del abdomen, para localizar órganos o identificar en la exploración del abdomen, para localizar órganos o masas no habituales. Para esta técnica son necesarias ambas manos, una para aplicar presión y la otra para percibir las sensaciones. Se coloca la mano dominante sobre el área que se va a palpar; se convierte en perceptora pasiva de sensaciones. La otra mano se coloca por encima y se utiliza para aplicar presión. La expresión facial del cliente y los movimientos del cuerpo durante la palpación le proporcionarán información añadida que le ayudará en la evaluación de variable como el grado de dolor o de molestia.

Percusión. Consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo o los dedos para provocar sonidos. Esto permite determinar tamaño, densidad, límites de un órgano y localización. La percusión directa se produce cuando se golpea o percute la superficie del cuerpo directamente con uno o más dedos de una mano. Este método se utiliza directamente con frecuencia para definir el borde cardiaco. La percusión indirecta se utiliza con frecuentemente. Coloque el dedo índice o medio de una mano firmemente sobre la piel y golpee con el dedo medio de la otra mano. Los sonidos producidos por la percusión se pueden prescribir como mates, sordos, resonantes o timpánicos. Los sonidos mates son de tono grave y bruscos y se producen al percudir músculo o hueso. Los sonidos sordos son de tono medio y se pueden escuchar sobre el hígado y bazo. La resonancia es un sonido claro y hueco producido por la percusión sobre un pulmón normal, lleno de aire. El timpanismo es un sonido alto, agudo, que se escucha sobre un estómago lleno de gas o sobre la mejilla hinchada.

Auscultación. Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se puede utilizar la auscultación directa (sólo con el oído, sin ayuda) para detectar sonidos como el jadeo. Sin embargo, por lo general se evalúan los sonidos de forma directa, utilizando un estetoscopio. Esta técnica se utiliza con mayor frecuencia para determinar

las características de los ruidos pulmonares, cardiacos e intestinales. Le permitirá identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos auscultados.

Cada una de las cuatro técnicas (inspección, palpación, percusión y auscultación) se puede realizar de forma independiente. Sin embargo, el método más eficaz de exploración física es un enfoque global que incluya la combinación de estas técnicas.

Las habilidades en el examen físico (cómo inspeccionar, auscultar, percutir y palpar) se adquieren con la práctica y es importante mantener un uso activo de estas habilidades a fin de mantener la competencia.

Técnicas no verbales

Los métodos no hablados pueden también facilitar o potenciar la comunicación durante la recolección de datos. Regularmente, los componentes no hablados de una interacción entre profesional de Enfermería y agente transmiten un mensaje de forma más eficaz entre las palabras habladas. De hecho, en caso de discrepancia entre los mensajes hablados y los no hablados, el mensaje no hablado suele ser aceptado con mayor facilidad. Los componentes no hablados más frecuentes son la expresión de la cara, la postura corporal, el contacto, la voz, el silencio y la escucha atenta.

Características de la recolección de datos

Existen dos características importantes de la recolección de datos utilizada durante la valoración de Enfermería: es sistemática y continua.

Sistemática. La recolección sistemática es fundamental para que la valoración sea exacta y completa. Existen varios enfoques útiles y prácticos que utiliza el profesional de Enfermería para valorar de forma sistemática a los clientes. A continuación se describen los enfoques de la cabeza a los pies, principales sistemas corporales, características de salud funcional y tipos de respuestas humanas.

Céfalo caudal. Este enfoque comienza por la cabeza del cliente y desciende de forma sistemática y simétrica por todo el cuerpo hasta los pies.

Principales sistemas corporales. En este enfoque, el profesional de Enfermería explora el cuerpo por sistemas, en lugar de hacerlo por sus diferentes partes. La información obtenida de la entrevista y de la observación ayuda al profesional de Enfermería a determinar qué sistemas exigen una mayor atención. (En este caso, de acuerdo al modelo de D. Orem).

Continua. La valoración inicial le permite acumular datos globales sobre el cliente. También establece su relación con el cliente y facilita la terminación de las restantes fases del Proceso Atención de Enfermería. Además ayuda a identificar las respuestas de la salud y los factores concretos que contribuyen a la existencia de estas respuestas de

cada cliente. Esto favorece la colaboración entre el profesional de Enfermería y cliente para el desarrollo de los resultados y las intervenciones de Enfermería adecuadas, diseñadas para conseguirlos.

ETAPA II. DIAGNÓSTICO

Algunas de las palabras que los individuos utilizan para comunicar sus ideas tienen dos o más definiciones. La forma en que se utiliza la palabra aclara su significado. Eso es lo que ocurre con el término diagnóstico enfermero. No sólo se refiere al proceso de diagnosticar, sino también al juicio diagnóstico alcanzado y expresado a través de una categoría diagnóstica.

La separación entre el proceso y el contenido del juicio diagnóstico es artificial; actualmente los dos son interdependientes. Pero es cierto que, en un principio, es más fácil aprenderlos de forma separada. En éste paréntesis, el lector puede entender paso a paso los aspectos conceptuales y estructurales de las categorías diagnósticas, con un repaso general del objeto del razonamiento y juicio diagnóstico. Cuando una enfermera describe la situación de un cliente como deterioro de la movilidad relacionado con intolerancia a la actividad, se están utilizando dos etiquetas de categoría diagnóstica.

Se observa el diagnóstico enfermero como una categoría que denomina un problema de salud, aquél se definirá desde dos perspectivas. Su base y definición conceptual tendrán relación con la focalización y el significado del diagnóstico enfermero, y su definición estructural describirá lo que "parece". Esta aproximación proporcionará una buena comprensión del diagnóstico enfermero como categoría para etiquetar los juicios diagnósticos enfermeros.

El proceso diagnóstico, la segunda fase del Proceso Atención de Enfermería, es una función intelectual compleja. Esta fase tiene cuatro etapas: procesamiento de datos, formulación de la exposición diagnóstica de enfermería, validación y documentación. El resultado del proceso diagnóstico, el diagnóstico de Enfermería, es la base de las restantes fases del Método de Trabajo Enfermero: planeación, ejecución y evaluación. Aquí se investiga el concepto y la evolución del diagnóstico de Enfermería, así como también el componente de procesamiento de datos del proceso diagnóstico. Los diagnósticos de Enfermería pueden ser también uno de los componentes fundamentales de los sistemas financieros diseñados para el reembolso directo de los servicios de Enfermería.

Definiciones conceptuales del Diagnóstico Enfermero

El profesional de Enfermería, en virtud de sus leyes para la práctica de la enfermera, puede detectar problemas reales y potenciales de salud. La habilidad de la Enfermería, desarrollada como resultado de la educación y la experiencia, identifica aquellas funciones de Enfermería que se pueden ordenar de forma independiente, sin que sea necesaria la colaboración con el médico ni con otros profesionales de la salud. Estas

funciones pueden incluir (1) enfoques preventivos, como la educación, los cambios de posición y la detección de potenciales complicaciones, o (2) enfoques correctivos, como la administración obligada de líquidos, el cuidado de la piel y el asesoramiento. Este enfoque en acciones independientes de Enfermería, no sólo evita la duplicación y la superposición con otras disciplinas, sino que también se continúan para definir y validar los elementos de la práctica de Enfermería.

Un diagnóstico de Enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera (Griffith, 1986). Deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue a una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una decisión o a una opinión. El diagnóstico de Enfermería es probablemente el menos comprendido, el más polémico y el eslabón más débil en el Proceso de Enfermería. Ha sido identificado como un componente esencial que requiere un nivel elevado de destreza intelectual. Es la base para planear, intervenir y evaluar los problemas de salud del paciente.

Etapas del proceso diagnóstico

En la fase diagnóstica se distinguen cuatro etapas: procesamiento de datos, formulación del diagnóstico de Enfermería bajo determinadas directrices, validación y documentación.

Procesamiento de Datos. La información por el profesional de Enfermería sobre el cliente es fundamental para el desarrollo adecuado del diagnóstico de Enfermería y la posterior planeación, ejecución y evaluación de la asistencia de Enfermería. Antes de que se pueda llevar a cabo la planeación, se deberán procesar los datos reunidos: clasificar, interpretar y validar. Aunque el procesamiento de datos se observa como una fase de la etapa diagnóstica, no está aislada. Este tipo de actividades se producen de forma continuada durante el Proceso de Enfermería. La *clasificación* consiste en dividir la información en clases concretas. El proceso de clasificación que comienza durante la recolección de datos se va facilitando por la existencia de formularios organizados en clases concretas. La distribución de los datos en clases, también ayuda al profesional de Enfermería a completar el proceso diagnóstico identificando componentes ausentes que puedan necesitar una nueva recolección de datos.

Interpretación. La segunda etapa en el procesamiento de datos es la interpretación, que consiste en la identificación de datos importantes, en la comparación con patrones o normas y en el reconocimiento de pautas o tendencias. Los indicios y deducciones desarrolladas a partir de la base de conocimientos científicos de Enfermería, ayudan al profesional de Enfermería a interpretar los datos. Un indicio es una información sobre un determinado paciente obtenida durante el proceso de valoración. Es la percepción del profesional de Enfermería de lo que existe basándose en datos subjetivos y objetivos, obtenidos del cliente y de otras fuentes secundarias. Los indicios pueden ser signos, que

son datos objetivos como presión arterial y peso, o síntomas, que son datos subjetivos como dolor y tristeza. Deducir es designar un significado a un indicio. Una deducción es un juicio hecho por el profesional basado en la educación y la experiencia.

Validación. La etapa final del procesamiento de datos es la validación. En esta fase, el profesional de Enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos. Esto se consigue con mayor frecuencia mediante la interacción directa con el cliente o sus seres queridos, consultando con otros profesionales de la salud o comparando datos con una referencia autorizada.

DEFINICIÓN ESTRUCTURAL DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Uno de los caminos más sencillos para comprender el concepto de diagnóstico enfermero es identificándolos. Para construir las ideas antes expuestas se considera cómo puede aparecer un diagnóstico enfermero en diferentes formatos de registro. Hay tres componentes esenciales en un diagnóstico enfermero; y cumplen el formato PES. Estos tres componentes son:

1. Problema de salud. (P).
2. Factores etiológicos o relacionados (E).
3. Características definitorias o serie de signos y síntomas (S).

Esto no significa que cada vez que se escriba un diagnóstico enfermero éste deba contener una larga lista de todos los signos y síntomas. Éstos están documentados sólo la primera vez que se diagnostica la situación. Después todas las observaciones se registran en las notas de evolución.

Características de las condiciones de los diagnósticos

1. Las enfermeras pueden obtener la valoración de los datos necesarios para la realización del diagnóstico, de forma independiente.
2. La situación puede ser resuelta de forma inmediata por las intervenciones enfermeras.
3. Las enfermeras asumen la responsabilidad de los resultados del cliente en relación con la situación.
4. Las enfermeras asumen la responsabilidad en la investigación de la situación: prevención, diagnóstico y tratamiento.

EL PROBLEMA

El primer componente de un diagnóstico es el problema, un estado o proceso relacionado con la salud, manifestado por el individuo, la familia o la comunidad. El problema está expresado en términos claros y concisos, preferiblemente en dos o tres palabras. Las categorías diagnósticas y otras que pueda ser necesario crear debido al sistema incompleto son utilizadas para etiquetar el juicio enfermero acerca del problema de salud. Cada categoría diagnóstica que describe un problema tiene una definición similar en un diccionario de términos. Resume de forma concisa la base teórica del

conocimiento que subyace bajo dicha categoría y sirve para distinguirla de otras categorías. Las características que se observan, llamadas características definitorias, sirven para operativizar la definición.

La exactitud en la identificación del problema es importante porque la planificación de los objetivos de resultado y la evaluación de los cuidados están basados en indicadores de la resolución del problema.

FACTORES ETIOLÓGICOS O RELACIONADOS

El segundo componente de un diagnóstico enfermero comprende el probable factor que ocasiona o mantiene el problema de salud del cliente. Estos factores pueden ser comportamientos del cliente, elementos del entorno o de una interacción entre ambos.

Las probables causas de un problema deben establecerse clara y concisamente, utilizando un nombre de categoría concreto, cuando sea posible, para resumir los síntomas y signos observados. Los factores etiológicos o relacionados son la base de las intervenciones para resolver el problema. Los clientes pueden incluso, compartir el mismo problema, pero mostrar signos y síntomas que indiquen factores etiológicos diferentes.

La definición de la categoría diagnóstica médica: infarto al miocardio se ha estandarizado internacionalmente por tanto, en las revistas u otros formatos de comunicación no puede darse una interpretación errónea. Los términos utilizados en el diagnóstico enfermero deben tener definiciones específicas, al igual que ocurre en medicina, o en la ciencia en general. Es responsabilidad de la persona que utiliza los términos diagnósticos emplearlos de forma correcta (Alfaro, 1996).

Factores de riesgo

Los estados de alto riesgo son condiciones previsibles, pero que no han ocurrido. Los indicadores diagnósticos de estas condiciones son llamadas factores de riesgo. Pueden representar antecedentes o información actualizada que es contextual (situaciones o del entorno) o factores del estado de la persona, como la edad. A veces un factor de riesgo tiene tal influencia en el desarrollo de un problema que si se presenta, coloca a la persona, la familia o la comunidad en alto riesgo de un problema de salud. En muchos casos, una serie de factores de riesgo determinan un estado de alto riesgo. Todos nosotros corremos un alto riesgo muchas veces en las actividades de la vida diaria, pero esto no requiere una constante intervención enfermera. El agente cuyo riesgo es superior al normal es el que representa mayor interés para las enfermeras.

Las intervenciones en los estados de alto riesgo están dirigidas a reducir los factores de riesgo. El resultado deseado es la ausencia o reducción del riesgo. Es importante recordar en el desarrollo de estas categorías que algunos de los factores de riesgo clasificados deben ser susceptibles de intervenciones enfermeras. El diagnóstico es

meramente un ejercicio intelectual si no es seguido por un diseño de cuidados enfermeros para reducir el riesgo. Si la intervención enfermera no es el primer procedimiento para reducir el riesgo, el problema debe ser derivado; ya que la situación probablemente no sea un diagnóstico enfermero.

BASE TEÓRICA DE UNA CATEGORÍA DIAGNÓSTICA

Cada una de las categorías diagnósticas existentes, tienen conceptos guiados a la acción. Son ideas creadas para describir o explicar las observaciones. Cada una de ellas tiene una base teórica. Las enfermeras tienen la opción de realizar sus diagnósticos en base a dos postulados: etiquetas NANDA y formato PES (problema + etiología + signos y síntomas).

Las etiquetas NANDA están basadas en una clasificación realizada por enfermeras americanas, quienes se han dado a la tarea de ordenar y organizar todas las respuestas humanas en un texto y a partir del cual se da el nombre requerido al problema encontrado; con la desventaja de ser más impersonal y en ocasiones no concordar completamente con la problemática determinada.

El formato PES enmarca las fases de identificación del problema, su etiología y los signos y síntomas que la caracterizan y se realiza de manera personal y única. Ningún diagnóstico elaborado con formato PES puede ser idéntico al de otra persona, por la simple razón de que ninguna persona es idéntica a otra, es decir, es un diagnóstico real.

Por otra parte, los signos pueden apuntar hacia un problema real o potencial. Es necesario buscar estrategias para identificar el problema claramente. Además, la serie de signos y síntomas deben ser etiquetados con la categoría diagnóstica correcta. Este proceso representa mucho más que una doble diferenciación entre la presencia o ausencia de salud.

La identificación o la nominación de un problema de salud, es un acto de decisión. El razonamiento y el juicio diagnóstico son importantes porque son la base para la planificación de cuidados. El objetivo en evaluación y diagnósticos de salud es llegar a juicios correctos y exactos. Conseguir este objetivo requiere una sutil aproximación con un real sentido común que sirva también en la vida cotidiana; dicha aproximación se debe realizar en una dirección especial, hacia la reflexión crítica y la curiosidad. Estas dos habilidades incrementan la fiabilidad de los juicios diagnósticos y diferencian al experto profesional de la aproximación de sentido común de la persona profana.

Para implementar el diagnóstico en la práctica, es importante saber que:

1. Los diagnósticos enfermeros están realizados por enfermeras profesionales.
2. Los diagnósticos enfermeros describen problemas de salud reales y potenciales que son susceptibles de intervención enfermera. Las enfermeras asumen la responsabilidad de los resultados de los diagnósticos enfermeros.

3. Los diagnósticos enfermeros son nombres que se refieren a una serie de datos que indican un problema de salud.
4. Cada diagnóstico enfermero tiene una pequeña serie de características críticas definitorias que representan los signos y síntomas mayores del problema de salud. Estas características representan los criterios diagnósticos para enunciar el problema.
5. Cada problema tiene factores etiológicos o relacionados que contribuyen o mantienen el problema; su resolución o modificación son el objeto de las intervenciones enfermeras. En el caso de los problemas potenciales, se identifican los factores de riesgo.
6. Dentro del proceso diagnóstico hay recolección de información, interpretación de ésta, agrupamiento de la información y denominación del grupo de datos.
7. El razonamiento de sentido común puede ser útil en el proceso diagnóstico, pero la fiabilidad de un diagnosticador depende del razonamiento crítico (análisis reflexivo y la curiosidad para preguntar por qué).

PAUTAS PARA LA ESTRUCTURA

La estructura en el informe diagnóstico es la forma en que los datos son trasladados a palabras que expliquen con precisión el estado del paciente y los problemas de salud. Las pautas son las normas en relación al formato del informe de diagnóstico. Se describen en términos de claridad (incluyendo el uso apropiado de las palabras), especificación, descripción y etiología, dirección de la intervención de Enfermería, de implementación y de información del estado de salud. Griffith propone la siguiente lista de parámetros mínimos a tomarse en cuenta al considerar la actividad diagnosticadora de la enfermera:

1. El diagnóstico de enfermería en conciso y claro.
2. El diagnóstico de Enfermería es específico, preciso y se centra en el paciente.
3. El diagnóstico de Enfermería puede ser un enunciado descriptivo.
4. El diagnóstico de Enfermería puede expresarse como un enunciado etiológico.
5. El diagnóstico de Enfermería proporciona dirección para las intervenciones de Enfermería.
6. La cláusula etiológica es la base para planear los objetivos centrados en el paciente y las acciones de Enfermería.
7. El diagnóstico de Enfermería puede ser implementado por las intervenciones.
8. La lista de los diagnósticos de Enfermería refleja el estado actual de salud del individuo.

Los diagnósticos y la toma de decisiones terapéuticas nunca se delegan a los menos preparados o se derivan. Estos principios protegen tanto al cliente como a la enfermera. (Gordon, 1996).

Decir que las enfermeras profesionales son responsables del tratamiento de los diagnósticos enfermeros no quiere decir que no se pueda consultar a otros profesionales no enfermeros. Los aspectos del tratamiento pueden requerir consulta con otros

profesionales especializados. La responsabilidad y capacidad en los diagnósticos enfermeros son aspectos importantes que no deben nunca dejarse al margen.

ETAPA III. PLANEACIÓN

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de Enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. El plan de Enfermería para la implementación se considera como el núcleo o centro del Método de Trabajo Enfermero: lo que realmente es el Método de Trabajo Enfermero en todas sus partes. El plan dirige la acción de la enfermera para asistir al enfermo en el alivio de un problema o para cubrir una necesidad.

Las órdenes de Enfermería son diferentes de las órdenes de "cuidado estándar", como los procedimientos de rutina o las órdenes comunes para todos los pacientes; se ajustan de manera individual para cubrir las necesidades específicas del paciente; los planes estándares para el cuidado de Enfermería no son órdenes o funciones médicas delegadas, aunque las enfermeras todavía intervienen en la implementación de estas funciones u órdenes, la orden de Enfermería es separada y es en forma explícita una acción de Enfermería. La disposición u orden de Enfermería complementa el mandato médico con actividades conexas como la enseñanza, la discusión, la demostración o los métodos para prevenir la enfermedad y conservar o fomentar la salud.

Un plan bien redactado proporciona dirección, guía y significado al cuidado de Enfermería. Es una fuente central de información para todos los que intervienen en la atención de un paciente dado. Es el medio primario de comunicación, sincronización y organización de las acciones de todo el personal de Enfermería. El plan de cuidados da continuidad a la atención a través de enfermeras de primer nivel, el personal de constante cambio, los reportes que se modifican y las rondas de Enfermería.

La actualización de las acciones de Enfermería con nuevos datos de valoración, aseguran la calidad continua del cuidado. La comunicación adecuada de esta información, ya sea escrita o verbal o ambas, es un rasgo distintivo de la enfermera profesional. Enfermera y paciente trabajan juntos para formar el plan de cuidados. El paciente, la familia y otras personas importantes en el núcleo familiar brindan singularidad a la situación, la enfermera aporta su conocimiento y experiencia al paciente; reunidos, compartiendo la información, el paciente y la enfermera alcanzan un grado óptimo en la escritura del plan.

Los principales proveedores del desarrollo del plan son la enfermera de primer nivel y el paciente, la familia de éste, otras enfermeras que intervienen en el cuidado directo y personas seleccionadas que proporcionan recursos. Los problemas complejos del paciente requieren asistencia adicional, las personas que sirven como recursos pueden

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ser la enfermera especialista en clínica, la dietista, el fisioterapeuta, el técnico en terapia ocupacional, el trabajador social y el médico. Una conferencia interdisciplinaria del personal del cuidado de la salud es un vehículo para allegar recursos auxiliares. Con frecuencia el ejercicio del proceso de grupo produce soluciones diversas y altamente creativas para asistir a los pacientes en el logro de las metas de salud.

Durante la fase de planeación, se elaboran los objetivos y las intervenciones de Enfermería. Los objetivos indican lo que será capaz de hacer el cliente como objetivo de las acciones de Enfermería. Las intervenciones de Enfermería describen la forma en la que el profesional de Enfermería puede ayudar al cliente a conseguir los objetivos.

El componente de planificación del Método de Trabajo Enfermero consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de Enfermería.
4. Documentación del plan.

Etapa 1. Establecimiento de prioridades. Una meticulosa valoración de Enfermería es capaz de identificar numerosas respuestas reales o potenciales que exigen una actuación de Enfermería. El desarrollo de un plan que incorpore a todas estas características puede ser poco realista o imposible de manejar. Por tanto, se debe establecer un sistema para determinar qué diagnóstico o diagnósticos se abordarán primero.

Etapa 2. Redacción de objetivos. Los objetivos son un componente importante de la fase de planeación del Método de Trabajo Enfermero. También se puede llamar a los objetivos: metas u objetivos de la conducta. Independientemente de su denominación, su propósito es el mismo: definir la forma en que el profesional de Enfermería y el cliente saben que la respuesta humana identificada en la exposición diagnóstica ha sido prevenida, modificada o corregida. Por tanto, los objetivos sirven también de anteproyecto para el componente de evaluación del proceso, ya que los objetivos adecuados hacen posible determinar la eficacia de las intervenciones de Enfermería.

Etapa 3. Desarrollo de las intervenciones de Enfermería. Las intervenciones de Enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos. Se basan en los factores o factores identificados en las exposiciones de diagnósticos de Enfermería. Por tanto, las intervenciones de Enfermería definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a la respuesta humana.

Las intervenciones de Enfermería están enfocadas en las actividades necesarias para favorecer, mantener o restablecer la salud del cliente. En contraste, las indicaciones del

médico se suelen enfocar en las actividades dirigidas al diagnóstico y tratamiento del proceso clínico del cliente. Estas indicaciones son delegadas en el profesional de Enfermería y en otros miembros del personal de atención a la salud. Asimismo, las intervenciones de Enfermería se pueden delegar en otras personas, como personal no titulado. Las indicaciones del médico se escriben en una hoja de indicaciones o bien se introducen en una terminal de ordenador. También pueden documentarse en el karex y en el plan de cuidados. A menudo, las indicaciones del médico incluyen administración de medicamentos, pruebas diagnósticas, necesidades dietéticas y tratamientos. Asimismo, las indicaciones del profesional de Enfermería implican educación, tratamientos, medidas preventivas, valoraciones, consultas con otros profesionales de la Enfermería y otros. Las intervenciones de Enfermería se pueden clasificar en interdependientes o independientes.

Características de las intervenciones. Aquí se establecen los objetivos y las intervenciones. La selección de diagnósticos, objetivos e intervenciones se base en su conocimiento del cliente. El plan de cuidados debe incorporar intervenciones concretas que traten las necesidades del cliente. Un objetivo de las intervenciones es comunicar en que se diferencia el cuidado del cliente, de las de otros con un diagnóstico de Enfermería o uno médico similar. Al desarrollar intervenciones, se eligen enfoques que traten las necesidades físicas y emocionales concretas del cliente. Se deben tomar en cuenta directrices para el desarrollo de intervenciones de Enfermería individualizados:

Etapa 4. Documentación del plan. La cuarta etapa es el registro de los diagnósticos de Enfermería, de los objetivos y de las intervenciones de una forma organizada. Esto se consigue mediante la documentación del plan de cuidados.

El plan de cuidados es un método de comunicación de la información importante sobre el cliente. El formato del plan le ayuda a procesar la información obtenida durante las fases de valoración y de diagnóstico. El plan sirve de centro receptor cuando lo utiliza para documentar los resultados de la fase de planeación. Facilita la comunicación mediante la identificación de la información oportuna; también proporciona un mecanismo de evaluación de los cuidados prestados. El desarrollo de planes de cuidados adecuados exige habilidades de valoración, diagnósticas, de razonamiento crítico y de comunicación.

Tiene como características:

- ✓ Estar escrito por enfermeros titulados universitarios.
- ✓ Ser iniciado después de la primera interacción con el cliente.
- ✓ Fácilmente accesible.
- ✓ Actual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Componentes

El plan de cuidados se puede estructurar de varias formas, dependiendo del sistema que se utilice en el centro. Sin embargo, habitualmente consiste en tres componentes:

1. Diagnósticos de Enfermería
2. Objetivos.
3. Intervenciones de Enfermería.

ETAPA IV. EJECUCIÓN

La ejecución es el comienzo del plan de cuidados. Se lleva a cabo en tres etapas: preparación, intervención y documentación.

La ejecución es el comienzo del plan de cuidados de Enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados, y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de Enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados. Se ejecutan intervenciones de Enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente. El profesional de Enfermería ejecuta planes de cuidados en diversos ambientes de atención sanitaria. La American Nurses Association (ANA) ha definido tres criterios que describen la directriz que regula la ejecución.

Etapa a) Preparación

Esta etapa apresta para comenzar las intervenciones de Enfermería. Consiste en una serie de actividades, cada una de las cuales exige el uso del razonamiento crítico:

1. Revisión de las intervenciones de Enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido.
2. Análisis del conocimiento de Enfermería y las habilidades necesarias.
3. Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de Enfermería concretas.
4. Proporcionar los recursos necesarios.
5. Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarios.

Antes de la prestación de la asistencia, se revisa el plan de cuidados. Esto permite valorar si las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria; en caso de observar diferencias, se tendrá la oportunidad de buscar la aclaración de intervenciones dudosas y de asegurar que su trabajo no interfiere con el de otros profesionales. También es importante revisar las intervenciones, ya que se puede encontrar cambios inesperados en el estado del cliente o distintos temas de interés que pueden alterar el plan.

Después de revisar las intervenciones en el plan de cuidados, se deben identificar el nivel de conocimientos y tipos de habilidades exigidas para la ejecución. Se determina si se tiene el conocimiento necesario y si puede poner en práctica las habilidades o los recursos que necesitará para prestar los cuidados.

El inicio de determinados procedimientos de Enfermería puede llevar consigo riesgos potenciales para el agente. Usted necesita conocer las complicaciones más habituales asociadas a las actividades especificadas en las intervenciones de Enfermería del cliente. Esto permite poner en marcha enfoques preventivos que reduzcan el riesgo para el agente. En el momento de prepararse para iniciar una intervención de Enfermería, hay que tener en cuenta algunas cuestiones acerca de los recursos, como son el tiempo, el profesional y el material. En el entorno actual de concientización sobre los costos, resulta obligado hacer un uso adecuado de los recursos.

Existen diversas consideraciones sobre el tiempo que afectan a la capacidad del profesional de Enfermería para ejecutar el plan. Primero, se selecciona el momento adecuado para el inicio de intervenciones concretas así como estar dispuesto a modificar sus planes según las exigencias de la situación, asegurándose de que se deja el tiempo suficiente para completar las intervenciones de Enfermería. El conocimiento completo de las acciones necesarias para ejecutar las intervenciones de Enfermería que permitan anticipar el tiempo necesario. Una organización meticulosa evita los problemas asociados a una ejecución precipitada. El profesional de Enfermería debe evaluar la disponibilidad del número de profesionales suficientes para ejecutar la intervención. Otra consideración a hacer cuando se prepara para ejecutar intervenciones de Enfermería es la identificación y obtención del material necesario. De nuevo, es preciso que se posea un conocimiento completo de la acción de Enfermería identificada. Esto le permitirá identificar el material necesario. Se deberá conocer los tipos de material disponibles con facilidad en una agencia y en la comunidad. Utilizando los dispositivos de ayuda que sean más útiles, los de menos coste y que, sin embargo, sean aceptables para el cliente. La incapacidad del profesional de Enfermería para anticipar la necesidad de material puede dar lugar a un rendimiento ineficaz del procedimiento. Por tanto, la enfermera debe ser capaz de determinar con anticipación lo que va a necesitar y conseguir el material necesario para asegurar que la intervención se va a realizar de una forma eficaz y oportuna.

La ejecución como éxito de las intervenciones de Enfermería exige un entorno en el que el cliente se sienta cómodo y seguro. Se debe crear un ambiente terapéutico en el que tanto el cliente como el profesional de Enfermería puedan trabajar en la resolución de los factores que estén contribuyendo a la presencia de respuestas morbosas en el cliente.

Etapa b) Intervención

El enfoque en la fase de ejecución es el inicio de las intervenciones de Enfermería diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del cliente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Su abordaje puede incluir el inicio de acciones independientes e interdependientes. Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del cliente son numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales específicos.

En contraste con el enfoque del médico en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, el profesional de Enfermería contempla al cliente como un ser completo. Se deben estudiar las cualidades del cliente, sus problemas y las relaciones con los demás. El baño, el uso del sanitario, el acicalamiento, el vestido, la alimentación y la deambulaci3n son consideradas actividades de la vida diaria. Muchos clientes necesitan la atenci3n de Enfermería porque existe alg3n problema que interfiere con su capacidad para cuidar de s3 mismos.

Durante la realizaci3n de las actividades de la vida diaria, se tiene la oportunidad de llevar a cabo otros aspectos del Método de Trabajo Enfermero. As3 se pueden valorar nuevos problemas, recoger datos sobre las dificultades existentes, valorar las cualidades del agente, comentar los hallazgos con 3l y planificar c3mo seguir adelante y evaluar la eficacia de las intervenciones. Como coordinador del equipo de Enfermería, el profesional titulado es legalmente responsable de la prestaci3n de los cuidados de Enfermería. La enfermera delega la atenci3n en la persona adecuada, utilizando su conocimiento sobre las necesidades del cliente y la capacidad de los miembros del equipo. A lo largo de 3sta revisi3n, se insiste en la necesidad de individualizar la atenci3n tomando como base las necesidades exclusivas del cliente. Cuando m3s exactamente se identifiquen las necesidades del cliente, mayores ser3n las posibilidades de que se ejecute una atenci3n eficaz.

El proceso de aprendizaje para el agente, incluye la adquisici3n de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades y cambios de conductas relacionados. Se nombran algunas de las intervenciones de Enfermería que tienen que ver en el proceso de enseńanza:

- Valorar las necesidades de aprendizaje del cliente.
- Determinar la facilidad del cliente para aprender.
- Desarrollar objetivos que sean realistas.
- Determinar las estrategias que sean necesarias para ayudar al cliente y a la familia a conseguir los objetivos deseados.
- Presentar el contenido de una forma comprensible utilizando los recursos adecuados.
- Evaluar la comprensi3n del contenido por parte del cliente.
- Modificar el plan seg3n las necesidades.

Obtener datos para evaluar las necesidades de aprendizaje de cada cliente. Hay que animar al cliente a que identifique las necesidades que percibe como importantes. Las necesidades de aprendizaje se pueden identificar tambi3n observando el estado o la

conducta del cliente. En ocasiones, los clientes identifican directamente sus necesidades de aprendizaje solicitando información que fomente, mantenga o restablezca su salud.

Uno de los principios fundamentales de la educación es la necesidad de que el agente esté motivado y sea receptivo para poder aprender. Un agente suele estar más motivado para aprender información que se percibe como importante y es directamente aplicable a su situación. Factores físicos y emocionales pueden interferir con el aprendizaje y se deben abordar antes del mismo.

Existen varios factores que afectan a la capacidad del agente para aprender, entre ellos los conocimientos previos, el nivel de educación, la edad, el nivel de control percibido, el estado de salud y el estilo de vida. Con frecuencia, el nivel de conocimientos actual del cliente, incluidos los conceptos e informaciones erróneos, afectan a su capacidad de aprender, para un mayor aprendizaje es un requisito previo la posesión de algún conocimiento.

La retención aumenta cuando son varios los sentidos que participan en el proceso de aprendizaje; además, cuando el material escrito no es demasiado técnico para el nivel de lectura del agente, se repiten hechos y habilidades, el lector tiene la oportunidad de aplicar la información y se proporcionará retroalimentación inmediata (Iyer. 1995).

Etapa 3: Documentación. La ejecución de intervenciones de Enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del Método de Trabajo Enfermero. Hay cinco tipos principales de sistemas de conservación de registros utilizados en la documentación de la atención del agente. Existen las gráficas narrativas, las gráficas orientadas hacia el problema, las gráficas Focus, las gráficas por excepción y los registros computarizados.

Las gráficas narrativas, como sistema de gráficas tradicional, continúa siendo utilizado por algunas instituciones y centros. En este sistema, la información se registra cronológicamente en periodos de tiempos concretos. El registro clínico se divide en secciones según la fuente de los datos. Cada disciplina registra información en una sección diferente.

El sistema de documentación orientado al problema es paralelo al Método de Trabajo Enfermero. Ambos incluyen la recolección de datos, la identificación de respuestas del agente (diagnósticos de Enfermería), el desarrollo y ejecución del plan de cuidados y la evaluación de la consecución de objetivos. En este sistema, la información está enfocada a los problemas del cliente (diagnósticos) y es integrada y registrada por todas las disciplinas, utilizando la misma base de datos y notas de evaluación. Por tanto, los datos son más accesibles y estarán enfocados en las necesidades individuales del agente. Un registro orientado al problema tiene dos componentes principales: uno, la lista de problemas y dos, las notas de evolución.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La lista de problemas consiste en una serie acumulativa de problemas reales o potenciales del agente, que pueden hacer necesaria una intervención para mejorar su salud o bienestar. Los problemas pueden ser identificados de forma independiente por prestadores de atención sanitaria concretos, o bien, en colaboración en conferencias sobre atención al agente. Habitualmente, la lista de problemas se encuentra en la parte anterior de la gráfica y sirve como índice del registro clínico. Incluye el diagnóstico de Enfermería, el diagnóstico médico y el de otras disciplinas.

Independientemente del tipo de marco en el que ejerce el profesional de Enfermería, en la ejecución de las intervenciones de Enfermería se utiliza uno de los cinco modelos principales. Estos cinco enfoques son por asignación de tareas, Enfermería de equipo, Enfermería de cuidados básicos y sus variaciones, control de casos y atención enfocada al paciente. Sus diferencias residen principalmente en los sistemas utilizados para organizar y llevar a cabo los tipos de actividades necesarios para satisfacer las necesidades del cliente. Las intervenciones de Enfermería se pueden llevar a cabo utilizando modelos individuales en su forma más pura o utilizando uno o más métodos. En la elección del modelo de intervención influyen algunos factores, como los tipos de profesionales de Enfermería disponibles, los costos de la prestación de la intervención, la filosofía de la institución y otros.

El resultado final de todos estos cambios es un equipo de profesionales que trabajan interdisciplinariamente sin las tradicionales barreras de las unidades de hospitalización. El cliente se convierte en el centro de la atención, siendo las unidades de hospitalización las que se organizan con este fin.

ETAPA V. EVALUACIÓN

La evaluación es una comparación sistemática y planeada, del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidos, es una actividad deliberada, progresiva, que comprende al cliente, la enfermera y a otros miembros del equipo del cuidado de la salud. Requiere el conocimiento de la salud, la fisiopatología y las estrategias de evaluación (Griffith, 1986). La evaluación es útil a varios propósitos. Un propósito importante consiste en determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas establecidas; otros propósito es juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de Enfermería.

La evaluación es, con frecuencia, la parte más olvidada del Método de Trabajo Enfermero. Los textos sobre este respecto son confusos y describen la evaluación de muchas maneras diferentes. En forma ideal, la evaluación es una parte integral de cada componente del Método de Trabajo Enfermero, comenzando con la valoración inicial, es comparada después con los patrones presentes de conducta para determinar el progreso. Las metas y los objetivos, formulados en la etapa de planeación, sirven como cánones de evaluación contra los que se miden los progresos del agente. Durante la

implementación, la enfermera observa la respuesta del agente a las acciones de Enfermería y decide si los planes están ayudando al progreso del paciente: al considerar la respuesta del paciente, la enfermera puede reordenar, modificar, conservar o cambiar las prioridades en el plan de cuidados.

La evaluación examina cuestiones como la eficacia de la atención, el logro de metas y objetivos y otros. Al medir el progreso del agente hacia el logro de los objetivos, la enfermera juzga la eficacia de las acciones; de este modo es capaz de apreciar la calidad de su servicio y determinar las formas de mejorarlo. Así demuestra la responsabilidad por sus acciones, esta responsabilidad implica interés por la conducta propia y requiere la capacidad de definir, explicar y medir los resultados de las acciones de Enfermería. La evaluación identifica estrategias eficaces y puede promover la investigación en Enfermería.

La evaluación del cuidado de Enfermería es una tarea compleja, dado que es extremadamente difícil separar las contribuciones de cada enfermera en el cuidado del paciente y las de otros miembros del personal con funciones que se traslapan. Esta dificultad para distinguir las actividades exclusivas de la enfermera convierte en un problema complicado la evaluación de los resultados de las acciones de Enfermería, pues es necesario identificar las actividades propias de Enfermería para evaluar los resultados de sus intervenciones. Estos son problemas que la profesión debe continuar estudiando.

La evaluación es la fase final del Método de Trabajo Enfermero y se produce siempre que el profesional de Enfermería interacciona con el cliente. Las directrices de la ANA, el proceso de Enfermería, las agencias reguladoras y la ley para la práctica del profesional de Enfermería, exigen que la evaluación forme parte de la práctica de Enfermería. A directriz de la ANA sobre la evaluación identifica a ésta como un componente esencial del Proceso de Enfermería.

Formas de evaluación

La evaluación puede conceptualizarse en tres formas: estructura, proceso y resultado. El proceso y el resultado pueden ser subdivididos en dos categorías, concurrente (presente) y retrospectiva (pasada).

El enfoque de evaluación de la estructura se dirige a las instalaciones físicas, equipo y patrón de organización del centro de salud. Ejemplos de evaluación son las auditorías de Enfermería por parte de organizaciones específicas. La mayor parte de los hospitales han establecido lineamientos para evaluar la estructura.

PROCESO. La evaluación del proceso se centra en las actividades de Enfermería, estas actividades pueden juzgarse observando el rendimiento, preguntando a los pacientes o revisando las notas de Enfermería en las hojas de evolución. Esta forma de evolución

que se concentra en el hecho de que los procedimientos se realicen con propiedad, hace interrogaciones utilizando los cánones para valorar la calidad del cuidado de Enfermería desarrollados pero que requieren un refinamiento ulterior.

La evaluación continua del proceso examina el rendimiento de la enfermera en el momento en que tiene lugar. los ejemplos incluyen la observación de su capacidad para enseñar la administración de la insulina y juzgar si las comprobaciones neurológicas se realizan con precisión y a tiempo. También pueden revisarse las hojas o gráficas de evolución para evidencias de las acciones de Enfermería mientras que el paciente esté recibiendo las.

La evaluación retrospectiva del proceso es implementada después de que el cliente ha sido dado de alta, las acciones de Enfermería son evaluadas después de este hecho. Las normas y cánones para la revisión de hojas y gráficas, por lo general se desarrollan en cooperación con el personal de Enfermería; la revisión de las gráficas o las auditorías muestran cuáles procedimientos específicos se implementaron, como la historia de admisión de Enfermería, el registro de la ingestión y la excreción, y los movimientos de deambulación del paciente según se indicaron. Ejemplos de procedimientos para evaluar en forma retrospectiva el proceso son la auditoría de Enfermería, de Phaneuf y las formas de verificación de la calidad en el cuidado de Enfermería de Jelinek y otros.

RESULTADO. La evaluación del resultado se centra en los cambios en la conducta y el estado de salud del paciente, la enfermera busca la evidencia de la mejoría en el estado de salud que resulta de una intervención; por ejemplo, un paciente libre de signos de infección o un paciente que manifiesta haber recibido con precisión y a tiempo la dosis correcta de los medicamentos.

La evaluación continua del resultado juzga la capacidad del paciente para demostrar progresos de conducta medibles en su estado de salud, sus destrezas o su conocimiento. Los ejemplos de conductas pertinentes incluyen la demostración del paciente que camina con muletas, la preparación y administración precisa de la insulina o la planeación de una dieta escasa en sodio.

Como objetivo de la evaluación, la enfermera determina si el plan de cuidados es adecuado, realista o actual o si necesita revisión. Si el agente no ha conseguido los objetivos, se dedicará atención a la resolución del problema para determinar cómo revisar el plan de cuidados.

Los aspectos de alto riesgo de los cuidados son aquellos que ponen a los clientes en riesgo de tener consecuencias graves o que les privan de efectos beneficiosos importantes si los cuidados no se prestan correctamente.

Los aspectos propensos a los problemas de los cuidados son aquellos que han tendido en el pasado a producir problemas a los profesionales o a los pacientes.

Los indicadores son los componentes medibles de los aspectos de los cuidados. Son identificados por el equipo de Enfermería que trabaja en un determinado marco de prestación y se basan en la investigación de Enfermería y en la documentación de la investigación en la literatura.

Los indicadores pueden evaluar la estructura, el proceso o el objetivo de los cuidados. La estructura de los cuidados de Enfermería incluye recursos como el número de profesionales de Enfermería, la mezcla de profesionales de Enfermería y otro personal de apoyo y el tipo de material disponible.

Reunir y organizar datos. Los datos se reúnen a partir de diferentes fuentes, como son informes, registros médicos, borradores de comités y cuestionarios. Las entrevistas, la observación o la revisión de materiales escritos son métodos de recolección de datos.

Analizar de datos. Una vez reunidos los datos, son analizados para determinar la existencia de pautas o tendencias manifiestas.

Realizar recomendaciones para mejorar los cuidados. Existen muchas formas para mejorar los cuidados. Pueden ser el cambio de profesionales o de material, la educación del equipo de Enfermería o de los clientes, el cambio de políticas o de procedimientos, la renovación de instalaciones, la búsqueda de nuevos proveedores, la lista es muy larga.

Tomar medidas para la resolución de problemas. Una vez hechas las recomendaciones de cambios, se toman medidas para resolver el problema. Las acciones que tienen más posibilidades de ser eficaces son aquellas que son sencillas, con buena relación entre costo y eficacia y que son aceptables para aquellos que las van a ejecutar.

- Consideraciones Éticas

Los problemas éticos y legales saturan el Método de Trabajo Enfermero. Nuestras intervenciones de Enfermería están guiadas por principios legales y éticos, en el desarrollo de las etapas de proceso de Enfermería. Hay principios legales que definen nuestras responsabilidades en la prestación de cuidados, mientras que los principios éticos afectan a la forma de realizar estos cuidados. A menudo, estos conceptos están entrelazados. El contenido ético incluye definiciones de moralidad y ética, fuentes, teorías y las etapas en la toma de decisiones éticas.

El término ética se utiliza para describir un aspecto más amplio de la moralidad. El razonamiento ético comienza cuando una persona va más allá de la aceptación de las reglas del grupo social y se adentra en el campo del razonamiento. La ética de la Enfermería se relaciona con una pauta de conducta que refleja el deseo de la profesión de proteger o asegurar el bienestar de sus clientes (Iyer, 1995).

TOMA DE DECISIONES ÉTICAS Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA

Valoración. Se comienza por conseguir toda la información importante, sobre las circunstancias que rodean al dilema, los derechos y responsabilidades de todos los implicados, el cliente, la familia y el equipo de atención sanitaria, los deseos del cliente y la familia y los aspectos legales de la situación, incluyendo la existencia de alguna ley que legisle la resolución del dilema.

Diagnóstico. Define todos los componentes éticos del dilema. Plantee preguntas acerca de los valores en conflicto, sostener cada uno de los valores y entrar en el dilema de uno de los tipos habituales de conflictos, como decir la verdad frente a la ocultación de la verdad, tratar o dejar morir, libertad frente a la autoridad o alivio del dolor frente a conservar la vida.

Planeación. La planeación debe incluir a los individuos que están implicados en el dilema, como el agente, la familia y el equipo de atención a la salud. Esta fase consiste en la identificación de los objetivos del tratamiento, identificación del individuo más implicado en la toma de decisiones, la clasificación o conveniencia de las opciones, la aplicación de teorías éticas en cuanto a su relación con el dilema y la selección de la mejor opción.

Ejecución. En esta fase, se ejecuta el acuerdo alcanzado sobre la solución. Dependiendo de la naturaleza del dilema, esto puede incluir actuaciones como apagar un respirador, compartir información con otros, permitir que un cliente rechace el tratamiento o suspender la reanimación cardio pulmonar.

Evaluación. En esta fase final, se evalúan las decisiones que se han tomado. Esto incluye el estudio de las consecuencias de las acciones que se llevaron a cabo y la comparación de los resultados con experiencias previas en situaciones similares.

CÓDIGO DE ÉTICA DE LA ENFERMERA

La enfermera proporcionará servicios respetando la dignidad humana e individualidad de su paciente, sin reparo en el nivel socioeconómico, atributos personales o naturaleza de los problemas de salud.

La enfermera defenderá el derecho de que el paciente tiene a la discreción, protegiendo información confidencial juiciosamente.

La enfermera actuará para salvaguardar al paciente cuando su salud y seguridad se vean afectadas por la práctica incompetente, poco ética o ilegal de cualquier persona.

La enfermera asumirá responsabilidad y exigibilidad en las acciones y juicios individuales de la enfermería.

La enfermera siempre realizará con eficiencia las tareas asignadas.

La enfermera ejercerá juicio y empleará su capacidad y habilidad individual como criterio para buscar asesoría, aceptar responsabilidades y delegar actividades a otros.

La enfermera participará en actividades que contribuyan a la evolución continua de los conocimientos del equipo profesional.

La enfermera participará en los esfuerzos profesionales para poner en práctica y mejorar las normas de Enfermería.

La enfermera participará en los esfuerzos del gremio para establecer y conservar condiciones de trabajo que redunde en una asistencia de mejor calidad.

La enfermera participará en el esfuerzo profesional para proteger al público contra la mala información e interpretación falsa y mantener la integridad de su profesión.

La enfermera colaborará con miembros del equipo médico y paramédicos y otros ciudadanos para promover los esfuerzos nacionales y comunitarios por satisfacer las necesidades asistenciales del público.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

METODOLOGÍA

1. Selección y Descripción Genérica del Caso

El presente estudio se origina al delimitar la unidad de observación, la cual consiste en un usuario de los servicios de rehabilitación con un padecimiento común en la consulta externa del Centro Nacional de Rehabilitación. Principalmente, la parálisis facial es una patología con etiología mixta, múltiples factores pueden desencadenar ésta enfermedad que básicamente responde a un tratamiento de rehabilitación, por lo que la actuación de la enfermera especialista en esta área es importante para demostrar la magnitud de sus actividades.

Debido a sus diversas causas, es necesario conocer en detalle y a fondo todas las cuestiones que nos orienten y guíen a través de la vida del usuario y las implicaciones posibles para favorecer la presencia de esta patología, haciendo así trascendentes las actividades de la enfermera especialista en rehabilitación.

Cabe aclarar, que una vez realizada y aplicada la guía de entrevista y exploración física, se encontraron toda una variedad de tareas pendientes, de puntos necesarios que requerían atención para lograr la salud del agente.

Las características de la atención en consulta externa son: un lugar cerrado, con tiempo suficiente para la consulta, sin prisas ni interrupciones favoreció la elaboración y aplicación de la guía de observación y la exploración física pertinentes.

Además, es necesario remarcar la atención y colaboración de algunos médicos que permitieron y guiaron las actividades llevadas a cabo; esto debido a que médicos son los profesionales que realizan principalmente el reconocimiento de los usuarios en esta unidad de atención a la salud.

Sin embargo, la enfermera ha demostrado, paso a paso, sus capacidades para aplicar conocimientos propios del área y no del uso exclusivo de los médicos; quienes algunas veces lo reconocieron y recompensaron con ayuda para obtener datos más exactos y fidedignos, y de esta manera lograr una atención de mayor calidad.

La factibilidad que tiene este caso se demuestra a través de la aplicación de una terapia rehabilitatoria como básica para lograr una mejoría adecuada, en particular este caso es abordable porque no se requerirá de aparatos de difícil acceso o de elementos de costo elevado, desde la entrevista hasta la conclusión del tratamiento tuvieron un costo accesible.

2. Revisión de la Literatura

Este apartado, se inicia con el reconocimiento de la bibliografía del ámbito a estudiar, a continuación el caso debe documentarse adecuadamente y ser tan bien comprendido como sea posible.

A través de esta revisión, se concreta el marco de referencia, da realce al tema y se incrementa la eficiencia del estudio de caso.

A partir de este paso necesario, se orienta sobre lo que se realiza en el estudio, se amplía el horizonte, se dan bases científicas necesarias en las actividades a desarrollar así como se provee de nuevas líneas y áreas de investigación posibles.

La revisión literaria consiste en detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que pueden ser útiles para los propósitos del estudio, de donde se debe extraer y recopilar la información relevante y necesaria que atañe al estudio. Esta revisión debe ser selectiva, enfocarse únicamente hacia los temas claves y básicos que guían la actuación.

Particularizando, la revisión realizada para este estudio de caso abarca el Método de Trabajo Enfermero, la Teoría del Déficit de Autocuidado y las patologías presentadas por la Agente del Autocuidado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTUDIOS RELACIONADOS

El Método de Trabajo Enfermero ha demostrado su eficacia en la gran mayoría de investigaciones realizadas a usuarios de sistemas de salud en todo el país y en todos los niveles de atención. Sin embargo, su publicación y difusión son escasas; en cambio, en la Revista Cubana de Enfermería se pueden encontrar varias de estas publicaciones que confirman la confianza al utilizar el Método de Trabajo Enfermero como una forma efectiva al organizar el trabajo del profesional del ramo.

En la Revista mencionada en el año 2000 se publicaron dos estudios: el primero se refiere a la atención de Enfermería a un grupo de pacientes afectados de diferentes formas clínicas de tuberculosis que ingresaron en el Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", abarcando un periodo comprendido desde julio de 1995 hasta junio de 1996, donde se analizaron las funciones del personal de Enfermería en la atención a estos pacientes, y se destacaron en el último trimestre los aspectos relacionados con la aplicación del Método de Trabajo Enfermero, su evaluación, y de qué forma influyó (positivamente) la aplicación de este proceder en los pacientes estudiados (Sevajanes, 2000). El segundo se refiere a un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal del personal que llevó a cabo el método de trabajo enfermero en el área de salud del policlínico comunitario "Alberto Fernández Montes de Oca" del municipio de San Luis, durante el periodo de octubre a diciembre de 1996, con el objetivo de evaluar su aplicación en el nivel primario de atención. Para ello se tomó como muestra a 14 de las 28 enfermeras que laboran en los consultorios médicos de familia; la información primaria se obtuvo de la entrevista realizada a cada una y de las revisiones que se hicieron a las historias clínicas individuales y a la ficha de registro familiar; estos datos fueron plasmados en una planilla de encuesta que contemplaba las variables de interés. Se encontró que todo el personal de Enfermería aplicó el Método de Trabajo Enfermero a ingresos domiciliarios y familias disfuncionales, con predominio en los menores de 15 años; hubo una aceptable calidad en la elaboración de diagnósticos, expectativas y acciones de Enfermería en la mayoría de los casos, los cuales tuvieron una evaluación técnico - profesional satisfactoria (Norvelis, 2000).

En la misma revista, para 2001 Pérez se presenta un tercer estudio realizado de manera transversal descriptivo y prospectivo, en el Hogar Materno No. 1 perteneciente al policlínico "Capitán Roberto Fleites" en Santa Clara, Villa Clara. Donde, de un universo de 20 pacientes ingresadas con riesgo de tener un recién nacido de bajo peso, se tomó una muestra de 4 mujeres con embarazo gemelar a quienes se les aplicó el Método de Trabajo Enfermero, encaminado a disminuir el bajo peso al nacer en un periodo de 60 días. Para este estudio se utilizó su historia clínica, se revisaron y confeccionaron registros para la recolección de los datos primarios, donde se incluyen las siguientes variables: categorías diagnósticas de

Enfermería, criterio de evaluación y actuaciones de Enfermería, criterio de evaluación y actuaciones de Enfermería, estadía intrahospitalaria, dieta de la embarazada, ganancia de peso materno, peso del recién nacido, tratamiento médico y se revisaron los informes estadísticos de los recién nacidos bajo peso. Los datos fueron procesados manualmente mediante el método estadístico porcentual. Al finalizar el estudio todos los recién nacidos tuvieron buen peso al nacer y se comprobó de esta forma la eficacia del Método de Trabajo Enfermero, de las categorías diagnósticas, los criterios de evaluación, así como las actuaciones de Enfermería (Pérez, 2001).

En el mismo tenor, las investigaciones mexicanas comienzan a sobre salir, tal es el caso del estudio de caso presentado por Benjamín Huerta (2001) donde retoma los elementos teóricos, prácticos y experimentales para mencionar dos cuestiones: primera, la aplicación del Método de Trabajo Enfermero como factible utilizándolo a través de indicadores empíricos (instrumentos), que permiten la adecuación y aplicación para el manejo de estudio de casos; y segundo, utiliza la teoría del déficit de autocuidado aplicable a pacientes con problemas cardiovasculares y que guía el quehacer de la agencia de Enfermería en beneficio de los usuarios. (Huerta, 2001).

Ya ubicándose en la aplicación de la teoría propuesta por Orem, son varias las investigaciones que utilizan como guía para su trabajo investigativo sus postulados. Resalta el estudio de caso enfocado a la atención de un caso de valvulopatía mitral publicado como tesis de posgrado en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (al igual que el anterior); de las cuestiones más importantes a resaltar, se refiere al empleo de la Teoría del Déficit del Autocuidado en cualquiera de las especializaciones en Enfermería existentes. (Ortega, 1998).

Por otro lado, Pérez (2001) y Bedolla (2002) en un tipo similar de publicaciones se observa la aplicación de la Teoría como tesis de posgrado y como estudios de casos. Cabe mencionar, que la similitud con el presente trabajo no sólo es específica con el uso de la Teoría del Déficit de Autocuidado, sino también como la demostración del quehacer enfermero a través de los estudios de caso.

Para concluir, Alcántara (2002) publica su estudio de caso en relación a la atención a daños del sistema nervioso central alterando la movilidad física, siendo uno de los principales objetivos de la Rehabilitación preservar y promover la movilidad física como medio preventivo para otras complicaciones y el papel de la especialista en Enfermería resulta determinante. El enfoque se retoma más claramente en la publicación de Avendaño (2002), donde de entrada, la tesis corresponde a la misma especialización (en Enfermería en Rehabilitación) que el presente trabajo, lo que la traza como el antecedente de mayor relevancia. Además, en ambos, se trabaja bajo la Teoría propuesta por Orem y utilizando el Método de

Trabajo Enfermero; así como estar enfocados a la atención de alteraciones motoras como punto básico del trabajo rehabilitatorio.

PATOLOGÍAS

Las patologías revisadas son tres: parálisis facial periférica, artritis reumatoide y osteoporosis. De ellas, sólo se realizará una revisión general acerca de los puntos más relevantes que apoyan el trabajo de valoración, planeación, diagnóstico, tratamiento y evaluación de la especialista en Enfermería en Rehabilitación. Para un estudio a fondo, remitirse a las fuentes bibliográficas y artículos consultados, citados al término del estudio de caso.

PARÁLISIS FACIAL

Tomando como base el artículo publicado en la Enciclopedia Médico Quirúrgica en Francia, Chevalier inicia recordando los nervios y músculos faciales. (Elsevier, 1995).

Se debe mencionar además, la acción de los diferentes músculos faciales:

Frontal u occipitofrontal: Está unido por atrás del occipital, por intermedio de la aponeurosis epicraneal, levanta la ceja y frunce la frente creando arrugas horizontales. En el caso de parálisis facial, la frente no se levanta; la aponeurosis epicraneal la atrae oblicuamente, hacia abajo y hacia atrás del lado sano. Es el músculo del asombro.

Superciliar: Tira del vientre de la ceja hacia adentro, hacia la raíz de la nariz. Es el músculo de la atención de la reflexión, de la desaprobación.

Piramidal de la nariz: Músculo que levanta la raíz de la nariz, trabaja durante el deslumbramiento sincrónicamente con el orbicular de los párpados, participando en la protección del ojo. Puede trabajar junto con el transverso de la nariz. Forma arrugas horizontales en la nariz.

Transverso de la nariz: levanta y dilata la raíz de la nariz, expresa disgusto y trabaja con el piramidal cuando se contrae al máximo.

Orbicular de los párpados: porción orbitaria: realiza la oclusión palpebral, antagonista del elevador del párpado superior. En su contracción forzada produce arrugas en la parte externa del ojo (patas de gallo); porción nasal: permite cerrar con fuerza la hendidura palpebral la acorta, formando pequeñas arrugas en el borde ciliar superior e inferior, participa en la oclusión palpebral forzosa (protección ocular contra el deslumbramiento).

Cigomático mayor músculo de la sonrisa, tira de la comisura de los labios hacia arriba y hacia afuera.

Cigomático menor músculo del llanto.

Canino músculo que levanta el labio superior a nivel del canino, sin eversión del labio. Músculo del desdén, de la burla.

Elevadores del labio superior: levantan el labio superior con eversión, descubriendo los dientes del maxilar superior, ponen la boca en forma de cuadrado cuando trabajan sincrónicamente con el cuadrado y la borla de la barba.

Dilatador de las aberturas nasales: pequeño músculo que participa en la abertura de la narina (aumento de su diámetro horizontal); ayuda en la respiración y muestra la insuficiencia respiratoria cuando palpitan las narinas.

Mirtiforme desciende la parte inferior de la narina y contrae transversalmente el orificio nasal. Músculo del barbero. Bajo el labio superior.

Orbicular de los labios: músculo que cierra la cavidad bucal; la comprime acercando las comisuras labiales en el plano horizontal, pone la boca en protrusión con los labios juntos y redondeados en la contracción máxima y trabaja con el compresor de los labios durante la succión.

Risorio de Santorini: músculo que estira las comisuras labiales en el plano horizontal, afina los labios, crea la sonrisa enigmática de la Gioconda y forma los hoyuelos en los niños.

Buccinador músculos más profundo, permite comprimir la mejilla cuando la cavidad bucal está llena de aire, de agua o alimentos. Participa en la formación del bolo alimenticio en el interior de la cavidad bucal durante la masticación. Es el músculo del trompetista. Trabajo comprimiendo las comisuras labiales.

Triangular de los labios, músculo que tira del labio inferior oblicuamente hacia abajo y ligeramente hacia fuera; en su contracción máxima trabaja en forma sincrónica con el cutáneo del cuello. Músculo del sufrimiento y del terror.

Cutáneo del cuello músculo que estira la comisura labial hacia abajo y hacia fuera, atrayendo hacia arriba la piel de la parte anterior y superior del tórax hacia los pezones. Durante su contracción, acorta el cuello aumentando su diámetro horizontal.

Cuadrado del mentón pequeño músculo que levanta en eversión el labio inferior; músculo del enojo; trabaja sincrónicamente con la borla de la barba. Desciende oblicuamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Desde que en el año 1830 sir Charles Bell describiese un cuadro clínico en el que existía debilidad unilateral de la cara por disfunción del nervio facial, se han propuesto múltiples teorías para su explicación (Diego, 2001)

Las alteraciones funcionales de los individuos con parálisis facial son severas en las áreas ocular y peribucal; todas las esferas de la vida quedan afectadas, ya que la asimetría facial es difícil de aceptar y de superar. (Navarrete, 2001).

Se diferencia de la parálisis facial central principalmente por la localización de la lesión, por lo regular afectan la región corticogeniculada, determinando la gravedad por la forma, la extensión y la localización exacta afectando principalmente la parte inferior de la cara; además de su asociación a procesos hemipléjicos.

La parálisis facial periférica se caracteriza por la afección total o parcial de los músculos de un lado de la cara. Afecta generalmente por igual al territorio del facial superior y al del facial inferior. En los casos de afección periférica, el nervio facial puede estar lesionado a nivel del núcleo, sobre el trayecto intracraneal (espacio pontocerebeloso), a nivel intrapetroso, en el acueducto de Falopio, a nivel del tronco nervioso extracraneal o a nivel de las ramas de división en la parótida o de las ramas terminales.

VALORACIÓN

Siempre que una parálisis facial afecta al párpado, de forma que no puede cerrarlo completamente y a la boca, que está torcida, y no hay otros síntomas en el resto de cabeza y miembros, hay que pensar que se trata de una parálisis en el trayecto periférico del nervio facial. Estas parálisis casi siempre son esenciales, de origen desconocido.

Evaluación clínica

- ✓ Evaluación del tono muscular

De acuerdo a cada músculo, escala de Lovett de 0 a 3, donde 0 es sin contracción, 1 es contracción visible o palpable y 3 es normal.

- ✓ Evaluación analítica de la función muscular

Secreción lagrimal, secreción salival, gusto, córnea.

- ✓ Evaluación de la elocución

El paciente tiene dificultades con la pronunciación. En la fase flácida la mejilla se pega a los arcos dentarios superior e inferior del lado afectado por la atracción del lado sano sobre el lado paralizado (Chevalier, 1990).

- ✓ Evaluación de la coordinación

Hipertonías y sincinesias en el ojo y la boca.

Evaluación paraclínica:

- ❖ Electroneurografía. Cuantifica el porcentaje de las fibras nerviosas afectadas.
- ❖ Electromiografía. Útil en el transcurso de la evolución.

Cualquiera sea la etiología y la intensidad de la parálisis facial, y su tratamiento médico o quirúrgico, la kinesiterapia constituirá una ayuda valiosa e indispensable para la adaptación física y psíquica. Los casos de parálisis faciales son confiados al especialista en diferentes etapas de su evolución: fase flácida, fase de recuperación parcial, fase de secuelas: hipertonías y sincinesias.

Antes de iniciar un tratamiento kinesiterapéutico, es fundamental realizar una evaluación del tono y de los músculos. Se elaborará una historia clínica del paciente. (Chevalier, 1990).

Metodología

En casos de parálisis faciales son confiados al especialista en diferentes etapas de su evolución; se considerarán todos los casos:

1. Las parálisis faciales flácidas (cualquiera que sea la etiología).
2. Las parálisis faciales en vías de recuperación.
3. Las parálisis faciales con anomalías de recuperación: hipertonías y sincinesias.

Nervio seccionado sin posibilidad de recuperación quirúrgica de la continuidad con el extremo distal. En este caso es necesario realizar un injerto hipoglosfacial (VII; XII). La evaluación y la rehabilitación se harán entonces a través de la motricidad de la lengua en la boca.

Nervio facial en continuidad, contuso, estirado, comprimido

Las evaluaciones se realizarán lo antes posible. En función de ellas se podrán dar consejos kinesioterapéuticos. Las evaluaciones se repetirán todos los meses durante el primer año y cada tres meses durante los cuatro años siguientes, aproximadamente, si el nervio no se ha recuperado entre tanto. Se debe tener en cuenta que todo nervio facial comprimido durante más de 25 días, sin signos de recuperación en la evaluación muscular analítica, presentará seguramente anomalías de regeneración, hipertonías y sincinesias, cualquiera sea la etiología (arborización terminal del nervio, errores de orientación).

Los signos y síntomas de la PFP es un cuadro de instauración aguda o subaguda que se caracteriza por una parálisis flácida de todos los músculos de la mímica facial del mismo lado, tanto superiores como inferiores.

En estado estático: desde el primer examen llama la atención el aspecto de la cara, con contraste absoluto entre el lado de la cara paralizado y el lado sano. Mientras

del lado sano la cara ha conservado su expresión normal, del lado paralizado las arrugas están borradas, el aspecto es flácido y sin expresión.

Así, tenemos una cara asimétrica con borramiento de las arrugas frontales y la hendidura palpebral (apertura entre los párpados) es más ancha del lado paralizado, la ceja descendida y el ojo permanece constantemente abierto, incluso durante el sueño. De ello pueden derivarse diversos trastornos: epífora (derrame anormal y excesivo de lágrimas) ocasionando una incapacidad para arrastrar las lágrimas, irritación conjuntival y aún inflamación, que pueden llegar hasta la ulceración (queratitis).

En la región nasal se borra el surco nasogeniano y el orificio narinario se ve estrechado. También presenta descenso de la comisura labial del lado paralizado, y del lado sano se puede observar elevada, en apariencia el orificio bucal se encuentra totalmente atraído hacia el lado sano. Con frecuencia se puede acompañar de alteración de la sensibilidad gustativa de la parte anterior de la hemilengua del lado afecto e hiperacusia (sentido auditivo aumentado) por parálisis del músculo del estribo (huesecillo del oído medio).

Por lo que respecta al ojo, si se solicita al enfermo que lo cierre voluntariamente, del lado sano los párpados se ocluyen bien, mientras que del lado enfermo el globo ocular gire hacia arriba y afuera y, al esforzarse el enfermo por cerrar el ojo la pupila va a ocultarse parcialmente detrás del párpado superior y el ojo permanece abierto, a esto se denomina signo de Charles - Bell (Castro Domo, 2000).

La palabra puede resultar modificada, algunos actos como la masticación se hayan dificultados también, los alimentos pueden venir a acumularse en el vestíbulo bucal del lado paralizado, la succión es imposible de ese mismo lado.

La evolución y el pronóstico son naturalmente de duración es variable dependiendo de la causa que la haya producido. La evolución en la parálisis de Bell, es variable, existen formas leves, en las que la curación se produce en un plazo de quince a días a seis semanas, pero en esta misma variedad pueden observarse formas más graves que evolucionan espontáneamente, o rebeldes al tratamiento y que no desaparecen en los plazos indicados.

INTERVENCIÓN

De las PFP esenciales, curan 70% aceptablemente. Con un tratamiento con cortisona desde los primeros días las parálisis mejoran en un 90%. El tratamiento profiláctico, es decir, los medios de evitar una PFP no puede considerarse si no es con motivo de intervenciones quirúrgicas o frente a una afección determinada. El tratamiento medicamentoso: administrar complejos vitamínicos (B1 y B12).

Tratamiento rehabilitador: Rehabilitación de la musculatura a través de la electroterapia, fisioterapia y masoterapia.

No hay que olvidar el ojo. El párpado tiene una función protectora y extiende las lágrimas. Durante el día debe proteger el ojo con gafas oscuras y sustituir el parpadeo con la mano. Por la noche debe ponerse un ungüento que humedezca el ojo y un parche oclusivo.

Tratamiento quirúrgico: Generalmente se reserva para casos de PFP completa de causa no inflamatoria, por causa traumática o quirúrgica o ante una sección del nervio.

Técnicas de evaluación

Evaluación del tono

Se realizará con la cara en reposo. Consiste en observar los dos lados de la cara con respecto a un eje ficticio de simetría sagital que pasa por el centro de la frente, los labios, el mentón y el cuello.

Se pide al paciente que realice siempre los mismos movimientos:

- en reposo con los ojos abiertos y la boca cerrada;
- levantar las cejas (asombro);
- cerrar los ojos sin forzar (para ver el signo de Charles Bell y medir la inclusión palpebral);
- comprimir y apretar los labios (boca en protrusión con los labios juntos y redondeados);
- inflar las mejillas (signo del fumador);
- tratar de sonreír;
- abrir la boca (2 a 4 cm) (ovulación armoniosa o no).

Evaluación del tono

- 2 Atonía total
- 1 Hipotonía
- 0 Normal
- +1 Ligero aumento de los surcos
- +2 Hipertonía con aumento de los surcos (la retracción de las fibras musculares provoca su acortamiento).

Se registrará:

- Abolición de las arrugas frontales.
- Descenso de la cabeza. La ceja (parte interna). Al cerrar el ojo: inclusión palpebral, signo de Charles Bell del lado afectado.
- Nariz desviada en forma de coma hacia el lado sano.
- abolición del surco nasogeniano
- abolición del surco nasolabial

- desviación y hundimiento de la comisura labial
- labio superior; más largo, se voltea hacia el interior de la boca;
- labio inferior, más largo; se voltea hacia el interior de la boca;
- mejilla colgante, en forma de bolsa;
- ptosis del párpado superior que recubre las pestañas superiores;
- la ptosis del párpado inferior (eversión con descubrimiento de la carúncula lagrimal = ectropión).

Evaluación de la función muscular

Para practicar una evaluación correcta es necesario anular lo mejor posible el lado sano, esto permite que los músculos del lado patológico tomen una posición neutra o acertada de modo que la actina y la miosina puedan unirse a la llegada del menor impulso nervioso. Por otra parte, el movimiento pedido deberá ser ejecutado muy lentamente para solicitar un máximo de fibras musculares. Todo movimiento ejecutado de manera rápida sólo hará trabajar la fibra más tónica, las otras serán arrastradas pasivamente por el impulso, produciéndose finalmente su esclerosis (diferencias de cronaxia y reobase).

Por lo tanto, el especialista pedirá al paciente que realice un movimiento lento del músculo deseado y podrá asociar una técnica de estiramiento, stretch, durante la realización del movimiento para poder solicitar algunas fibras durante el estiramiento. Precaución: este estiramiento será realizado sólo 3 veces con un tiempo de descanso suficiente para no sobrecargar de ácido láctico la fibra muscular que comienza a trabajar. Esta técnica es válida sobre todo para el orbicular de los párpados.

Evaluación de la elocución

El paciente tiene dificultades de pronunciación. En la fase flácida la mejilla se pega a los arcos dentarios superior e inferior del lado afectado por la atracción del lado sano sobre el lado paralizado. Por el contrario, en la fase de hipertonía, la mejilla del lado afectado es atraída hacia arriba y afuera, de modo que molesta menos durante el pasaje del sonido, pero de menos movilidad.

Evaluación de la coordinación

Normalmente el ojo y la boca son independientes; lamentablemente, en el periodo de recuperación de las parálisis faciales periféricas que no empezaron a recuperarse durante el primer mes, se observa la aparición de hipertonías y sincinesias. Estas hipertonías afectan siempre a los músculos dilatadores que tienen un punto fijo óseo. Atraen la terminación móvil subcutánea hacia este punto fijo.

Los músculos dilatadores son los más numerosos y esto determina su predominio, (de los párpados y los labios) que son, en cierta forma, músculos suspendidos y

subtendidos por los músculos dilatadores. Las hipertonías se organizan por lo general en los músculos más fuertes y más cercanos al tronco nervioso: cigomático mayor, buccinador, canino, triangular, etc.

Durante la elocución o la masticación, las hipertonías provocan sincinesias, movimientos involuntarios y anárquicos que acompañan a los movimientos voluntarios. Se deben considerar los orbiculares de los párpados y de la boca como ruedas de una antigua máquina a vapor y el cigomático mayor, el cigomático menor, los elevadores del labio superior y el canino, como la biela que los reúne. Cuando el paciente cierra los ojos, el orbicular recubre parcialmente los dilatadores y los atrae hacia su punto fijo.

Estrategia de rehabilitación

El número de sesiones de terapia (en general una decena) será estipulado por la prescripción médica si se está dentro de una institución. Esta deberá precisar el lado afectado o eventualmente la bilateralidad y, si es posible, la fecha de aparición y la etiología. También deberá mencionar si se trata de secuelas de parálisis facial.

La primera sesión es muy larga, dura alrededor de una hora.; se debe realizar la historia clínica del paciente, así como las diferentes evaluaciones obligatorias para apreciar la evolución y adaptar el tratamiento. Es necesario educar al paciente y darle las explicaciones necesarias para que pueda realizar el trabajo de rehabilitación todos los días en su casa, por la mañana y por la noche. Se le proporcionará una hoja de ejercicios personalizados, con figuras y explicaciones para realizarlos, juntos con una hoja de consejos: calor, masaje, tiempo de trabajo, tiempo de descanso, ejercicios realizados en amplitud mínima (esbozo), media o total. El número de ejercicios dependerá de la evaluación muscular.

El nervio facial es un nervio craneal, por lo tanto, su recuperación puede llevar mucho tiempo y presentar particularidades. No puede compararse con los otros nervios periféricos; produce hipertonías y sincinesias cuando tarda en recuperarse, y puede originar un hemiespasma facial. La función del especialista consistirá entonces en supervisar la recuperación de este nervio, proponer ejercicios específicos, cuidar y prevenir la instalación de la menor anomalía de regeneración. Por esta razón, diez sesiones son suficientes: control y, eventualmente, cambio de ejercicios cada 15 días, cada mes, etc. No es necesario tratar al paciente varias veces por semana. Los pacientes muy motivados deben ser guiados; los que quieren ir demasiado rápido deben ser frenados, ya que pueden reforzar el lado sano, etc. Para los niños, los ejercicios se practican en forma de juego con las indicaciones indispensables (hacer burbujas de jabón, tocar una trompeta, arrojar bolitas con una cerbatana, soplar sobre pelotas de ping - pong, etc). Se debe evitar la goma de mascar, ya que produce un trabajo muy importante de los dilatadores, sobre todo del buccinador.

Consejos

En la fase flácida, el especialista puede dar algunos consejos simples.

- Para la protección del ojo, pedir al paciente que use anteojos que cubran los ojos lateralmente, para evitar el polvo, y sobre todo, la desecación de la córnea. Verificar que el paciente sea controlado por un oftalmólogo para la lubricación de la córnea y los riesgos infecciosos.

Explicar al paciente cómo colocar la cinta micropore antialérgica para ocluir el ojo durante la noche y protegerlo del polvo. Técnica: preparar dos tiras (tipo sutura adhesiva), estirar el ángulo externo del ojo afectado (disminución de la hendidura palpebral) y aplicar las dos tiras en cruz o paralelas sobre el ojo cerrado. Si el paciente presenta un ectropión (eversión del párpado inferior), es necesario levantar previamente el párpado inferior con una tira de micropore antialérgico recortada en forma de "navecilla" y proceder como se indicó precedentemente. Si durante el día el ojo molesta mucho, se puede dar más peso al párpado superior pegando un micropore antialérgico transparente o color piel recortado en forma de gota con la punta situada en el ángulo externo del ojo y la parte redondeada a nivel de la pupila. Asimismo, si el paciente presenta un ectropión, se puede proponer el uso de suturas cutáneas adhesivas antialérgicas colocadas a la Nefertiti, comenzando siempre por el párpado inferior, partir a nivel del hueso de la nariz, se debe pasar cerca de la carúncula lagrimal y bajo las pestañas inferiores, luego realizar una ligera tracción y terminar en la parte superoexterna del párpado superior. Realizar lo mismo en sentido inverso para el párpado superior. De este modo, el párpado será más pesado y más eficaz para cerrar el ojo.

- El uso de gafas con patillas anchas puede ser útil. Algunas pueden adaptarse sobre las gafas correctoras e incluso están tratadas contra los rayos ultravioletas.

Estas medidas simples pueden aliviar al paciente en espera de un trabajo eficaz del orbicular inferior y superior.

Si son insuficientes se podrá obtener una mejor oclusión transitoria mediante la realización de una cirugía especializada (tarsorrafia, colocación de un hilo Arion, etc). Estas medidas tempranas pueden revertirse en cuanto comienza la recuperación del orbicular de los párpados. Una vez que se haya obtenido una conclusión de las evaluaciones de la función muscular, sobretodo clínica, podrá emprenderse el tratamiento que será adaptado y personalizado en función de los déficit. No se debe buscar una receta terapéutica sino más bien una línea de conducta, ya que numerosos parámetros pueden intervenir en la regeneración nerviosa.

Intervención: kinesioterapéutica

Se considerará la primera fase o fase flácida, si los músculos son clasificados entre 0 y 2 y en ausencia de toda contractura de los músculos intrabucales del estiramiento y, a continuación la fase de recuperación con hipertonia.

Calor: 10 minutos

En el consultorio: infrarrojos con emisor opaco ubicado a un metro de la cara.

El paciente en decúbito dorsal, la cabeza y las rodillas descansan sobre un cojín.

En caso de pacientes que sufren hipertensión se deben alejar los infrarrojos y reducir la exposición a cinco minutos.

Observación

El paciente debe mantener los ojos cerrados, en caso de inclusión palpebral, se debe proteger el ojo cerrándolo con una compresa estéril humedecida con agua estéril. Otra posibilidad consiste en utilizar una bolsa de agua caliente parcialmente llena, ya que debe ser flexible para adaptarse al relieve de la cara. Se debe envolver siempre en una toalla; nunca debe colocarse sobre el ojo.

Masaje externo e intrabucal

En caso de ptosis del párpado inferior con edema o si existe un edema posoperatorio, un hematoma cicatrizal o traumático, es necesario utilizar el drenaje linfático, recomendado por Leduc, teniendo cuidado de no aplastar los "dedos del guante linfáticos" ya que el edema podría entonces estancarse o incluso aumentar. A continuación, se debe realizar un masaje muy suave comenzando por el "punto central" a nivel de la frente, punto situado aproximadamente a 1 ó 1,5 cm por encima de la raíz de las cejas. Al mismo tiempo se debe masajear el punto que se sitúa aproximadamente en el tercio anterior mediano del cuero cabelludo (zona que presenta un relieve plano fácilmente reconocible con la mano). Masajear bien estos puntos con fricciones circulares en el sentido de las agujas del reloj y terminar con masajes digitales en forma de peine con movilización del cuero cabelludo. A nivel de la cara, las maniobras deben realizarse con deslizamientos suaves y rozamientos. A nivel de las sienes, en la unión del ángulo temporomandibular externo y a nivel de las narinas, el masaje se realiza en forma de "8".

Argumento del masaje

El objetivo del masaje es la reducción del edema (técnica de drenaje linfático) actuando sobre la circulación (fase flácida) y el relajamiento muscular a través del masaje de los puntos dolorosos (fase de hipertonia). El masaje de los músculos hipertónicos, asociado al estiramiento suave y progresivo de las retracciones, debe realizarse en el momento oportuno. Este masaje puede ser beneficioso utilizado correctamente pero nocivo si es mal practicado (riesgo de reaccion de defensa).

El masaje endobucal se realizará con suavidad y permitirá verificar las eventuales tetanizaciones que puedan surgir en los músculos cigomático mayor, canino, buccinador, triangular y cutáneo del cuello. Si fuera el caso, es necesario masajear con la mejilla progresivamente hacia abajo y adentro, hacia el eje de "simetría", dejándola estirada algunos instantes, y luego aflojar la presión manual progresivamente para no crear un efecto boomerang que podría producirse a nivel del músculo estirado (reacción refleja de un músculo hipertónico que se retracta hacia su punto de inserción ósea).

Técnica

- Para el especialista. Colocar el índice (protegido por un dedal) en el interior de la mejilla que se va a masajear, con el pulgar al exterior, buscar los puntos de inserción de los músculos y masajearlos bien, teniendo en cuenta que pueden ser muy dolorosos (es necesario tener cuidado con la reacción del paciente: dolor intenso y puntual); después del masaje, se debe estirar el músculo, mantener el estiramiento algunos segundos y luego aflojar progresivamente la presión digital.
- Para el paciente. Cuando realiza la rehabilitación cotidianamente en su casa. Colocar el pulgar de la mano opuesta al lado afectado, en el interior de la mejilla, con el índice y el medio de la misma mano al exterior. Masajear bien el interior con estos tres dedos, luego estirar la mejilla lenta y progresivamente sin dejar deslizar los dedos y sin bajar el párpado inferior. Es necesario estirar oblicuamente hacia abajo y hacia el lado sano para los músculos superiores, y oblicuamente hacia arriba y hacia el lado sano para los músculos inferiores.

Cuando existen cicatrices, se debe masajear suavemente alrededor de sus bordes en forma circular. Se pueden utilizar productos a base de cortisona sólo sobre las heridas totalmente cicatrizadas; además se requiere una prescripción médica ya que deben tomarse precauciones en los ojos (cortisona oftálmica).

Electroterapia

Corrientes excitomotoras con inclinación progresiva con base exponencial

Han dejado de utilizarse ya que sólo podían aplicarse a los músculos dilatadores, que son los músculos más numerosos, más fuertes y más próximos al tronco nervioso, y por lo tanto, los que se reinervan primero y pasan antes a la hipertonía. Los antagonistas, los dos orbiculares, los más distales, se reinervan más tarde. Son los músculos "suspendidos", por lo tanto, los menos fuertes.

La electroterapia ha sido acusada a menudo de aumentar las tetanizaciones y las hipertonías, a su vez responsables de la aparición de sincinesias. La electroterapia ha sido abandonada a favor de un trabajo analítico de los músculos orbiculares y

de solicitaciones mediante la técnica de stretch furtivo, sobre todo para el orbicular de los párpados.

En la fase flácida, antes de comenzar los ejercicios, es necesario anular lo mejor posible el lado sano; en efecto, el lado sano atrae al lado patológico, poniendo así las fibras musculares en estiramiento máximo. Se sabe que al estirar un músculo al máximo se obstaculiza la acción de la actina y la miosina; por lo tanto, si se quiere lograr el esbozo del menor movimiento, es necesario poner las fibras musculares en posición neutra o acortada. Los ejercicios serán ejecutados con lentitud, para solicitar un máximo de fibras musculares, anulando lo mejor posible el lado sano (diferencia entre la cronaxia y la reobase del lado sano respecto al lado patológico). Los ejercicios se ejecutan en la posición Lesting. Se comenzará por el trabajo del orbicular de los párpados.

Ejemplo: Cerrar los ojos suavemente, realizar un estiramiento furtivo en el ángulo externo del ojo, sin abrirlo, continuar el cierre muscular. Precaución: el paciente debe evitar apretar los dientes para que no trabaje el músculo buccinador por intermedio de la aponeurosis de los masticadores. En efecto, como el paciente tiene dificultades para realizar el movimiento de cierre ocular, puede hacer intervenir otros músculos que van a generar movimientos anárquicos. Por esta razón, cuando se trabaja la parte alta de la cara no se debe hacer intervenir la parte inferior, y viceversa; si no se toman estas precauciones pueden producirse sincinesias.

Otro ejemplo: para cerrar la boca en posición de centrado máximo, con la boca en protrusión con los labios juntos y redondeados. Con la cara en reposo, luxar al máximo de las posibilidades los labios superior e inferior del lado sano hacia el lado enfermo, utilizando el índice y el medio. El paciente esboza el movimiento para solicitar un máximo de fibras musculares. Los labios deben temblar, las comisuras deben acercarse. Cuando los músculos orbitales comienzan a ser lo suficientemente fuertes (grado 2), se solicita, en orden, el trabajo del frontal, del superciliar, de los elevadores del labio superior, del canino, del buccinador, de la borla y del cuadrado de la barba, del triangular de los labios, del cutáneo del cuello y, por último, de los gómáticos.

A continuación, un trabajo analítico equilibrará lo mejor posible los músculos agonistas y antagonistas. Cuando los músculos alcanzan el grado 3, el trabajo se realiza sin presión digital, pero se controla su velocidad para mantener el equilibrio.

Parálisis facial en curso de recuperación

Durante el periodo de recuperación de la parálisis facial, los músculos pueden pasar bruscamente a una hipertonía y a continuación pueden producirse

sincinesias. Si aparecen movimientos anárquicos, los músculos responsables deben ponerse inmediatamente en posición de estiramiento mantenido para inhibirlos.

Ejemplo. Si durante el trabajo del orbicular del párpado derecho se observa que la comisura labial derecha se levanta hacia arriba y afuera con la cara en reposo, el paciente deberá inhibir el cigomático mayor. Para esto, colocará su pulgar izquierdo en el interior de la mejilla derecha, con el índice y el medio en el exterior, mantendrá la mejilla estirada entre los tres dedos oblicuamente hacia abajo y hacia el lado sano sin tirar del párpado inferior derecho. Cerrará entonces los ojos suavemente, y luego con fuerza; manteniendo la mejilla estirada (disociación ojo/boca). Si se pide al apaciente que ponga la boca en protrusión con los labios juntos y redondeados y se observa que el ojo derecho se cierra, incluso mínimamente, se le pedirá entonces que "enganche" la mejilla derecha con el índice por encima del surco nasogeniano. El paciente debe estirar la mejilla, empujarla oblicuamente hacia abajo y hacia el lado sano, luego controlando el ojo con un espejo, esbozar el trabajo del orbicular de los labios (disociación boca/ojo).

En cuanto el paciente perciba la contracción sinérgica del orbicular del párpado, deberá detener el movimiento. A continuación, cuando obtenga un buen equilibrio entre los músculos agonistas y antagonistas, podrá retirar progresivamente la presión digital y equilibrar con los músculos del lado sano.

No se puede hacer referencia en este espacio a todas las inhibiciones posibles; pero es necesario saber que se presentarán en todos los músculos hipertónicos, ya sea el frontal, el superciliar, el canino o la borla de la barba; esto dependerá de la evaluación practicada anteriormente.

Auxiliares de la rehabilitación

Se podrán utilizar coadyuvantes, tales como el calor, el masaje con estiramiento mantenido y aflojamiento progresivo y el uso de imanes durante la noche sobre un tono de base reducido. Los imanes se aplican según la polaridad "norte" relajante. La aplicación se efectuará todas las noches para poner en posición de estiramiento los músculos que trabajan en forma anárquica, y combatir la posición de acortamiento que existe durante el día. Los imanes de la misma polaridad se rechazan. Trabajan así estirando la piel y el músculo subyacente. Se aplica un imán sobre el origen del músculo (frente al origen óseo) y otro sobre su terminación cutánea. Los imanes se mantienen sobre la piel mediante pequeñas tiras de micropore adhesivo antialérgico, que no deben tocarse o superponerse entre sí, lo cual impediría el trabajo de estiramiento sobre la piel. Por otra parte, los imanes trabajan también en el plano profundo; por lo tanto, si estuvieran retenidos en el plano superficial no podrían tener efecto sobre las fibras musculares profundas.

Los imanes tienen una eficacia máxima hasta cierta distancia, que debe ser verificada antes de aplicarlos. Para la mayoría de ellos, la distancia es de 1,5 cm, de modo que para los músculos más largos, como el cigomático mayor o el cutáneo del cuello, deben utilizarse varios imanes. El primero se aplica a nivel de la inserción ósea, el segundo a 1,5 cm del primero (el segundo sirve de punto fijo ya que es rechazado al máximo por el primero), el tercero a 1,5 cm del segundo, etc. Cuando las contracturas son muy importantes, se duplica la masa de imanes, superponiéndolos. Se proporciona al paciente una hoja de explicación con el modo de reconocer fácilmente las inserciones y las terminaciones. El agente aprende primero a realizar el reconocimiento frente a un espejo y luego puede realizarlo solo. El agente marca en esta hoja el tiempo de aplicación, los efectos, la tolerancia y la eficacia sobre una escala graduada de 0 a 10. El agente lleva la hoja a cada sesión de kinesioterapia y, en función de las evaluaciones, se modifica o se interrumpe la aplicación de imanes. Por medida de seguridad, no deben utilizarse imanes en niños, ni en mujeres embarazadas, ni en agentes portadores de marcapasos. Por otra parte, sólo deben aplicarse sobre los músculos dilatadores. En efecto, sobre el orbicular de los párpados son preferibles los estiramientos manuales mantenidos sobre las fibras orbitarias a la aplicación de imanes, ya que éstos pueden tener un efecto sobre las fibras de los músculos intrínsecos del ojo (experiencia realizada sobre las convergencias).

ESTRATEGIA DE LA ENFERMERA EN REHABILITACIÓN

El número de sesiones es por lo regular 10, en la hoja de indicaciones debe precisarse el lado afectado, fecha de aparición y etiología. También se debe especificar si se trata de secuelas de parálisis facial. La primera sesión es muy larga, donde se realiza la historia clínica completa para apreciar la evolución y adaptación al tratamiento. Es necesario educar al paciente y darles las explicaciones necesarias para que pueda realizar el trabajo de rehabilitación todos los días en su casa, por la mañana y por la noche. Se le debe proporcionar una hoja con ejercicios personalizados, figuras y explicaciones para realizarlos, junto con los consejos: calor, masaje, tiempo de trabajo, tiempo de descanso, ejercicios a realizar.

El nervio facial es un nervio craneal, por lo tanto, su recuperación puede llevar mucho tiempo y presentar particularidades. No debe compararse con los otros pares craneales por su función motora tan específica, así como su capacidad para producir sincinesias e hipertonías.

La función principal del especialista consiste en supervisar la recuperación de este nervio, proponer ejercicios específicos, cuidar y prevenir la instalación de la menor anomalía de regeneración. Por esta razón Chevalier (1990) considera suficientes 10 sesiones y eventualmente si propone un cambio en los ejercicios a realizar.

CONCLUSIONES

La kinesioterapia tendrá un triple objetivo: mantener la troficidad muscular, dar consejos precoces de rehabilitación, incluso antes de la llegada del flujo nervioso, y hacer trabajar en prioridad a los músculos constrictores, en este caso los orbiculares.

El especialista deberá explicar al paciente que la recuperación del nervio facial puede ser muy larga y producir a veces arborizaciones terminales que dejan pequeñas secuelas.

Según la experiencia de los autores, todo nervio facial comprimido durante más de 25 días, sin signos de recuperación clínica en la evaluación muscular presentará hipertonías y sincinesias.

Si bien algunas parálisis faciales se recuperan en un lapso de tiempo muy corto, de 15 días a 1 mes, otras, lamentablemente, lo hacen muy lentamente, su evolución puede durar, a veces, 4 años.

El especialista debe estar muy atento a la menor compensación, la menor hipertonía y prevenir las sincinesias incipientes. Si sólo se debiera retener una idea, será la de rehabilitar en primer lugar de modo analítico los músculos constrictores y combatir los músculos dilatadores, que son siempre los más potentes. Al principio, el trabajo se realizará en forma de esbozo para poder solicitar un máximo de fibras que, a continuación, serán capaces de trabajar progresivamente. Más tarde, se reintegrarán todos estos elementos musculares en una mímica global armoniosa.

La rehabilitación facial es un trabajo apasionante y sutil. Implica no sólo conocimientos anatómicos, neurológicos y fisiológicos sino también una observación meticulosa y una buena agudeza visual. Se requiere mucha psicología para ocuparse de pacientes cuya recuperación puede ser larga; es necesario saber conducirlos progresivamente a una recuperación de su personalidad, teniendo en cuenta que, en el mejor de los casos, quedará un déficit del 20%, debido a la motricidad automática que refleja sobre la cual el paciente no puede intervenir: pestañeo, bostezo, carcajada. Se conducirá progresivamente al paciente a enfrentar esta eventualidad, recordando siempre la gravedad de la afección inicial. Se comparará la fase terminal con la fase inicial (fotos).

Si quedan secuelas muy invalidantes por falta de inervación, se podrá recurrir eventualmente a la cirugía estética realizada por un cirujano plástico. En caso de

secuelas mínimas, el cirujano plástico podrá dar más peso al párpado superior para reducir la hendidura palpebral y obtener así una mejor protección del ojo.

No se debe olvidar que la cara es el pasaporte del individuo, el espejo del alma. Debe disimular, callar tanto como expresar. "Hay en la cara una especie de elocuencia silenciosa que sin actuar, actúa de todos modos" (Chevalier, 1990).

ARTRITIS REUMATOIDE

Como concepto específico se puede mencionar que es un síndrome crónico caracterizado por una inflamación inespecífica, generalmente simétrica, de las articulaciones periféricas, que puede dar lugar a la destrucción progresiva de las estructuras articulares y periarticulares; también pueden presentarse manifestaciones generales (Berkow, 1994).

VALORACIÓN

Sigue siendo desconocida la causa precisa y el mecanismo implicado en la artritis reumatoide, aunque hay una gran cantidad de información hipotética. Se parte de teorías infecciosas, genéticas e inmunitarias diversas; sin embargo, lo importante es detectar a tiempo y ofrecer un tratamiento adecuado y personalizado. La *patogenia* al igual que la causa no se ha delimitado aún; el mecanismo preciso implicado en la producción de las alteraciones de la artritis reumatoide es poco puntual, aunque hay mucho escrito sobre ello.

Las manifestaciones clínicas se caracterizan por:

Historia natural. El comienzo es con frecuencia entre los veinte y la sesenta años de edad, con una incidencia máxima entre los treinta y cinco y los cuarenta y cinco años.

El paciente experimenta un comienzo gradual de dolor y rigidez articular. Es notable una rigidez matutina generalizada, característica de cualquier artritis inflamatoria y que dura hasta seis horas. Los síntomas sistémicos generales comprenden malestar, fatiga y pérdida de peso. Estos síntomas pueden anteceder a los síntomas articulares en unas semanas o incluso meses.

1. Articulaciones afectas

La artritis es inicialmente poliarticular en la mayoría de los pacientes (75 por 100). Las articulaciones afectas son las pequeñas de las manos y los pies (en el 60 por 100), grandes articulaciones (en el 30 por 100) o ambos tipos de articulaciones (en el 5 por 100). El 25 por 100 restante tiene inicialmente una artritis monoarticular, que suele afectar a la rodilla en el 50 por 100 de los casos. Sin embargo, en ocasiones, el

hombro, muñeca o cadera son las primeras articulaciones afectadas y menos frecuentemente el tobillo, codo o una pequeña articulación. (Moll, 1994).

2. Características generales de las articulaciones

a) Hinchazón

Se debe al derrame y engrosamiento de la sinovial al comienzo de la enfermedad. La osteoartritis secundaria puede contribuir a la hinchazón en una enfermedad consumida.

b) Hiperalgia

La articulación afecta duele a la palpación y hay dolor al realizar movimientos.

c) Signos de inflamación aguda

Un aumento del calor indica una inflamación aguda, y estas articulaciones pueden mostrarse ligeramente eritematosas. Cualquier exageración de estos cambios debe suscitar la posibilidad de una infección sobreañadida u otro diagnóstico, tal como gota.

d) Limitación de los movimientos

Las articulaciones afectas se mueven con menor libertad. Se debe al impedimento mecánico impuesto por las alteraciones de los tejidos blandos o duros o al dolor y espasmo muscular.

e) Deformidad

Aparte de las alteraciones morfológicas debidas a la hinchazón articular, la articulación puede llegar a tener una alineación anómala, bien sea por incapacidad para extender la articulación (deformidad en flexión) o por una subluxación o luxación articular.

f) Pérdida de masa muscular

La atrofia por desuso muscular lleva a una pérdida de masa muscular alrededor de las articulaciones afectas.

3. Características especiales de articulaciones individuales

a) Miembro superior

Mano. Hinchazón fusiforme de las articulaciones IFP y prominencia de las articulaciones MCF, sobre todo de la segunda y tercera, al comienzo de la enfermedad.

Desviación cubital de las articulaciones MCF. Se desarrolla después de uno a cinco años.

b) Miembro inferior

Pie y tobillo. Las alteraciones principales en esta región comprenden: deformidad en eversion del pie debida a un estiramiento de los ligamentos del tobillo, afectación nodular del tendón de Aquiles, limitación de los movimientos de eversion / inversion en la articulación subtalar y, más frecuentemente, subluxación de las articulaciones MTF con deformidades del pie en garra y callosidades plantares. Es también frecuente el hallux valgus y la formación de callo juanete.

INTERVENCIÓN

Es apropiado en este momento mencionar los principios generales y los factores implicados en el cuidado de los pacientes con artritis reumatoide. Pueden resumirse como sigue:

1. Intento de realizar un diagnóstico firme.
2. Comunicar las intenciones diagnósticas y terapéuticas al paciente.
3. Valorar el estado doméstico y de trabajo del paciente y, junto con la ayuda de un fisioterapeuta y de otros profesionales de salud (enfermera especialista, trabajo social, visitador de salud), intentar preservar todos los aspectos de la vida del paciente.
4. Valorar la necesidad de reposo, ejercicio y protección de las articulaciones. (Moll, 1994)

Reposo y alimentación. A veces está indicado el reposo absoluto en cama durante un corto periodo en la fase dolorosa más activa de la enfermedad. En los casos menos graves se han de recomendar periodos regulares de reposo, precisados minuciosamente. Las férulas proporcionan una movilización articular local. En general es suficiente una dieta nutritiva común. En algunos raros casos, los agentes presentan exacerbaciones asociadas a ciertos alimentos. En la actualidad se están investigando los aceites de pescado o vegetales, que quizá podrían aportar una mejoría de los síntomas. Es frecuente el charlatanismo respecto a los alimentos y a la dieta, por lo que se debe prevenir sobre ello.

Los salicilatos. Son analgésicos y antiinflamatorios relativamente seguros y baratos que constituyen la piedra angular del tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide. El ácido acetilsalicílico (AAS) se prescribe a dosis iniciales bajas con las comidas. Después se ajusta la dosis elevándola hasta alcanzar una cantidad efectiva máxima (tener cuidado a la aparición de acúfenos o hipoacusia). Pueden administrarse antiácidos o sucralfato entre las comidas para aliviar los síntomas gastrointestinales leves sin suspender la administración de AAS. (Berkow, 1994).

Medidas rehabilitatorias y quirúrgicas. Una vez eliminada la inflamación, se pueden evitar las contracturas en flexión y rehabilitar la fuerza muscular con mayor éxito. Las férulas articulares reducen la inflamación y pueden aliviar los síntomas. Antes de controlar el proceso inflamatorio agudo se realizan cuidadosamente ejercicios pasivos que no provoquen dolor, a fin de evitar las contracturas. A medida que la inflamación remite es aconsejable efectuar ejercicios activos para restablecer la masa muscular y preservar el grado normal de movilidad a agentes con artritis reumatoide debilitante grave, para la realización de actividades esenciales para la vida diaria. A menudo son útiles el calzado ortopédico o las zapatillas deportivas, con un buen soporte en el talón y el arco plantar, adaptados a las necesidades de cada paciente; las barras metatarsianas

colocadas por detrás de las articulaciones metatarsofalángicas reducen el dolor provocado por la carga del peso del cuerpo.

Las contracturas en flexión irreversibles pueden requerir ejercicio intensivo, colocación seriada de férulas o medidas ortopédicas. Aun cuando la sinovectomía sólo proporciona un alivio temporal de la inflamación, puede llevarse a cabo en articulaciones clave con el fin de mantener la función articular en los casos en los que los fármacos antiinflamatorios han sido ineficaces. (Berkow, 1994)

Se concluye que aunque en muchos casos no se sabe la causa y gran parte del mecanismo del proceso reumatoide, puede realizarse una gran labor para ayudar a los pacientes por medio de una aplicación juiciosa de tratamiento conservador y en dado caso, quirúrgico.

OSTEOPOROSIS

Con los incrementos en la expectativa de vida y en el número de personas de edad avanzada la pérdida ósea y las fracturas se están volviendo más comunes en países como Estados Unidos (donde se dispone de estadísticas) así como en otros sitios. Los problemas asociados con la pérdida ósea y el envejecimiento no son sólo médicos; también tienen ramificaciones sociales, culturales y económicas que afectan la vida de una comunidad o una nación.

En este contexto, el beneficio del ejercicio y el mantenimiento de la aptitud física no sólo contribuirían a la prevención de la pérdida ósea sino que también mejorarían las respuestas protectoras en la fuerza muscular de todo el cuerpo, lo que conduciría así a una reducción en la incidencia de fracturas. Sobre esta base, los especialistas en medicina física y rehabilitación deben participar cada vez más en el programa de prevención de la población osteoporótica y en su asistencia crónica. (Matkovic, en Krusen, 2000).

Definición

La osteoporosis es una enfermedad ósea caracterizada por una reducción del tejido óseo en relación con el volumen del hueso anatómico que aumenta la sensibilidad a la fractura.

Clasificación

La osteoporosis puede clasificarse de acuerdo con su localización en el esqueleto y de acuerdo con su etiología. La osteoporosis localizada afecta parte del esqueleto, la osteoporosis generalizada afecta, en mayor o menor grado, diferentes partes de todo el cuerpo. Ambos tipos de osteoporosis pueden clasificarse a su vez en

osteoporosis primaria y secundaria. El agente causal en la osteoporosis primaria en general no se conoce del todo, en la osteoporosis secundaria siempre existe un factor predisponente, ya sea local o sistémico. Finalmente, la osteoporosis generalizada puede ser clasificada a su vez, de acuerdo con la edad del paciente, cuando se presentan los signos clínicos del paciente, en osteoporosis juvenil o idiopática y en osteoporosis involutiva. La osteoporosis juvenil afecta a niños y adolescentes de ambos sexos; la osteoporosis idiopática afecta a mujeres. La osteoporosis involutiva es, con mucho, la forma más común de osteoporosis e incluye la osteoporosis asociada con el envejecimiento (tipo II) antes denominada osteoporosis senil. La osteoporosis de tipo I afecta a mujeres posmenopáusicas de 55 a 65 años de edad, en tanto que la osteoporosis de tipo II afecta a individuos mayores de 70 años. (Zanchetta, 2001)

Osteoporosis involutiva primaria

La osteoporosis involutiva primaria es la forma más común de osteoporosis. Comienza en la edad media de la vida y se vuelve cada vez más común con el envejecimiento. En la actualidad reconocemos los tres sitios principales de fracturas asociados con pérdida ósea: muñeca, columna vertebral y cadera. En cuanto a la *putogenia*, el esqueleto humano alcanza una masa ósea entre la adolescencia tardía y el comienzo de la tercera década de la vida. Después ocurre pérdida ósea, que conduce gradualmente a un riesgo aumentado de fracturas con un traumatismo mínimo o moderado. (Matkovic, en Krusen, 2000).

MASA ÓSEA PICO. Dado que la masa ósea es el principal determinante de la fractura, una masa ósea elevada en la madurez esquelética se considera la mejor protección contra la pérdida ósea relacionada con el envejecimiento. (Matkovic, en Krusen, 2000).

RITMO DE PÉRDIDA ÓSEA. Una vez alcanzada la masa ósea pico la pérdida ósea comienza y persiste hasta los 85 a 90 años de edad. Las pérdidas durante toda la vida varían desde el 20 a 30% para los hombres y hasta el 45 a 50% para las mujeres. La pérdida ósea con la edad creciente es un fenómeno universal en casi todas las poblaciones estudiadas hasta ahora, y el ritmo de pérdida ósea parece ser igual entre las diferentes poblaciones. La pérdida ósea comienza antes y prosigue más rápidamente en las mujeres, con una fase acelerada en los años posmenopáusicos. El ritmo de pérdida ósea relacionado con la edad es de aproximadamente 0.5 a 1% por año en ambos sexos y aumenta en las mujeres en el periodo posmenopáusico inmediato hasta aproximadamente 2 a 3% por año durante 3 a 15 años después de la menopausia. Después de los 70 años, existe una declinación en el ritmo de pérdida ósea de hasta 0,5 a 1% por año. En ese momento el ritmo de pérdida ósea es igual entre hombres y mujeres.

EDAD. La edad parece ser uno de los determinantes más importantes de la pérdida ósea y las fracturas. El envejecimiento al parecer está codificado en nuestros genes y es reflejado por la amplia gama de potencial de expectativa máxima de vida que poseen los seres humanos. Parece probable que la base genética del envejecimiento comprenda dos tipos de deferencias específicas de especie.

NUTRICIÓN. Entre los factores nutricionales se han considerado que los ingresos bajos de calcio y vitamina D y elevados de fosfatos y cafeína constituyen factores de riesgo para el desarrollo de la osteoporosis. Estos factores pueden influir sobre la formación de masa ósea pico y el ritmo posterior de pérdida ósea. Algunos experimentos con animales de laboratorio han establecido que la deficiencia de calcio puede producir osteoporosis. (Zanchetta, 2001)

ACTIVIDAD FÍSICA. La incidencia de osteoporosis es mayor en el hemisferio occidental; esto podría deberse en parte a la falta de actividad física en la población. La pérdida ósea que ocurre con una inmovilización prolongada sugiere también que el ejercicio físico podría ayudar a prevenir la osteoporosis. La densidad ósea, al menos en las personas que no lo son; hace poco se ha comunicado un incremento en el calcio corporal total y en el contenido mineral del hueso vertebral después del ejercicio moderado en pacientes con osteoporosis posmenopáusica. Todo esto indica que la actividad diaria de apoyo de peso es esencial para la salud esquelética. (Zanchetta, 2001.)

EXAMEN FÍSICO. El examen físico es, nuevamente, muy importante para el diagnóstico. Se deben buscar los signos y síntomas de la enfermedad antes descritos.

ESTUDIOS METABÓLICOS. La técnica de balance de calcio, la cinética del calcio y la absorción de calcio se consideran parte del protocolo de investigación. Son de muy difícil ejecución y no se pueden aplicar en una rutina diaria. La técnica de balance de calcio requiere la presencia de un servicio metabólico y de personal muy especializado. Sin embargo, se recomienda la toma de inicio, de densitometría ósea a nivel central, teniendo como lugares de exploración columna lumbar y cadera.

3. PROCESO DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA

- Procedimientos e instrumentos para la valoración
 - Entrevista clínica

Los registros impresos son imprescindibles para obtener una guía que oriente la valoración de Enfermería, el éxito de sus esfuerzos para identificar patrones de salud o enfermedad depende de la habilidad para realizar la entrevista y el examen físico.

Los datos obtenidos durante la entrevista aportaron información para la valoración de Enfermería. Se estableció confianza y se requirió necesariamente escuchar, ver y preguntar todo lo que se consideró necesario y tomando como indicador la Guía de Valoración para la Especialización en Enfermería en Rehabilitación basada en la Teoría del Déficit del Autocuidado. Anexo 1.

Esta valoración comprobó el uso eficiente del método utilizado (entrevista). El rumbo del instrumento de valoración va enfocado de manera holística, de acuerdo a un modelo de Enfermería (de Orem) orientado a valorar respuestas humanas.

En los datos obtenidos se inició con los factores de condicionamiento básico incluyendo características personales y características familiares. En cuanto a la familia se incluyó composición familiar, estructura familiar con descripción de los roles, patrones de comunicación y las funciones familiares, aquí se hizo hincapié sobre funciones afectivas, socialización y función, función reproductora, económica y ambiental.

En un segundo apartado basándose en los requisitos de autocuidado universales se realizaron cuestionamientos sobre el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, de agua, de alimentos, de cuidados en la eliminación, del equilibrio entre la actividad y el reposo, entre la soledad y la interacción, de prevención de peligros y de la promoción del funcionamiento dentro de grupos sociales; aquí se realizaron cuestionamientos acerca de autoconcepto, salud mental y espiritualidad principalmente.

En el tercer apartado las preguntas se enfocaron hacia los requisitos del autocuidado del desarrollo.

El cuarto y último apartado se enfocó hacia los requisitos de desviación de la salud, la desviación actual, los mecanismos para afrontarla, así como historias de desviaciones a la salud anteriores.

a) VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

- Valoración general o exhaustiva

Al ser la primera parte del proceso de Enfermería, se tomó aquí la identificación del problema reuniendo la información para obtener una imagen clara del estado de salud del paciente.

Se reunieron todos los datos pertinentes y posibles. La agente fue la fuente básica de información; lo demás se obtuvo de los registros médicos, registros de Enfermería, otros profesionales que trabajaron con la agente y la bibliografía encontrada.

Habiendo varias formas para organizar los datos obtenidos se debió siempre seguir el enfoque de Enfermería. La organización se hizo de acuerdo a la Teoría de Autocuidado de Orem. Debe originarse siempre de forma coherente este tipo de información y mantenerse siempre de manera organizada, sistemática y exhaustiva.

A partir de una entrevista inicial con la agente se reunió información sobre todos los aspectos de su estado de salud. Esta información proporcionó bases para la identificación de las capacidades y problemas. Uno de los resultados obtenidos por la aplicación de los instrumentos que se aplicaron en esta ocasión es la descripción de la unidad de observación, donde se obtuvo información a partir de un formato impreso previamente realizado y revisado, ya mencionado anteriormente.

Se utilizó, como ya se mencionó un modelo impreso para el registro de la recolección de datos, esto permitió considerar los diagnósticos de Enfermería. Para organizar los datos se sigue la Teoría del Autocuidado de Orem. Se incluyen los datos obtenidos a través de la entrevista.

Así, se obtuvieron respuestas para su redacción, análisis y posterior uso para encontrar las alteraciones y desviaciones a la salud que puedan afectar el estado físico, emocional o social de la agente de autocuidado que accedió al seguimiento de su caso a lo largo de su tratamiento terapéutica de la enfermera especialista en Rehabilitación y que como producto final de esta fase se obtuvo la Historia Clínica de Enfermería. A continuación se registran los resultados obtenidos.

- Descripción de la Unidad de Observación
- Entrevista

Dentro de los factores de condicionamiento básico resalta de inicio la agente con el nombre de Luz R., femenina de 62 años de edad, casada, originaria del Distrito Federal, actualmente residente del Estado de México, religión católica, estudios terminados a nivel primaria y actualmente se ocupa de su hogar.

La familia está compuesta por cuatro integrantes a saber, esposo de ocupación radiotécnico con el mayor aporte económico diario, esposa (la agente de autocuidado), 2 hijos, el mayor de 36 años labora como profesor de bachillerato con aporte económico mínimo y el hijo menor de 21 años estudiante de licenciatura en informática.

La agente de autocuidado en estos momentos espera sobre todo apoyo económico de su familia en la cual el esposo tiene el rol de jefe de familia y ella desempeña el rol de esposa y cuidadora del hogar, donde para llevar a cabo éste rol se encarga principalmente de la limpieza y la comida del hogar y estar atenta a los demás. Las normas principales son respecto a evitar compañías poco favorables como amigos adictos y establecer horarios de llegada.

La plática con sus hijos y su esposo es continua, aunque a veces, existen discrepancias por el ejercicio del poder muy autoritario e impositivo para aplicar las reglas por su esposo, lo que provoca que los hijos tengan en cuestiones difíciles mayor apoyo con la agente de autocuidado, terminando ella de decidir en casos de disciplina, lo que estrecha aún más su contacto.

En cuanto a la función reproductora inicia la menopausia a los 50 años aproximadamente sin modificar el concepto sobre sí misma e incluso sin afectar considerablemente su relación de pareja.

En la función económica los gastos los resuelven el esposo y en menor medida el hijo siendo los gastos relativamente suficientes para las necesidades mínimas básicas de la familia.

Conviven en casa propia, en cuatro dormitorios, con cocina y baño independientes, ventilación e iluminación adecuadas; en cuanto a barreras arquitectónicas, cuentan con una escalera con diez escalones que suben a la azotea, y la utiliza cada tercer día sobretodo para lavar y tender la ropa. En el vecindario las calles son de pavimento, cuentan con seguridad y transporte público.

En los requisitos de autocuidado universales, se incluye el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, destacando que en el lugar donde vive existe contaminación del aire y para protegerse mantiene cerradas puertas y ventanas.

El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos lo cumple con sus comidas diarias queda satisfecha, consume con mayor frecuencia carne, nopales, lechuga, pepinos, le agradan todos los alimentos. Tiene un horario específico para consumir alimentos: desayunos a las 8 horas, comida a las 14 horas y merienda a las 21 horas. Prepara ella misma sus alimentos. Actualmente come sola o en casa con su esposo o sus hijos, así como también come más lento.

En la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción, evacúa una vez cada tercer día con algunas dificultades, orina de cuatro a seis veces sin molestia alguna. Se baña diario o cada tercer día de acuerdo a las necesidades de salir de casa o no salir. El lavado de manos es de seis a ocho veces al día principalmente después de ir al baño y antes de comer; el lavado de dientes es dos veces al día, mañana y noche.

En el mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo destaca que en el hogar realiza principalmente la limpieza y la comida, no realiza actividades recreativas o sociales, en los últimos meses, refiere dificultad para conciliar el sueño que elimina buscando alguna posición más cómoda al dormir, duerme aproximadamente seis horas cada día.

Para referirse al mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción se comunica de manera fácil con los demás, aunque a veces le da pena, en caso de necesitarlo recurre primero a su esposo y a sus hijos.

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos es un rubro más, donde utiliza lentes para leer de cerca, refiere sentidos de oído, olfato y tacto adecuados para detectar peligros para la vida humana, aunque desconoce los riesgos y peligros en el hogar.

En cuanto a la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseos de ser normal, periódicamente (cada cuatro meses) acude a la Unidad de Medicina Familiar Naucalpan del Instituto Mexicano del Seguro Social, se considera tranquila y lo que más puede afectarle son enfermedades de sus hijos y necesidad de cambiar rutinas; como prácticas a la salud hace autoexploración de mamas una vez al año bajo supervisión de la Unidad de Medicina Familiar de Naucalpan.

En estos momentos, la agente de autocuidado no se acepta tal como se ve, ya que la imagen de su cara está distorsionada, le gustaría mejorar su imagen y poder mantener la boca cerrada sin problemas.

Presenta una actitud lógica y maneja las ideas de manera razonable, su religión es gúfa espiritual en su vida.

En lo que se refiere a los requisitos de autocuidado de desarrollo, se encuentra en etapa de senectud del ciclo vital sin condiciones que le impidan su desarrollo normal biológico.

En la revisión de los requisitos de desviación de la salud la agente de autocuidado conoce su enfermedad, le preocupa porque no observa mejoría, está dispuesta a hacer lo necesario para recuperar su salud.

Para adaptarse a su desviación de la salud, utiliza una órtesis (férula) para comisura labial así como también realiza masajes faciales en casa. En las actividades de la vida diaria humana sólo ha modificado la alimentación de manera lenta y de preferencia sola.

Respecto a desviaciones a la salud durante la infancia padeció varicela e infecciones de vías respiratorias no especificadas. No tiene antecedentes quirúrgicos o alérgicos.

En el rubro desviaciones a la salud durante la etapa adulta refiere hospitalización hace un año por presentar un cuadro agudo de infección de las vías respiratorias, durante cuatro días y fue dada de alta por mejoría.

Para la desviación a la salud actual recibe terapia física consistente en compresa húmedo caliente, electroestimulación y masoterapia; 30 sesiones en dos meses de trabajo institucional.

- Valoración focalizada

Se utilizó para reunir información específica a fin de determinar el estado de un problema. Esta valoración se realizó para centrar la atención sobre problemas reales o potenciales.

La valoración focalizada es también el método principal para la valoración continua, identificando los problemas como reales o potenciales y haciendo las valoraciones focalizadas periódicas para monitorizar el estado del agente de autocuidado.

Siendo el método principal para la valoración continua se identificó un problema y se realizaron evaluaciones focalizadas periódicas para dar seguimiento al estado de la agente. La valoración específica consistió principalmente en la aplicación de una guía de exploración física, dividida en apartados denominados de acuerdo a la Teoría del déficit de autocuidado.

A continuación se hacen algunos planteamientos iniciales acerca de la conformación de los pasos a seguir para realizar una exploración válida en la rehabilitación y posteriormente se registra la información de manera general que se obtuvo de la exploración física basados en la Guía para Exploración Física para la Especialización en Enfermería en Rehabilitación basada en el modelo de Orem (Anexo 2). Esta información fue analizada y depurada para elegir sólo aquella que se refiere a desviaciones a la salud; se incluye a continuación.

- Examen físico

A través del examen se permitió obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de la agente y determinar la eficacia de las intervenciones de Enfermería. Se realizó de manera sistemática y precisa, con un modelo de cefalocaudal.

A través de las cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación, así como las constantes vitales y la somatometría. La enfermera especialista debe practicar el examen físico integral, haciendo suyos los conocimientos, habilidades y actitudes para realizar esta actividad.

La inspección a través de la vista y el oído permitió la realización de un proceso activo donde valga la redundancia, se inspeccionó la apariencia general principalmente.

La palpación se ejecutó a través del tacto, utilizando la inervación de las yemas de los dedos para determinar textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, pulsos periféricos y otros más. La palpación se llevó a cabo mayormente utilizada fue la superficial (extensión de los dedos de la mano dominante en forma paralela a la superficie de la piel con presión suave en sentido circular) y favorecido con la relajación de las manos que exploraron, tibias y se inició de arriba abajo.

La auscultación se utilizó como un examen a través del tacto, el golpeteo suave y la escucha, percibiendo los sonidos producidos por el cuerpo.

La percusión se utilizó como un método de valoración en que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones y se utiliza sobre todo para determinar tamaño y forma de órganos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La especialización de Enfermería en rehabilitación requirió una exploración física intensa, específica y sobre todo minuciosa, substancialmente en áreas como la exploración de los arcos de movilidad, fuerza, alteraciones neurológicas (pares craneales y alteraciones locales) y pruebas especiales para el sistema músculo esquelético.

La medición de arcos de movilidad llamada goniometría se realizó a través de una exploración con aparatos, el goniómetro es básico para medir en grados los ángulos de movimiento de cada una de las articulaciones móviles del cuerpo humano.

La fuerza muscular se valoró de acuerdo a la escala de Lovett donde se da la puntuación de 0 a 5, siendo 5 una fuerza excelente en cualquier grupo muscular o músculo que se explore en ese momento. Además de observación del tono y trofismo muscular.

En el apartado neurológico se realizó una valoración exhaustiva de pares craneales debido a las desviaciones a la salud de la agente de autocuidado afectada, también se incluyó la valoración de la sensibilidad (parestesias), cinestesis (sensación de ubicación), y se comprobaron reflejos no patológicos y patológicos.

Como otro punto importante, dentro de la exploración se realizaron pruebas especiales en cada una de las regiones que así lo necesitaron como en cara, en manos, rodillas y pies.

La valoración específica en este caso, consistió principalmente en la aplicación de una guía de exploración física, incluye antecedentes de desviaciones de la salud familiares y personales, antecedentes de desviación a la salud personales, las características de la desviación actual, la apariencia general, la marcha, la postura (en sus tres planos), y posteriormente un recorrido céfalo caudal en las cuestiones propias para el análisis de la rehabilitación.

La guía para la exploración física aplicada, igual que la guía de valoración se realizó y modificó de acuerdo a las necesidades de la especialización. A continuación se describen los resultados obtenidos.

- Realización de la exploración física

En los antecedentes destacan hermano vivo de 68 años con diabetes sin tratamiento, madre viva de 86 años con hipertensión arterial bajo tratamiento médico. La agente de autocuidado sufrió un cuadro de parálisis facial hace 20 años, duró dos semanas aproximadamente mejorando de manera paulatina.

Para describir la desviación actual se hace referencia al inicio en los últimos días del mes de noviembre de 2001, súbitamente mientras come presenta sensación de desviación de la comisura labial al lado izquierdo, sin dolor. Cursa con evolución tórpida bajo tratamiento del Instituto Mexicano del Seguro Social y médico particular, consistiendo básicamente en masoterapias.

La apariencia general es edad aparente igual a la cronológica, íntegra, con fascie característica, bien conformada, en actitud física escogida, orientada en tiempo, lugar y persona.

Marcha independiente, claudicante izquierda, refiere dolor en rodilla izquierda, deficiente en fase de balanceo, impulso y despegue. No realiza variante de puntas, sólo de talones.

Postura en vista posterior se observa cuello simétrico, hombro derecho desnivelado, escápula derecha ligeramente desnivelada, cifosis dorsal incipiente, escoliosis dorsolumbar derecha, pliegues torácicos y lumbares ligeramente desnivelados, crestas ilíacas, pliegues glúteos y poplíteos nivelados, maleolos nivelados con aumento de volumen en ambos maleolos internos. Se observa hipertrofia de miembro pélvico izquierdo (MPI).

En vista lateral se observa cabeza con anteproyección, abdomen prominente y cadera basculada al frente.

En vista anterior se observa cabeza nivelada, cuello simétrico, hombro derecho desnivelado, mama derecha ligeramente desnivelada; caderas y rodillas niveladas pero con aumento de volumen, antepies nivelados, deformidad en primeros orjeos por hallux valgus bilateral.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cabeza y pares craneales con cráneo bien conformado sin endostosis ni exostosis, cabello insertado de acuerdo a edad y sexo, no se observan cicatrices ni alteraciones.

Pares craneales a su exploración, destacan los siguientes datos:

- I. Anosmia.
- V. Diferencia sensaciones.
- VI. Habla difícil por asimetría de expresión facial, arrastra la lengua al hablar, sialorrea no contenida, sonrisa asimétrica lateralizada a la izquierda y gusto no detectable del lado derecho de la lengua.
- VIII. Audición aceptable, percibe diapasón. No vértigo, nistagmo o mareo.
- IX. No alterada la contracción de músculos faríngeos.
- X. Voz ronca, elevación no lateralizada de rafe medio.
- XI. No contracturas musculares en trapecio y esternocleidomastoideo.
- XII. Si mueve la lengua.
- II. Movimientos de los músculos intrínsecos de ojo, así como reflejos a la luz presentes.
- IV. Presente el movimiento ocular.
- VI. Presente el movimiento ocular.

En examen clínico muscular en hemicara izquierda conserva fuerza en 3 (según escala de Lovett) y en hemicara del lado derecho, permanecen en cero (0) el músculo orbicular del los párpados, compresor nasal, elevador común, cigomático, triangular de los labios, cutáneo del cuello y bucinador, y con calificación de uno (1) frontal, superciliar, orbicular de los labios, risorio de Santorini y cuadrado de la barba.

Cuello y columna cervical con tráquea central desplazable, no se palpan puntos dolorosos ni contracturas musculares y arcos de movilidad completos para cuello.

Tórax y columna dorsal con frecuencia cardiaca de 86 pulsaciones por minuto, ruidos cardiacos rítmicos, movimientos de amplexión y amplexación simétricos, no se palpan puntos dolorosos ni contracturas musculares, arcos de movilidad completos.

Abdomen y columna lumbar se observan con abdomen globoso a expensas de aumento de panículo adiposo, depresible no doloroso, peristaltismo presente; se

observa escoliosis dorsolumbar derecha y hiperlordosis, no puntos dolorosos, contracturas musculares, arcos de movilidad completos, corrige a la maniobra de Adams. Fuerza muscular de cuatro (4) para tronco.

Genitales de acuerdo a edad y sexo.

Miembros torácicos con tono y trofismo conservados, punto doloroso a la presión de deltoides medio izquierdo, no lesiones dérmicas, piel reseca, uñas sin cambios tróficos. Arcos de movilidad completos para hombro derecho y limitado para hombro izquierdo en modalidad activa libre debido a dolor en deltoides medio, aunque en movilización activa asistida logra completar los mismos arcos.

Flexión y extensión en codo completas bilaterales, pronación y supinación disminuidas bilaterales (pronación 50° y supinación 60°). Muñeca derecha flexión limitada a 65° y extensión limitada a 35°, articulaciones metacarpofalángicas (MCF) de los cinco dedos movilidad completas; articulaciones interfalángicas proximales (IFP): flexión limitada en mano derecha de 2ª a 5ª falange (60°, 65°, 72° y 60°), en mano izquierda (44°, 54°, 56° y 64°). Articulaciones interfalángicas distales (IFD) derecha limitada, de 2ª a 5ª falange (20°, 35°, 30° y 30°) izquierda (44°, 50°, 44° y 46°).

Dedos en actitud de flexión a nivel de IFP e IFD donde no hay extensión. Sensibilidad conservada explorada por dermatomas, reflejos osteotendinosos (ROT) como bicipital, tricipital y estiloradial presentes, y patológicos como Hoffman y palmomentoniano ausentes.

Fuerza muscular en miembros torácicos (Ms Ts) en general cuatro (4), a excepción de deltoides medio: tres (3) a la movilización (abducción) del brazo.

Miembros pélvicos (Ms Ps) con temperatura y coloración uniformes, cicatrices por caídas en ambas rodillas, longitud de Ms Ps simétricos, tono conservado, hipotrofia de muslo izquierdo de 0.8 cms, (medida 10 cms por arriba de la rótula) e

hipotrofia de pierna izquierda de 0.7 cms (medida 10 cms por debajo de la rótula), en comparación con el miembro contralateral. Contractura de flexores de cadera derecha (-20°) izquierda (-15°) contractura de isquiotibiales derechos (-15°) izquierdos (-20°) limitación a la extensión de ambas rodillas, mayor en la izquierda, limitada la flexión plantar y dorsal de tobillos bilaterales con aumento de volumen de maleolos bilateral.

Al examen clínico muscular se observa fuerza general en cuatro (4) a excepción de flexores de cadera derecha en tres (3), así como los músculos para flexión y extensión de rodilla en tres (3) izquierdos. En maniobra de Allis se comprueba ausencia de acortamiento de Ms Ps, en rodilla se refiere dolor a la palpación en cara lateral y medial, no edema, en rótula cepillo positivo, así como crepitación e inestabilidad a la movilización asistida, cajón negativo; McMurray y bostezo negativos. Sensibilidad conservada explorada por dermatomas. ROTs rotuliano, aquileo y plantar presentes y simétricos, y patológicos como Babinsky ausentes.

A la plantoscopia presenta hallux valgus bilateral, hiperqueratosis en cabezas de metatarsofalanges, onicomicosis en primeros orjeos. Resequedad en toda la piel. DALI derecho +/+, DAA +/+. En pie izquierdo apoyo mínimo de dedos en postura estática.

- Estudios Especiales

Se utilizaron auxiliares de diagnóstico específicos en el área de rehabilitación como es la electromiografía, este estudio se lleva a cabo en la superficie de la piel ya sea con electrodos superficiales o de aguja.

Se verifica a través de éste, la actividad espontánea hasta la inervación máxima voluntaria, con lo que se descartó una lesión a nivel central de la inervación de los músculos faciales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Historia Clínica de Enfermería

A partir de la aplicación de las guías para la entrevista y la exploración física, se obtuvieron datos acerca de diversas cuestiones de la agente, de ellas, en la presente historia clínica de Enfermería, se retoman los más relevantes para su constitución.

Se trata de femenina de 62 años de edad, quien consume al día sólo un vaso de agua purificada. Consume también una taza de café diaria. Come en casa con su esposo e hijos y en ocasiones sola, se auxilia de un popote para ingerir líquidos; evacúa cada tercer día; refiere dolor en rodilla izquierda al subir escalones, así como dificultad para conciliar el sueño recientemente.

La señora Luz no se acepta actualmente tal como es, debido a su parálisis de músculos faciales, le gustaría mejorar su imagen y mantener la boca cerrada sin ningún problema. Inicia su padecimiento súbitamente en noviembre de 2001, al sentir la desviación de la comisura labial al lado izquierdo, sin presencia de dolor, acudiendo al IMSS y médico particular donde dan tratamiento principalmente consistente en masoterapia. Actualmente tratada en el Centro Nacional de Rehabilitación con terapia física que consiste en compresa húmedo caliente, electroestimulación y masoterapia.

Tiene antecedentes de haber recibido diagnóstico de baja densidad ósea en el Instituto Mexicano del Seguro Social hace un año, sin tratamiento posterior. Apariencia general con lagrimeo continuo de ojo derecho, así como sialorrea no contenible en la boca. Marcha claudicante izquierda, rodilla izquierda dolorosa, deficiente fase de balanceo (aceleración, oscilación intermedia y desaceleración).

No realiza marcha en variante de puntas. En somatoscopia, vista posterior se observa descenso de hombro y escápula, pliegues torácicos y lumbares derechos, confirmados en vista anterior. Escoliosis dorsolumbar derecha (no estructurada) e hiperlordosis lumbar.

También se observa hipotrofia de miembro pélvico izquierdo. A la exploración de pares craneales hay alteración en el par craneal I (anosmia), VII (habla difícil, sialorrea, sonrisa asimétrica y disminución del gusto del lado derecho de la lengua).

En la evaluación clínica de la función muscular de cara: izquierda (3) normal; derecha: en (0) orbicular de los párpados, compresor nasal, elevador común, cigomático, triangular de los labios y bucinador, en (1) frontal, superciliar, orbicular de los labios, risorio de Santorini y cuadrado de la barba.

Miembros torácicos: dolor a la movilización activo libre de deltoides derecho (abducción de hombro). Codo con prono supinación disminuida (50° - 60°), muñeca limitada a la flexo extensión (65° - 35°) Interfalángica proximal con flexión limitada derecha (20° , 35° , 30° y 30°), izquierda (44° , 50° , 56° y 64°). Dedos en actitud de flexión a nivel Interfalángica proximal y distal, no hay extensión.

Miembros pélvicos: Hipotrofia de muslo izquierdo (-0.8 cm) y de pierna izquierda (0.7 cm). Contractura de flexores de cadera derecha (-20°) izquierda (-15°). Contractura de isquiotibiales derechos (-15°) izquierdos (-20°), limitación a la extensión de ambas rodillas, limitada la flexión plantar y dorsal de tobillos bilateral con aumento de volumen bimalleolar de ambos pies. Fuerza general en 4, en flexores de cadera y para movimiento de rodilla en 3. Rodilla izquierda con dolor a la palpación en cara lateral y medial, rótula con cepillo +.

Plantoscopia: hallux valgus bilateral, hiperqueratosis en cabezas metacarpofalángicas, onicomiosis en primeros orjeos. Resequedad en la piel. Descenso de arco longitudinal izquierdo (DALI) ++/++, descenso de arco anterior (DAA) +/+.

b) PROCESO DE DIAGNÓSTICO

- Razonamiento diagnóstico

Durante la valoración se reunieron y examinaron datos, se empezaron a detectar patrones de salud y desviación de la misma. En la elaboración de diagnósticos se ordenaron las notas para identificar los problemas y las capacidades.

Debido a la continua evolución de los diagnósticos enfermeros hay cuestiones todavía pendientes, sin embargo, lo que está definido es que para diagnosticar se requiere la valoración, examinar y estudiar los datos y reunirlos para formular los diagnósticos con respecto al estado de salud del paciente.

Para identificar los problemas se hizo necesario el razonamiento diagnóstico, primero estudiando la información y reuniendo las claves relacionadas con problemas de faltantes o carencias. Posteriormente se reconocieron signos o síntomas o hechos significativos, después de listados los problemas se cotejan con los signos, los síntomas o los factores de riesgo. Se intentó a continuación determinar los factores de riesgo o las causas que contribuyeron al mismo, y se formuló el problema uniéndolo a la etiología respectiva con las palabras "relacionado con" y por último se identificaron problemas potenciales.

- Taxonomía empleada

Se escribió la formulación diagnóstica para un diagnóstico real de Enfermería utilizando el formato P.E.S. (problema, etiología, signos y síntomas). Este formato aplica el principio básico de identificar el problema y su etiología, y añade el concepto de validación. Así, cuando los diagnósticos se leen se reconoce el problema, su etiología y los signos y síntomas que han conducido a la enfermera especialista a creer que tal problema existe.

Se unió el problema con su etiología usando "relacionado con", añadiendo "manifestado por" escribiendo los signos y síntomas mayores que validaron la existencia de ese diagnóstico. La inclusión de los signos y síntomas validó el porqué se eligió ese diagnóstico en concreto, se validan así los diagnósticos reales. En cambio, cuando los diagnósticos se consideraron como potenciales o posibles solo se escribieron dos partes: se identificó el problema potencial y se añadió "relacionado con" para unir el problema y los factores que contribuyeron como un factor de riesgo.

A continuación se enlistan los diagnósticos reales y potenciales determinados por la enfermera especialista en rehabilitación de la agente en estudio.

• Diagnósticos Reales

1. Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de agua (Consumo escaso de líquidos) relacionado con desconocimiento de requerimientos diarios manifestado por ingesta de 2 vasos de agua al día.
2. Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de agua (Piel seca y opaca) relacionado con consumo escaso de líquidos manifestado por falta de turgencia y brillo de la piel.
3. Déficit en la provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción (Estreñimiento) relacionado con consumo escaso de líquido manifestado por evacuación cada tercer día.
4. Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción (Falta de voluntad e interés en tareas deportivas o sociales) relacionado con trabajo cotidiano en hogar manifestado por no asistir a actividades recreativas y de esparcimiento.
5. Desviación de la salud (Hipotrofia de muslo y pierna izquierda) relacionada con disminución de la movilidad de MPI manifestado por marcha claudicante así como circunferencias menores de 0.8 y 0.7 cms comparativamente.
6. Desviación de la salud (Disminución de fuerza muscular en hemicara derecha) relacionado con alteración del VII par craneal manifestado por falta de expresión facial.
7. Desviación de la salud (Derrame de líquidos por la comisura labial derecha) relacionado con disminución de la fuerza muscular en hemicara derecha (escala de Lovett 1 y 0) manifestado por dificultad para retener líquidos en la boca del lado afectado y sialorrea no retenible.

8. Desviación de la salud (Dificultad para articular palabras) relacionado con disminución de fuerza muscular en hemicara derecha manifestado por arrastrar la lengua al hablar.
9. Desviación de la salud (Dificultad para subir y bajar escaleras relacionado con disminución de fuerza muscular (E. Lovett 3) e hipotrofia de MPI) manifestado por dolor e incapacidad para flexionar rodilla.
10. Desviación de la salud (marcha claudicante) relacionada con dolor en rodilla izquierda manifestado por deficiencia en la fase de balanceo (aceleración, oscilación y desaceleración) y no realizar marcha en variante de puntas.
11. Desviación de la salud (Marcha claudicante bilateral) relacionada con deformidad de primeros ortijos manifestado por fase de impulso deficiente.
12. Desviación de la salud (Deformidad en dedos de pie bilateral) relacionado con disminución de fuerza muscular para extensión de dedos (Escala de Lovett 3) manifestado por dedos en garra e hiperqueratosis en cabezas metatarsofalángicas.
13. Desviación a la salud (Deficiencia mecanopostural) relacionado con disminución de fuerza en región dorsolumbar manifestado por descenso de hombro y escápula derecha.
14. Déficit del requisito de mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción (tristeza) relacionada con alteración de la imagen corporal manifestado por observación de hemicara derecha sin expresión.

- Diagnósticos Potenciales

Dorothea Orem escribe dentro de la Teoría del Déficit del Autocuidado sólo la redacción y utilización de diagnósticos reales; sin embargo, debido a las necesidades propias del caso en cuestión, la autora ha decidido incluir dentro del estudio de caso la descripción de diagnósticos potenciales planteados por la NANDA.

La NANDA definió un diagnóstico de Enfermería de alto riesgo como el juicio clínico de que un individuo, una familia o una comunidad son más vulnerables a desarrollar un problema que otros en situación igual o similar. (Carpenito, 1995).

Por tanto, la representación de las cuestiones que ejemplifican una vulnerabilidad mayor para la agente de autocuidado de consideraron necesarias en el tratamiento del estudio de caso.

1. Alto riesgo de fractura patológica relacionado con baja densidad ósea.
2. Alto riesgo de fractura patológica relacionado con posmenopausia, edad mayor a 60 años, sedentarismo y consumo diario de caféna.
3. Alto riesgo de deformidad de dedos bilateral relacionado con arcos de movilidad disminuidos en articulación metacarpofalángica (MCF) e interfalángica distal (IFD) por inflamación crónica.
4. Alto riesgo de hipotrofia relacionado con dolor en deltoides medio a la abducción de hombro izquierdo.
5. Alto riesgo de lesión ocular relacionado con inoclusión palpebral.

c) PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Objetivos, demandas, intervenciones.

Una vez identificados los diagnósticos de Enfermería y problemas específicos, se inició la tercera fase del PAE, planificar las intervenciones de la enfermera especialista a través de la determinación del cómo brindar los cuidados de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos.

Una medida inicial se refirió a fijar prioridades para establecer un adecuado plan de cuidados, requiriendo la capacidad de valorar el conjunto de todos los problemas que se plantean, y cómo afecta esto a todas las personas implicadas, la usuaria, su familia y el equipo de atención a la salud. Por tanto, se determinaron los problemas que requieran atención inmediata y los que no, se acomodaron de manera jerárquica para realizar el plan de intervenciones específico en cada caso.

Los objetivos de cada plan de cuidados se crearon en base a cada una de las necesidades de la usuaria, resaltando el diagnóstico enfermero tratando de dar solución y dirigidos a la usuaria o su familia en caso necesario. También incluyeron verbos que se pudieron observar y evaluar para tener la certeza del logro del mismo. Redactados de manera clara y precisa incluyendo los elementos necesarios: sujeto, verbo, condición y criterios de realización.

A continuación se determinaron las intervenciones de Enfermería específicas, consideradas como estrategias concretas diseñadas para ayudar a la usuaria a conseguir los objetivos planteados, encaminadas a tratar los factores de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero.

Tomando en cuenta las fortalezas que la usuaria demostró a través de la etapa de valoración, se plantean dos elementos importantes para esta etapa, se retoma la orientación teórica determinando la agencia de cuidado necesaria y el sistema de Enfermería que se requirió en cada caso en particular.

- Ejecución

Ya elaborado el plan de cuidados se procedió a la realización de las acciones, principalmente fueron realizadas en el centro Nacional de Rehabilitación (por la disponibilidad del aparato para proporcionar electroestimulación) así como en el hogar de la usuaria, donde se realizó la orientación de cada una de las actividades que la agente de autocuidado junto con su pareja o sus hijos debían realizar; especificando en cada una de las actividades la manera de realizarse, el número de repeticiones necesarias, las precauciones y las sugerencias sobre la marcha.

El registro o anotación de los cuidados de Enfermería es un requisito legal de todos los sistemas del cuidado de la salud. Las notas de evaluación se convierten en un requisito legal permanente de la usuaria. Las anotaciones deben realizarse de manera escrita y legibles. Para ello se procedió al siguiente paso que fue la evaluación, a continuación se presenta el plan de intervenciones de Enfermería diseñado para este caso en particular.

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN ESTUDIO DE CASO PLAN DE INTERVENCIONES

No.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	AGENCIA	SISTEMA
1	REAL. Desviación de la salud (disminución de fuerza muscular en hemicara derecha, según escala de Lovett 1 y 0) relacionado con alteración del VII par craneal manifestada por falta de expresión hemifacial derecha.	Favorecer que la agente de autocuidado logre aumentar la fuerza muscular en hemicara derecha para recuperar así la mímica facial.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicación de compresas húmedo calientes en ambas hemicaras faciales. (2 veces al día). Por 15 minutos. 2. Electroestimulación por punto motor a músculos hemifaciales derechos en 0 y 1. Por 10 minutos al día. 3. Masaje de relajación por 10 minutos 2 veces al día (posterior a la CHC) con técnica de pases superficiales y profundos. 4. Masaje de estimulación por 10 minutos 2 veces al día (posterior a la CHC) con técnica de pases superficiales y profundos así como palmoteo. 5. Reeduación muscular 10 veces caja ejercicio dos veces al día. <p>Frente a un espejo el paciente sentado y cómodo realizará los siguientes ejercicios:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Elevar las cejas b) Fruncir el entrecejo c) Cerrar los párpados con fuerza d) Fruncir la nariz e) Chiflar f) Mandar un beso g) Poner la boca triste h) Soplar sonreír 	<ul style="list-style-type: none"> • Las indicaciones del uso de calor externo son: dolor, espasticidad y edema. • Por medio de una onda eléctrica que incrementa y decrementa su amplitud repentinamente, logra retardar la progresión de la atrofia, así como la velocidad de desarrollo de ésta. También se emplea para mejorar la circulación y la nutrición de los músculos. • Uno de los efectos fisiológicos del masaje en producir relajación muscular. • Este tipo de masaje tiene el propósito de mejorar la circulación venosa y linfática. • La reeducación muscular consiste en realizar ejercicios para ayudar a un músculo o a un grupo de músculos a "reaprender" su función normal, se usa principalmente en pacientes con debilidad, parálisis y otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agencia de autocuidado. • Agencia de autocuidado dependiente • A. de cuidado dependiente • A. de cuidado dependiente 	<ul style="list-style-type: none"> • De apoyo educativo • Totalmente compensatorio • Parcialmente compensatorio • Apoyo educativo

FALLA DE ORIGEN

TESIS CON



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
PLANTE INTERVENCIONES

No.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	AGENCIA	SISTEMA
2	REAL Desviación de la salud (difi ultad para articular palabras) relacionado con disminución de fuerza muscular en hemiparada derecha manifestado por arrastrar la lengua al hablar.	Ayudar a que el agente de autocuidado logre mejorar la dicción y articulación de palabras para mejorar la comunicación oral.	<p>1. Ejercicios de movilización de la lengua con boca cerrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aun lado y al otro - Tratando de tocarse la punta de la nariz y la barbilla <p>10 veces cada ejercicio, 2 veces al día.</p> <p>2. Ejercicios de movilización de la lengua con boca abierta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tocar labio superior e inferior alternando, con la punta de la lengua. - Movilización lateral alternada. - Colocar mermelada en el centro de una galleta maria y con la lengua esparcirla en todo el rededor de la misma. <p>10 veces cada ejercicio, dos veces al día.</p> <p>3. Ejercicios de dicción con palabras de uso común. Repetir tres veces cada una, exagerando cada gesticulación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * La movilización activa es un proceso neuropsicomotor de orden y regulación de la actividad muscular. * La movilización activa es un proceso neuropsicomotor, un proceso bioquímico y un proceso biomecánico; donde se ponen en juego la actividad de las fibras musculares contractíles en forma voluntaria o analítica. 	<ul style="list-style-type: none"> * Agente de autocuidado * Agente de autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> * Apoyo educativo * Apoyo educativo * Apoyo educativo

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
PLAN DE INTERVENCIONES

No.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	AGENCIA	SISTEMA
3	<p>REAL</p> <p>Desviación de la salud (derrame de líquidos por la comisura labial derecha) relacionado con disminución de la fuerza muscular del lado derecho (escala de Lovett 1 y 0) manifestado por dificultad para la retención de líquidos en la boca del lado afectado, así como sialorrea no retenible.</p>	<p>Colaborar para que la agente de autocuidado tenga mejoría en la succión y retención de líquidos dentro de la boca.</p>	<p>1. Ejercicios con globos. Inflar y desinflar globos, hasta donde pueda. 10 repeticiones, 2 veces al día.</p> <p>2. Usar goma de mascar. 10 minutos 2 veces al día. Exagerando los movimientos al mascar.</p> <p>3. Uso de órtesis para la ingestión de líquidos, se propone el uso de popote para tal fin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El movimiento activo que pone el juego el sistema artromuscular depende de la contracción muscular. • La movilización estimula la circulación y ayuda a la absorción de edema, evita la atrofia y restituye la fuerza de los músculos. • Los aparatos ortésicos tienen entre sus objetivos fundamentales: facilitar o permitir funciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agencia de autocuidado • Agencia de autocuidado • Agencia de autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • De apoyo educativo • De apoyo educativo • De apoyo educativo

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
PLAN DE INTERVENCIONES

No.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	AGENCIA	SISTEMA
4	<p align="center">REAL</p> <p>Desviación de la salud (marcha claudicante) relacionado con dolor en rodilla izquierda manifestado por deficiencia en la fase de apoyo (choque de talón e impulso) y no realizar variante de puntas de la marcha.</p>	<p>Favorecer que la agente de autocuidado realice marcha no dolorosa en sus variantes de puntas y talones.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicación de CHC en rodilla derecha 15 minutos, 2 veces al día. 2. Aplicación de corrientes interferenciales bipolares, a dosis analgésica por 15 minutos (10 sesiones). 3. MAA en cadera, rodilla y tobillos en todos los arcos de movimientos. 10 repeticiones 1 a 2 veces al día. 4. Reeducción de la marcha por fases y variantes (puntas y talones) de 2 a 4 repeticiones con ayuda de barras paralelas. 	<ul style="list-style-type: none"> • El calor tiene efectos analgésicos y sedantes. • El equipo de corrientes moduladas genera dos ondas con la misma amplitud, pero con diferentes frecuencias que al sumarse, producen una tercera, pero con frecuencia F1 - F2 que es la resta de las frecuencias originales. El organismo, al recibir estas ondas, las separa de forma natural, aprovechándolas de una manera analgésica. • El objetivo principal de la movilización es prevenir, mejorar o curar la limitación de la movilidad articular consecutiva a causas intra y extra articulares, lo cual se lleva a cabo por el deslizamiento de las superficies articulares y de los elementos periarticulares. • La extremidad inferior está dedicada a las labores diarias vitales de carga de peso y deambulación; su salud es esencial para el funcionamiento diario normal y eficiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agencia de autocuidado • Agencia de cuidado terapéutico • Agencia de autocuidado • Agencia de autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo educativo • Totalmente compensatorio • De apoyo educativo • De apoyo educativo

**TESIS CON
FALTA DE ORIGEN**



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
PLAN DE INTERVENCIONES

No.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	AGENCIA	SISTEMA
5	REAL Desviación de la salud (dificultad para subir y bajar escaleras) relacionado con disminución de fuerza muscular, escala de Lovett 3 e hipotrofia de MIP1 manifestado por dolor e incapacidad para flexionar rodilla izquierda.	Apoyar a la agente de autocuidado a la disminución de la dificultad para subir y bajar escaleras.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejercicios isométricos de flexores y extensores de la pierna sobre el muslo así como de flexores y extensores de cadera. 10 repeticiones cada ejercicio, 1 a 2 veces al día. 2. Ejercicios en cadenas facilitadoras homolaterales. <ol style="list-style-type: none"> a) En decúbito dorsal una pierna extendida, la otra flexionará la rodilla hasta lo posible y regresará a su posición extendida. 1 a 2 veces al día, 10 repeticiones ambos lados. b) En decúbito ventral realizar flexión de la rodilla 10 veces, posteriormente 10 veces del otro lado; 1 a 2 veces al día. <p>Puede aumentar el esfuerzo al aplicar fuerza en región dorsal del muslo y sobre el antepie (en posición decúbito dorsal) y sobre la extensión de la cadera y en la cara dorsal del pie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El fortalecimiento muscular se propone devolver a un músculo o a un grupo de muscular una fuerza normal. • Los músculos que realizan la flexión tienen una compleja organización; a los músculos del muslo hay que agregar los de la pierna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agencia de autocuidado • Agencia de cuidado dependiente 	<ul style="list-style-type: none"> • De apoyo educativo • Parcialmente compensatorio

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
PLAN DE INTERVENCIONES

No.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	AGENCIA	SISTEMA
6	<p style="text-align: center;">REAL.</p> Desviación de la salud (hipotrofia de muslo y pierna izquierdas) relacionada con disminución de la movilidad de MPI manifestada por marcha claudicante así como circunferencias menores, muslo <0.8 y <0.7 cms respectivamente.	Asistir a la agente de autocuidado a disminuir la hipotrofia de muslo y pierna izquierdas para mejorar la marcha.	1. Ejercicios de cadena cerrada en cicloergómetro, iniciando con 5 minutos y sin resistencia, verificando FC y estado general de la agente de autocuidado. Aumento gradual a tolerancia (máximo 20 minutos) FC máxima en resistencia: 70% 110 por minuto.	<ul style="list-style-type: none"> La unidad cinética cerrada es sensiblemente idéntica a una de cadena abierta: basta invertir el sentido de la fuerza muscular pues el extremo distal del músculo se puede considerar fijo y la inserción proximal como móvil. 	<ul style="list-style-type: none"> Agencia de cuidado terapéutico 	<ul style="list-style-type: none"> Parcialmente compensatorio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
PLAN DE INTERVENCIONES

No.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	AGENCIA	SISTEMA
7	REAL Desviación de la salud (marcha claudicante bilateral) relacionada con deformidad de primeros orlitos manifestada por fase de impulso deficiente en la marcha.	Colaborar con la agente de autocuidado en la distinción de la claudicación de la marcha, utilizando todas las fases de la marcha.	1. Movilizaciones de las articulaciones metatarsofalángicas. 10 repeticiones de cada ejercicio, por cada dedo. 1 a 2 veces al día. a) Movilización en rotación y descompresión. Tomar un dedo entre los dedos índice y medio y separarlo, y desplazar verticalmente a flexión y extensión, así cada uno de los dedos. b) Deslizamientos Literales. Tomar uno por uno cada dedo estabilizándolo horizontalmente con los mismos dedos de la mano; efectuar tracción axial. c) Movilización en flexión. Colocación del pie en contacto plantar y dedos en flexión, dando deslizamiento ventral.	<ul style="list-style-type: none"> La movilización articular pasiva manual es una acción terapéutica basada en el movimiento pasivo relativo de dos o varios segmentos corporales con el fin de movilizar las articulaciones interpuestas. La movilización pasiva manual articular, a diferencia del masaje, solicita los músculos indirectamente; se provoca así modificaciones de longitud que permitan mantener a la vez las características mecánicas y la función neuromuscular. La movilización pasiva de una articulación pone en estado de acortamiento al grupo muscular que sería el origen de este movimiento e impone un estiramiento a los músculos que serían antagonistas. 	De cuidado terapéutico	Parcialmente compensatorio

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
PLAN DE INTERVENCIONES

No.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	AGENCIA	SISTEMA
8	REAL Desviación de la salud (deformidad de dedos de pies bilateral) relacionado con disminución de fuerza muscular para extensión de dedos, Lovett 3, manifestado por dedos en garra e hiperqueratosis en cabezas metatarsofalángicas.	Favorecer que la agente de autocuidado logre corregir la deformidad de dedos de ambos pies para mejorar su apariencia e integridad de la piel.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empleo de un calzado rígido que proporcione estabilidad. 2. Almohadilla metatarsiana que alivie la tensión del apoyo de peso sobre las articulaciones MTF con un ancho adecuado para dejar espacio a los dedos separados hacia adentro y afuera, y con una profundidad adecuada (extra) de la caja de los dedos para acomodar las deformaciones y ayudar a disminuir el dolor a la deambulación. 3. Plantillas acolchadas y suelas crepé u onduladas 4. Lavado diario de pies, incluyendo un secado exhaustivo, así como colocación de crema humectante o aceite corporal dando masajes circulares en todos los pies. 	<ul style="list-style-type: none"> • El compromiso reumatoideo de las articulaciones tarsales puede afectar cualquiera de estas articulaciones o todas y en ocasiones se llega a arqueosar todo el pie y el tobillo. • El compromiso reumatoideo característico de las articulaciones MTF conduce a contracturas musculares secundarias y a un caleidoscopio de deformidades que incluyen principalmente hallux valgus, hiperextensión de las articulaciones, y deformidad del quinto dedo. 	De autocuidado	De apoyo educativo

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
PLAN DE INTERVENCIONES

No.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	AGENCIA	SISTEMA
9	<p>REAL Desviación de la salud (deficiencia mecanopostural) relacionada con disminución de fuerza en región dorsal manifestada por descenso de hombro y escápula derechas.</p>	<p>Favorecer que la agente de autocuidado corrija la deficiencia mecanopostural para lograr una alineación correcta en posición de bipedestación.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. CHC a región dorsal 15 minutos, una vez al día. 2. Masaje de relajación a músculos dorsales y paravertebrales. Una vez al día. 3. Estramiento de músculos dorsales y paravertebrales una serie al día, 10 a 20 repeticiones en todos los arcos de movilidad del tronco: flexión, extensión y flexiones laterales. 4. Frente a espejo revisión de postura estática así como de postura dinámica (marcha). 	<p>El movimiento corporal indicado de manera terapéutica se utiliza para corregir un deterioro, mejorar la función músculoesquelética o mantener un estado de bienestar. El ejercicio terapéutico puede variar entre actividades muy selectas, que están restringidas a músculos específicos o a partes determinadas del cuerpo, hasta actividades energéticas y generales que se emplean para la recuperación de un paciente convalesciente hasta el máximo de sus posibilidades físicas.</p>	<p>De autocuidado</p>	<p>De apoyo educativo</p>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
PLAN DE INTERVENCIONES

No.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTIFICO	AGENCIA	SISTEMA
10	REAL Déficit del requisito de mantenimiento de un aporte suficiente de agua (consumo escaso de líquidos) relacionado por desconocimiento de requerimientos diarios manifestado por Ingesta de dos vasos de agua al día.	Favorecer que la agente de autocuidado aumente el consumo diario de líquidos, de preferencia agua natural.	1. Dar a conocer el consumo diario mínimo de agua natural: 1.5 litros al día. 2. Enfatizar la necesidad de consumir agua natural. 3. Explicar la necesidad de consumo de agua natural filtrada o hervida.	<ul style="list-style-type: none"> • La cantidad de agua que hay en el organismo depende del equilibrio entre el ingreso y el egreso diario de ésta. • Normalmente hay un ingreso de agua cuando se ingieren líquidos o alimentos (muchos de los cuales contienen grandes cantidades de agua). 	De autocuidado	De apoyo educativo

**TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN**



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
PLAN DE INTERVENCIONES

No.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	AGENCIA	SISTEMA
11	REAL Déficit del requisito de mantenimiento de un aporte suficiente de agua (piel seca y opaca) relacionado con consumo escaso de líquidos manifestado por falta de turgencia y brillo de la piel.	Favorecer que la agente de autocuidado logre mejorar la apariencia de la piel al aumentar la hidratación de la misma.	<ol style="list-style-type: none"> Se recomienda el consumo de líquidos (de preferencia agua natural) de mínimo 1.5 litros al día. Se recomienda el uso de crema humectante posterior al baño diario. 	<ul style="list-style-type: none"> El agua es el principal componente de todos los organismos vivos. Del 45 al 60 por ciento del cuerpo del adulto está constituido por agua. Normalmente hay un equilibrio entre la ingestión y la pérdida de agua, el cual se mantiene por medio de una serie de fuerzas que controlan la salida y la entrada de agua entre los diferentes espacios para conservar así una cantidad adecuada en cada uno de ellos. 	De autocuidado	De apoyo educativo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
PLAN DE INTERVENCIONES

No	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	AGENCIA	SISTEMA
12	REAL Déficit del requisito de provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción (estreñimiento) relacionado con consumo escaso de líquidos manifestado por evacuación cada 4 días.	Favorecer que la agente de autocuidado logre establecer un hábito de eliminación intestinal regular con medidas básicas de hidratación y eliminación.	1. Se recomienda: - Consumo de agua como hábito diario De 1 a 2 litros diarios. - Consumo de verdura y fibra en la dieta. De 2 a 3 raciones diarias, de preferencia de color definidos (verdes, amarillos).	<ul style="list-style-type: none"> • Este término denota la defecación poco frecuente y anormal, así como el endurecimiento anómalo de las heces que dificulta la expulsión y la vuelve en ocasiones dolorosa. • Los ancianos tienen estreñimiento con una frecuencia cinco veces mayor que las personas de menor edad, situación a la que contribuyen diversos factores. • La inactividad y el reposo duradero en cama también contribuyen al estreñimiento, al disminuir el tono de los músculos abdominales. 	De autocuidado	De apoyo educativo

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
PLAN DE INTERVENCIONES

No.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	AGENCIA	SISTEMA
13	REAL Déficit del requisito de mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción (falta de voluntad e interés en tareas deportivas o sociales) relacionado con trabajo cotidiano en hogar manifestado por no asistir a actividades recreativas o de esparcimiento.	Favorecer que la agente de autocuidado se motive y tenga voluntad e interés en actividades deportivas o sociales propias de su edad.	1. Recomendación de realización de actividades deportivas, recreativas o sociales que le permitan la convivencia con personas de su edad. Una hora, dos veces por semana. Natación Actividades recreativas: costura. Clubs de baile	<ul style="list-style-type: none"> La sociedad o la cultura en la que un individuo vive, crece y se desarrolla, ayuda a determinar la forma de satisfacer sus necesidades y la dirección que tomarán algunas de ellas. Las culturas pueden proporcionar formas alternativas de satisfacer una necesidad humana específica. La socialización se lleva a cabo con mayor rapidez en el proceso de desarrollo y crecimiento si las agencias de socialización (hogar, escuela, amigos) son estables y van de acuerdo una con la otra. 	De autocuidado	De apoyo educativo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
PLAN DE INTERVENCIONES

No.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	AGENCIA	SISTEMA
14	<p>REAL</p> <p>Déficit del requisito de mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción (tristeza) relacionada con alteración de la imagen corporal manifestado por observación de hemifacra derecha sin expresión.</p>	<p>Favorecer que la agente de autocuidado se motive ante la aceptación de la imagen corporal distorsionada y así poder realizar actividades fuera del hogar sin problemas.</p>	<p>1. Favorecer que la agente acepte la imagen corporal actual y que gracias a su esfuerzo mejorará la misma.</p>	<p>• Cuando se debe cambiar la imagen del cuerpo como resultado de alteraciones fisiológicas (cirugía, lesión u otro) el concepto total de uno mismo se encuentra amenazado, lo cual conduce a una tensión o ansiedad psicológicas.</p>	<p>De autocuidado</p>	<p>De apoyo educativo</p>

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN

ESTUDIO DE CASO

PLAN DE INTERVENCIONES

Nº.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	AGENCIA	SISTEMA
1	<p>POENCIAL</p> <p>Alto riesgo de lesión ocular relacionado con inclusión palpebral.</p>	<p>Favorecer que la agente de autocuidado disminuya el riesgo de lesión ocular.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de anteojos que cubran los ojos lateralmente, para evitar el polvo y, sobre todo, la desecación de la córnea. 2. Colocación de micropore antialergénico para ocluir el ojo durante la noche y protegerlo del polvo. De preferencia dos tiras en cruz o paralelas sobre el ojo cerrado. 3. Durante el día pegue una tira de micropore sobre el párpado superior para darle peso. 4. Se indica no tocar el ojo ni el área periocular con las manos. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ El globo ocular puede lesionarse por la presencia de cuerpos extraños (especialmente si éstos se friccionan sobre la superficie del ojo). ♦ Las inflamaciones del ojo o del párpado son inducidas por infecciones superficiales menores. ♦ La prevención de las lesiones o infecciones en relación con el uso de aditamentos oculares. ♦ Se debe proteger a todos los pacientes contra las lesiones oculares. <p>La protección es de especial importancia cuando el agente es incapaz de cerrar los ojos.</p>	De autocuidado	De apoyo educativo

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
PLAN DE INTERVENCIONES

No.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	AGENCIA	SISTEMA
2	POTENCIAL Alto riesgo de fractura patológica relacionada con baja densidad ósea.	Favorecer que la agente de autocuidado disminuya el riesgo de fractura patológica.	1. Programa de gimnasia que incluye cuatro tipos de ejercicios: Sentada, delante de una mesa, sostiene fuerte con cada mano el cuello de una botella llena en posición vertical. Seguidamente, deja bascular cada botella hacia fuera, haciendo que los músculos pronadores frenen su caída. Tras ello, antes de alcanzar el plano de la mesa, se vuelven a verticalizar las botellas gracias también a la contracción de los pronadores. Se recomienda utilizar una botella de 1 litro y practicar el ejercicio 50 veces por una o dos veces al día. Ejercicios de flexión del muslo (50 veces) efectuados en posición sentada con una pesa de 3 kg fijada al tobillo. Una serie de 30 extensiones del tronco contra la gravedad. Los ejercicios de abducción del músculo efectuados en decúbito lateral y con resistencia (con una pesa de 1,5 kg fijada al tobillo). Se aconseja una serie de 30 abducciones diarias cada lado.	<ul style="list-style-type: none"> • La osteoporosis es un trastorno en el cual existe una pérdida del volumen óseo (tanto de la matriz como de las sales). Se encuentra relacionada con la falta de uso de los huesos y es común en las personas a partir de la quinta década de la vida. • Estos ejercicios hacen intervenir el músculo psoas iliaco. La porción vertebral del psoas se inserta en la vertiente anterolateral de los cuerpos vertebrales lumbares. Este entrenamiento con resistencia de los psoas frena la pérdida ósea posmenopáusica de la zona lumbar. • Con el fin de hacer intervenir los músculos espinales que se insertan en el arco neural de las vértebras torácicas y lumbares. • Trabaja el glúteo mediano, potente abductor del muslo insertado en el trocánter mayor. El músculo glúteo interviene igualmente en las actividades con carga y sus contracciones positivan la remodelación ósea traicantérea. • Las actividades físicas propuestas deben estar adaptadas a las aptitudes físicas y a los gustos de las personas, con el fin de obtener un esfuerzo regular y duradero. 	De autocuidado	De apoyo educativo

FALLA DE ORIGEN
TESIS CON



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
PLAN DE INTERVENCIONES

No.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	AGENCIA	SISTEMA
3	POTENCIAL Alto riesgo de fractura patológica relacionado con postmenopausa, edad > a 60 años, sedentarismo y consumo diario de cafeína.	Favorecer que la agente de autocuidado disminuya el riesgo de fractura patológica, a pesar de factores de riesgo.	1. Prevención de caídas: Verificar la prescripción de fármacos que provoquen hipotensión ortostática, tranquilizantes y otros. 2. Verificar situaciones especiales en domicilio: Fijar cables pegados a la pared Restrir alfombras extendidas Tapete antideslizante en el baño Verificar iluminación adecuada Disponer a la mano de objetos de mayor uso Evitar ropa muy larga Calzado con suela antideslizante y no usar tacones demasiado altos 3. Hábitos dietéticos: Eliminar el consumo de café. En caso de retención, consumir descafeinado. Evitar consumo de productos enlatados. 4. Participar en actividades sociales, se recomiendan actividades físicas (baile, gimnasia, otras).	<ul style="list-style-type: none"> • La prevención de las caídas implica un enfoque global pluridisciplinario de la persona de edad avanzada. • El objetivo consiste en prevenir la aparición o la repetición de las caídas y mantener a la persona en su ambiente. La mayor parte de las caídas es multifactorial. Es preciso esforzarse en corregir diferentes factores de riesgo adoptando los hábitos de vida o el entorno, y mejorando la forma física de estas personas. • La relación de causa y efecto entre caída y fractura está ilustrada por el estudio de sus frecuencias respectivas. • La frecuencia de las caídas aumenta en forma exponencial con la edad de ambos sexos. Actualmente, se estima que aproximadamente en 50 000 el número de fracturas del extremo superior del fémur por año; la mitad ocurre después de los 70 años, considerando conjuntamente hombres y mujeres. 	De autocuidado	De apoyo educativo

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
PLAN DE INTERVENCIONES

No.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	AGENCIA	SISTEMA
4	POTENCIAL Alto riesgo de deformidad de dedos bilateral relacionado con arcos de movilidad disminuidos en articulaciones MCF e IFD por inflamación crónica.	Favorecer que la agente de autocuidado reduzca la deformidad de los dedos de las manos.	<ol style="list-style-type: none"> Levantar una taza de leche, levantarse de una silla o sentarse en ella, caminar a través de la habitación, vestirse y desvestirse. Se recomienda la natación y las actividades acuáticas. 1 vez por semana. Estiramiento de las articulaciones afectadas: De manera gentil, progresiva, con duración máxima de 10 segundos cada una, una vez al día. 	<ul style="list-style-type: none"> Como el movimiento articular repetido y tensionante agravará una artropatía inflamatoria, es esencial que estos movimientos se mantengan en un mínimo durante el ejercicio terapéutico. Desde el punto de vista del reforzamiento de la musculatura que activa una articulación artroplástica afectada (debe realizar sus tareas funcionales esenciales en forma suave y coordinada), los ejercicios deben proyectarse para reforzar esos músculos de una forma que reduzca a un mínimo la irritación y el dolor articulares. Las actividades acuáticas suelen ser los ejercicios más apropiados para estos propósitos, ya que la calidez y la flotación del agua reducen a un mínimo la rigidez articular. 	De autocuidado	De apoyo educativo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
PLAN DE INTERVENCIONES

No.	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO	AGENCIA	SISTEMA
5	POTENCIAL Alto riesgo de hipotrofia relacionado con dolor en deltoides medio a la abducción de hombro izquierdo.	Favorecer que la agente de autocuidado mejore el trofismo de hombro.	1. CHC 15 minutos una vez al día, en hombro izquierdo. 2. Ejercicios de Codman 10 repeticiones cada uno, una sola serie al día. A tolerancia, activa. 3. Ejercicios isométricos con un bastón, máximo 5 repeticiones, una vez al día y a tolerancia.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Las articulaciones acromioclavicular y glenohumeral suelen estar afectadas en las enfermedades articulares degenerativas. Con frecuencia es difícil detectar el edema, sólo por el dolor a la movilización. ♦ Las contracturas de la cápsula de la articulación glenohumeral aparecen en una fase temprana. 	De autocuidado	De apoyo educativo

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

- Evaluación de las intervenciones
- Logro de los objetivos -

Completadas las fases anteriores se dispuso la evaluación, a través de la cual se decidió hasta qué punto el plan fue efectivo y qué cambios se planean para el futuro.

Para ello se detalló en cada uno de los objetivos planteados un cuadro de evaluación, en el cual se especificaron los resultados obtenidos. Cabe resaltar a que la evaluación al ser un proceso permanente se llevó a cabo a lo largo de cuatro meses aproximadamente (que se refiere a su vez al tiempo de aplicación del plan); tomando para caso particular parámetros evaluativos adecuados a las intervenciones, lo que permitió adjuntar un cuadro de análisis de datos al pie de cada resultado.

Las variables se especificaron en cada indicador y se realizó por cada uno evaluaciones detalladas en la medida de lo posible, sin embargo, en algunos casos no se lograron los resultados deseados.

En el caso de la parálisis facial derecha en concreto, se mejoró la fuerza de esos músculos entre 2 y 3 de la escala de Lovett siendo que iniciaron con 0. Se mejoró la dicción y la articulación arrastrando ya menos la lengua al hablar. Se mejoró la succión con la ortesis (popote) al principio y después sin ella hasta lograr un escaso derrame de líquidos al ingerirlos.

La terapéutica por ejercicios dio resultados alentadores en las desviaciones a la salud que limitaban la locomoción de manera drástica. Hablando de la marcha claudicante, las sesiones han aumentado su intensidad y sus variantes tolerándolos de mejor manera; mejoró a su vez la capacidad para ascender y descender por escaleras. En el mismo rubro, la hipotrofia de muslo y pierna izquierda disminuyó de manera comparativa con el miembro pélvico derecho con una mejoría notable en el estado físico general.

Los ortijos de ambos pies han mostrado más tolerancia a la movilización pasiva y activa. Se comenzó en el tercer mes de terapéutica el uso del calzado recomendado, así como de las plantillas y la aplicación exhaustiva de higiene y cuidados a los pies.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se observó una corrección de los desniveles en las deficiencias mecanoposturales como descenso de hombro y escápula derechas.

Se aumentó el consumo de agua a 5 vasos diarios, la higiene y humectación de la piel mejoró; también se elevó considerablemente el consumo de verduras en la dieta lo que en conjunto con el agua mejoraron la frecuencia de las deposiciones diarias.

La interacción entre la soledad y la interacción es un rubro que se ha intentado pero no ha dado los resultados deseables, debido a distancias o requisitos y horarios se ha intentado colocar a la agente en algún grupo social de su gusto y conveniencia, aunque no se ha logrado aún, la usuaria sigue buscando la mejor opción.

La imagen corporal ha mejorado con el aumento de fuerza muscular, esto ha favorecido a que la usuaria haya mejorado también la forma en la que se observa y sobre todo la forma en la que su grupo social la observa, denotando escasa fuerza en los músculos faciales de manera casi imperceptible.

En relación a los diagnósticos potenciales, se ha disminuído el riesgo de una infección palpebral siguiendo las normas y consejos de higiene ocular, se ha mejorado la capacidad aeróbica de la usuaria mediante el uso de la gimnasia con bajo impacto y que realiza ya sea en el parque o en casa. Se hizo hincapié en la toma de conciencia de medidas necesarias para evitar caídas en el hogar que tuvieran como consecuencias fracturas patológicas, disminuyendo los riesgos de lesión; por último, se hizo hincapié en la necesidad de aumentar los arcos de movilidad limitados por una patología crónica degenerativa deformante y que se había estado agravando por la inmovilidad permanente, así como también se mejoró el arco de movilidad específicamente del hombro izquierdo, que estaba limitado por dolor (el cual también cedió) con terapia física y aumento de fuerza del mismo.

DIAGNÓSTICO REAL 1	Desviación de la salud (disminución de fuerza muscular en hemicara derecha, según escala de Lovett 1 y 0) relacionado con alteración del VII par craneal manifestada por falta de expresión hemifacial derecha
OBJETIVO	Favorecer que la agente de autocuidado logre aumentar la fuerza muscular en hemicara derecha para recuperar así la mímica facial

INTERVENCIONES	DER.				RESULTADO	IZQ.			
	29-JUN	25-MAY	13-ABR	08-MZO		MÚSCULO	08-MZO	13-ABR	25-MAY
1) CHC en cara dos 15 minutos dos veces al día	2	1	0	0	MÚSCULO	08-MZO	13-ABR	25-MAY	29-JUN
2) Electroestimulación por punto motor a músculos hemifaciales derechos en 0 y 1. Una vez al día	2	1	0	0	Frontal	3	3	3	3
3) Masaje de relajación por 10 minutos, 2 veces al día en hemicara izquierda	2	1	0	0	Superciliar	3	3	3	3
4) Masaje de estimulación por 10 minutos, 2 veces al día en hemicara derecha	2	1	0	0	Orbicular de los párpados	3	3	3	3
5) Reeducción muscular por músculos faciales, 10 repeticiones cada gesto.	2	1	0	0	Compresor nasal	3	3	3	3
(a) Elevar las cejas	2	1	0	0	Elevador común	3	3	3	3
(b) Fruncir el entrecejo	2	1	0	0	Cigomático	3	3	3	3
(c) Cerrar los párpados con fuerza	2	1	0	0	Orbicular de los labios	3	3	3	3
(d) Fruncir la nariz	3	2	0	0	Risón de Santorni	3	3	3	3
(e) Chillar	2	2	0	0	Cuadrado de la barba	3	3	3	3
(f) Mandar un beso	2	2	0	0	Triangular de los labios	3	3	3	3
(g) Poner la boca triste	3	2	0	0	Cutáneo del cuello	3	3	3	3
(h) Soplar, sonreír.	2	2	0	0	Bucinador	3	3	3	3

ANÁLISIS DE DATOS

A partir de la realización de las intervenciones mencionadas, basadas en la estimulación de los músculos faciales paralizados en el lado derecho facial principalmente, se demuestra así que el calor húmedo, la electroestimulación, el masaje específico y la reeducación muscular son medidas no invasivas y correctivas de la problemática presente. Si bien es cierto que la rehabilitación ha sido lenta, se han observado resultados positivos.

Las intervenciones de Enfermería no han variado hasta este momento, debido a que se ha descartado ya, una lesión a nivel central. (Por resonancia magnética en el mes de abril).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

UNAM POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN ESTUDIO DE CASO CUADRO DE EVALUACIÓN

DIAGNÓSTICO REAL 2	Desviación de la salud (dificultad para articular palabras) relacionado con disminución de la fuerza muscular en hemicara derecha manifestado por arrastrar la lengua al hablar.
OBJETIVO	Ayudar a que la agente de autocuidado logre mejorar la dicción y la articulación de palabras para mejorar la comunicación oral.

FECHA	INTERVENCIONES	RESULTADO	08-MZO	13-ABR	25-MAY
08-MZO 13-ABR 25-MAY	1. Ejercicios de movilización de la lengua con boca cerrada: - a un lado y al otro - tratando de tocarse la punta de la nariz y la barbilla 10 veces cada ejercicio dos veces al día. 2. Ejercicios de movilización de la lengua con boca abierta: - tocar el labio superior e inferior alternando, con la punta de la lengua. - Movilización lateral alternada. - colocar mermelada en una galleta maria y con la lengua esparcirlo en todo el contorno de la misma. 10 veces cada ejercicio, dos veces al día. 3. Ejercicios de dicción con palabras de uso común. Repetir tres veces cada una, exagerando cada gesticulación.	DICCION	—	—	✓ ✓ ✓
		ARTICULACION	—	✓ ✓	✓ ✓ ✓
		MOVTO. LENGUA	—	✓	✓

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ACTIVIDAD	Si se realiza	Dificultades moderadas	Se realiza con dificultad	No se realiza
DICCION	✓✓✓	✓✓	✓	
ARTICULACION	✓✓✓	✓✓	✓	
MOVIMIENTO DE LA LENGUA	✓✓✓	✓✓	✓	

ANÁLISIS DE DATOS
 En este caso, se cubre el objetivo, mejorando la dicción y la articulación a través de los movimientos de la lengua, siendo una de las cuestiones fundamentales del tratamiento rehabilitatorio que otorga la enfermera especialista, tomando en cuenta que la comunicación es relevante y básica del ser humano. Las medidas concretas de ejercicios para el movimiento de la lengua y la dicción y articulación exagerando los movimientos al hablar permiten recuperar hacia la tercera evaluación del trabajo de autocuidado, por lo tanto, ya no se continúa este trabajo en el último mes, dando preferencia a otros aspectos a tratar.

DIAGNÓSTICO REAL 3	Desviación de la salud (derrame de líquidos por la comisura labial derecha) relacionado con disminución de la fuerza muscular del lado derecho escala de Lovett 1 y 0= manifestado por dificultad para la retención de líquidos en la boca del lado afectado, así como sialorrea no retenible.
OBJETIVO	Colaborar para que la agente de autocuidado tenga mejoría en la succión y retención de líquidos dentro de la boca.

INTERVENCIONES	RESULTADO	08-MZO	13-ABR	25-MAY	29-JUN
1. Ejercicios con globos Inflar y desinflar globos, hasta donde pueda. 10 repeticiones, 2 veces al día.	SUCCIÓN	Difícil con popote	Difícil con popote	Con derrame de líquidos escasos	Satisfactoria con popote
2. Usar goma de masear. 10 minutos 2 veces al día Enagrar los movimientos al masear.	RETENCIÓN DE LÍQUIDOS	Derrama líquidos al ingerir	Derrama líquidos al ingerir	Escaso derrame de líquidos	Escaso derrame de líquidos
3. Uso de órtesis para la ingestión de líquidos, se propone el uso de popote para tal fin.					

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANÁLISIS DE DATOS

Con el uso de órtesis (popote) así como la estimulación y el fortalecimiento de los músculos encargados de la succión, ésta ha mejorado logrando una succión adecuada así como haber disminuido el derrame al ingerir líquidos.

DIAGNÓSTICO REAL 4	Desviación de la salud (marcha claudicante) relacionado con dolor en rodilla izquierda manifestado por deficiencia en la fase de apoyo (choque de talón e impulso) y no realizar variante de puntas de la marcha.
OBJETIVO	Favorecer que la agente de autocuidado realice marcha no dolorosa en sus variantes de puntas y talones.

INTERVENCIÓNES	RESULTADO			
	08-MZO	13-ABR	25-MAY	29-JUN
1. Aplicación de CIC en rodilla derecha 15 minutos, 2 veces al día.	***	***	***	-
2. Aplicación de corrientes interferenciales bipolares, a dosis analgésica por 15 minutos (10 sesiones).	***	***	***	-
3. MAA en cadera, rodilla y tobillos en todos los arcos de movimientos. 10 repeticiones 1 a 2 veces al día.	10 veces al día	10 veces al día	2 series de 20 repeti.	2 series de 10 repeti.
4. Reeduación de la marcha por fases y variantes (puntas y talones) de 2 a 4 repeticiones con ayuda de barras paralelas.	2 repeticiones	2 repeticiones marcha con variantes	3 repeticiones de marcha con variantes	4 repeticiones de marcha con variantes
DOLOR	3	2	1	0

APLICACIÓN DE LA TERAPÉUTICA	
SI se realiza	NO se realiza
***	-

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ESCALA DE DOLOR.	Parámetros	Escala
Intenso aún en reposo		3
Intenso sólo en actividad física		2
Moderado		1
Intermitente		0

ANÁLISIS DE DATOS
Las intervenciones de Enfermería incluyeron en éste caso termoterapia, electroterapia (Corrientes interferenciales), mecanoterapia y reeducación de la marcha favoreciendo la desaparición del dolor y permitiendo efectuar las variantes de puntas y talones a la deambulación.

DIAGNÓSTICO REAL 5	Desviación de la salud (dificultad para subir y bajar escaleras) relacionado con disminución de fuerza muscular, escala de Lovett 3 e hipertrofia de MPI manifestado por dolor e incapacidad para flexionar rodilla izquierda.
OBJETIVO	Apoyar a la agente de autocuidado para la disminución de la dificultad para subir y bajar escaleras

INTERVENCIONES	RESULTADO			
	08-MZO	13-ABR	25 MAY	29-JUN
1. Ejercicios isométricos de flexores y extensores de la pierna sobre el muslo así como de flexores y extensores de cadera. 10 repeticiones cada ejercicio, 1 a 2 veces al día.	5 REP/ 1 SERIE	10/1	10/2	10/2
2. Ejercicios en cadenas facilitadoras homolaterales.				
a) En decúbito dorsal una pierna extendida, la otra flexionará la rodilla hasta lo posible y regresará a su posición extendida. 1 a 2 veces al día, 10 repeticiones ambos lados.	10/1	10/1	10/2	10/2
b) En decúbito ventral realizar flexión de la rodilla 10 veces, posteriormente 10 veces del otro lado; 1 2 veces al día	10/1	10/1	10/2	10/2
Puede aumentar el esfuerzo al aplicar fuerza en región dorsal del muslo y sobre el antepie (en posición decúbito dorsal) y sobre la extensión de la cadera y en la cara dorsal del pie. Escala para subir y bajar escaleras	NO RESISTENCIA	NO RESISTENCIA	NO RESISTENCIA	NO RESISTENCIA
	3	4	4	4

ESCALA PARA VALORAR SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
0	No tolera
1	Baja con dificultad / no sube
2	Sube con dificultad / no baja
3	Baja y sube con dificultad
4	Baja y sube con dificultad moderada
5	Baja y sube sin problemas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DE DATOS
Como intervenciones de Enfermería en este caso, se plantea el uso de ejercicios isométricos (con desplazamiento articular) y de cadena facilitadora homolateral donde se observa una mayor facilidad para subir y bajar escaleras logrando así una mayor movilidad personal No se incluye resistencia en los ejercicios debido a que aun persiste una dificultad moderada por limitación articular y se considera prudente esperar un arco de movilidad mayor.

DIAGNÓSTICO REAL 6	Desviación de la salud (hipotrofia de muslo y pierna izquierda) relacionado con disminución de la movilidad de MPI manifestada por marcha claudicante así como circunferencias menores, muslo <0.8 y pierna <0.7 cms respectivamente.
OBJETIVO	Apoyar a la agente de autocuidado a disminuir la hipotrofia de muslo y pierna izquierdas para mejorar la marcha

INTERVENCIONES	RESULTADO			
	08-MZO	13-ABR	25-MAY	29-JUN
1. Ejercicios de cadena cerrada en cicloergómetro, iniciando con 5 minutos y sin resistencia, verificando FC y estado general de la agente de autocuidado. Aumento gradual a tolerancia (máximo 20 minutos) FC máxima en resistencia: 70% 110 por minuto.	- 0 -	5 minutos 2 veces a la semana	5 minutos 2 veces a la semana	10 minutos 2 veces a la semana
Estado General	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno
Frecuencia cardiaca	INICIAL: 82 FINAL: 100	INICIAL: 80 FINAL: 105	INICIAL: 84 FINAL: 104	INICIAL: 80 FINAL: 100
Circunferencias (muslo y pierna)	<0.8 y <0.7	<0.8 Y <0.7	<0.7 Y <0.6	<0.7 Y <0.6

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

NOTA: -0- No se realizan los ejercicios

ANÁLISIS DE DATOS

Como intervención de enfermería se propuso el uso de cicloergómetro (bicicleta fija), la FC se mantuvo dentro de límites fisiológicos y un estado general aceptable. El tiempo de trabajo inició en 5 minutos, por cuestiones personales (disposición del aparato) se realiza dos veces por semana. Por lo tanto, los resultados son escasos al primer mes se inicia el trabajo debido a proceso algico en rodilla y al 4º mes se aumenta el tiempo a 10 minutos manteniendo FC dentro de límites y observando una disminución de la hipotrofia de muslo y pierna izquierdas.

DIAGNÓSTICO REAL 7	Desviación de la salud (marcha claudicante bilateral) relacionado con deformidad de primeros orfejos manifestada por fase de impulso deficiente en la marcha.
OBJETIVO	Colaborar con la agente de autocuidado en la disminución de la claudicación de la marcha, utilizando todas las fases de la deambulaci3n.

INTERVENCIONES	RESULTADO			
	08-MZO	13-ABR	25-MAY	29-JUN
1. Movilizaciones de las articulaciones metatarsofalángicas. 10 repeticiones de cada ejercicio, por cada dedo 1 a 2 veces al día. a) Movilizaci3n en rotaci3n y descompresi3n. Tomar un dedo entre los dedos índice y medio y separarlo, y desplazar verticalmente a flexi3n y extensi3n, así cada uno de los dedos. b) Deslizamientos laterales Tomar uno por uno cada dedo estabilizandolo horizontalmente con los mismos dedos de la mano, efectuar tracci3n axial. c) Movilizaci3n en flexi3n. Colocaci3n del pie en contacto plantar y dedos en flexi3n, dando deslizamiento ventral.	10 veces / 1 serie diaria	10 veces / 1 serie diaria	10 veces/1 serie diaria	10 veces/1 serie diaria
Observaci3n de claudicaci3n	Presente	Moderada	Moderada	Ligeramente moderada
Fase de impulso	Deficiente	Deficiente	Regular	Regular

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANÁLISIS DE DATOS

Para disminuir la claudicaci3n de la marcha por la deformidad de orfejos debida a enfermedad articular degenerativa se opta por movilizaci3n activo asistida observando que éstas intervenciones de Enfermería permitieron un avance, de deficiente a regular desarrollo de la fase de impulso en la marcha permitiendo un despegue del pie utilizando todos los orfejos para éste propósito.

DIAGNÓSTICO REAL B	Desviación de la salud (deformidad de dedos de pies bilateral) relacionado con disminución de fuerza muscular para la extensión de dedos, Lovett 3, manifestado por dedos en garra e hiperqueratosis en cabezas metatarsofalángicas
OBJETIVO	Favorecer que la agente de autocuidado logre corregir la deformidad de dedos de ambos pies para mejorar su apariencia e integridad de la piel.

INTERVENCIONES	RESULTADO			
	08-MZO	13-ABR	25-MAY	29-JUN
1. Empleo de un calzado rígido que proporcione estabilidad.	---	---	---	---
2. Almohadilla metatarsiana que alivie la tensión del apoyo de peso sobre las articulaciones MIF con un ancho adecuado para dejar espacio a los dedos separados hacia adentro y afuera, y con una profundidad adecuada (extra) de la caja de los dedos para acomodar las deformaciones y ayudar a disminuir el dolor a la deambulacion.	---	---	+++	+++
3. Plantillas acolchadas y suelas crepe u onduladas	---	+++	+++	+++
4. Lavado diario de pies, incluyendo un secado exhaustivo, así como colocación de crema humectante o aceite corporal dando masajes circulares en todos los pies.	+++	+++	+++	+++
Actitud flexora	+++	+++	+++	+++
Desviación	+++	+++	+++	+++

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEDIDAS	TERAPÉUTICAS
SI se realiza	NO se realiza
+++	---

A LA	OBSERVACIÓN
PERSISTE	NO PERSISTE
+++	---

ANÁLISIS DE DATOS

Con el propósito de corregir la deformidad de ortijos se recomiendan medidas mecánicas, higiénicas que nos van a favorecer una postura adecuada a los pies, sin embargo, cuando ya se sabe de antemano que no va a disminuir grandemente la deformidad, su progreso y sus complicaciones si se han detenido. La aplicación de estas medidas inició de manera progresiva por el costo que cada una de ellas implicó (excepto, por supuesto, la higiene).



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
CUADRO DE EVALUACIÓN

DIAGNÓSTICO REAL 9	Desviación de la salud (deficiencia mecanopostural) relacionada con disminución de fuerza en región dorsal manifestada por descenso de hombro y escápula derechas.
OBJETIVO	Favorecer que la agente de autocuidado corrija la deficiencia mecanopostural para lograr una alineación correcta en posición de bipedestación.

INTERVENCIONES	RESULTADO			
	08-MZO	13-ABR	25-MAY	29-JUN
1. CHC a región dorsal 15 minutos, una vez al día.	—	—
2. Masaje de relajación a músculos dorsales y paravertebrales. Una vez al día.	—	—
3. Estiramiento de músculos dorsales y paravertebrales una serie al día, 10 a 20 repeticiones al día en todos los arcos de movilidad del tronco: flexión, extensión y flexiones laterales.
4. Frente a espejo revisión de postura estática así como de postura dinámica (marcha).
Descanso de hombro derecho	✓	✓
Descenso de escápula derecha	✓	✓

Observación de descensos	
Presentes	Correídos
.....	✓

MEDIDAS TERAPÉUTICAS	
SI se realiza	NO se realiza
.....

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DE DATOS
Para la corrección mecanopostural dorsal se utilizó termoterapia, masoterapia, ejercicios de Mckensie y una continua observación frente a espejo para corregir desniveles. Al segundo mes de tratamiento se observa mejoría y corrección de la deficiencia ratificando los alcances de la terapéutica empleada.



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
CUADRO DE EVALUACIÓN

DIAGNÓSTICO REAL 10	Déficit del requisito de mantenimiento de un aporte suficiente de agua (consumo escaso de líquidos) relacionado por desconocimiento de requerimientos diarios manifestado por ingesta de dos vasos de agua al día.
OBJETIVO	Favorecer que la agente de autocuidado aumente el consumo diario de líquidos, de preferencia agua natural.

INTERVENCIONES	RESULTADO			
	08-MZO	13-ABR	25-MAY	29-JUN
1. Dar a conocer el consumo diario mínimo de agua natural: 1.5 litros al día. 2. Entatar la necesidad de consumir agua natural. 3. Explicar la necesidad de consumo de agua natural filtrada o hervida.	2 vasos diarios	3 vasos diarios	4 vasos diarios	5 vasos diarios

ANÁLISIS DE DATOS

Una vez comentada la necesidad el consumo de agua natural hervida la agente opta por aumentar su consumo de agua, siendo actualmente de 4 vasos al día como mínimo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
CUADRO DE EVALUACIÓN

DIAGNÓSTICO REAL 11	Déficit del requisito de mantenimiento de un aporte suficiente de agua (piel seca y opaca) relacionado con consumo escaso de líquidos manifestado por falta de turgencia y brillo de la piel.
OBJETIVO	Favorecer que la agente de autocuidado logre mejorar la apariencia de la piel al aumentar la hidratación de la misma.

INTERVENCIONES	RESULTADO			
	08-MZO	13-ABR	25-MAY	29-JUN
1. Se recomienda el consumo de líquidos (de preferencia agua natural) de mínimo 1.5 litros al día.	2 vasos*	3 vasos*	4 vasos*	5 vasos*
2. Se recomienda el uso de crema humectante posterior al baño diario.	SI	NO	SI	NO
Aspecto de la piel	HIDRATADA	OPACA	HIDRATADA	OPACA

*Nota: 1 vaso equivale a 250 ml. de líquido.

ANÁLISIS DE DATOS

La piel es un órgano extenso y de suma importancia, por tanto, para mejorar la apariencia de la misma se recomienda a la agente aumentar consumo diario de agua y aplicarse crema humectante posterior al baño diario. El consumo de agua ha aumentado, sin embargo, en la aplicación de humectante ha habido inconstancia debido a su renuencia por costumbre de no hacerlo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNÓSTICO REAL 12	Déficit del requisito de provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción (estreñimiento) relacionado con consumo escaso de líquidos manifestado por evacuación cada tercer día.
OBJETIVO	Favorecer que la agente de autocuidado logre establecer un hábito de eliminación intestinal regular con medidas básicas de hidratación y eliminación.

INTERVENCIONES	RESULTADO			
	08-MZO	13-ABR	25-MAY	29-JUN
1. Se recomienda: Consumo de agua como hábito diario	2 vasos	3 vasos	4 vasos	5 vasos
Consumo de verdura y fibra en la dieta.	1 ración	1 ½ ración	1 ½ ración	1 ½ ración
Eliminación intestinal	Cada tercer día	Diario	Diario	Diario

* NOTA: Una ración de verdura equivale a 50 gramos aproximadamente.

ANÁLISIS DE DATOS

La eliminación intestinal cada tercer día puede ser un hábito normal, aunque al aumentar el consumo de agua y verdura dentro de la dieta normal como en éste caso, se observa, que debido a las intervenciones de Enfermería su hábito ha mejorado con eliminación intestinal diaria y sin dificultades.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
CUADRO DE EVALUACIÓN

DIAGNÓSTICO REAL 13	Déficit del requisito de mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción (falta de voluntad e interés en tareas deportivas o sociales) relacionado con trabajo cotidiano en hogar manifestada por no asistir a actividades recreativas o de esparcimiento.
OBJETIVO	Favorecer que la agente de autocuidado se motive y tenga interés en actividades deportivas o sociales propias de su edad.

INTERVENCIONES	RESULTADO			
	08-MZO	13-ABR	25-MAY	29-JUN
I. Recomendación de realización de actividades deportivas, recreativas o sociales que le permitan la convivencia con personas de su edad. Natación Actividades recreativas: costura. Clubs de baile.	<ul style="list-style-type: none"> • Natación • Baile 	<ul style="list-style-type: none"> • DIF Actividades recreativas y juegos	<ul style="list-style-type: none"> • Inaplen 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de costura • Grupos religiosos
Integración	NO	NO	NO	SI

ANÁLISIS DE DATOS

Se realizaron recomendaciones mensuales acerca de actividades que puede realizar para socializarse con grupos de intereses similares, donde natación baile, juegos y alternativas de Inaplen lo cual no funcionó debido a distancias o requisitos y horarios hasta que en el mes de junio se integra a un grupo de costura y un grupo de actividades religiosas en su colonia, favoreciendo con ello su integración social.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
CUADRO DE EVALUACIÓN

DIAGNÓSTICO REAL 14	Déficit del requisito de mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción (tristeza) relacionada con alteración de la imagen corporal manifestado por observación de hemicara derecha sin expresión.
OBJETIVO	Favorecer que la agente de autocuidado se motive ante al aceptación de la imagen corporal distorsionada y así poder realizar actividades fuera del hogar sin problemas.

INTERVENCIONES	RESULTADO	13-ABR	25-MAY	29-JUN
	08-MZO			
1. Favorecer que la agente acepte la imagen corporal actual y que gracias a su esfuerzo mejorará la misma.	MALA	REGULAR	MEJORÍA	MEJORÍA

ANÁLISIS DE DATOS

Las intervenciones de Enfermería en este caso se encaminaron a platicar y escuchar y convencer a la gente de la necesidad de aceptar su imagen corporal y esforzarse por mejorarla. La aceptación ha ido creciendo después de tres meses de trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
CUADRO DE EVALUACIÓN

DIAGNÓSTICO POTENCIAL 1	Alto riesgo de lesión ocular relacionado con inclusión palpebral.
OBJETIVO	Favorecer que la agente de autocuidado disminuya el riesgo de lesión ocular.

INTERVENCIONES	RESULTADO			
	08-MZO	13-ABR	25-MAY	29-JUN
1. Uso de anteojos que cubran los ojos lateralmente, para evitar el polvo y, sobre todo, la desecación de la córnea.	&&&	&&&	&&&	&&&
2. Colocación de micropore antialérgico para ocluir el ojo durante la noche y protegerlo del polvo. De preferencia dos tiras en cruz o paralelas sobre el ojo cerrado.	&&&	&&&	&&&	&&&
3. Durante el día pegue una tira de micropore sobre el párpado superior para darle peso.	&&&	&&&	&&&	&&&
4. No tocar el ojo ni el área periocular con las manos.	&&&	&&&	&&&	&&&
LESIÓN OCULAR	NO	NO	NO	NO

MEDIDAS TERAPÉUTICAS	
SI	NO
&&&	---

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LESIÓN OCULAR	
SI	NO

ANÁLISIS DE DATOS
Las medidas de protección ocular diurna y nocturna así como evitar tocar con las manos o paños inadecuados el área periocular han favorecido que no se presenten lesiones oculares.

DIAGNÓSTICO POTENCIAL 2	Año riesgo de fractura patológica relacionada con baja densidad ósea.
OBJETIVO	Favorecer que la agente de autocuidado disminuya el riesgo de fractura patológica

INTERVENCIONES	RESULTADO			
	08-MZO	13-ABR	25-MAY	29-JUN
<p>1. Programa de gimnasia que incluye cuatro tipos de ejercicios: Sentada, delante de una mesa, sostiene fuerte con cada mano el cuello de una botella llena en posición vertical. Seguidamente, deja bascular cada botella hacia fuera, haciendo que los músculos pronadores frenen su caída. Tras ello, antes de alcanzar el plano de la mesa, se vuelven a verticalizar las botellas gracias también a la contracción de los pronadores. Se recomienda utilizar una botella de 1 litro y practicar el ejercicio 50 veces por una o dos veces al día.</p>	20 repeticiones/1 serie	30/1	50/1	50/1
Ejercicios de flexión del muslo (50 veces) efectuados en posición sentada con una pesa de 3 kg fijada al tobillo	30/1 sin resistencia	30/1 sin resistencia	30/1 sin resistencia	40/1 sin resistencia
Una serie de 30 extensiones del tronco contra la gravedad.	NO	NO	NO	NO
Los ejercicios de abducción del músculo efectuados en decúbito lateral y con resistencia (con una pesa de 1,5 kg fijada al tobillo). Se aconseja una serie de 30 abducciones diarias cada lado.	10/1 sin resistencia	10/1 sin resistencia	10/1 sin resistencia	15/1 sin resistencia
Fractura patológica	Disminución del riesgo	Disminución del riesgo	Disminución del riesgo	Disminución del riesgo
Caldas	NO	NO	NO	NO
Ejercicios de extensión de tronco		10/1	10/1	10/1

ANÁLISIS DE DATOS

Una vez planteadas las intervenciones de Enfermería se modificaron debido a que la agente era sedentaria y al alterar sus hábitos tolera los ejercicios sin resistencia y con un aumento discreto pero progresivo en el número de repeticiones, sin embargo, con el hecho de realizar actividad física controlada se está disminuyendo el riesgo de fractura patológica. Se agregan ejercicios de flexión de extensión de tronco.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
CUADRO DE EVALUACIÓN

DX POTENCIAL 3	Alto riesgo de fractura patológica relacionado con posmenopausia, edad > 60 años, sedentarismo y consumo diario de cafeína
OBJETIVO	Favorecer que la agente de autocuidado disminuya el riesgo de fractura patológica, a pesar de factores de riesgo.

INTERVENCIONES	RESULTADO			
	08-MZO	13-ABR	25-MAY	29-JUN
1. Prevención de caídas: Verificar la prescripción de fármacos que provoquen hipotensión ortostática, tranquilizantes y otros.	###	###	###	###
2. Verificar situaciones especiales en domicilio: Fijar cables pegados a la pared Restirar alfombras extendidas Tapete antideshizante en el baño Verificar iluminación adecuada Disponer a la mano de objetos de mayor uso Evitar ropa muy larga Calzado con suela antideshizante y no usar tacones demasiado altos	###	###	###	###
3. Hábitos dretivos: Eliminar el consumo de café En caso de reticencia, consumir descafeinado. Evitar consumo de productos enlatados.	1 taza al día descafeinado ###	1 taza al día descafeinado ###	1 taza al día descafeinado ###	1 taza al día descafeinado ###
4. Participar en actividades sociales, se recomiendan actividades físicas (baile, gimnasia, otras)	NO	NO	NO	NO
Fractura patológica	Disminución del riesgo	Disminución del riesgo	Disminución del riesgo	Disminución del riesgo
Caídas	NO	NO	NO	NO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTERVENCIONES TERAPEUTICAS	
SI	NO
###	—

ANÁLISIS DE DATOS

Se plantean cada una de las medidas para disminuir el riesgo de fractura patológica por caídas, se llevaron a cabo paulatinamente por la necesidad de la agente de realizar las actividades lentamente, pero de manera real.

DIAGNÓSTICO POTENCIAL 4	Alto riesgo de deformidad de dedos bilateral relacionado con arcos de movilidad disminuidos en articulaciones MCF e IFD por inflamación crónica.
OBJETIVO	Favorecer que la agente de autocuidado reduzca la deformidad de los dedos de las manos.

INTERVENCIONES	RESULTADO			
	08-MZO	13-ABR	25-MAY	29-JUN
1. Levantar una taza de leche, levantarse de una silla o sentarse en ella, caminar a través de la habitación, vestirse y desvestirse.	//////////	//////////	//////////	//////////
2. Se recomienda la natación y las actividades acuáticas.	SI	NO	NO	NO
3. Estiramiento de las articulaciones afectadas: De manera gentil, progresiva, con duración máxima de 10 segundos cada una, una vez al día	10/1	10/1	10/1	10/1
Hidroterapia Uso de agua tibia y MAA dentro del agua. 2 veces por semana	---	//////////	//////////	//////////
Arcos de movilidad	IFP DERECHA 20° 35° 30° 30°	IFP DERECHA 20° 35° 30° 30°	IFP DERECHA 20° 35° 30° 30°	IFP DERECHA 20° 35° 30° 30°
	IFP IZQUIERDA 44° 50° 56° 64°	IFP IZQUIERDA 44° 50° 56° 64°	IFP IZQUIERDA 44° 50° 56° 64°	IFP IZQUIERDA 44° 50° 56° 64°

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS	
SI se realizan	NO se realizan
//////////	---

ANÁLISIS DE DATOS

Las intervenciones de Enfermería planeadas para disminuir la deformidad de los dedos de ambas manos incluían continuar realizando las AVDH de manera paulatina, se recomendó la actividad acuática pero debido al costo se cambia por hidroterapia más mecanoterapia y estiramientos diarios; lo cual permite observar que en el transcurso de éste tratamiento no han aumentado las deformidades de los dedos ni han disminuido los arcos de movilidad remanentes.



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
ESTUDIO DE CASO
CUADRO DE EVALUACIÓN

DIAGNÓSTICO POTENCIAL 5	Alto riesgo de hipotrofia relacionado con dolor en deltoides medio a la abducción de hombro izquierdo.
OBJETIVO	Favorecer que la agente de autocuidado mejore el trofismo de hombro.

INTERVENCIONES	RESULTADO			
	08-MZO	13-ABR	25-MAY	29-JUN
1. CHC 15 minutos una vez al día, en hombro izquierdo.	//////////	//////////	//////////	//////////
2. Ejercicios de Codman 10 repeticiones cada uno, una sola serie al día. A tolerancia, activa.	10/1	10/1	10/1	10/1
3. Ejercicios isotónicos con un bastón, máximo 5 repeticiones, una vez al día y a tolerancia.	5/1	5/1	5/1	5/1
Arcos de movilidad abducción	90°	95°	135°	145°
Fuerza muscular	3	3	3+	4

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS	
SI se realizan	NO se realizan
//////////	---

ANÁLISIS DE DATOS
Se observa una mejoría del trofismo del hombro hasta Lovett 4 en fuerza muscular y arcos de movilidad en abducción de 90°. a 145°. Las intervenciones de Enfermería utilizando termoterapia y ejercicios terapéuticos fueron básicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

1. El Método de Trabajo Enfermero brinda un método sistemático a través del cual Enfermería proporciona cuidados específicos ante una problemática determinada bajo una fundamentación científica clara y comprobada.
2. El cuidado personalizado y específico proporcionado por la Enfermera Especialista en Rehabilitación es determinante para una recuperación integral y eficaz, puesto que la atención a la salud debe ser una acción primordial en el trabajo enfermero; denotando que la agente de autocuidado reconoció sus capacidades y las utilizó para una mejor calidad de vida.
3. La enfermera especialista en rehabilitación busca recolocar su lugar dentro del equipo interdisciplinario de atención a la salud, demostrando su capacidad de trabajo teórico, disciplinado y que va más allá de una mera rutina de trabajo.
4. La aplicación de conceptos teóricos guidores del quehacer de la Enfermería, es una forma de diferenciar su trabajo y dedicación de otros profesionales de la salud, debiendo siempre enmarcarse la acción por conocimientos definidos y debe llevarse a cabo de manera escrita para lograr así un registro de nuestro actuar cotidiano dentro de un marco ético y legal pertinente.
5. El Método de Trabajo Enfermero brinda un método sistemático a través del cual Enfermería proporciona cuidados específicos ante una problemática determinada bajo una fundamentación científica clara y comprobada.
6. La enfermera con especialización en Rehabilitación presenta a través de este trabajo investigativo el uso de instrumentos para la valoración de los agentes que necesitan los servicios de atención a la salud que brinda esta especialista.

SUGERENCIAS

- a) En el terreno conceptual se recomienda solicitar cada vez más la aplicación y entereza de la enfermera en formación o en desempeño de sus funciones para que amplíe y mejore la praxis haciendo suyos conceptos y prácticas de atención a la salud que considera fuera de su alcance.

- b) En materia metodológica se propone la búsqueda de otras corrientes teóricas que le den a la Enfermería una renovada aplicación epistemológica que impacte su quehacer, los usuarios a quienes proporciona cuidado, el entorno en el que labora, pero sobre todo que modifique el pensamiento de la enfermera hacia una mejoría profesional.

- c) En cuanto al área técnico - instrumental se invita a la revisión previa de instrumentos que puedan ser válidos y aplicables para el trabajo investigativo, debido a que en la actualidad existe una variedad de instrumentos bajo diferentes teorías o denominaciones factibles de ser utilizados en la práctica formativa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcántara Lezama, Julieta. Cuidado del niño con alteración de la movilidad física relacionado con daño en el SNC. Estudio de caso. Tesis de Posgrado, ENEO. México, 2002.
2. Alfaro, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería Mosby Doyma, 2ª. Edición. España, 1992. Pp.251
3. Avendaño Garnica, Nieves. Método enfermero bajo la perspectiva de la teoría general del déficit de autocuidado aplicado a una paciente con alteración neuromúsculoesquelética. Estudio de caso. Tesis de Posgrado. ENEO. México, 2002.
4. Bedolla Osornio, Mónica. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un paciente con insuficiencia circulatoria de miembros pélvicos. Estudio de caso. Tesis de Posgrado, ENEO. México, 2002.
5. Berkow, Robert M.D. Manual Merck de diagnóstico y terapéutica Oceano, 9ª edición en español, 1994. España. Pp. 3122
6. Carpenito, Lynda Juall. Diagnóstico de Enfermería Interamericana Mc Graw Hill, 3ª. Edición en español, 1995. España. Pp. 1335
7. Castro Domo, María Pastora. Parálisis Facial. guía clínica. España, 2000.
8. Cavanagh, Stephen J. Modelo de Orem. Aplicación práctica. Masson, 1ª edición en español, España, 1993, Pp.167
9. Cirugía en parálisis facial. 1995; 5(3): 101-115. España. Artículo disponible en: www.canalsalud.com
10. Chevalier, A.M. Artículo: Rehabilitación de las parálisis faciales centrales y periféricas. En Enciclopedia Médico Quirúrgica, París, Francia. 26-463-B-10,1990. 16p.
11. Diego, J.J: Etiopatogenia de la Parálisis Facial periférica, idiopática o de Bell. Revista de Neurología; 32(11) 1055-1059. España 2001.
12. Elsevier. Artículo: Rehabilitación de las parálisis faciales centrales y periféricas. En Enciclopedia Médico Quirúrgica, Francia. 1990.
13. ENEO, UNAM. Teorías y modelos para la atención de Enfermería. ENEO, 1998, México. Pp. 314
14. Gordon, Marjory Diagnóstico Enfermero Mosby Doyma, 3ª. Edición en español. España, 1996. Pp. 457
15. Griffith, Janet W. Proceso Atención de Enfermería Manual Moderno, México. 1986. Pp. 405

16. Hernández Sampieri, Roberto. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill, 1998, México. Pp. 501
17. Huerta Robles, Benjamín. Aplicación del PAE en base a la teoría del déficit de autocuidado en un caso de estenosis aórtica. Estudio de caso. Tesis de Posgrado, ENEO. México, 2001.
18. Iyer, P.W. y otros Proceso y diagnóstico de Enfermería Mc Graw Hill, 3ª edición en español, México, 1997. Pp. 444
19. Matkovic. Medicina física y rehabilitación Krusen Médica Panamericana, 4ª. Reimpresión en español, España, 2000.
20. Morán Aguilar. Victoria y Mendoza Robles, Alba Lily. Modelos de Enfermería. Trillas, 1993. Pp. 196
21. Navarrete, Céspedes y otros Parálisis Facial de Bell recurrente: nuestra experiencia. Actas de Otorrinolaringología, 52. 682-686, España, 2001.
22. Nordmark y Rohweder Bases científicas de la Enfermería. Prensa Médica Mexicana, 2ª edición, México, 1987, Pp. 712
23. Norvelis Duanys, Neyra y Yasell Llorente P.A.E. en el nivel primario de salud Revista cubana de Enfermería Vol. 16 No.3 Septiembre - Diciembre 2000.
24. Ortega Vargas, Carolina. Intervenciones de Enfermería basadas en la teoría del déficit de autocuidado en un caso de valvulopatía mitral. Estudio de caso. Tesis de Posgrado, ENEO. México. 1998.
25. Pérez Hernández, María de Jesús. Déficit del autocuidado en paciente adulta joven con disfunción valvular. Estudio de caso. Tesis de Posgrado, ENEO. México, 2001.
26. Pérez Rodríguez, Luz Marina y otros. Repercusión del PAE y profilaxis del bajo peso al nacer Revista Cubana de Enfermería Vo. 17 no.1 Enero - Abril 2001.
27. Revista mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. 7, Número 1-4. Enero – Diciembre 1999. Pp. 26-27
28. Sevajanes Pérez, Damisly y otros. Aplicación del PAE en pacientes tuberculosos hospitalizados Revista Cubana de Enfermería Vol. 16 No. 1 Enero - Abril 2000.
29. Zanchetta y Talbot. Osteoporosis. Médica Panamericana. España, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Especialización en Enfermería en Rehabilitación
Estudio de Caso
Anexo 1

Guía de Valoración Clínica
para la Especialización en Enfermería en Rehabilitación
basada en la Teoría del Déficit del Autocuidado

Lic. Marfa del Carmen Tovar Moncada

Asesora: Lic. Mireya Soriano Vidals

132 a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

El presente instrumento se basa en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem, por tanto se encuentra dividido en apartados. Inicia con factores de condicionamiento básico y después abarca cada uno de los requisitos de autocuidado universales, de autocuidado de desarrollo y de autocuidado en la desviación de la salud.

En gran parte de la guía las preguntas son abiertas, debido a la necesidad de tomar los datos necesarios que proporcione la agente de autocuidado y que de ninguna manera se sesguen las respuestas dadas.

Se recomienda el llenado por medio de una entrevista con todas las medidas necesarias: un lugar cómodo, tranquilo, que permita brindar confianza y confidencialidad a la agente de autocuidado a quien se aplique la guía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

132 b

INSTITUCIÓN _____
SERVICIO: _____

REGISTRO: _____
FECHA: _____

I. Factores condicionantes básicos

1. Características personales

- a) Nombre _____ Edad: _____
b) Sexo _____ Edo.Civil: _____
c) Lugar de nacimiento: _____ Teléfono: _____
d) Religión: _____
e) Último año de estudio: _____
f) Ocupación: _____
g) Domicilio: _____

2. Características familiares

2.1. Composición familiar

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	APORTE ECON.

2.2. Estructura familiar

2.2.1. Estructura del rol

h) En éstos momentos qué espera de su familia?

i) Quién tiene el rol de jefe en casa? _____

j) Qué rol juega ud. en su familia? _____

k) Qué actividades hace en casa para ejercer su rol?

2.2.1.2. Sistema de valores

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

132

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2.3. Patrón de comunicación

- m) Al interior de la familia se expresan verbalmente sus ideas, opiniones y sentimientos? _____
n) Éstas son respetadas? _____
o) Frecuentemente hay dificultades y agresiones cuando platica entre sí la familia? _____ Porqué? _____

2.2.4. Estructura del poder (afrontamiento familiar)

- p) Qué situaciones han causado tensión en la familia? _____

q) Quién afronta y resuelve los problemas familiares? _____

r) Quién se encarga de la disciplina y actividades de los niños? _____

s) Quién decide sobre el futuro de cada integrante de la familia? _____

2.3. Funciones familiares

2.3.1.1. Función afectiva

- t) Cómo expresa la familia, el amor, la alegría, la tristeza y el enojo? _____

u) Con qué frecuencia se expresan afecto? _____

2.3.1.2. Socialización y función social

- v) Algún miembro de la familia externa interviene en el cuidado de sus hijos o de su hogar? _____ Quién? _____
w) Ha tenido algún problema con compañeros, maestros, amigos o vecinos? _____ De qué tipo? _____
x) La relación con sus vecinos es satisfactoria? _____
y) Pertenece a algún grupo o asociación civil? _____ Cuál? _____

2.3.2. Función reproductora

- z) A qué edad comenzó la menopausia? _____
aa) Ha modificado el concepto sobre sí misma? _____
ab) Su padecimiento actual, ha modificado su sexualidad? _____

2.3.3. Función económica (provisión de las necesidades físicas)

- ac) Quién (es) resuelven los gastos familiares? _____
ad) Cuenta la familia con los recursos económicos idóneos para satisfacer las necesidades de comida, vivienda, ropa y servicios de salud? _____

2.3.4. Características ambientales (Entorno físico y social)

- ae) La vivienda donde convive con la familia es propia? _____
- af) Cuántos cuartos son ocupados como dormitorios? _____
- ag) Tiene cocina y baño independientes? _____
- ah) Cuenta con suficiente ventilación e iluminación su hogar? _____
- ai) Existen escaleras o elementos de construcción en su domicilio que le causen dificultad para desarrollar sus actividades? _____
- aj) En su vecindario se cuenta con seguridad pública? _____
- ak) En su vecindario cuenta con transporte público? ____Cuál? _____
- al) En su vecindario existen factores nocivos para la salud? ____Cuáles? _____
- am) En su vecindario las calles tienen pavimento o terracería? _____

II. Requisitos de autocuidado universales

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

- an) Existe contaminación ambiental en el lugar donde ud. vive? _____
- ao) Qué hace para protegerse? _____
- ap) Al respirar mete aire por la boca o por la nariz? _____
- aq) Tiene molestias para respirar? _____
- ar) Qué factores lo desencadenan? _____
- as) Qué hace para mejorar su respiración? _____
- at) Considera que tiene un aporte suficiente de aire? _____
- au) Acostumbre fumar? _____ Con qué regularidad? _____

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

- av) El agua que consume es potable? _____
- aw) Utiliza alguna técnica para purificarla? ____Cuál? _____
- ax) Cuántos vasos de agua ingiere al día? _____
- ay) Cómo prefiere ingerir el agua y cómo le desagrada? _____
- az) Acostumbra consumir bebidas alcohólicas? _____
- ba) Consume café o té? _____ En qué cantidad? _____

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

- bb) Después de consumir alimentos queda ud. satisfecha? _____
- bc) Qué alimentos consume con mayor frecuencia? _____
- bd) Qué alimentos le agradan? _____
- be) Qué alimentos le desagradan? _____
- bf) Tiene un horario específico para consumir alimentos? _____
- bg) Ha padecido molestias al ingerir sus alimentos? ____Cuáles? _____

bh) Qué ha hecho para disminuir las molestias? _____

bi) Considera ud. que tiene una porte suficiente de alimentos? ____ Porque? _____

bj) Ud. prepara los alimentos en casa? _____

bk) Ha tenido dificultad para prepararlos? ____Cuál? _____

bl) Qué ha hecho para disminuir la dificultad? _____

4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.

bm) Cuántas veces evacúa al día? _____

bn) Tiene molestias para evacuar? _____

bo) De qué tipo? _____

bp) Qué hace para eliminar las molestias? _____

bq) Cuántas veces orina al día? _____

br) Tiene molestias para orinar? _____

bs) De qué tipo? _____

bt) Qué hace para eliminar las molestias? _____

bu) Cuántas veces a la semana le gusta bañarse? _____

bv) El cambio de ropa total, con qué frecuencia lo realiza? _____

bw) Con qué frecuencia realiza el lavado de manos y corte de uñas? _____

bx) Cómo se cepilla ud. los dientes? _____

by) Con qué periodicidad lo hace? _____

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

bz) Qué actividades realiza en su hogar? _____

ca) Ha tenido limitaciones para realizar esas actividades? _____

cb) Acostumbra realizar algún tipo de trabajo? ____Cuál? _____

cc) Sus actividades le permiten tener periodos de descanso? _____

cd) Tiene algún problema para dormir? Cual? _____

ce) Cómo logra conciliar el sueño? _____

cf) Cuántas horas duerme regularmente? _____

cg) Practica algún deporte? ____Cuál? _____

ch) Frecuencia e intensidad de su deporte? _____

ci) Tiene entrenador o guía? _____

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.

cj) Se comunica fácilmente con otras personas? _____

ck) Qué dificultad tiene para comunicarse? _____

cl) Tiene parientes, amigos o vecinos en los que pueda confiar y que estén dispuestos a ayudarlo si lo necesita? _____

cm) Con quién recurre primero? _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

- cn) Su vista es lo suficientemente buena para detectar un peligro en el hogar, vía pública o trabajo? _____
- cñ) Cuál es el motivo? _____
- co) Su audición le permite escuchar algún ruido indicador de cualquier peligro? _____
- cp) Su olfato le permite percibir olores que pudieran indicar peligro para su salud? _____
- cq) Su sentido del gusto es lo suficientemente bueno para detectar alimentos en mal estado? _____
- cr) Por medio de su tacto puede detectar formas, texturas, temperatura, movimiento o estabilidad de un objeto, que pueda significarle peligro? _____
- cs) Si va en automóvil utiliza cinturón de seguridad? _____
- ct) Está atenta a cualquier peligro que pudiera surgir en su hogar? _____

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseos de ser normal.

8.1 Recursos de salud

- cu) Periódicamente acude al dentista o al médico para el cuidado de su salud? _____
- cv) Lleva algún tipo de control? ___ Cual? _____
- cw) Cuenta con algún tipo de seguridad social? _____
- cx) A qué unidad de salud acude regularmente? _____

8.2. Prácticas personales de salud

- cy) Es ud. una persona tranquila? _____
- cz) En su vida diaria, regularmente se enfrenta a situaciones que le ocasionen angustia, depresión, irritabilidad o apatía? _____
- da) Qué situaciones y cómo le afectan? _____
- db) Regularmente explora su cuerpo para detectar algún problema de salud? _____
- dc) Cuáles lleva a cabo? _____

8.3. Autoconcepto / autoimagen

- dd) Se acepta ud. tal como es? _____
- de) Porqué? _____
- df) Qué le gustaría cambiar de sí misma? _____

8.4. Salud mental

- dg) (Observar actitud, lógica y razonamiento de ideas)
- _____
- _____
- _____

8.5. Espiritualidad

dh) Cómo influye en ud. la religión en su manera de ser, en su vida cotidiana y durante la aparición de alguna enfermedad? _____

III. Requisitos de autocuidado de desarrollo

- dj) Etapa del ciclo vital _____
dj) Condiciones en las que se encuentra la usuaria que promuevan o impidan el desarrollo normal biológico? _____

IV: Requisitos de desviación de la salud

1. *Desviación actual*

- dk) Conoce su enfermedad? _____
dl) Le preocupa? _____
dm) Porqué? _____
dn) Qué está dispuesta a hacer para aliviarse? _____

2. *Mecanismos para afrontar el problema de salud*

- dñ) Qué ha hecho para adaptarse a su enfermedad? _____
do) Conoce el tratamiento médico de su enfermedad? _____

3. *Cambios de la desviación de los estilos de vida*

- dp) Cómo ha modificado la enfermedad sus actividades de higiene personal? _____
dq) Cómo ha modificado la enfermedad sus actividades de vestido? _____
dr) Cómo ha modificado la enfermedad sus actividades de traslado? _____
ds) Cómo ha modificado la enfermedad sus actividades domésticas? _____

4. *Historia de desviaciones de la salud*

- dt) Qué enfermedades ha padecido en la infancia y la adolescencia? _____
du) Qué enfermedades ha padecido en la adultez? _____
dv) La han operado alguna vez? _____
dw) Especifique _____
dx) Con qué tipo de anestesia? _____

- dz) Ha estado internada en un hospital o clínica? _____
- ea) Porqué causa? _____
- eb) Cuánto tiempo? _____
- ec) Padece algún tipo de alergia a medicamentos, alimentos, animales u otros? _____
- ed) Actualmente está bajo algún tratamiento médico, dental o de otro tipo? _____
- ee) Especifique características del tratamiento. _____
- ef) Tiempo de llevarlo a cabo _____



Especialización en Enfermería en Rehabilitación
Estudio de Caso
ANEXO 2

GUÍA PARA EXPLORACIÓN FÍSICA
PARA LA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
BASADA EN EL MODELO DE OREM

Lic. María del Carmen Tovar Moncada

Asesora: Lic. Mireya Soriano Vidals

a 132

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INSTRUCCIONES DE LLENADO

La presente guía para exploración física es un instrumento diseñado para su aplicación dentro de la valoración de la enfermera especialista en rehabilitación. A partir de lo anterior se recuerda que el estudio se realizó bajo la teoría del déficit de autocuidado de Orem.

En la guía se retoman de inicio algunos antecedentes de desviaciones a la salud familiares y personales que pueden ser referencias importantes para pensar en trastornos músculo esqueléticos del usuario.

La exploración se realizará siguiendo un orden céfalo caudal comenzando por la apariencia general, posteriormente se analiza marcha y postura. Se exploran cabeza y pares craneales, cuello y columna cervical, tórax y columna dorsal, abdomen y columna lumbar, genitales y miembros torácicos y pélvicos.

En cada uno de los rubros anteriores se toman en cuenta desde la goniometría, examen clínico muscular, examen neurológico y algunas maniobras especiales de acuerdo a la zona a explorar.

Por tanto, se recomienda una revisión con instrumentos básicos:

- Termómetro
- Baumanómetro
- Estetoscopio
- Goniómetro
- Cinta métrica
- Regla
- Martillo de reflejos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

b 132

1. Antecedentes de desviaciones de la salud familiares

		Quién?	Desde cuándo?	Tratamiento?
Metabólicas	DbM	_____	_____	_____
	HTA	_____	_____	_____
	Osteoporosis	_____	_____	_____
	Artritis	_____	_____	_____
	Osteoartritis	_____	_____	_____
Cardiovasculares	Insuficiencia c.	_____	_____	_____
	I. Venosa Perif.	_____	_____	_____
	Arteriopatías	_____	_____	_____
Hematológicas	Hemofilia	_____	_____	_____
	Púrpura	_____	_____	_____
	Leucemia	_____	_____	_____
Neurológicas	Esclerosis múltiple	_____	_____	_____
Genéticas	Sx Down	_____	_____	_____
	Otros sxs	_____	_____	_____
Muculoesqueléticos	Pie Both	_____	_____	_____
	Osteogénesis imp.	_____	_____	_____
	Acondroplasia	_____	_____	_____
Miopatías	Distrofia muscular Duchene	_____	_____	_____
	Distrofia de cinturas escapulares	_____	_____	_____

2. Antecedentes de desviaciones a la salud personales

	SI/NO	Desde cuando?	Tratamiento?
Soplos cardiacos	_____	_____	_____
Fiebre reumática	_____	_____	_____
Asma bronquial	_____	_____	_____
Crisis convulsivas	_____	_____	_____
Anemia	_____	_____	_____
·Infecciones gastrointestinales o respiratorias (más de 2 veces al año)	_____	_____	_____
Hemorragias	_____	_____	_____
Alteraciones urinarias	_____	_____	_____
Alteraciones menstruales	_____	_____	_____
Hepatitis	_____	_____	_____
Fracturas	_____	_____	_____
Esguinces	_____	_____	_____
Contusiones	_____	_____	_____
Desgarros musculares	_____	_____	_____
Luxaciones	_____	_____	_____

3. Características de la desviación actual

- a) Fecha de inicio _____
- b) Cómo inició? _____
- c) Dolor Tipo _____
Localización _____
Irradiación _____
Síntomas que lo acompañan _____
Causas que lo incrementan _____
Causas que lo disminuyen _____
- d) Evolución Cómo se trató? _____
 Cómo evolucionó? _____
 Con quién se trató? _____
 Qué le hizo? _____
 Cómo le afectó? _____
 Fecha de su tratamiento? _____

4. Apariencia General

- e) Edad igual a la cronológica
- f) Integro o no
- g) Con o sin fascie característica
- h) Bien o mal conformado (A expensas de...)
- i) Actitud física
 Libremente escogida, silla de ruedas, muletas axilares, andadera, otros.
- j) Orientación
 Tiempo
 Lugar
 Persona
- k) Somatometría
 Peso (sin ropa o con ropa)
 Talla
- l) Signos vitales
 Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y temperatura.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. Marcha

- m) Dependiente o independiente
 - n) Claudicante (escoliosis, desequilibrios estructurales, secuelas de fracturas, otros).
 - ñ) Fases de la marcha
 - Apoyo medio (Choque de talón, apoyo medio y propulsión - impulso).
 - Balaneo (Despegue de talón, aceleración y desaceleración).
 - o) Base de sustentación
 - Aumento o disminución.
-
-
-
-
-

6. Postura

6.1. *Vista posterior*

Inspección de desniveles, escoliosis, lordosis, cifosis, cicatrices, color piel, dismetrías.

- p) Cabeza
 - q) Cuello
 - r) Columna cervical
 - s) Hombros
 - t) Columna dorsal
 - u) Escápulas
 - v) Pliegues torácicos
 - w) Pliegues lumbares
 - x) Columna lumbar
 - y) Crestas ilíacas
 - z) Pliegues glúteos
 - aa) Pliegues poplíteos
 - ab) Tibias
 - ac) Maleolos
 - ad) Retropies
-
-
-
-
-

6.2. Vista lateral

- ae) Cabeza
- af) Columna cervical
- ag) Hombros
- ah) Columna dorsal
- ai) Abdomen
- aj) Columna lumbar
- ak) Cadera
- al) Columna sacra
- am) Rodillas
- an) Tibias
- añ) Tobillos
- ao) Antepie

6.3. Vista anterior

- ap) Cabeza
- aq) Cuello
- ar) Hombros
- as) Mamas
- at) Pliegues intercostales
- au) Pelvis
- av) Caderas
- aw) Rodillas
- ax) Antepies

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. Cabeza y pares craneales

ay) Cráneo

Hundimientos, exostosis.

az) Cuero cabelludo

Alopecia, inserción apropiada a edad y sexo, otros.

ba) Piel

Cicatrices, alteraciones, infecciones.

bb) Cara

Simetría, expresión.

bc) Pares craneales

PAR	NOMBRE	PRUEBA	EXPLICACIÓN DE LAS PRUEBAS	RESULTADO
I	Olfatorio	Distinguir olores	Acercar 3 olores diferentes y distinguirlos. Ojos cerrados, una narina a la vez.	
V	Trigémino	Dolor Temperatura Reflejo corneal	Piquete o punta. Frío o caliente. Uso de isopo en la cornea, en vista contralateral y observar parpadeo rápido. Un ojo a la vez.	
VII	Facial	Habla Sonrisa Gusto	Si está presente y simétrica. Si está presente y simétrica. Si está presente y simétrico. Ambos lados de la lengua.	
VIII	Acústico	Prueba de Weber	Porción auditiva. Uso de diapasón en cada uno de los oídos, al aire y sobre la apófisis mastoides. Porción coclear Girando la cabeza de un lado a otro rápidamente varias veces, verificar la aparición de vértigos, nistagmo o mareo.	
IX	Glossofaríngeo	Observación de la faringe.	Tocar con abatelenguas la pared posterior de la faringe, cuya respuesta es una rápida contracción de los músculos faríngeos con o sin náusea	
X	Vago	Voz ronca o metálica. El velo del paladar se observa mientras la usuaria dice ¡Ah!	Normalmente el rafe medio se eleva sin desviarse de la línea media.	

R 132

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

XI	Espinal	Palpar Músculo ECMT y trapecio	Verificar si hay contracturas musculares.	
XII	Hipogloso	Movimiento de la lengua	Mover la lengua de un lado a otro y, después arriba y abajo, rápidamente.	
II	Óptico	Agudeza visual Campo visual	Carta de Snellen Perimetría de contorno para los cuatro cuadrantes de la visión (nasales, temporales, superior e inferior).	
III	Ocular común	Movimiento ocular Reflejo fotoacomodador Reflejo concensual	Movimientos de los músculos Recto superior, Recto inferior y Oblicuo Inferior. De una distancia aproximada de 1 metro, ir acercando una fuente de luz, lentamente e ir observando la acomodación pupilar a la fuente. Cubrir un ojo, mientras en el otro observar la contracción pupilar al acercar rápidamente una fuente de luz y retirarla, observar la relajación pupilar.	
IV	Patético	Movimiento ocular	Cuando el nervio patético está paralizado, el ojo no puede voltear hacia abajo, estando en rotación interna.	
VI	Motor Ocular Externo	Movimiento ocular	Movimientos de los músculos recto externo y oblicuo superior.	

bd) Exámen clínico muscular CARA

DERECHO		MÚSCULO		IZQUIERDO	
			FECHAS		
			Frontal		
			Superciliar		
			Orbicular de los párpados		
			Compresor nasal		
			Elevador común		
			Cigomático		
			Orbicular de los labios		
			Risorio de Santorini		
			Cuadrado de la barba		
			Triangular de los labios		
			Cutáneo del cuello		
			Bucinator		

h 132

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

8. Cuello y columna cervical

8.1 Vista Anterior

be) Lateralización de la tráquea

8.2 Vista posterior

- bf) Palpación de apófisis espinosas
 - bg) Palpación de músculos paravertebrales
 - bh) Palpación de ligamentos intervertebrales
 - bi) Palpación de apófisis espinosas
 - Puntos dolorosos
 - Contracturas musculares
 - Arcos de movilidad
-
-
-
-
-

9. Tórax y columna dorsal

9.1 Vista anterior

- bj) Auscultación de F.C.
- bk) Auscultación de ruidos cardíacos
- bl) Inspección de amplexión y amplexación
 - Presentes, aumentados, disminuidos y simétricos.

9.2 Vista posterior

- bm) Auscultación de ruidos pulmonares
 - bn) Palpación de músculos paravertebrales
 - bo) Palpación de ligamentos interespinosos
 - bp) Palpación de apófisis espinosas
 - Puntos dolorosos
 - Contracturas musculares
 - Arcos de movilidad
-
-
-
-
-

10. Abdomen y columna lumbar

10.1 Vista anterior

- bq) Palpación de vísceras por planos
- br) Auscultación de peristaltismo

10.2 Vista posterior

- bs) Palpación de músculos paravertebrales
- bt) Palpación de ligamentos interespinosos
- bu) Palpación de apófisis espinosas
 - Puntos dolorosos
 - Contracturas musculares
 - Arcos de movilidad
- bv) Maniobra de Adams
 - Revisar corrección de curvaturas de columna vertebral

bw) Exámen clínico muscular TRONCO

DERECHO	MÚSCULO	IZQUIERDO
	FECHAS	
	Esternocleidomastoideo	
	Rectos posteriores del cuello	
	Trapezio superior	
	Trapezio inferior	
	Trapezio medio	
	Serrato mayor	
	Romboides	
	Dorsal ancho	
	Redondo mayor	
	Supraespinoso	
	Subescapular	
	Infraespinoso	
	Redondo menor	
	Pectoral mayor	
	Pectoral menor	
	Sacrolumbar	
	Cuadrado lumbar	
	Recto abdominal superior	
	Recto abdominal inferior	
	Oblicuos abdominales	
	Extensores de la espina	

11. Genitales

- bx) De acuerdo a edad y sexo

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

12. Miembros Torácicos

b) Inspección de cicatrices quirúrgicas, deformaciones, asimetría, coloración.

bz) Trofismo

Atrófico, hipertrófico, hipotrófico.

ca) Tono

Normal, aumentado o disminuido.

cb) Palpación de condiciones generales

Temperatura, puntos dolorosos, adherencias quirúrgicas, signo de Tinel.

cc) Exámen clínico muscular MIEMBROS TORÁCICOS

DERECHO	ARTICULACIONES	IZQUIERDO
	FECHAS	
	HOMBRO	
	Flexión 0-180°	
	Extensión 0-50°	
	Abducción 0-180°	
	Aducción 0-75°	
	Rotación externa 0-90°	
	Rotación interna 0-70°	
	CODDO	
	Flexión 0-150°	
	Extensión 0	
	RADIOCUBITAL	
	Supinación 0-90°	
	Pronación 0-80°	
	MUÑECA	
	Flexión 0-80°	
	Extensión 0-70°	
	Desviación radial 0-20°	
	Desviación cubital 0-40°	
	MANO PRIMER DEDO	
	Metacarpofalángica Flexión 0-50°	
	Extensión 0-5°	
	Interfalángica Flexión 0-85°	
	Extensión 0-15°	
	MANO SEGUNDO A QUINTO DEDOS	
	Metacarpofalángicas Flexión 0-90°	
	Extensión 0-45°	
	Interfalángicas proximales Flexión 0-100°	
	Extensión 0	
	Interfalángicas distales Flexión 0-80°	
	Extensión 0	

cd) Sensibilidad

Superficial por dermatomas (C5 - T1)

Dolor

Temperatura

Propiocepción

Grafismo

Discriminación de dos puntos

ce) Reflejos

Profundos (Bicipital, estiloradial y tricipital).

Patológicos (Hoffman, palmomentoniano).

cf) Exámen clínico muscular MIEMBROS TORÁCICOS

DERECHO	MÚSCULO	IZQUIERDO
	FECHAS	
	Deltoides anterior	
	Deltoides medio	
	Deltoides posterior	
	Bíceps	
	Triceps	
	Supinador largo	
	Supinador Corto	
	Radiales	
	Abductor largo pulgar	
	Extensor largo pulgar	
	Extensor corto pulgar	
	Extensor dedo índice	
	Extensor meñique	
	Extensor común de los dedos	
	Cubital posterior	
	Palmar mayor	
	Palmar menor	
	Cubital anterior	
	Pronador	
	Flexor superficial dedos	
	Flexor profundo dedos	
	Flexor largo pulgar	
	Abductor corto pulgar	
	Flexor corto pulgar	
	Oponente pulgar	
	Aductor pulgar	
	Flexor corto meñique	
	Aductor del meñique	
	Oponente del meñique	
	Lubricales I - II	
	Lubricales III - IV	
	Interóseos dorsales	
	Interóseos palmares	

1 132

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- cg) Maniobras especiales
 Lesión de manguito rotador
 Para compresión cervical

13. Miembros Pélvicos

- ch) Inspección de cicatrices quirúrgicas, deformaciones, asimetría, coloración.
 ci) Trofismo
 Atrófico, hipertrófico, hipotrófico.
 cj) Tono
 Normal, aumentado o disminuído.
 ck) Palpación de condiciones generales
 Temperatura, puntos dolorosos, adherencias quirúrgicas, signo de Tinel.

c) Exámen clínico muscular MIEMBROS PÉLVICOS

DERECHO	ARTICULACIONES	IZQUIERDO
	FECHAS	
	CADERA	
	Flexión 0-135°	
	Extensión 0-15°	
	Abducción 0-45°	
	Aducción 0-15°	
	Rotación externa 0-45°	
	Rotación interna 0-45°	
	RODILLA	
	Flexión 0-130°	
	Extensión 0	
	TOBILLO	
	Flexión 0-45°	
	(Flexión plantar)	
	Extensión 0-20°	
	(Dorsiflexión)	
	Inversión 0-40°	
	Eversión 0-20°	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cm) Sensibilidad

Superficial por dermatomas (L1 - S5)

Dolor

Temperatura

Propiocepción

Grafismo

Discriminación de dos puntos

cn) Reflejos

Profundos (Rotuliano, aquileo y plantar).

Patológicos (Babinsky, sucedáneos).

cñ) Examen clínico muscular MIEMBROS PÉLVICOS

DERECHO	MÚSCULO	IZQUIERDO
	FECHAS	
	Cuadrado lumbar	
	Recto abdominal superior	
	Recto abdominal inferior	
	Oblicuos abdominales	
	Flexores de cadera	
	Rotadores internos	
	Rotadores externos	
	Abductores	
	Aductores	
	Glúteo mayor	
	Glúteo medio	
	Tensor de la fascia lata	
	Sartorio	
	Cuadriceps	
	Semimembranoso	
	Semitendinoso	
	Biceps crural	
	Tibial anterior	
	Extensor propio	
	Extensor largo dedos	
	Peroneos	
	Soleo y gemelos	
	Flexor largo de los dedos	
	Flexor primer dedo	
	Tibial posterior	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

N132

co) Maniobras especiales

Cadera

- Signo de pistoneo
- Maniobra de Allis
- Maniobra de Thomas

Rodilla

- Cajón anterior
- Cajón posterior
- McMurray
- Bostezo

Rótula

- Escape
- Cepillo

14. Plantoscopia

- Valoración de arcos del pie (longitudinal interno, longitudinal externo y anterior).
- Valoración de retropies
- Valoración de la huella plantar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN