



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**Déficits de autocuidado en paciente femenino
adulto joven con enfermedad de Charcot Marie
Tooth**

ESTUDIO DE CASO
Que para obtener el título de
Enfermera Especialista en Rehabilitación

P R E S E N T A

L.E. Alejandra Mejía Gómez

ASESORADO POR

E.E.R. Nohemí Ramírez Gutiérrez

Ciudad de México, 2017





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



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

ESTUDIO DE CASO
“DÉFICITS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTE FEMENINO ADULTO
JOVEN CON ENFERMEDAD DE CHARCOT MARIE TOOTH”

Presenta

L.E. Mejía Gómez Alejandra

Tutor Clínico

E.E.R. Nohemí Ramírez Gutiérrez

Ciudad de México, 2017

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	5
I. INTRODUCCIÓN	6
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.....	7
2.1 GENERAL:	7
2.2 ESPECÍFICOS:	7
III. FUNDAMENTACIÓN.....	8
3.1 ANTECEDENTES	13
IV. MARCO CONCEPTUAL	17
4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA	17
4.2 PARADIGMAS.....	17
4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA: TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM....	20
4.4 TEORÍA DE OTRAS DISCIPLINAS	23
4.5 PROCESO DE ENFERMERÍA	24
V. METODOLOGÍA.....	26
5.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN	26
5.2 SELECCIÓN DE CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN.....	28
MAGNITUD	29
FACTIBILIDAD.....	29
5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE ENFERMERÍA	30
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	36
6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO	36
6.2 ANTECEDENTES GENERALES	37
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	38
7.1 VALORACIÓN	38
7.1.1 ANÁLISIS DE LABORATORIO Y GABINETE.....	43
7.1.2 VALORACIÓN FOCALIZADA (05 Abril 2017)	43
7.1.3 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS	44
7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	45
7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES	46
7.4 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	47
7.4.1 OBJETIVO DE LA PERSONA	47
7.4.2 OBJETIVO DE ENFERMERÍA.....	47
7.4.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	48
7.5 EJECUCIÓN.....	61
7.5.1 REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES.....	61
7.6 EVALUACIÓN	63
7.6.1 EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA.....	63

7.6.2	EVALUACIÓN DEL PROCESO	68
VIII.	PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN	70
IX.	CONCLUSIONES.....	73
X.	SUGERENCIAS	74
	BIBLIOGRAFÍA.....	75
	ANEXO 1	78
	ANEXO 2.....	79
	ANEXO 3.....	80
	ESCALAS DE VALORACIÓN.....	80
1.	BARTHEL	80
2.	LAWTON- BRODY	81
3.	BRISTOL	82
4.	DANIELS	82
5.	EVA	82
6.	ESCALA DE APEGO TERAPÉUTICO.....	83
7.	BERG	84
8.	TINETTI.....	87
9.	HAMILTON	90
	ANEXO 4.....	92
	ANEXO 5.....	93
	ANEXO 6.....	94
	ANEXO 7.....	95
	ANEXO 8.....	96

AGRADECIMIENTOS

Saber que pertenezco a la mejor universidad del país me hace sentir alegría, orgullo y agradecimiento. Un gran y profundo agradecimiento que se fue formando a través del tiempo, a lo largo de diez años que con esfuerzo, dedicación y compromiso me llevaron a ser la persona que soy, a tomar decisiones importantes en mi vida, a formar mi carácter y a ser un mejor ser humano. Gritar un goya por primera vez y gritarlo por última vez al final del recorrido, sentirlo, hacer que el corazón lata más rápido, que se erice la piel y se acabe la voz, es tan solo un poco de lo mucho que se siente al pertenecer a esta institución, mi alma máter y por siempre mi casa: la Universidad Nacional Autónoma de México.

A mi coordinadora de la especialidad la E.E.R Nohemí Ramírez Gutiérrez que con paciencia, dedicación y entusiasmo guió nuestro camino para formar Enfermeros Especialistas dedicados, entregados y enamorados de su profesión.

A mis profesores, que sin ellos habría seguido a través de un túnel sin señalamientos; fueron una luz y sus enseñanzas las llevaré siempre conmigo.

A mis padres Ramona y Celestino, que hicieron de mí una persona de bien, que me apoyaron y motivaron para ayudarme a ser la mujer que soy ahora. A mis hermanos Eduardo y Fernando, por apoyarme e interesarse por mis pasiones.

A mi otra familia: Agali, Silvia, Raúl y Santiago, porque sin su apoyo, preocupación, emoción, motivación, consejos; el camino habría sido más pesado y menos divertido. Gracias por estresarse, estudiar, reír y disfrutar conmigo durante todo éste proceso.

A ti, que sin estar físicamente has sido parte de todo esto; por nunca perder la esperanza en mí y por siempre creer en que cumpliría todas mis metas.

I. INTRODUCCIÓN

Las interacciones de enfermería en las instituciones de salud y en la comunidad requieren de actualización continua dados los avances científicos y tecnológicos, tal situación exige al personal de enfermería de una responsabilidad profesional, que entre otros aspectos, le permita ampliar y profundizar acciones en los campos asistencial, de enseñanza, administrativo y de investigación; tendientes a preservar, fomentar y restaurar la salud, así como disminuir factores de riesgo de enfermedades y mortalidad.¹

La atención de enfermería en rehabilitación tiene como principales objetivos ayudar al paciente a alcanzar su máxima independencia de acuerdo a sus capacidades, promover el autocuidado a través de la orientación y el entrenamiento de situaciones que le permitan reinsertarse a su vida social y familiar de la mejor manera posible y con calidad.

El presente estudio de caso, se realizó mediante la aplicación del método enfermero, basado en la teoría de Dorothea Orem del Déficit de Autocuidado, para identificar los déficits de autocuidado de una paciente femenina adulta joven con diagnóstico de Síndrome de Charcot Marie Tooth, con aproximadamente 10 años de evolución.

Dentro del plan de cuidados desarrollado en el presente estudio de caso, se establecen cuidados terapéuticos encaminados a disminuir dolor con la aplicación de termoterapia y masoterapia; ejercicios que mejoren la postura y la movilidad con ejercicios de equilibrio, propiocepción, arcos de movimientos, fuerza muscular, fortalecimiento de pinza fina y gruesa, reforzamiento de uso de auxiliares de la marcha.

Es por ello que el Enfermero especialista en Rehabilitación desempeña un papel importante para lograr la autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD). Y para poder lograr que sus intervenciones sean las adecuadas y personalizadas según las necesidades de cada paciente, es necesario se tenga conocimiento de las diversas escalas con las que nos auxiliamos para la valoración del paciente y de ésta manera podamos establecer un plan de trabajo con los mismos.²

¹ Rosales Barrera, S.; Reyes Gómez, E. Fundamentos De Enfermería. 3° edición. Manual Moderno. México, 2011. Pp. VII- VIII.

² Navarro G., Diana; Ramírez G., Nohemí; Hernández C., Sandra. Intervenciones de enfermería en rehabilitación a una persona con prótesis de cadera por tumor de células gigantes. Rev. UNAM. [En línea] 2011 [fecha de acceso 5 de septiembre de 2016]; 8 (4). URL. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/33250>

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

2.1 GENERAL:

- Realizar un plan de cuidados a una paciente adulta joven con Síndrome de Charcot Marie Tooth con diagnóstico de 10 años de evolución; a través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, tomando como base la Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem.

2.2 ESPECÍFICOS:

- Realizar la recolección de datos, de acuerdo a instrumento de valoración de enfermería en rehabilitación por medio de entrevista directa, exploración física céfalo- podal y aplicación de escalas de valoración en Rehabilitación.
- Priorizar la información obtenida en la valoración para la elaboración de diagnósticos de enfermería de acuerdo al formato PESS.
- Elaborar y planificar las intervenciones de Enfermería en Rehabilitación de acuerdo a los diagnósticos obtenidos.
- Ejecutar y evaluar las intervenciones planificadas para ayudar al paciente a recuperar o preservar su estado de salud.

III. FUNDAMENTACIÓN

CHARCOT MARIE TOOTH

La enfermedad de Charcot Marie Tooth (CMT), también llamada atrofia muscular peroneal es uno de los trastornos neurológicos hereditarios más comunes y está entre las neuropatías hereditarias sensitivo- motoras. Se caracteriza por un desorden heterogéneo que afecta al sistema nervioso periférico y ocasiona una pérdida lentamente progresiva de la función de nervios periféricos en miembros superiores e inferiores, con una prevalencia de 1:2500.

Esta afección recibe el nombre de los 3 médicos que la identificaron por primera vez en 1886: Jean Marie Charcot y Pierre Marie, en París y Howard Henry Tooth, en Cambridge, Inglaterra.³

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las características clínicas de la enfermedad son una combinación de déficit motores asociados a moto-neuronas con signos y síntomas sensoriales, lo cual refleja claramente la naturaleza sensitivo-motora de la neuropatía.

El inicio de los síntomas ocurre de manera más frecuente en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta; no obstante, su aparición se puede dar en cualquier momento, desde la infancia hasta la edad adulta avanzada. Los primeros síntomas suelen ser:

- Debilidad muscular en los pies, que puede provocar anomalías como:
 - ▲ Pie cavo, en el que el pie presenta un arco más pronunciado de lo normal.
 - ▲ Dedos en forma de martillo, el cual se refiere a un encorvamiento anormal de los dedos de los pies.

A medida que avanza la enfermedad, los músculos en la parte baja de las piernas y los tobillos se debilitan, posteriormente pueden ocurrir debilidades y atrofas musculares en las manos, dando como resultado dificultades en las capacidades motoras.

Los pacientes con este trastorno también pueden sufrir dolor o ardor en los pies y la parte baja de las piernas o incluso disminución de la sensibilidad al tacto, calor y frío. En casos raros también se produce la pérdida de visión o audición.

La gravedad de los síntomas es bastante variable en los pacientes; de igual manera, la progresión también puede variar; en la mayoría de los casos, los pacientes sufren un deterioro lento en sus capacidades; en otros casos, permanecen clínicamente estables por relativamente largos periodos de tiempo, incluso décadas.

Si bien esta enfermedad puede ser muy incapacitante, la CMT no es letal y los pacientes que padecen de los subtipos más comunes poseen una esperanza de vida normal.

³ Lara Aguilar, R.A; Juárez Vázquez, C. I; Juárez Rendón, K.J; Gutiérrez Amavizca, B.E; Barros Núñez, P. *Enfermedad De Charcot- Marie-Tooth: Actualidad Y Perspectivas*. [En línea] 2012 [05 Noviembre 2016]; 17 (2): 110- 118. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2012/ane122f.pdf>

CLASIFICACIÓN

- **CMT1** → Se caracteriza por la aparición de los síntomas usualmente en las primeras dos décadas de vida, un patrón de transmisión autosómico dominante y una velocidad de conducción nerviosa disminuida (< 38 m/s), aunque el grado de reducción en la conducción nerviosa no se correlaciona con la severidad clínica de la enfermedad. Los exámenes anatomopatológicos de biopsias nerviosas de los afectados revelan una pérdida de fibras mielinizadas y remielinización segmentaria; así como un agrandamiento de los nervios periféricos, los cuales presentan una apariencia característica de «bulbos de cebolla».
- **CMT2** → La mayoría de los casos de CMT2 tienen un patrón de herencia autosómico dominante; sin embargo, algunos de los genes responsables de CMT2 muestran herencia autosómica recesiva. El fenotipo clínico de la neuropatía CMT2 es muy similar al de la CMT1, aunque la edad de inicio es más variable y en muchas ocasiones más tardía. Los estudios electrofisiológicos han mostrado que en la mayoría de los pacientes con CMT2, las velocidades de conducción nerviosa son normales, pero las amplitudes de los potenciales motor y sensorial se encuentran reducidas severamente. Por lo que respecta a los exámenes patológicos, en biopsias de pacientes se ha observado una degeneración axonal con relativa preservación de las vainas de mielina.⁴
- **CMT4** → Es una neuropatía con inicio temprano, generalmente desmielinizante y los casos son más severos que los de CMT con fenotipo clásico. La CMT4A inicia habitualmente en la infancia, se caracteriza por una debilidad distal de rápida progresión y una atrofia de las extremidades que conduce a una incapacidad para caminar en la infancia o en la adolescencia temprana, de manera general, los pacientes presentan velocidades de conducción nerviosa disminuidas e hipomielinización.
- **CMTX** → Es uno de los tipos más frecuentes de CMT, el subtipo más común se produce por mutaciones en el gen GJB1, el cual codifica para la proteína conexina 32 y se encuentra dentro del cromosoma Xq13. Las conexinas son proteínas de membrana que facilitan la transferencia de iones y moléculas pequeñas entre células, cuya expresión ha sido demostrada en las células de Schwann. Dado que el gen afectado por la mutación se encuentra localizado en el cromosoma X, esta enfermedad no puede ser heredada de hombre a hombre. Una de sus características clínicas es que los varones experimentan los síntomas en la primera década de vida y son afectados severamente, probablemente por

⁴ Cortés Callejas, H.; Magaña Aguirre, J.J.; Hernández Hernández, O; Ávalos Fuentes, J.A; Recillas Morales, S.; Leyva García, N. *Un Vistazo A La Enfermedad De Charcot Marie Tooth*. Inv. En Disc. [En línea] Septiembre- Diciembre 2012 [06 Noviembre 2016]; 1 (2): 77- 82. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invdiss/ir-2012/ir122e.pdf>

un mecanismo de haploinsuficiencia. Además a menudo la velocidad de conducción nerviosa se encuentra disminuida; mientras que en las mujeres la enfermedad se manifiesta entre los 20-30 años de edad, sigue un curso temporal menos severo y con manifestaciones clínicas moderadas, además de que la neuroconducción se encuentra en valores normales o cercanos a éstos. En los pacientes con CMTX se aprecia una correlación entre la velocidad de conducción nerviosa y la severidad de los síntomas, ya que los pacientes más afectados muestran disminución, mientras que los menos afectados la tienen normal o cercana a valores normales.⁵

DIAGNÓSTICO

Las pruebas de diagnóstico estándar tradicionalmente empleadas incluyen:

- Estudios electrofisiológicos:
 - Electromiografía.
 - Estudios de velocidad de conducción nerviosa.
 - Biopsias de nervio.
 - Técnicas de imagenología de resonancia magnética.

Sin embargo, dada la complejidad genética de la CMT, no basta solamente con realizar este tipo de estudios para el diagnóstico, sino que son necesarias pruebas moleculares para poder realizar la correcta identificación del subtipo involucrado.

Antes de realizar cualquier prueba de diagnóstico molecular, es necesario llevar a cabo una valoración clínica exhaustiva, estudios electrofisiológicos y análisis del árbol genealógico para dirigir a los pacientes a la prueba más adecuada.

Para identificar las alteraciones genéticas características de cada subtipo de CMT se encuentran disponibles técnicas de biología molecular como:

- Estudio de fragmentos de restricción de longitud polimórfica (RFLPs).
- Electroforesis en gel de campos pulsados (PFGE).
- PCR acoplada a electroforesis capilar y análisis de microsatélites.
- Polimorfismos de un solo nucleótido (SNPs).
- Hibridización in situ fluorescente (FISH).
- PCR cuantitativa en tiempo real.
- Amplificación múltiple de pendiente de ligación (MLPA).

Estas herramientas moleculares permiten discriminar entre los distintos tipos de CMT, lo cual es imprescindible para proporcionar un tratamiento adecuado y asesoramiento genético oportuno a los pacientes.⁶

⁵ ÍDEM

⁶ Op. Cit. 9

TRATAMIENTO

No existe cura para la enfermedad de CMT, dado que las características principales son la atrofia muscular y el trastorno sensitivo, lo cual se trata de mejorar con el tratamiento.

Aunque el tratamiento aún es controvertido, algunos autores plantean pautas para los diferentes tipos:

- Cuando existe enfermedad de CMT de **tipo I** el paciente debe ser tratado conservadoramente, con:
 - Estiramientos musculares pasivos.
 - Alineación de las extremidades con ortesis, a fin de disminuir el desarrollo de las deformidades.
- Para **los tipos II y III** se aboga por la intervención quirúrgica.

Las terapias física y ocupacional, las férulas (tablillas) y otros dispositivos ortopédicos, incluso la cirugía ortopédica, pueden ayudar a los pacientes a enfrentar los síntomas incapacitantes de la enfermedad.

La mayoría de los especialistas recomiendan un plan terapéutico especializado, diseñado con la aprobación del médico del paciente, para dar respuesta a las capacidades y necesidades individuales; también sugieren iniciar un programa de tratamiento precoz, pues el fortalecimiento muscular puede retrasar o reducir la atrofia del músculo, por lo cual este es más útil si se comienza antes de que la degeneración del nervio y el aumento en la debilidad muscular terminen en incapacitación.

Asimismo, los ejercicios de estiramiento pueden prevenir o reducir las deformidades comunes que resultan de una acción no uniforme del músculo sobre los huesos. Estos contribuyen a prevenir la fatiga resultante de las actividades diarias que requieren fuerza y movilidad; la actividad aeróbica moderada también puede ayudar a mantener una buena condición cardiovascular y una mejor salud en general.

También se recomiendan los ejercicios de bajo o cero impacto, tales como la bicicleta y la natación, en lugar de otras actividades que pueden ocasionar tensión en los músculos y en las coyunturas (caminar o trotar).⁷

⁷ Vidal Pérez, T.; Ragolta Mógrove, K; Jhones Cabrales, H.A; Perdomo Veranes, P; Uriarte Gómez, M. Enfermedad De Charcot Marie Tooth En Un Niño. Medisan. [En línea] 2012 [06 Noviembre 2016]; 16 (11): 1791. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n11/san181112.pdf>

Muchos pacientes con CMT requieren férulas (tablillas) para el tobillo y otros dispositivos ortopédicos para mantener la movilidad diaria y prevenir las lesiones. Las férulas del tobillo evitan los esguinces (torceduras), pues proporcionan estabilidad durante algunas actividades, como caminar o subir escaleras; los botines o las botas altas también suelen ser útiles en pacientes con tobillos débiles y las férulas del pulgar ayudan a combatir la debilidad de la mano y la pérdida de capacidades motoras finas. A tales efectos, los dispositivos de ayuda deben ser utilizados antes de que empeore la incapacitación, ya que previenen la tensión del músculo y reducen su debilitación.

En algunos de los afectados se puede optar por la cirugía ortopédica para invertir deformidades del pie y las articulaciones.⁸

⁸ Rubio González, T.; Norbet Vázquez, L.; De paz Rosales, A. *Enfermedad De Charcot Marie Tooth En Numerosos Miembros De Una Familia*. Medisan. [En línea] 2016 [05 Noviembre 2016]; 20 (2): 215. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n2/san11202.pdf>

3.1 ANTECEDENTES

“Un Vistazo A La Enfermedad De Charcot Marie Tooth” Cortés Callejas, H.; Magaña Aguirre, J.J; Hernández Hernández, O; Ávalos Fuentes, J.A; Recillas Morales, S.; Leyva García, N.

El objetivo principal de éste artículo, es describir de manera general el panorama actual del Charcot Marie Tooth, sus características clínicas, prevalencia, clasificación, métodos de diagnóstico y recientes avances en la investigación de esta enfermedad.

La enfermedad de Charcot-Marie-Tooth es el nombre común para un grupo de neuropatías periféricas de origen hereditario, que tienen como principal rasgo la afectación del sistema nervioso periférico. Dicha enfermedad ocupa un lugar importante dentro de las neuropatías periféricas, siendo la más frecuente a nivel mundial. La manera en que se puede adquirir la enfermedad puede ser por herencia autosómica dominante, autosómica recesiva o ligada al cromosoma X, dependiendo del subtipo.

La clasificación de los diferentes tipos de Charcot Marie Tooth se realiza con base en criterios clínicos, anatomopatológicos y genéticos; estos tipos presentan una gran variabilidad clínica y heterogeneidad genética. En la actualidad, con el avance de las técnicas de biología molecular se ha incrementado el conocimiento de la patogénesis de esta enfermedad y hasta el momento se han descrito más de 30 genes asociados a los distintos subtipos.

Debido al carácter hereditario de esta enfermedad, el diagnóstico correcto es de una importancia central para que los pacientes reciban un asesoramiento genético adecuado. De igual manera, se espera que con el desarrollo de nuevas tecnologías se pueda contribuir en un futuro cercano al desarrollo de nuevas terapias para el tratamiento de esta enfermedad, la cual actualmente no tiene cura.⁹

⁹ Cortés Callejas, H.; Magaña Aguirre, J.J; Hernández Hernández, O; Ávalos Fuentes, J.A; Recillas Morales, S.; Leyva García, N. Un Vistazo A La Enfermedad De Charcot Marie Tooth. Inv. En Disc. [En línea] Septiembre- Diciembre 2012 [06 Noviembre 2016]; 1 (2): 77- 82. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invd/ir-2012/ir122e.pdf>

“Enfermedad De Charcot Marie Tooth: Actualidad Y Perspectivas” Lara Aguilar, R.A; Juárez Vázquez, C. I; Juárez Rendón, K.J; Gutiérrez Amavizca, B.E; Barros Núñez, P.

El presente artículo pretende actualizar el panorama clínico del Charcot Marie Tooth, así como los avances moleculares y terapéuticos que contribuyen a comprender mejor esta heterogénea entidad.

La enfermedad de Charcot-Marie-Tooth se define como una polineuropatía sensitivo-motora de tipo desmielinizante o axonal, que presenta heterogeneidad genética y clínica, y que se encuentra asociada con mutaciones en más de 30 genes distintos. Es un padecimiento que representa una de las neuropatías hereditarias mixtas más comunes, con un espectro clínico muy amplio y no hay una correlación genotipo-fenotipo establecida; sin embargo, algunas características clínico-electrofisiológicas permiten clasificar este padecimiento. Típicamente el paciente cursa con atrofia y debilidad muscular distal, asociada a pérdida sensorial que va desde leve a moderada así como hiporreflexia.

La clasificación clínica de la enfermedad es cada vez más extensa y compleja debido a que constantemente se detectan nuevas mutaciones causando este padecimiento, lo que permite por un lado aclarar la genética de ciertas variantes del Charcot Marie Tooth raras y por otro aumentar la información en las variantes clásicas.

Además, la heterogeneidad clínica mostrada en esta enfermedad parece coincidir con la participación de los distintos genes descubiertos y que en conjunto contribuyen a mantener la función y estructura del nervio periférico, por lo que se vuelve un importante blanco de investigación para el desarrollo de nuevos y mejores tratamientos.¹⁰

¹⁰ Lara Aguilar, R.A; Juárez Vázquez, C. I; Juárez Rendón, K.J; Gutiérrez Amavizca, B.E; Barros Núñez, P. Enfermedad De Charcot- Marie-Tooth: Actualidad Y Perspectivas. [En línea] 2012 [05 Noviembre 2016]; 17 (2): 110- 118. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2012/ane122f.pdf>

"Enfermedad De Charcot Marie Tooth En Numerosos Miembros De Una Familia" Rubio González, T.; Norbet Vázquez, L.; De paz Rosales, A.

En el artículo se describen 2 casos clínicos pertenecientes a una familia con 35 miembros afectados por este trastorno neurológico, atendidos en el Centro Provincial de Genética Médica de Santiago de Cuba.

Los 35 integrantes de esta familia padecen una neuropatía hereditaria sensitivo-motora (NHSM) o enfermedad de Charcot-Marie-Tooth, con debilidad y degeneración musculares y alguna pérdida de sensibilidad en los pies, la parte inferior de las piernas, las manos y los antebrazos.

De acuerdo con los estudios de conducción periférica, los pacientes mostraron retardo de la conducción nerviosa, compatible con daño mielínico severo en fibras sensitivas periféricas y/o centrales, a lo largo de la vía somato sensorial (sistema dorsal-lemniscal). Teniendo en cuenta todos los aspectos clínicos y electrofisiológicos mencionados, así como el patrón de herencia autosómico dominante mostrado en esta familia se concluye que se trata de la enfermedad de Charcot-Marie-Tooth con forma clínica CMT1A.

La enfermedad de Charcot-Marie-Tooth es una afección degenerativa del sistema nervioso periférico, que presenta gran heterogeneidad genética y clínica.

La presentación con patrón autosómico dominante, conocida en algunas clasificaciones como de tipo 1, es la más frecuente; asimismo, la confección del árbol genealógico resulta ser el instrumento de mayor importancia para conocer el tipo de herencia.¹¹

¹¹ Rubio González, T.; Norbet Vázquez, L.; De paz Rosales, A. Enfermedad De Charcot Marie Tooth En Numerosos Miembros De Una Familia. Medisan. [En línea] 2016 [05 Noviembre 2016]; 20 (2): 215. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n2/san11202.pdf>

“Enfermedad De Charcot Marie Tooth En Un Niño” Vidal Pérez, T.; Ragolta MÓgrave, K; Jhones Cabrales, H.A; Perdomo Veranes, P; Uriarte Gómez, M.

En éste artículo, se presenta el caso clínico de un niño de 7 años de edad con enfermedad de Charcot Marie Tooth, atendido en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Infantil Norte Docente “Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira” de Santiago de Cuba para recibir tratamiento rehabilitador. Luego del programa terapéutico aplicado el paciente mejoró el trofismo y la fuerza muscular, disminuyeron las deformidades del pie y ocurrieron importantes cambios en la marcha, de modo que la rehabilitación oportuna evitó el tratamiento quirúrgico.

La enfermedad de Charcot Marie Tooth ha sido definida por diversos autores como una atrofia de diversos grupos musculares, como consecuencia de un trastorno degenerativo hereditario y familiar de nervios periféricos y de cordones posteriores de la médula espinal, además de atrofia de las raíces nerviosas posteriores. Esta afección tiene un patrón hereditario variable, con carácter autosómico recesivo dominante, ligado al sexo, y comprende diferentes formas de neuropatías motoras y sensitivas.

La atrofia muscular es simétrica, de distribución distal y tiene un patrón de degeneración en las extremidades: los músculos inervados por los axones más largos del nervio ciático son los primeros en afectarse; los músculos de menor masa muscular son los primeros en debilitarse y los grupos musculares por encima de la rodilla generalmente no se afectan.

No existe cura para la enfermedad de Charcot Marie Tooth, dado que las características principales son la atrofia muscular y el trastorno sensitivo, lo cual se trata de mejorar con el tratamiento.

Con el tratamiento rehabilitador aplicado se logró mejorar el trofismo y la fuerza de la musculatura afectada, con corrección casi completa de la deformidad del pie, así como la recuperación funcional de la marcha, de modo que la rehabilitación oportuna evitó el tratamiento quirúrgico.¹²

¹² Vidal Pérez, T.; Ragolta MÓgrave, K; Jhones Cabrales, H.A; Perdomo Veranes, P; Uriarte Gómez, M. Enfermedad De Charcot Marie Tooth En Un Niño. Medisan. [En línea] 2012 [06 Noviembre 2016]; 16 (11): 1791. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n11/san181112.pdf>

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.¹³

Enfermería es a la vez una disciplina y profesión. Como profesión toma parte de los esfuerzos para mejorar el futuro de la calidad de vida al tratar de resolver los problemas que se interponen o influyen en su logro. La profesión de enfermería se interesa en las actividades que desarrollan y canalizan sus practicantes para lograr la promoción y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos. Como disciplina es un terreno del conocimiento, un cuerpo de conocimientos que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud.¹⁴

La *American Nurses Association* define la enfermería como la protección, el fomento y la optimización del estado de salud y las capacidades del individuo, la prevención de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas, y la defensa de la asistencia a los individuos, las familias, las comunidades y las poblaciones.¹⁵

4.2 PARADIGMAS

En la actualidad las enfermeras buscan transformar la práctica profesional, mediante la transmisión de saberes que la propia profesión considera de vanguardia, con ellos nos referimos a la enseñanza del Proceso de Enfermería y a las Teorías y Modelos. Ambos enfoques buscan establecer y delimitar el trabajo de Enfermería, es decir el *cuerpo de saberes*. Sin embargo, las enfermeras que se encuentran insertas en el mercado laboral, en su mayoría en hospitales, no utilizan un modelo de atención que por lo menos dé cuenta de un trabajo sistematizado. Por otro lado, las características en la enseñanza y posesión de los saberes y prácticas hacen que puedan distinguirse dos mundos en la Enfermería mexicana; el *académico* y el *hospitalario*, puesto que

¹³ OMS [En línea] [13 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

¹⁴ Antología. *Teorías Y Modelos De Enfermería*, UNAM- ENEO. Marzo, 2011. Pp. 12

¹⁵ ANA [En línea] [13 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-enfermeria-profesional-tecnicas-fundamentos/enfermeria-profesional-definicion-papel-profesional>

mientras en el ámbito educativo se propugna por mayores niveles académicos. En el área hospitalaria se observan políticas de atención que privilegian la productividad y la calidad.¹⁶

Paradigmas en Enfermería

Los paradigmas en la profesión de enfermería tienen un modo de actuar, lo que conlleva que en la medida que se van logrando conocimientos propios en la práctica e investigación de enfermería, se van encaminando al desarrollo de la base teórica de la profesión.

Paradigma de la Categorización

Concibe los fenómenos como divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. Este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. El paradigma de la categorización ha inspirado dos orientaciones en la profesión enfermera, una centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica. La teorista más representativa de este paradigma es Florence Nightingale. La autora habla sobre la importancia del entorno, y cómo el mismo puede ser manipulado y controlado.

Paradigma de Integración

Surge como respuesta al agotamiento del Paradigma de la Categorización, e intenta comprender la salud de las personas desde las perspectivas física, mental y social. Se visualizan varias escuelas con afinidad hacia la integración como: Escuela de las Necesidades (Virginia Henderson y Dorothea Orem), Escuela de la Interacción (Hildegard Peplau e Imogene King), Escuela de los Efectos Deseables (Callista Roy) y la Escuela de la Promoción de la Salud. (Moyra Allen). Según esta orientación, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que: La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar. El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.

La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica. El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La

¹⁶ García Hdz, ML; Arana Gómez, B.; Cárdenas Becerril, L.; Monroy Rojas, A. *Cuidados de la Salud: Paradigmas del Personal Enfermero en México- La Reconstrucción del Camino*. E. A. N [En línea] Abri/ Junio 2009 [13 Diciembre 2016], 13 (2): URL. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200008

enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.¹⁷

Paradigma de la transformación

Reafirma que los cuidados no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, más bien están basados en un conocimiento científico, que permite la indagación en escenarios naturales de manera lógica y con mayor calidad en el cuidado y proceso salud-enfermedad con un desarrollo y avance profesional.

El paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes, ya que es un proceso recíproco y simultáneo de interacción. En este sentido la Enfermera crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona que a su vez se beneficia de la persona para el desarrollo de su propio potencial, orientado a la persona, entorno, salud y enfermedad.

Cumple cinco funciones:

1. Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones que puede utilizarse para la descripción y el análisis.
2. Reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita.
3. Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas.
4. Promueve el análisis más de la descripción de detalles completos.
5. Permite codificar el análisis cualitativo de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.¹⁸

¹⁷ Araya Cloutier J., Ortiz Salgado A. Percepción del Cuidado que se brinda a la persona como reflejo de un paradigma. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. [Internet]. 2010:31:1; 21-25. Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v31n1/art5.pdf>

¹⁸ Martínez González L., Olvera Villanueva G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Social. [Internet]. 2011; 19 (2): 105-108. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim112h.pdf>

4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA: TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM¹⁹

La búsqueda de Dorothea Orem de una mayor comprensión de la naturaleza de la enfermería empezó formalmente a finales de la década de los años 50 y se centró en 3 cuestiones:

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

El deseo de abordar estos problemas surgió sustancialmente de la experiencia de la práctica, incluyendo el trabajo como enfermera asistencial en unidades de medicina, cirugía y pediatría, y como supervisora de urgencias y quirófanos.

Orem no preconiza que su modelo sea la respuesta completa de sus preguntas o una panacea para la práctica; simplemente proporciona un marco desde el que contemplar la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

NATURALEZA DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar 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 un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

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

Las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo de aprenden, y están condicionadas por muchos factores incluyendo la edad, maduración y cultura.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Esenciales en el modelo de Orem son los llamados requisitos de autocuidado, no sólo son un componente principal del modelo, sino también constituyen una parte importante de la valoración del paciente.

¹⁹ Antología. *Teorías Y Modelos De Enfermería*. UNAM- ENEO. Marzo, 2011. Pp. 235- 250.

Requisitos de autocuidado universales.

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

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de los 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 sociedad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y el 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).

Estos requisitos de autocuidado universales abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano, sin embargo, no deberían considerarse aisladamente, ya que interactúan entre sí.

Requisitos de autocuidado del desarrollo.

Se clasifican principalmente en dos:

- Etapas específicas de desarrollo:
 1. Vida intrauterina y nacimiento.
 2. Vida neonatal, ya sea un parto a término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso.
 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.

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

- Condiciones que afectan el desarrollo humano:

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

1. Derivación educacional.
2. Problemas de adaptación social.
3. Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
4. Pérdida de posesiones o del trabajo.
5. Cambio súbito en las condiciones de vida.

6. Cambio de posición, ya sea social o económica.
7. Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
8. Enfermedad terminal o muerte esperada.
9. Peligros ambientales.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud.

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

Visión general de los requerimientos de autocuidado.

Desde una perspectiva general, los individuos capaces de hacerse cargo de su propio autocuidado pueden:

1. Apoyar los procesos vitales físicos, psicológicos y sociales esenciales.
2. Mantener la estructura y el funcionamiento humano.
3. Desarrollar plenamente su potencial humano.
4. Prevenir las lesiones o enfermedades.
5. Curar o regular la enfermedad (con la ayuda apropiada).
6. Curar o regular los efectos de la enfermedad (con la ayuda apropiada).

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

El Autocuidado es el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. Tiene como propósito que dicha acción se realice de manera efectiva y eficaz por la propia persona en favor de sí mismo, permitiendo con ello el desarrollo y funcionamiento humano.

La demanda de autocuidado terapéutica es una entidad construida objetivamente sobre información que describe a un individuo en cuanto a sus aspectos funcionales, estructurales y de desarrollo, inicia al determinar el requisito de autocuidado comprometido para prescribir la acción del mismo a través de la agencia de autocuidado terapéutico, para el caso, la persona es un profesional de la enfermería.

La Teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado sugiere que las características de las personas cuidadas, incluyendo sus propiedades específicas, son denominadas factores de

condicionamiento básico. El valor práctico de los factores de básicos condicionantes en su selección y uso enumerados se fundamentan en la premisa de que quien busca y recibe cuidados de enfermería es un individuo que al mismo tiempo es un miembro de una familia.

Los requisitos de autocuidado para la intervención de la enfermería propuestos por Orem (universal, de desarrollo y desviación de la salud) son expresiones de los tipos de autocuidado intencionados que los individuos requieren. Cada uno representa una categoría acciones deliberadas a realizar por los individuos, debido a sus necesidades funcionales y de desarrollo. Cada requisito identifica dos elementos.²⁰

- a) **Factor de control o dirección:** mantiene de alguna manera ciertos aspectos del funcionamiento y desarrollo dentro de lo compatible para la vida.
- b) **Especificación de la naturaleza de la acción a realizar:** Describe el manejo del trabajo enfermero.

TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

- **Sistema parcialmente compensatorio:** cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.
- **Sistema totalmente compensatorio:** cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. Ejemplo 1. Los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente. 2. Paciente encamado con reposo absoluto

Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.²¹

4.4 TEORÍA DE OTRAS DISCIPLINAS

No aplica.

²⁰ Prado Solar LA., González Reguera M., Paz Gómez N., Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. SCIELO. [Internet]. 2014: 36:6. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004

²¹ Araya Cloutier J., Ortiz Salgado A. Percepción del Cuidado que se brinda a la persona como reflejo de un paradigma. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. [En línea]. 2010:31:1; 21-25. Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v31n1/art5.pdf>

4.5 PROCESO DE ENFERMERÍA

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

OBJETIVOS

- Permite a la persona participar en su propio cuidado.
- Garantiza la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales.
- Ofrece atención individualizada continua y de calidad.
- Ayuda a identificar problemas únicos de la persona.

CARACTERÍSTICAS

- Interpersonal.
- Cíclico.
- Universal.
- Enfoque holístico.
- Humanístico.

ETAPAS

Consta de 5 fases:

- **Valoración** → La valoración es la obtención de datos tanto objetivos como subjetivos, es la recogida de toda la información que necesitamos del paciente. Las fuentes de información primarias son: paciente, entrevista, observación, exploración física de enfermería (auscultación, inspección, palpación, percusión). En esta etapa determinamos el Grado de dependencia/independencia que tiene el paciente de acuerdo al modelo teórico que se esté utilizando.
- **Diagnóstico** → El diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas humanas de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento. Estos diagnósticos pueden ser: Reales, Potenciales y de Salud. Otra formulación para diagnósticos es la del formato P.E.S (P=problema, E= etiología, S=signos y síntomas).
- **Planeación** → Sirve para la formulación de objetivos de independencia con base a las causas de dificultad detectadas, para la elección del modo de intervención, determinación de actividades que implique a la persona en su propio cuidado.
- **Ejecución** → Ayudar a la persona para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir en forma tranquila. Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los

principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona.

- **Evaluación** → Ayuda a determinar los criterios que indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la ejecución. Permite a la persona conseguir su independencia máxima lo más rápidamente posible. La enfermera y la persona deben establecer si el plan ha sido efectivo y si hay algún cambio en el mismo.²²

²² Salazar Hernández, I. Y. *Proceso De Atención De Enfermería P.A.E.* ENEO- UNAM [en línea] octubre 2013 [13 Diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>

V. METODOLOGÍA

5.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN²³

ESTUDIO DE CASO

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

El estudio de caso constituye un campo privilegiado para comprender en profundidad los fenómenos educativos aunque también el estudio de casos se ha utilizado desde un enfoque nomotético.

VENTAJAS

- Pueden ser una manera de profundizar en un proceso de investigación a partir de unos primeros datos analizados.
- Es propia para investigaciones a pequeña escala, en un marco limitado de tiempo, espacio y recursos.
- Es un método abierto a retomar otras condiciones personales o instituciones diferentes.
- Es de gran utilidad para el profesorado que participa en la investigación.
- Favorece el trabajo cooperativo y la incorporación de distintas ópticas profesionales a través del trabajo interdisciplinar; además, contribuye al desarrollo profesional.
- Lleva a la toma de decisiones, a implicarse, a desenmascarar prejuicios o preconcepciones, etc.

OBJETIVOS

- Exploratorio: cuyos resultados pueden ser usados como base para formular preguntas de investigación.
- Descriptivo: intenta describir lo que sucede en un caso particular.
- Explicativo: facilita la interpretación.

MODALIDADES DE ESTUDIOS DE CASO

Los estudios de casos pueden clasificarse a partir de diferentes criterios. Atendiendo al objetivo fundamental que persiguen Stake identifica tres modalidades:

- El estudio intrínseco de casos: su propósito básico es alcanzar la mayor comprensión del caso en sí mismo. Queremos aprender de él en sí mismo sin generar ninguna teoría ni generalizar los datos. El producto final es un informe básicamente descriptivo.

²³ Barrio del Castillo, I.; González Jiménez, J.; Padín Moreno, L.; Pral Sánchez, P.; Sánchez Mohedano, I.; Tarín López, E. *Métodos De Investigación Educativa: Estudios De Caso*. UAM [En línea] [13 Diciembre 2016]. Disponible en: https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Est_Casos_doc.pdf

- El estudio instrumental de casos: su propósito es analizar para obtener una mayor claridad sobre un tema o aspecto teórico (el caso concreto sería secundario). El caso es el instrumento para conseguir otros fines indagatorios.
- El estudio colectivo de casos: el interés se centra en indagar un fenómeno, población o condición general a partir del estudio intensivo de varios casos. El investigador elige varios casos de situaciones extremas de un contexto de objeto de estudio. Al maximizar sus diferencias, se hace que afloren las dimensiones del problema de forma clara. Este tipo de selección se llama múltiple: se trata de buscar casos muy diferentes en su análisis pero que al menos al principio sería relevantes.

PROCESO DE INVESTIGACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO

Stake (1998) señala que por sus características, el estudio de caso es difícil de estructurar con unos pasos delimitados pero la propuesta de Montero y León (2002) desarrolla este método en cinco fases:

1. Selección Y Definición Del Caso

Se trata de seleccionar el caso apropiado y además definirlo. Se deben identificar los ámbitos en los que es relevante el estudio, los sujetos que pueden ser fuente de información, el problema y los objetivos de investigación.

2. Elaboración De Una Lista De Preguntas

Después de identificar el problema, es fundamental realizar un conjunto de preguntas para guiar al investigador. Tras los primeros contactos con el caso, es conveniente realizar una pregunta global y desglosarla en preguntas más variadas, para orientar la recogida de datos.

3. Localización De Las Fuentes De Datos

Los datos se obtienen mirando, preguntando o examinando. En este apartado se seleccionan las estrategias para la obtención de los datos, es decir, los sujetos a examinar, las entrevistas, el estudio de documentos personales y la observación, entre otras. Todo ello desde la perspectiva del investigador y la del caso.

4. Análisis E Interpretación

Se sigue la lógica de los análisis cualitativos. Tras establecer una correlación entre los contenidos y los personajes, tareas, situaciones, etc., de nuestro análisis; cabe la posibilidad de plantearse su generalización o su exportación a otros casos.

5. Elaboración Del Informe

Se debe contar de manera cronológica, con descripciones minuciosas de los eventos y situaciones más relevantes. Además se debe explicar cómo se ha conseguido toda la

información (recogida de datos, elaboración de las preguntas, etc.). Todo ello para trasladar al lector a la situación que se cuenta y provocar su reflexión sobre el caso.

5.2 SELECCIÓN DE CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Para la selección del caso se realizó una elección a conveniencia, tomando en cuenta la patología base de la paciente.

Se aborda a la paciente el día 25 de octubre de 2016; en el área de gimnasio, donde se le plantea la oportunidad de participar en la elaboración del presente estudio de caso, recibiendo a cambio asesoría de Enfermería Especializada en Rehabilitación. Se programa una cita en la cual se le brinda la información necesaria sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure su participación; de igual manera se firmaron los consentimientos informados pertinentes para la elaboración del caso y la obtención de fotografías y/o video como evidencia de la realización del mismo.

Dentro de las fuentes de información consultadas, se encuentran:

- Entrevista con la paciente.
- Entrevista con su cuidador primario (abuela materna).
- Expediente clínico.

MAGNITUD²⁴

La prevalencia de la CMT ha sido difícil de estimar por diversos factores como son:

- La heterogeneidad de los fenotipos clínicos.
- La inexistencia de un criterio de diagnóstico molecular universal.
- La sensibilidad del método de diagnóstico empleado.

Todo esto ocasiona que la prevalencia varíe considerablemente de acuerdo con el país o región analizada. A pesar de esta variabilidad entre regiones, se ha llegado a un consenso para estimar la prevalencia en 1 en 2,500, es decir, 40 de cada 100,000 personas a nivel mundial.

En nuestro país no hay muchos estudios disponibles respecto a la prevalencia, y los que se han llevado a cabo en la población mexicana no han arrojado suficientes datos como para estimar si ésta difiere con lo reportado en la literatura en otras poblaciones.

FACTIBILIDAD

- No se observan dificultades con respecto al domicilio de la paciente, ya que se encuentra en la misma delegación que de la estudiante de posgrado.
- Con respecto a la evolución y los resultados esperados, se hace conciencia de que el tratamiento es conservador; debido a las características de la enfermedad se busca evitar y limitar principalmente la atrofia muscular, la disminución de la sensibilidad.
- La paciente se observa con buena disponibilidad, accesibilidad y entusiasmo en la participación para el estudio de caso.

²⁴ Cortés Callejas, H.; Magaña Aguirre, J.J.; Hernández Hernández, O; Ávalos Fuentes, J.A; Recillas Morales, S.; Leyva García, N. *Un Vistazo A La Enfermedad De Charcot Marie Tooth*.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE ENFERMERÍA

Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal. Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. Los cuidados de enfermería respetan y no discriminan según consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados.²⁵

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO²⁶

La observancia del código de Ética, para el personal de enfermería los compromete a:

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

²⁵ CIE. *Código Deontológico Del CIE Para La Profesión De Enfermería*. [En línea] 2012 [14 Diciembre 2016] disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf

²⁶ UNAM. *Decálogo Del Código De Ética Para Las Enfermeras Y Enfermeros De México*. [En línea] [14 Diciembre 2016]. Disponible en: http://enfermeria.iztacala.unam.mx/enf_decalogo.php

CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LAS ENFERMERAS Y LOS ENFERMEROS.²⁷

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) coordinó en conjunto con el Colegio Nacional de Enfermeras, el Colegio Nacional de Enfermeras Militares y el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, sesiones de trabajo con el objetivo de elaborar la propuesta inicial de la Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros, la cual se concluyó el 6 de abril de 2005 (Secretaría de Salud, CONAMED. Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros. Enero, 2006) La Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros tienen sustento normativo en nuestra Carta Magna y de las leyes emanadas de ella, tal es el caso de la Ley Federal del Trabajo y la Ley General de Salud, así como otros ordenamientos complementarios que sustentan la práctica profesional de la enfermería.

1. Ejercer la Enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.

Tienen derecho a que se les otorguen las facilidades para ejercer la gestión y ejecución del cuidado de enfermería en intervenciones independientes y dependientes al usuario, familia y comunidad, basado en su juicio profesional y sustentado en el Método de Enfermería, dentro de un marco ético, legal, científico y humanista.

2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.

Tienen derecho a trabajar en instalaciones seguras y apropiadas, que les permitan desarrollar sus actividades en las mejores condiciones de protección para su salud e integridad personal. Cuando las características de sus actividades impliquen riesgos para su salud, tienen derecho a que se les dote de los insumos indispensables para minimizar el riesgo laboral.

3. Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones.

Tienen derecho a recibir del establecimiento donde presten sus servicios, el material, equipo y personal requeridos para el desarrollo de su trabajo, conforme a la normativa y las necesidades del área o servicio en el cual desempeñan su actividad profesional.

4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.

En términos de la obligación de dar información en el ámbito de su responsabilidad en el cuidado de la persona, tienen derecho a no revelar la información que sobrepase su competencia profesional y laboral.

5. Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.

²⁷ Ruiz Piñeiro, R. *Carta De Los Derechos Generales De Las Enfermeras Y Los Enfermeros*. R. M. E. C. [En línea] enero- abril 2006 [14 Diciembre 2016]; 14 (1): 33- 35. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en061g.pdf>

En todos los ámbitos de su ejercicio, tienen derecho a recibir trato digno por parte del paciente y sus familiares, así como de los profesionales y personal relacionados con su práctica profesional, independientemente del nivel jerárquico.

6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.

Tienen derecho a acceder, sin discriminación alguna, a un sistema de educación, actualización, capacitación y desarrollo profesional de acuerdo a la normativa de la institución donde laboran.

7. Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidad des interprofesionales.

Tienen derecho a ser considerados para participar en actividades de gestión, investigación y docencia como parte de su desarrollo profesional.

8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.

Tienen derecho a integrarse en organizaciones, asociaciones y colegios que les representen para impulsar el desarrollo profesional, la superación de sus agremiados y para la vigilancia del ejercicio profesional, conforme a la legislación vigente. Así mismo, la elección del organismo colegiado será libre y sin presiones.

9. Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.

Tienen derecho, como cualquier profesionista, sin discriminación alguna y de acuerdo a sus capacidades, a ocupar cargos directivos y de representación para tomar decisiones estratégicas y operativas en las organizaciones de su interés profesional.

10. Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.

Tienen derecho, de acuerdo a su situación laboral o contractual, a percibir una remuneración por los servicios profesionales que presten.

CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES²⁸

1. **Recibir atención médica adecuada** por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.
2. **Recibir trato digno y respetuoso.** El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, pudor a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.
3. **Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.** El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; que la información que se brinde sea oportuna, con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.
4. **Decidir libremente sobre su atención.** El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.
5. **Otorgar o no su consentimiento válidamente informado** (ANEXOS 1, 2). El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnósticos o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico, incluyendo las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos
6. **Ser tratado con confidencialidad.** El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

²⁸ Carta De Los Derechos Generales De Los Pacientes. CONAMED. [En línea] [04 Diciembre 2016]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf

7. **Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.** El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.
8. **Recibir atención médica en caso de urgencia.** Cuando está en peligro la vida, un órgano una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.
9. **Contar con un expediente clínico.** El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.
10. **Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.** El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente, cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM- 004- SSA3- 2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO²⁹

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

Se tomaron en cuenta los distintos ámbitos y fases del proceso continuado de la atención médica, en los que el uso del expediente clínico resulta imprescindible, destacando algunos aspectos del estado de salud del paciente, cuyo registro se considera de la mayor relevancia para su correcta integración, buscando que en el proceso de atención se generen los mayores beneficios.

En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe

²⁹ Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana NOM- 004- SSA3-2012, Del Expediente Clínico*. DOF. [En línea] URL [mayo 2017]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

Un aspecto fundamental en esta norma, es el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de la salud. En ese sentido, se han considerado aquellos datos que se refieren a su identidad personal y los que proporciona en relación con su padecimiento; a todos ellos, se les considera información confidencial. Lo anterior ratifica y consolida el principio ético del secreto profesional.

De igual manera, se reconoce la intervención del personal del área de la salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se registran y se incorporan en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica. En ellas, se expresa el estado de salud del paciente, por lo que también se brinda la protección de los datos personales y se les otorga el carácter de confidencialidad.

Con la expectativa de que su contenido se convierta en una firme aportación a los esfuerzos y procesos de integración funcional y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, esta norma impulsa el uso más avanzado y sistematizado del expediente clínico convencional en el ámbito de la atención médica y orienta el desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico principalmente.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de esta norma se tomarán en cuenta invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva del personal médico a través de la cual, los profesionales y técnicos del área de la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

EDAD: 27 años.

GÉNERO: femenino.

OCUPACIÓN: psicóloga de profesión.

DOMICILIO: Azcapotzalco.

DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN: paciente adulto joven con enfermedad de Charcot Marie Tooth, sin especificación de tipo o subtipo, se observa con limitaciones físicas a la marcha y a la amplitud de arcos de movimientos. Apoyo suplementario de oxígeno a través de puntas nasales con aporte de 2Lx'. Refiere la paciente realizar sus actividades de la vida diaria de manera independiente con apoyo de su tratamiento conservador; sin embargo, a inicio de año comenzó con problemas de salud de carácter respiratorio; la paciente refiere ser hospitalizada a inicios del mes de marzo del presente año en el Hospital Juárez de México debido a una intoxicación por CO₂, posteriormente es ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios por una probable trombosis pulmonar, donde permanece con apoyo ventilatorio a través de cánula orotraqueal y seguido de apoyo ventilatorio a través de traqueostomía, una vez descartada la trombosis se enfocan a tratar el problema respiratorio, por lo que a inicios del mes de mayo es trasladada al INER, donde es progresada a apoyo ventilatorio con CPAP mostrando mejoría y progresando a apoyo respiratorio suplementario con oxígeno a 3Lx'. En el INER hacen referencia a que su problema se deriva de la misma enfermedad ya diagnosticada, por lo que a finales del mes de julio es dada de alta con el diagnóstico de Charcot Marie Tooth; pasada su estancia hospitalaria es cuando se observa limitación física y respiratoria. Reingresa a consulta de valoración en el INR, dónde es captada por la estudiante del posgrado de Enfermería en Rehabilitación en el área de gimnasio quién le plantea la oportunidad de participar en la elaboración del presente estudio de caso, recibiendo a cambio asesoría de Enfermería especialista y quién acepta por medio del consentimiento informado

PADECIMIENTO ACTUAL: Charcot Marie Tooth, con diagnóstico desde los 17 años; apoyo respiratorio con oxigenoterapia a 2Lx'.

CONDICIONES FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES: físicamente la paciente se observa con disminución de arcos de movimiento en hombros, rodillas, tobillos; marcha con apoyo de andadera; aporte de oxígeno suplementario a través de puntas nasales. Psicológicamente, la paciente se observa con buena actitud, sin embargo, a ratos se nota con el ánimo decaído. Socialmente la paciente refiere vivir con su abuela, ya que en casa de ella se observan menos barreras arquitectónicas para su traslado con la andadera, recibe la visita diaria de sus padres y su hermana, por sus condiciones físicas refiere salir y tener poca convivencia con algún grupo social o de amigos.

6.2 ANTECEDENTES GENERALES

Paciente femenino de 27 de año de edad, mexicana, soltera, con nivel máximo de estudios de licenciatura, desempleada, de religión católica.

Es la mayor de dos hijas, con padres vivos. Sin embargo, la paciente refiere vivir en casa con su abuelita materna; adulto mayor, de 72 años de edad, ama de casa, quien se encarga de cumplir el rol de cuidador primario. Refiere la paciente que su abuela materna se hace cargo de su cuidado debido a que en la casa de sus padres cuenta con diversas barreras arquitectónicas para su deambulación, por lo que a inicio de septiembre de 2015 decidió quedarse en casa de su abuela, donde las barreras arquitectónicas son menos y puede deambular de mejor manera.

Comenta la paciente recibir visitas de sus padres y su hermana a diario durante las tardes- noches cuando ellos vuelven del trabajo.

- Antecedentes heredo familiares.

Diagnóstico de diabetes mellitus en abuela materna y hermana.

Diagnóstico de hipertensión arterial en padre.

Diagnóstico de asma en madre.

Sospecha de Charcot Marie Tooth en tía materna.

- Antecedentes personales patológicos.

A los 2 años de edad presenta un ataque de asma y es tratada con salbutamol; posterior a esto a los 11 años de edad se le diagnostican diversas alergias (polvo, polen, insectos) y se le da tratamiento.

A los 12 años de edad comienza con manifestaciones de debilidad en piernas, a los 17 años se le diagnostica Charcot Marie Tooth y a modo de tratamiento se le realizan dos cirugías: liberación de tendones en tobillos bilateral, posterior a ésta se le realiza una fijación de tobillos bilateral. A los 18 años comienza a ser atendida en el INR, donde se le indica tratamiento conservador: indicación de realizar caminatas y natación por lo menos 4 veces a la semana, y suplemento de vitamina C.

- Dx médico y modalidades de tratamiento.

Síndrome de Charcot Marie Tooth, con tratamiento conservador: indicación de realizar caminatas y natación por lo menos 4 veces a la semana, y suplemento de vitamina C.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 VALORACIÓN

Se aplica la Valoración del Déficit de Autocuidado el día 12 de Noviembre del 2016.

FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BÁSICO

1.1 Factores descriptivos del individuo.

Paciente femenino de 27 de años de edad, mexicana, soltera, con nivel máximo de estudios de licenciatura, desempleada, de religión católica.

1.2 Factores que relacionan a los individuos con su familia.

Factores del sistema familiar.

Es la mayor de dos hijas, con padres vivos. Sin embargo, la paciente refiere vivir en casa con su abuelita materna; adulto mayor, de 72 años de edad, ama de casa, quien se encarga de cumplir el rol de cuidador primario.

Comenta la paciente recibir visitas de sus padres y su hermana a diario durante las tardes- noches cuando ellos vuelven del trabajo.

1.3 Factores que localizan a los individuos en su entorno.

Antecedentes heredo familiares.

Diagnóstico de diabetes mellitus en abuela materna y hermana.

Diagnóstico de hipertensión arterial en padre.

Diagnóstico de asma en madre.

Sospecha de Charcot Marie Tooth en tía.

Antecedentes personales patológicos.

A los 2 años de edad presenta un ataque de asma y es tratada con salbutamol; posterior a esto a los 11 años de edad se le diagnostican diversas alergias (polvo, polen, insectos) y se le da tratamiento.

A los 12 años de edad comienza con manifestaciones de debilidad en piernas, a los 17 años se le diagnostica Charcot Marie Tooth y a modo de tratamiento se le realizan dos cirugías: liberación de tendones en tobillos bilateral, posterior a ésta se le realiza una fijación de tobillos bilateral. A los 18 años comienza a ser atendida en el INR, donde se le indica tratamiento conservador y suplemento de vitamina C.

Dx médico y modalidades de tratamiento.

Síndrome de Charcot Marie Tooth, con tratamiento conservador y suplemento de vitamina C.

Factores ambientales.

La casa donde habita con su abuela materna es propia. Construcción de concreto con techo y piso de cemento sin ningún otro tipo de material. Cuenta con 2 habitaciones que son utilizadas como dormitorios, un espacio para sala y otro para comedor, cocina y baño independientes. Ventilación e iluminación adecuadas, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios.

Debido a que la casa se encuentra en una planta alta, las escaleras (10 escalones) sin pasamanos representan la única barrera arquitectónica para la deambulaci3n de la paciente.

I. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Oxígeno suplementario a través de puntas nasales a 1.5 Lx', manteniendo SPO2 de 97% y una FR de 18x'.

Refiere la paciente haber sido fumadora activa durante a1o y medio a los 21 a1os de edad, consumiendo un promedio de 4 cigarrillos por d1a.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Refiere consumir alrededor de litro y medio de agua simple, 1 yakult, 1 vaso de jugo y 2 tazas de th3 al d1a.

El agua simple que consume, a pesar de garraf3n, es hervida como m3todo de purificaci3n.

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.

Refiere tener una alimentaci3n balanceada consumiendo a la semana 5 porciones de cereales, 3 porciones de carne, 3 porciones de verdura y 5 de frutas.

Realiza 3 comidas al d1a con horarios aproximados para cada una: desayuno 10:00-11:00 hrs, comida 16:00 hrs, cena 21:30 hrs; demor3ndose alrededor de 30- 60 minutos para la ingesta de sus alimentos.

Refiere no presentar ning3n problema o dificultad a la hora de consumir sus alimentos.

4. Provisi3n de cuidados asociados con los procesos de eliminaci3n y los excrementos.

Refiere no presentar problemas al momento de evacuar. Realizando 1- 2 veces por d1a heces bien formadas de color caf3 y de consistencia firme. Con una escala de Bristol de 4.

Refiere no presentar problemas al momento de orinar. Realizando alrededor de 5 micciones al d1a, con orina de caracter1sticas normales.

Realiza baño cada tercer día con cambio de ropa diario, buena lubricación de la piel con cremas, lavado de manos constante, cepillado de dientes 2 veces al día, cuidado de las uñas semanal (las lima).

Periodo menstrual con ciclo de 28 días con 5 días de sangrado, con presencia de cólicos que alivia con masaje suave sobre zona pélvica.

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

Deambulación con auxiliar de la marcha: andadera.

Refiere no tener problemas para conciliar el sueño y dormir un promedio de 8 horas diarias.

Refiere no tener limitantes al momento de realizar sus actividades de la vida diaria con un índice de Barthel de 85/100 puntos, un Lawton de 5/8 puntos, un Tinetti 17/28 con un riesgo elevado de caídas.

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

La mayor convivencia e interacción que tiene es con su abuela materna, en la tarde con su hermana y durante parte de la noche y fines de semana con sus padres. Esporádicamente sale con sus primos y su hermana. Rara vez recibe la visita de algún amigo. Con una escala de Hamilton de 6/52 puntos que no reporta depresión.

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

Tiene conocimiento acerca de su enfermedad y sobre su tratamiento. Realiza registro diario de SPO₂, mantiene apoyo de oxígeno suplementario a través de puntas nasales debido a que inicios de año inicia con disnea progresiva e hipercapnia; utiliza adecuadamente la andadera, realiza su terapia física 1 vez al día y acude a sus citas médicas con puntualidad.

Escala de apego terapéutico: 89%

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

No refiere tener algún problema de autopercepción.

Refiere que recibía atención psicológica como parte de su tratamiento, sin embargo decidió dejarlo por no observar más avances con la psicóloga.

II. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO.

Paciente femenino en etapa de desarrollo: adulto joven, con síndrome de Charcot Marie Tooth lo que limita su total independencia.

III. EXPLORACIÓN FÍSICA (12 Noviembre 2016)

Paciente femenina de 27 años de edad, en estado de desarrollo adulto joven. A la exploración física se encuentra alerta, orientada en las tres esferas y reactiva. Con adecuada coloración e hidratación generalizada.

CABEZA: Normocéfalo, sin presencia de endocitosis ni exocitosis, cuero cabelludo íntegro e hidratado, cabello bien implantado, íntegro, ligeramente opaco, color castaño claro.

CARA: Simétrica, se observa con ligera palidez de tegumentos, adecuada hidratación de la piel, correctamente alineada.

OJOS: Ojos simétricos, buena implantación de pestañas, cejas bien implantadas. Escleróticas y conjuntivas normocrómicas, presencia de reflejo fotomotor, no presenta dificultad visual.

NARIZ: Adecuada al tamaño del rostro, alineada, con presencia de arco nasal, presenta adecuada permeabilidad e hidratación, presencia de puntas nasales con oxígeno suplementario.

BOCA: Labios bien delineados con adecuada hidratación y normocrómicos; mucosas con adecuada hidratación coloración; lengua con buena coloración y adecuada higiene; piezas dentales completas, con adecuada higiene.

OREJAS: bien implantadas a la altura de la línea ocular, pabellones auriculares bien definidos. Sin problemas de audición.

CUELLO: Adecuado al cuerpo, cilíndrico y sin presencia de adenomegalias. Movimientos rotatorios y de flexión sin dificultad.

TÓRAX: Normolíneo, simétrico y sin alteraciones aparentes. Se observan movimientos ventilatorios sin dificultad. Músculos respiratorios con Daniels 4/5.

Campos cardiopulmonares con buen tono y ritmo a la auscultación, con frecuencia respiratoria de 18x' y cardíaca de 68x'.

ABDOMEN: Globoso a expensas de panículo adiposo, palpable, depresible y sin presencia de dolor. Con movimientos peristálticos normales. Sin alteraciones aparentes.

EXTREMIDADES:

Miembros torácicos.- íntegros, con fuerza muscular general 4/5, con arcos de movilidad disminuidos a la flexión de hombros de 100/90°.

Miembros pélvicos.- íntegros; con fuerza muscular en cuádriceps derecho 4/5, izquierdo 4/5, isquiotibiales derecho 2/5, izquierdo 1/5. Arcos de movilidad en tobillos

limitados debido a cirugía previa para fijación de los mismos; alteraciones de la sensibilidad en dermatoma L4 (maléolo medial) por la cirugía ya mencionada.

7.1.1 ANÁLISIS DE LABORATORIO Y GABINETE

No aplica.

7.1.2 VALORACIÓN FOCALIZADA (05 Abril 2017)

La valoración focalizada, aplicando instrumento de valoración basado en la teoría de Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem, se realizó el día miércoles 05 de abril de 2017.

- En ésta nueva valoración de la paciente se encontró coloración rosácea generalizada, adecuada hidratación de la piel y las mucosas.
Músculos respiratorios con una fuerza conservada 4/5, con menor requerimiento del oxígeno suplementario (únicamente durante la terapia física y en decúbito).
Fuerza en miembros torácicos conservada 4/5 y aumento en arcos de movilidad de hombro a la flexión de 100/90° a 110/100°.
Fuerza en miembros pélvicos conservada cuádriceps 4/5 bilateral e isquiotibiales: derecho 2/5, izquierdo 1/5. Disminución de dolor en extremidades pélvicas al despertar con EVA de 4/10 a 0/10.

Mejora en nivel de independencia con las siguientes escalas:		
Tinetti	De 17/28 a 21/ 28	Quedando con riesgo moderado de caídas.
Escala de Berg	35 puntos	Marcando un moderado riesgo de caídas.
Escala de apego terapéutico	De 89% al 93%	Demostando un buen apego a su tratamiento terapéutico.

Elaborado por L.E Alejandra Mejía Gómez

Mejora en postura, equilibrio y marcha con las siguientes escalas:		
Índice de Barthel	De 85/100 a 90/ 100	Quedando en una dependencia leve.
Lawton	De 5/8 a 6/8	Quedando en dependencia ligera.
Hamilton	De 6/52 a 5/52	Conservando no depresión.

Elaborado por L.E Alejandra Mejía Gómez

(Escala De Valoración Utilizadas: Anexo 3)

7.1.3 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

NOVIEMBRE 2016

1. Alteración de la marcha: pérdida del equilibrio, riesgo de sufrir caída.

Escala Tinetti 17/28: alto riesgo de caída, inestabilidad postural.

2. Dolor en miembros pélvicos: solo al despertar.

Escala de EVA 4/10 de tipo punzante, por falta de cambio postural durante la noche.

3. Compromiso con el régimen terapéutico.

La paciente expresa compromiso con el apego terapéutico para mejorar su estado de salud. Escala de apego terapéutico 89%.

4. Depresión.

Escala de Hamilton 6 puntos: no depresión.

5. Disminución de la fuerza en músculos respiratorios.

Escala de DANIELS 4: realiza todo el movimiento contra gravedad, con ligera resistencia.

6. Riesgo de disminución de la fuerza muscular en miembros pélvicos.

Disminución de la fuerza muscular en miembros pélvicos, escala de DANIELS: cuádriceps MPD 4/5 MPI 4/5, isquiotibiales MPD 2/5 MPI 1/5.

ABRIL 2017

1. Disminución de la fuerza en músculos respiratorios.

Escala de DANIELS 4: realiza todo el movimiento contra gravedad, con ligera resistencia.

2. Riesgo de disminución de la fuerza muscular en miembros pélvicos.

Disminución de la fuerza muscular en miembros pélvicos, escala de DANIELS: cuádriceps 4/5 bilateral, isquiotibiales MPD 2/5 MPI 1/5.

3. Alteración de la marcha: pérdida del equilibrio, riesgo de sufrir caída.

Escala Tinetti 21/28: riesgo moderado de caída, escala de Berg 35 puntos: moderado riesgo de caída, inestabilidad postural.

4. Depresión

Escala de Hamilton 5 puntos: no depresión.

5. Compromiso con el régimen terapéutico.

La paciente expresa compromiso con el apego terapéutico para mejorar su estado de salud. Escala de apego terapéutico 93%.

7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Riesgo de déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire (insuficiencia respiratoria).
R/C disminución de la fuerza en músculos respiratorios, escala de DANIELS 4/5.
- Déficit en el mantenimiento de equilibrio entre la actividad y reposo (dolor agudo).
R/C falta de cambio postural durante la noche. M/P contracción muscular en isquiotibiales bilaterales con presencia de dolor con EVA 4/10 de tipo punzante, solo al momento de despertar.
- Déficit en el mantenimiento de equilibrio entre la actividad y reposo (alteración de la marcha).
R/C enfermedad neuromuscular. M/P alteración de la marcha Tinetti 17/28, inestabilidad postural. Disminución de los arcos de movimiento en hombros al momento de la flexión 100/90°.
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano (disposición para mejorar el estado de salud).
M/P la paciente expresa compromiso con el apego terapéutico.
- Riesgo de déficit en el mantenimiento de equilibrio entre la soledad y la interacción social (aislamiento).
R/C deterioro de la movilidad; poca convivencia con otras personas que no sean su familia y/o su cuidador primario, escala de Hamilton 6 puntos: no depresión, ni ansiedad.
- Riesgo de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano (caídas).
R/C uso de andadera para apoyo a la marcha, disminución de la fuerza de los músculos de miembros pélvicos: cuádriceps MPD 4/5 MPI 4/5, Isquiotibiales MPD 2/5 MPI 1/5, barreras arquitectónicas (10 escalones, sin pasamanos).

ACTUALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (Abril 2017)

- Riesgo de déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire (insuficiencia respiratoria).
R/C disminución de la fuerza en músculos respiratorios escala de DANIELS 4/5.
- Déficit en el mantenimiento de equilibrio entre la actividad y reposo (alteración de la marcha).
R/C enfermedad neuromuscular. M/P inestabilidad postural, alteración de la marcha Tinetti 21/28, escala de Berg 35 puntos. Disminución de los arcos de movimiento en hombros al momento de la flexión 110/100°.
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano (disposición para mejorar el estado de salud).
M/P la paciente expresa compromiso con el apego terapéutico. Escala de apego terapéutico 93%.
- Riesgo de déficit en el mantenimiento de equilibrio entre la soledad y la interacción social (aislamiento).
R/C aislamiento por deterioro de la movilidad; poca convivencia con otras personas que no sean su familia y/o su cuidador primario, escala de Hamilton 5 puntos: no depresión, ni ansiedad.
- Riesgo de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano (caídas).
R/C uso de andadera para apoyo a la marcha, disminución de la fuerza de los músculos de miembros pélvicos DANIELS: cuádriceps 4/5 bilateral, Isquiotibiales MPD 2/5 MPI 1/5, barreras arquitectónicas (10 escalones, sin pasamanos).

7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Riesgo de déficit en el mantenimiento de equilibrio entre la soledad y la interacción social.

R/C aislamiento por deterioro de la movilidad; poca convivencia con otras personas que no sean su familia y/o su cuidador primario, escala de Hamilton 5 puntos: no depresión.

En conjunto con las intervenciones de Enfermería, se sugiere a la paciente recibir atención psicológica continua, para obtener un cuidado holístico.

7.4 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS

7.4.1 OBJETIVO DE LA PERSONA

“Me gustaría poder regresar a dar consulta, a mis clases de violín y salir de casa sin tener que depender de lo demás. Dejar de utilizar la andadera o el bastón; también dejar de utilizar el oxígeno al menos durante el día.

Quiero poder realizar mis actividades sin que me tengan que estar cuidando.” Cit.pac.

7.4.2 OBJETIVO DE ENFERMERÍA

Establecer un plan de cuidados que ayuden a la paciente a conservar y/o mejorar su estado de salud para lograr el mayor grado de independencia posible en la realización de sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

7.4.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

RIESGO DE DÉFICIT EN EL MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE (Insuficiencia respiratoria).

R/C disminución de la fuerza en músculos respiratorios escala de DANIELS 4/5.

OBJETIVO

• **DE LA PERSONA:**

“Lograr permanecer el mayor tiempo posible sin apoyo del oxígeno.” Cit.pac.

• **DE ENFERMERÍA:**

Disminuir el tiempo que la paciente requiera apoyo suplementario con oxígeno y evitar que tenga complicaciones a causa de la disminución de la fuerza de los músculos respiratorios.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	AGENTE	SISTEMA
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de respiración diafragmática: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sentar al paciente con la finalidad de favorecer una expansión pulmonar óptima. ○ Colocar una mano sobre el tórax del paciente y la otra sobre el abdomen (justo por debajo de las costillas), para notar la elevación y el descenso del diafragma. ○ Pedir que inspire de forma lenta y profunda por la nariz desplazando el abdomen hacia afuera, a fin de conseguir una distribución óptima del aire en los alvéolos. ○ Animarle a que espire el aire a través de la boca con los labios fruncidos y contrayendo el abdomen. ○ Realizar este ejercicio durante un minuto, descansar 2 minutos. 3 repeticiones. • Labios fruncidos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Colocar al paciente en posición semifowler. ○ Comprobar la permeabilidad de las narinas antes de iniciar los ejercicios. ○ Solicitar al paciente que respire lentamente y relajado, efectuando la inspiración por la nariz y la espiración lenta por la boca, que ha de durar el doble de la inspiración. ○ Pedirle que realice una 	<p>→Esta técnica tiene como función ayudar al paciente a elevar el diafragma incrementando la expansión pulmonar y mejorando la ventilación de las bases pulmonares.³⁰</p> <p>→ Esta técnica tiene como función evitar el colapso de la vía aérea distal y su cierre prematuro, así como disminuir la disnea.³¹</p>	<p>De autocuidado.</p> <p>Enfermera-paciente.</p>	<p>Apoyo educativo.</p> <p>Parcialmente compensatorio.</p>

³⁰ Muñoz M. *Entrenamiento De Los Músculos Respiratorios*. HSN [En línea] [05 Diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.hsnstore.com/blog/entrenamiento-de-los-musculos-respiratorios/>

³¹ ÍDEM

<p>inspiración a través de la nariz con la boca cerrada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Colocar los labios como para silbar y pedir que exhale el aire con los labios fruncidos de forma relajada. ○ Repetir los ejercicios durante 2 minutos. <ul style="list-style-type: none"> • Insuflación pulmonar con inspirómetro de incentivo por flujo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Colocar al paciente sentado con la espalda recta. ○ Durante el ejercicio respiratorio tendrá que colocar el equipo en posición vertical, cerca de su cara. ○ Antes de iniciar el ejercicio el paciente debe inhalar y exhalar normalmente. ○ Colocar la boquilla entre sus labios. ○ Inhalar hasta conseguir elevar las bolas, manteniéndolas el mayor tiempo posible. ○ Retirar la boquilla para exhalar. ○ Descansar entre cada ejercicio, respirando normalmente. ○ Espirar normalmente antes de hacer una inspiración profunda. ○ Rodear la boquilla con los labios bien apretados. ○ Inspirar profundamente hasta conseguir elevar el marcador y mantenerlo elevado el máximo tiempo posible. ○ Soltar la boquilla y exhalar. ○ Repetir el proceso durante 2 minutos, 3 veces al día. • Ejercicios Respiratorios con ayuda de un globo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Inflar un globo de un solo intento a la máxima capacidad. ○ Al llegar a la máxima capacidad retirarlo de la boca e inhalar por la nariz para recuperar aliento. ○ Realizarlo 5 veces 3 series (En caso de sentir mareo suspender). 	<p>→ Ésta técnica tiene la función de procurar una inhalación máxima prolongada, consiguiendo que se expandan los alvéolos y ayudando a eliminar las secreciones de los conductos respiratorios.³²</p> <p>→ Disminuye la resistencia de la vía aérea, incrementar el intercambio gaseoso y reducir el trabajo respiratorio.³³</p>		
--	---	--	--

³² ÍBIDEM 29

³³ Silvia G, Fisioterapia Respiratoria, Rev. Fisioterapia en Neurología, España 2012

DÉFICIT EN EL MANTENIMIENTO DE EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO (Alteración de la marcha).

R/C enfermedad neuromuscular

M/P inestabilidad postural, alteración de la marcha Tinetti 21/28, escala de Berg 35 puntos. Disminución de los arcos de movimiento en hombros al momento de la flexión 110/100°


OBJETIVO

• **DE LA PERSONA:**

“Me gustaría caminar mejor sin ayuda y poder conservar los movimientos de los hombros para volver a tocar el violín” cit.pac.

• **DE ENFERMERÍA:**

Conservar un buen equilibrio de la paciente, así como aumentar y /o conservar los arcos de movilidad en hombros.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	AGENTE	SISTEMA
<ul style="list-style-type: none"> • Toma de signos vitales Y saturación parcial de oxígeno. Antes, durante y al término de todos los ejercicios. • EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> ○ Antes de iniciar con las actividades se deben realizar ejercicios de calentamiento muscular por secciones corporales. ○ Realizar éstos ejercicios durante 15 minutos, 3 series de 5 repeticiones por cada sección corporal.  <p style="text-align: center;">goo.gl/PhF4w9</p>	<p>→ La toma de signos vitales nos brindará un panorama del estado de salud del paciente y dependería de ellos si el ejercicio pueda ser ejecutado o suspendido.</p> <p>→ Sobre la contracción muscular, el calentamiento y el estiramiento de los músculos, incrementa la elasticidad y disminuye la posibilidad de tirones o desgarros musculares. Aumenta la temperatura de los músculos, se reduce la viscosidad intramuscular y, aumenta la velocidad de contracción, la relajación y su fuerza de contracción.³⁴</p>	<p>De autocuidado. Enfermera-paciente.</p>	<p>Apoyo educativo. Parcialmente compensatorio.</p>

³⁴ Felipe G.H, El Calentamiento Principios Básicos, Guía Tutorial Universidad Nacional Autónoma de Hidalgo, México 2012.

- **ARCOS DE MOVILIDAD:**
ANEXO 4

- Ejercicios en hombro para ampliar y conservar arcos de movilidad: aducción, abducción, flexión, extensión, rotación interna y externa (10 repeticiones, 2 series).



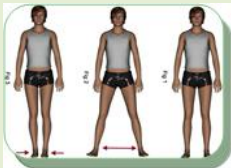
<http://www.sporttraining.es/wp-content/uploads/2012/08/Fundamentos-de-kinesiolog%C3%ADa-y-biomec%C3%A1nica-STM-4-4.jpg>

→ La amplitud de movimiento se refiere al movimiento normal de las articulaciones en ciertas direcciones. Los ejercicios de amplitud de movimiento pueden ayudar a reducir la rigidez de las articulaciones y mantenerlas flexibles.³⁵

- **EQUILIBRIO:**
ANEXO 5

Todos los ejercicios se realizarán hasta donde la movilidad del tobillo lo permita.

- Caminar hacia atrás o hacia los costados sobre una superficie lisa (10 repeticiones, 2 series).



<https://traumatologiahellin.files.wordpress.com/2011/10/abd-add-boca-arriba-lateral1.jpg?w=640>

→ Son muchas las causas que influyen para ir perdiendo el equilibrio. La principal es la disminución progresiva de los tres principales sensores que lo hacen posible: la visión, los nervios receptores de la planta del pie que envían al cerebro la información relacionada con la posición, y los pequeños vellos del oído interno que envían, también al cerebro, la información relacionada con la fuerza de gravedad y el movimiento. Por ello, es importante mantener en perfecto balance el cuerpo, ya que la pérdida del equilibrio puede ser muy incapacitante para cualquier persona y derivar en padecimientos como el vértigo.³⁶

- Intentar caminar sobre talones y punta siguiendo una línea recta (10 repeticiones, 5 y 5; 2 series).



<http://clientes.nehcompany.com/sites/clientes.nehcompany.com/files>

³⁵ S.A. *Ejercicios De Amplitud De Movimiento*. Arthritis Foundation. [En línea] [28 Diciembre 2016]. Disponible en: <http://espanol.arthritis.org/espanol/ejercicio/ejercicio-general/ejercicios-de-amplitud-de-movimiento/>

³⁶ T. Janet. *Ejercicios Para Mejorar El Equilibrio*. RID [En línea] [03 Diciembre 2016]. Disponible en: <http://enforma.salud180.com/nutricion-y-ejercicio/ejercicios-para-mejorar-tu-equilibrio>

- Colocar un pie delante del otro y caminar apoyando primero el talón del pie y posteriormente la punta del pie (10 repeticiones, 2 series).



http://www.stetia.com/images/consejos_clip_image009.gif

→ Se implementan barras paralelas con ayuda de sillas, para poder realizar los ejercicios de equilibrio.

• EJERCICIOS DE PROPIOCEPCIÓN:
ANEXO 4

- Disminuir la base de sustentación: diferentes aperturas de las extremidades que apoyan, pasar de apoyo bipodal a unipodal, apoyarnos solamente sobre una parte del pie (talón, punta, externa e interna).
- Utilizar superficies de apoyo irregulares: colchonetas de diferentes grosores.



https://i.ytimg.com/vi/LwJM59_HG3I/maxresdefault.jpg

→ La propiocepción es el sentido que informa al organismo de la posición de las partes corporales. Regula la dirección y el rango articular del movimiento y permite las reacciones y respuestas reflejas automáticas. Participa en el desarrollo del esquema corporal en relación al espacio y da soporte para la realización de las acciones motoras. También participa en el equilibrio o la coordinación.³⁷

³⁷ SA. *Propiocepción Y Trabajo De Estabilidad En Fisioterapia Y En El Deporte: Principios En El Diseño De Ejercicios*. [En línea] 22 mayo 2014 [30 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.efisioterapia.net/articulos/propiocepcion-y-trabajo-estabilidad-fisioterapia-y-deporte-principios-diseno-ejercicios>

- EJERCICIOS DE RISSER

- Extender una toalla en el piso, colocar la punta de los pies al borde de la toalla y recogerla (arrugarla) con los dedos de los pies.
- Una vez recogida la toalla, extenderla con los dedos de los pies, realizar dos repeticiones 3 veces al día.



data:image/jpeg;base64,/9j/4AAQSkZJRg

- Colocar una botella de agua en el suelo; poner la planta del pie sobre ella y moverla hacia adelante y atrás, procurando apoyar el borde de afuera del pie, y recorriendo toda la planta del pie, doblando los dedos del pie. Hacerlos 20 veces, 2 veces al día.



<https://encrypted-tbn1.gstatic.com/images>

- Colocar canicas en el suelo separadas. Recoger una canica con los dedos de los pies haciendo un 4 y soltarla. Repetir el ejercicio hasta acabar con las 10 canicas y luego realizarlo con el otro pie. Hacerlo 5 veces, 2 veces al día.

→ El objetivo general de estos ejercicios consiste en restituir el pie a su estado normal, corrigiendo las deformidades presentes. Pero también sirve para brindar propiocepción y mejorar el equilibrio de la persona.³⁸

³⁸ SA. Ejercicios Para Pie Plano (Risser). Blog [En línea] Noviembre 2013 [Mayo 2017]. Disponible en: <http://tfejercicioterapeuticos.blogspot.mx/2013/11/ejercicios-para-pie-plano-risser.html>



<http://3.bp.blogspot.com/jpg>

- Colocar lápices en el suelo separados. Recoger el lápiz doblando los dedos de los pies y lo entregue del lado contrario que lo levantó. Hacer lo mismo con el otro pie. Hacerlo 5 veces con cada pie, 2 veces al día.



<http://2.bp.blogspot.com/jpg>

• EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO:

- Al finalizar las actividades se deben realizar ejercicios de estiramiento muscular por secciones corporales.
- Realizar éstos ejercicios durante 15 minutos, 3 series de 5 repeticiones por cada sección corporal.



goo.gl/PhF4w9

→ Sobre la contracción muscular, el calentamiento y el estiramiento de los músculos, incrementa la elasticidad y disminuye la posibilidad de tirones o desgarros musculares. Aumenta la temperatura de los músculos, se reduce la viscosidad intramuscular y, aumenta la velocidad de contracción, la relajación y su fuerza de contracción.³⁹

³⁹ IDEM 33

**PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO
(Disposición para mejorar el estado de salud).**

M/P la paciente expresa compromiso con el apego terapéutico. Escala de apego terapéutico 93%.

OBJETIVO

- **DE LA PERSONA:**

“Quiero recuperar la libertad que tenía antes y para eso, seguiré mi tratamiento correctamente.” Cit.pac.

- **DE ENFERMERÍA:**

Explicar siempre de manera clara, precisa y oportuna las dudas que pudiera tener el paciente para que pueda apegarse de correctamente a su régimen terapéutico.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	AGENTE	SISTEMA
<ul style="list-style-type: none"> • Escala de apego terapéutico: 93%. • Dar a conocer y enseñanza de todos los procedimientos a realizar mediante carteles y trípticos. (Anexos 4, 5, 6, 7, 8) • Pedir que se expresen las dudas que se pudieran tener con respecto a los mismos. 	<p>→ El paciente, tienen derecho a que se le brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; que la información que se brinde sea oportuna, con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.⁴⁰</p>	<p>De autocuidado. Enfermera-paciente.</p>	<p>Apoyo educativo. Parcialmente compensatorio.</p>

⁴⁰ Carta De Los Derechos Generales De Los Pacientes. CONAMED. [En línea] [04 Diciembre 2016]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf

RIESGO DE DÉFICIT EN EL MANTENIMIENTO DE EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL (Aislamiento).

R/C aislamiento por deterioro de la movilidad; poca convivencia con otras personas que no sean su familia y/o su cuidador primario, escala de Hamilton 5 puntos: no depresión.

OBJETIVO

• **DE LA PERSONA:**

“No me gusta estar seria, ni triste. Quiero regresar a mis clases de violín.” Cit.pac.

• **DE ENFERMERÍA:**

Motivar a la paciente a trabajar en equipo con la enfermera especialista en rehabilitación para lograr un mejor avance en su recuperación y pueda, en la manera de lo posible disminuir el riesgo de depresión, de acuerdo a escala de Hamilton.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	AGENTE	SISTEMA
<ul style="list-style-type: none"> • Crear una red de apoyo con la familia y amigos, para motivar a la paciente a retomar las actividades que le gustan y recuperar la mayor independencia posible. • Explicar a la paciente la importancia de llevar un régimen terapéutico adecuado para que retome sus actividades. • Incrementar la fuerza muscular de miembros torácicos para favorecer la habilidad de que pueda seguir tocando el violín: PINZA FINA: ANEXO 6 <ul style="list-style-type: none"> ○ Abrir y cerrar pinzas de ropa, utilizando el pulgar con cada uno de los dedos de cada mano. Una serie de 5 repeticiones por cada dedo. ○ Hacer bolitas de papel, 	<p>→ Una red de apoyo social, es un patrón duradero de lazos continuos o intermitentes que desempeñan una función notable en el mantenimiento de la integridad psicológica y física del individuo en el transcurso del tiempo.⁴¹</p> <p>→ La interacción social es el fenómeno básico mediante el cual se establece la posterior influencia social que recibe todo individuo.⁴²</p> <p>→ Las manos son las más importantes herramientas de trabajo del ser humano. Los músculos de la mano tienen, a nivel del cerebro, una representación cortical relativamente mucho más importante que los otros músculos del cuerpo.⁴³</p>	<p>De autocuidado.</p> <p>Enfermera-paciente.</p>	<p>Apoyo educativo.</p> <p>Parcialmente compensatorio.</p>

⁴¹ García Pérez, R.P; Morales Femenías, Y; García Rodríguez, E; González Pardo, S.C; Matos Lores, M; López Leiva, R. Las Redes De Apoyo Social En La Vida De Las Personas Con Discapacidad. Una Introspección A La Temática. MEDICIEGO [En línea] 2013 [Diciembre 2016]; 19 (1). URL. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdc131q.pdf>

⁴² Rizo García, M. *La Interacción Y La Comunicación Desde Los Enfoques De La Psicología Social Y La Sociología Fenomenológica. Breve Exploración Teórica.* Análisis [En línea] 2006 [04 Diciembre 2016] 33:45- 62. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/pub/analisi/02112175n33/02112175n33p45.pdf>

⁴³ Quintero Valencia, J.A. *Material Didáctico Para Desarrollar La Motricidad Fina Escritural En Niños De 3 a 5 Años.* Universidad Católica de Pereira. [En línea] 2013 [28 de Diciembre 2016]. Disponible en: <http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/1686/CDMDI343.pdf?sequence=1>

utilizando el pulgar con cada dedo de la mano. 5 bolitas de papel por cada dedo de la mano.



motricidad_fina.jpg

**PINZA GRUESA:
ANEXO 6**

- Moldear esferas de plastilina utilizando la palma y todos los dedos de la mano. 3 esferas por cada mano.



<https://amarantoterapiaocupacional.file>

- Toma de signos vitales, prestando especial atención a la saturación parcial de oxígeno. Antes, durante y al término de todos los ejercicios.

→ La toma de signos vitales nos brindara un panorama del estado de salud del paciente y dependería de ellos si el ejercicio pueda ser ejecutado o suspendido.

EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO:

- Antes de iniciar con las actividades se deben realizar ejercicios de calentamiento muscular por secciones corporales.
- Realizar éstos ejercicios durante 15 minutos, 3 series de 5 repeticiones por cada sección corporal.

→ Sobre la contracción muscular, el calentamiento y el estiramiento de los músculos, incrementa la elasticidad y disminuye la posibilidad de tirones o desgarros musculares. Aumenta la temperatura de los músculos, se reduce la viscosidad intramuscular y, aumenta la velocidad de contracción, la relajación y su fuerza de contracción.⁴⁴



goo.gl/PhF4w9

PECTORALES

- En posición decúbito

→ Es importante mencionar que la parte superior de nuestro cuerpo

⁴⁴ IBIDEM 33

dorsal con una botella de agua en cada mano, se inicia movimiento con los brazos abiertos, se elevan y se aproximan a una distancia de 10-15cm, extendiendo casi completamente los codos, luego se inicia el descenso hasta la posición inicial. Realizar 10 repeticiones, 2 veces al día.



<http://www.deguate.com/infocentros/salud/ejerciciosonlinea/ed026/art01.2>

DELTOIDES

- En posición sentada, se inicia movimiento en dirección hacia arriba, ascendiendo las botellas por arriba de la cabeza, para luego iniciar el descenso a la posición inicial. Realizar 10 repeticiones, 2 veces al día.



<http://www.deguate.com/infocentros/salud/ejercici>

BÍCEPS

- En posición sedente, las manos a los costados, con el dorso de las mismas en dirección posterior y manteniendo una ligera flexión de los codos; se inicia el movimiento de flexión, hasta aproximar las manos a los deltoides. Realizar 10 repeticiones 2 veces al

posee una enorme cantidad de músculos de los que estamos formados, cuyas células desempeñan funciones vitales, unidas a los músculos de los miembros inferiores, como el movimiento, el mantenimiento de la postura y la producción de calor. Esta última función resulta imprescindible para la vida, pues está relacionada con el mantenimiento de la homeostasis corporal (equilibrio bioquímico-fisiológico interno que mantienen nuestras células), cuya alteración puede predisponernos a las enfermedades o la muerte. De ahí la importancia de ejercitar nuestros músculos con entrenamientos que permitan su fortalecimiento y eviten su atrofia, la cual, por múltiples estudios realizados, se debe más al sedentarismo, que por el inexorable paso de los años.⁴⁵

⁴⁵ Aquino Alvarado, L.A. *Fortaleza Sus Miembros Superiores "Una Rutina Práctica Y Efectiva"*. Rev. Gente saludable [En línea] [Mayo 2017] Disponible en: <http://www.deguate.com/infocentros/salud/ejerciciosonlinea/ed026/art01.htm>

día.



<http://www.degate.com/infocentros/salud/ejerciciosenlinea/ed026/art01.5.jpg>

TRÍCEPS

- En posición decúbito dorsal se colocan ambos miembros superiores “elevados” formando un ángulo de 90° con relación al tórax para mantener una ligera flexión del codo, y con el dorso de las manos en dirección externa; se inicia el movimiento hasta aproximar ambas manos a los deltoides y luego volver a la posición inicial. Realizar 10 repeticiones 2 veces al día.



<http://www.degate.com/infocentros/salud/ejerciciosenlinea/ed026/art01.6.jpg>

• EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO:

- Al finalizar las actividades se deben realizar ejercicios de estiramiento muscular por secciones corporales.
- Realizar éstos ejercicios durante 15 minutos, 3 series de 5 repeticiones por cada sección corporal.

→ Sobre la contracción muscular, el calentamiento y el estiramiento de los músculos, incrementa la elasticidad y disminuye la posibilidad de tirones o desgarros musculares. Aumenta la temperatura de los músculos, se reduce la viscosidad intramuscular y, aumenta la velocidad de contracción, la relajación y su fuerza de contracción.⁴⁶



goo.gl/PhF4w9

⁴⁶ IBIDIM 33

RIESGO DE PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO (Caídas).

R/C uso de andadera para apoyo a la marcha, disminución de la fuerza de los músculos de miembros pélvicos DANIELS: cuadríceps 4/5 bilateral, Isquiotibiales MPD 2/5 MPI 1/5, barreras arquitectónicas (10 escalones, sin pasamanos).

OBJETIVO

- **DE LA PERSONA:**
“Quiero conservar la fuerza de mis piernas y no depender de los demás para trasladarme.” Cit.pac.
- **DE ENFERMERÍA:**
 Aumentar y/o conservar la fuerza muscular en miembros pélvicos.
 Mantener la deambulaci3n con apoyo de aditamentos como la andadera y posteriormente, tratar de progresar a bastones canadienses o de ser posible a bast3n de un punto.

INTERVENCI3N	FUNDAMENTACI3N	AGENTE	SISTEMA
<ul style="list-style-type: none"> • FUERZA MUSCULAR: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ejercicios isométricos en músculos de miembros pélvicos, principalmente: isquiotibiales, cuadríceps, glúteos. Durante 15 minutos, previo calentamiento y/o relajaci3n muscular. ○ Progresar a ejercicios isot3nicos a tolerancia de la paciente. • FORTALECER EL USO CORRECTO DE LOS AUXILIARES DE LA MARCHA: ANEXO 7 <ul style="list-style-type: none"> ○ Explicar el uso de los auxiliares de la marcha y el uso adecuado de los mismos. ○ Verificar que el paciente esté utilizando de manera correcta el dispositivo de ayuda. 	<p>→ Los ejercicios de fortalecimiento incrementan los músculos, dándoles más fuerza para que el paciente pueda realizar sus cosas por sí mismo. Además del aumento en fuerza, otros beneficios que se obtienen son: mejoría en la composici3n corporal, en la resistencia, en la postura, y en la ejecuci3n motriz.⁴⁷</p> <p>→ Las ayudas para la marcha son dispositivos ortopédicos que buscan un apoyo suplementario del cuerpo al suelo mientras la persona camina. Ya sea por alguna debilidad muscular, alteraci3n del equilibrio, o sustentarse por sí sólo, se requiere una ayuda externa; la idea es aumentar la base de sustentaci3n. Se indican en los pacientes que tienen imposibilidad de realizar traslados de forma independiente o con alteraciones del tono muscular o el control voluntario. Además permiten realizar actividades de higiene.⁴⁸</p>	<p>De autocuidado.</p> <p>Enfermera-paciente.</p>	<p>Apoyo educativo.</p> <p>Parcialmente compensatorio.</p>

⁴⁷ Ibarra Angulo, C.E.; *Fortalecimiento En Los Músculos*. UAEH. [En línea] [03 Diciembre 2016]. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa4/n4/m25.html>

⁴⁸ SA. *Prescripci3n De Dispositivos Funcionales II*. Universidad Telet3n. [En línea]. [04 Diciembre 2016]. Disponible en: http://gc.initelabs.com/recursos/files/r161/w18976w/handout_s14.pdf

7.5 EJECUCIÓN

7.5.1 REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES

Se realizaron 20 visitas domiciliarias en las cuales se llevaron a cabo las siguientes intervenciones de Enfermería en Rehabilitación.

Intervención de Enfermería Especializada	FECHA						
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
1.- Explicar la finalidad de participar en el estudio de caso y firma de consentimientos informados.	01						
2.- Valoración de Enfermería con instrumento de Orem, exploración física.	12						
3.- Medición de constantes vitales.	12, 16, 30	14, 21, 28	11, 18, 25	08, 22	01, 15, 29	05, 12, 26	03, 17, 31
4.- Explicar la importancia de llevar un adecuado control terapéutico.	16					12	
4.- Implementación de plan de cuidados especializados.	16, 30	14, 21, 28	11, 18, 25	08, 22	01, 15, 29		
5.- Beneficios de la aplicación de termoterapia y masoterapia, para aliviar contracción muscular.	30						
6.- Importancia de un adecuado control y registro de frecuencia respiratoria y saturación parcial de oxígeno.		14, 28	18	22	15	05, 26	17, 31
7.- Enseñanza de y	16, 30	14, 21, 28	11, 18,	08, 22	01, 15,	12, 26	03, 17,

reforzamiento de ejercicios respiratorios.			25		29		31
8.- Ejercicios de arcos de movimiento, equilibrio y propiocepción.	16, 30	14, 21, 28	11, 18, 25	08, 22	01, 15, 29	12, 26	03, 17, 31
9.- Ejercicios para aumentar la fuerza muscular de miembros torácicos y fortalecimiento de pinza fina, pinza gruesa.	16, 30	14, 21, 28	11, 18, 25	08, 22	01, 15, 29	12, 26	03, 17, 31
10.- Ejercicios para aumentar la fuerza muscular en miembros pélvicos.	16, 30	14, 21, 28	11, 18, 25	08, 22	01, 15, 29	12, 26	03, 17, 31
11.- Enseñanza de uso adecuado de auxiliares de la marcha.	16, 30	14, 21, 28	11, 18, 25	08, 22	01, 15, 29		
12.- Valoración focalizada.						05	
13.- Implementación de nuevo plan terapéutico.						12, 26	03, 17, 31
14.- Explicar plan de alta.							31
15.- Aclarar dudas con respecto al plan de alta proporcionado.							31

7.6 EVALUACIÓN

7.6.1 EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA

RIESGO DE DÉFICIT EN EL MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE (Insuficiencia respiratoria).

R/C disminución de la fuerza en músculos respiratorios escala de DANIELS 4/5, presencia de disnea al efectuar la marcha y AVD.

OBJETIVO

- **DE LA PERSONA:**

“Lograr permanecer el mayor tiempo posible sin apoyo del oxígeno.” Cit.pac.

- **DE ENFERMERÍA:**

Disminuir el tiempo que la paciente requiera apoyo suplementario con oxígeno y evitar que tenga complicaciones a causa de la disminución de la fuerza de los músculos respiratorios.

EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	NOVIEMBRE 2016	ABRIL 2017	MAYO 2017
	06	05	31
Indicador: <ul style="list-style-type: none"> • Fuerza en músculos respiratorios. • Saturación parcial de oxígeno. 	4/5 SPO2 97%	4/5 SPO2 97%	4/5 SPO2 97%
Herramienta de medición: <ul style="list-style-type: none"> • Escala de DANIELS • Oximetría. 			

Evaluación del proceso:

Ejercitar los músculos respiratorios a través de diversos ejercicios como la respiración profunda y de resistencia, además de llevar un adecuado control de la saturación parcial de oxígeno y conocer signos de alerta, fue benéfico, para que la paciente pueda permanecer la mayor parte del día sin el oxígeno suplementario, utilizando únicamente BPAP durante las noches.

DÉFICIT EN EL MANTENIMIENTO DE EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO (alteración de la marcha).

R/C enfermedad neuromuscular

M/P inestabilidad postural, alteración de la marcha Tinetti 21/28, escala de Berg 35 puntos.

Disminución de los arcos de movimiento en hombros al momento de la flexión 110/100°

OBJETIVO

- **DE LA PERSONA:**

“Me gustaría caminar mejor sin ayuda y poder conservar los movimientos de los hombros para volver a tocar el violín” cit.pac.

- **DE ENFERMERÍA:**

Conservar un buen equilibrio de la paciente, así como aumentar y /o conservar los arcos de movilidad en hombros.

EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	NOVIEMBRE 2016	ABRIL 2017	MAYO 2017
	06	05	31
<p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marcha y equilibrio. • Postura. <p>Herramienta de medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Tinetti. • Escala de Berg. • Goniometría: amplitud de arcos de movimiento en hombro. 	<p>17/ 28</p>	<p>21/ 28</p> <p>35 puntos.</p>	<p>21/ 28</p> <p>35 puntos.</p> <p>110/100°</p>

Evaluación del proceso:

Realizar ejercicios que favorezcan un mejor equilibrio, propiocepción, marcha y ejercicios que ayuden a ampliar el arco de movimiento en hombro; ayudaron a que la paciente mejorara su postura, alineación, marcha y pudiera deambular en su casa libremente sin necesidad de algún auxiliar de la marcha.

PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO (Disposición para mejorar el estado de salud).

M/P la paciente expresa compromiso con el apego terapéutico. Escala de apego terapéutico 93%.

OBJETIVO

- **DE LA PERSONA:**

“Quiero recuperar la libertad que tenía antes y para eso, seguiré mi tratamiento correctamente.” Cit.pac.

- **DE ENFERMERÍA:**

Explicar siempre de manera clara, precisa y oportuna las dudas que pudiera tener el paciente que para que pueda apegarse de mejor manera al régimen terapéutico.

EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	NOVIEMBRE 2016	ABRIL 2017	MAYO 2017
	06	05	31
Indicador: <ul style="list-style-type: none"> • Apego al tratamiento. Herramienta de medición: <ul style="list-style-type: none"> • Escala de tratamiento terapéutico. 	89%	93%	93%

Evaluación del proceso:

Que la paciente tenga un verdadero interés y disposición a que su estado de salud se conserve y/o mejore, ayudan a que tenga una buena adherencia al tratamiento establecido y esto a su vez ayudará a obtener mejores resultados cuando se valore.

RIESGO DE DÉFICIT EN EL MANTENIMIENTO DE EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL (Aislamiento).

R/C aislamiento por deterioro de la movilidad; poca convivencia con otras personas que no sean su familia y/o su cuidador primario, escala de Hamilton 5 puntos: no depresión.

OBJETIVO

- **DE LA PERSONA:**

“No me gusta estar seria, ni triste. Quiero regresar a mis clases de violín.” Cit.pac.

- **DE ENFERMERÍA:**

Motivar a la paciente a trabajar en equipo con la enfermera especialista en rehabilitación para lograr un mejor avance en su recuperación y pueda, en la manera de lo posible.

Disminuir el riesgo de depresión, de acuerdo a escala de Hamilton.

EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	NOVIEMBRE 2016	ABRIL 2017	MAYO 2017
	06	05	31
Indicador: <ul style="list-style-type: none"> • Depresión. Herramienta de medición: <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Hamilton. 	6	5	5

Evaluación del proceso:

Fomentar que la paciente continúe con sus actividades recreativas y laborales que tenía, además de realizar ejercicios que le ayuden a realizarlas con un mayor grado de independencia; ayudó para que ella pudiera retomar su asistencia a clases de violín los fines de semana; mejorando su estado de ánimo, aumentando la convivencia con personas ajenas a su familia y disminuyendo el riesgo de padecer depresión.

RIESGO DE PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO (Caídas).

R/C uso de andadera para apoyo a la marcha, disminución de la fuerza de los músculos de miembros pélvicos DANIELS: cuádriceps 4/5 bilateral, Isquiotibiales MPD 2/5 MPI 1/5, barreras arquitectónicas (10 escalones, sin pasamanos).

OBJETIVO

- **DE LA PERSONA:**
“Quiero conservar la fuerza de mis piernas y no depender de los demás para trasladarme.” Cit.pac.
- **DE ENFERMERÍA:**
 Aumentar y/o conservar la fuerza muscular en miembros pélvicos.
 Mantener la deambulaci3n con apoyo de aditamentos como la andadera y posteriormente, tratar de progresar a bastones canadienses o de ser posible a bast3n de un punto.

EVALUACI3N DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	NOVIEMBRE 2016	ABRIL 2017	MAYO 2017
	06	05	31
Indicador: <ul style="list-style-type: none"> • Fuerza de músculos en miembros pélvicos. Herramienta de medici3n: <ul style="list-style-type: none"> • Escala de DANIELS. 	Cuádriceps: 4/5 Bilateral. Isquiotibiales: MPD 2/5 MPI 1/5	Cuádriceps: 4/5 Bilateral. Isquiotibiales: MPD 2/5 MPI 1/5	Cuádriceps: 4/5 Bilateral. Isquiotibiales: MPD 2/5 MPI 1/5

Evaluaci3n del proceso:

Aún con los ejercicios de fortalecimiento muscular para miembros pélvicos que se realizaron con la paciente no se logró un aumento de la misma debido al diagnóstico de base, sin embargo, se logró preservar la fuerza residual.

7.6.2 EVALUACIÓN DEL PROCESO

Al realizar una evaluación del proceso, se encuentra que los objetivos de Enfermería planteados al inicio del presente estudio de caso se cumplen en su totalidad, ya que se logra la mejoría y la preservación del estado de salud de R.S.S.D.R.

De igual manera los objetivos planteados por la paciente se cumplen parcialmente, ya que debido a su patología base, no es posible que su recuperación sea al 100%, logrando una mejoría del 93%, según la escala de apego terapéutico.

Realizando una comparación entre las valoraciones inicial y focalizada, se encuentra que durante el proceso y por medio de las intervenciones de Enfermería Especializadas aplicadas a la paciente se logra descartar un diagnóstico real, que se muestra en la siguiente tabla. (Tabla 1)

TABLA 1

DÉFICIT EN EL MANTENIMIENTO DE EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO (Dolor agudo).			
R/C falta de cambio postural durante la noche			
M/P contracción muscular en isquiotibiales bilaterales con presencia de dolor con EVA 4/10 de tipo punzante, solo al momento de despertar.			
OBJETIVO			
<ul style="list-style-type: none"> DE LA PERSONA: "Quiero dejar de sentir dolor cada que despierto." Cit.pac. DE ENFERMERÍA: Disminuir dolor muscular, en músculos isquiotibiales, a través de la aplicación de termoterapia y masoterapia. 			
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	AGENTE	SISTEMA
<ul style="list-style-type: none"> Toma de signos vitales; antes, durante y posteriormente a la realización de los ejercicios terapéuticos. Aplicación de termoterapia, a través de compresas húmedo-calientes en músculos isquiotibiales, durante 15 minutos cuidando la temperatura de la compresa y vigilando datos que indiquen daño a la piel (enrojecimiento, molestia que refiera el paciente). ANEXO 8 Aplicación de masaje terapéutico relajante en músculos isquiotibiales. ANEXO 8 	<p>→ El calor superficial se usa para aliviar el dolor, mejora extensibilidad de tejidos, se elige como herramienta para preparar el tejido a manipulaciones posteriores.</p> <p>→ Uno de los principales fundamentos en que se basa la aplicación de compresas húmedo calientes, es la propiedad analgésica producto de la remoción de sustancias algógenas, por el aumento de la circulación local, que podrían irritar químicamente a las terminaciones nerviosas libres y producir dolor.⁴⁹</p> <p>→ Efecto mecánico de la masoterapia: Se presenta al generar una presión sobre los tejidos, va a producir respuestas fisiológicas circulatorias, metabólicas, musculares a nivel de contracción o relajación y nerviosas.</p> <p>→ Sobre los músculos: Mejora la oxigenación e irrigación lo que conlleva a mejorar el trofismo muscular. Facilita la salida de sustancias de desecho. Elimina catabolitos.⁵⁰</p>	<p>De autocuidado</p> <p>Enfermera-paciente</p>	<p>Apoyo educativo</p> <p>Parcialmente compensatorio</p>

⁴⁹ Pavez Ulloa, F.J.; *Compresas húmedo calientes como intervención para reducir el dolor músculo- esquelético. Análisis de la evidencia.* Rev. Soc. Esp. Dolor [En línea] 2008 [03 Diciembre 2016]; 5: 335- 339. Disponible en: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36162422/Revision_compresas_humedo_calientes.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1480993813&Signature=zdprQcqa51inOCDpSa%2BBHy2fSWA%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRevision_compresas_humedo_calientes.pdf

⁵⁰ S.A. *Masaje Terapéutico: Generalidades y Efectos.* Terapia física [En línea] [28 Diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.terapia-fisica.com/masaje-terapeutico.html>

VIII. PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN

FECHA: 31 DE MAYO DE 2017

Nombre del Paciente: **R.S.S.D.R** **Edad:** 27 años **Fecha de Nacimiento:**
14 Agosto 1989


Sexo: Femenino **Escolaridad:** Licenciatura **Ocupación:** Desempleada

Talla: 1.65 m **Peso:** 62.300 Kg **IMC:** 22.8 Normal

Religión : Católica **Especialidad:** Ortopedia

Diagnóstico Médico: Enfermedad de Charcot Marie Tooth **Alergias:** Negadas

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES	AUTOCUIDADO EN EL HOGAR
<p>1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con los ejercicios respiratorio antes y durante la terapia física: respiraciones profundas, respiraciones diafragmáticas y ejercicios incentivos con el inspirómetro. • Continuar con BPAP durante las noches, siguiendo indicaciones del médico. • Respirar siempre por la nariz. • Continuar con la medición y el registro diario de la saturación parcial de oxígeno, por medio del oxímetro de pulso. • Signos y síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ○ Disnea de pequeños y medianos esfuerzos. ○ Falta de aire. ○ Opresión en el pecho. ○ Cianosis periférica: labios y puntas de los dedos, principalmente. • Evitar el contacto con el humo de tabaco. • Evitar realizar ejercicio al aire libre, especialmente en caso de contingencia ambiental.
	<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de líquidos diario al menos 2000ml diarios según

<p>2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.</p>	<p>la jarra del buen beber.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumir 7 – 8 vasos de agua simple. • Consumir 2 vasos de leche. • 3 tazas de té sin azúcar. • Evitar el consumo de refrescos y bebidas endulzadas. • Consumir agua de frutas de temporada.
<p>3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consumir un alimento de cada sección, según el plato del buen comer: <ul style="list-style-type: none"> ○ Frutas. ○ Vegetales. ○ Leguminosas. ○ Cereales. ○ Alimentos de origen animal. • Evitar alimentos chatarra (gorditas, tacos, tortas etc). • Evitar el exceso de sales y grasas en los alimentos. • Cepillarse los dientes, posterior a la ingesta de los alimentos y aplicar el uso de hilo dental.
<p>4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evacuar al menos 1 o dos veces al día (en caso de no hacerlo y sentir dolor en abdomen esto en 3 días o más acudir con médico). • Detectar si al orinar presenta: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dolor. ○ Sangrado. ○ Mal olor. ○ Tener la sensación pero no orinar. <p>En caso de presentarlos acudir al médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postura adecuada al defecar. 
<p>5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con los ejercicios que ayuden a mejorar la postura, el equilibrio y la marcha: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ejercicios para mejorar arcos de movilidad en hombros. ○ Ejercicios para mejorar el equilibrio. ○ Ejercicios de propiocepción. ○ Ejercicios de Risser. ○ Ejercicios que ayuden a mantener la fuerza muscular de los miembros pélvicos y torácicos.
	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con ejercicios que le ayuden a mantener las habilidades que necesita para poder seguir tocando el violín.

<p>6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar acudiendo a las clases de violín. • Leer algún libro de su preferencia. • Mantener cerca a sus pilares de apoyo en la familia para hablar con ellos cuando lo crea conveniente y/o necesite expresarse.
<p>7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bien estar humano.</p>	<p>PREVENCION DE CAIDA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar barreras arquitectónicas dentro del hogar. • Uso de auxiliares de la marcha. • Calzado y vestido adecuado.
<p>8. Promoción de funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con la búsqueda de la atención medica de sus padecimientos, pues contribuirá aumentar su bienestar. • Mantenga las relaciones sociales abiertas, y siga saliendo subsecuentemente para evitar pensamientos de desánimo.
<p>Comprendí y entendí correctamente toda la información otorgada.</p> <p>Nombre y firma del paciente:</p> <hr/>	<p>Enfermera responsable:</p> <hr/> <p>LE Alejandra Mejía Gómez</p>

IX. CONCLUSIONES

La elaboración de un estudio de caso, es una herramienta nueva que se puede implementar en la Enfermería para complementar e integrar conocimientos teóricos y prácticos, que sirvan como base para sustentar una práctica de cuidado basada en la evidencia.

Contar con dicha herramienta durante el proceso de Especialización de Enfermería en Rehabilitación fue gran importancia y ayuda, ya que todo cuidado que se brinda a los pacientes debe ser individualizado y acorde a las necesidades del mismo, siempre buscando que el paciente pueda realizar sus actividades de la vida diaria con la mayor independencia posible y con bases científicas que fundamenten nuestro cuidado.

En el estudio de caso aquí presentado, la Rehabilitación fue la base para lograr un mayor grado de independencia de la paciente; ya que el diagnóstico de base es Enfermedad de Charcot Marie Tooth, una enfermedad neuromuscular crónico degenerativa; y que aún con que la paciente mantenía un tratamiento conservador a base de ejercicio físico, la enfermedad debilitó músculos respiratorio que le ocasionaron consecuencias que limitaron su independencia.

El plan de cuidados que se le brindó durante el estudio de caso, dio como resultado el mantener funciones residuales como la fuerza muscular en miembros pélvicos, mejorar en amplitud de arcos de movimiento en hombros, marcha, postura, equilibrio; y una marcada mejoría en el estado de ánimo manteniéndola siempre es un puntaje de no depresión la escala de Hamilton.

X. SUGERENCIAS

- Se sugiere a la paciente no descuidar el avance y mantenimiento que se ha tenido en su estado general de salud durante el proceso terapéutico en la duración de éste estudio de caso.
- Se hace mención del servicio de atención psicológica en línea con el que cuenta la Facultad de Psicología de la UNAM, para darle una atención holística a la paciente, aunque ella se muestra renuente a consultarla.
- Al finalizar el estudio de caso se realiza un cierre con la paciente y se menciona la posibilidad de poder seguir con las terapias, a lo que ella accede.

BIBLIOGRAFÍA

- Antología. *Teorías Y Modelos De Enfermería*. UNAM- ENEO. Marzo, 2011. Pp. 12, 235-250
- Aquino Alvarado, L.A. *Fortaleza Sus Miembros Superiores “Una Rutina Práctica Y Efectiva”*. Rev. Gente saludable [En línea] [Mayo 2017] Disponible en: <http://www.deguate.com/infocentros/salud/ejerciciosonlinea/ed026/art01.htm>
- Araya Cloutier J., Ortiz Salgado A. *Percepción Del Cuidado Que Se Brinda A La Persona Como Reflejo De Un Paradigma*. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. [En línea]. 2010:31:1; 21-25. Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v31n1/art5.pdf>
- Barrio del Castillo, I.; González Jiménez, J.; Padín Moreno, L.; Pral Sánchez, P.; Sánchez Mohedano, I.; Tarín López, E. *Métodos De Investigación Educativa: Estudios De Caso*. UAM [En línea] [13 Diciembre 2016]. Disponible en: https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Est_Casos_doc.pdf
- CIE. *Código Deontológico Del Cie Para La Profesión De Enfermería*. [EnGGG línea] 2012 [14 Diciembre 2016]. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf
- CONAMED. *Carta De Los Derechos Generales De Los Pacientes*. CONAMED. [En línea] [04 Diciembre 2016]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf
- CONAMED. *El Consentimiento Válidamente Informado En La Práctica Médica. Una Visión Humanista*. CONAMED. [En línea] [04 Diciembre 2016] 9 (3). Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/rev_historico/rev31.pdf
- Cortés Callejas, H.; Magaña Aguirre, J.J; Hernández Hernández, O; Ávalos Fuentes, J.A; Recillas Morales, S.; Leyva García, N. *Un Vistazo A La Enfermedad De Charcot Marie Tooth*. Inv. En Disc. [En línea] Septiembre- Diciembre 2012 [06 Noviembre 2016]; 1 (2): 77-82. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invdiss/ir-2012/ir122e.pdf>
- Felipe G.H, *El Calentamiento Principios Básicos*, Guía Tutorial Universidad Nacional Autónoma de Hidalgo , México 2012
- García Hdz, ML; Arana Gómez, B.; Cárdenas Becerril, L.; Monroy Rojas, A. *Cuidados De La Salud: Paradigmas Del Personal Enfermero En México- La Reconstrucción Del Camino*. E. A. N [En línea] Abri/ Junio 2009 [13 Diciembre 2016], 13 (2): URL. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200008
- García Pérez, R.P; Morales Femenías, Y; García Rodríguez, E; González Pardo, S.C; Matos Lores, M; López Leiva, R. *Las Redes De Apoyo Social En La Vida De Las Personas Con Discapacidad. Una Introspección A La Temática*. MEDICIEGO [En línea] 2013 [Diciembre 2016]; 19 (1). URL. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdc131q.pdf>
- Ibarra Angulo, C.E.; *Fortalecimiento En Los Músculos*. UAEH. [En línea] [03 Diciembre 2016]. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa4/n4/m25.html>

- Lara Aguilar, R.A; Juárez Vázquez, C. I; Juárez Rendón, K.J; Gutiérrez Amavizca, B.E; Barros Núñez, P. *Enfermedad De Charcot- Marie- Tooth: Actualidad Y Perspectivas*. [En línea] 2012 [05 Noviembre 2016]; 17 (2): 110- 118. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2012/ane122f.pdf>
- Martínez González L., Olvera Villanueva G. *El Paradigma De La Transformación En El Actuar De Enfermería*. Rev Enferm Inst Mex Seguro Social. [internet]. 2011; 19 (2): 105-108. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim112h.pdf>
- Muñoz M. *Entrenamiento De Los Músculos Respiratorios*. HSN [En línea] [05 Diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.hsnstore.com/blog/entrenamiento-de-los-musculos-respiratorios/>
- Navarro G., Diana; Ramírez G., Nohemí; Hernández C., Sandra. *Intervenciones De Enfermería En Rehabilitación A Una Persona Con Prótesis De Cadera Por Tumor De Células Gigantes*. Rev. UNAM. [En línea] 2011 [fecha de acceso 5 de septiembre de 2016]; 8 (4). URL. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/33250>
- Pavez Ulloa, F.J; *Compresas Húmedo Calientes Como Intervención Para Reducir El Dolor Músculo- Esquelético. Análisis De La Evidencia*. Rev. Soc. Esp. Dolor [En línea] 2008 [03 Diciembre 2016]; 5: 335- 339. Disponible en: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36162422/Revision_compresas_humedo_calientes.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1480993813&Signature=zdprQcqa51inOCDpSa%2BBHy2fSWA%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRevision_compresas_humedo_calientes.pdf
- Prado Solar LA., González Reguera M., Paz Gómez N., Romero Borges K. *La Teoría Déficit De Autocuidado: Dorothea Orem Punto De Partida Para Calidad En La Atención*. Rev. Med. SCIELO. [Internet]. 2014: 36:6. Disponible http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
- Quintero Valencia, J.A. *Material Didáctico Para Desarrollar La Motricidad Fina Escritural En Niños De 3 A 5 Años*. Universidad Católica de Pereira. [En línea] 2013 [28 de Diciembre 2016]. Disponible en: <http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/1686/CDMDI343.pdf?sequence=1>
- Rizo García, M. *La Interacción Y La Comunicación Desde Los Enfoques De La Psicología Social Y La Sociología Fenomenológica. Breve Exploración Teórica*. Análisis [En línea] 2006 [04 Diciembre 2016] 33:45- 62. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/pub/analisi/02112175n33/02112175n33p45.pdf>
- Rosales Barrera, S.; Reyes Gómez, E. *Fundamentos De Enfermería*. 3º edición. Manual Moderno. México, 2011. Pp. VII- VIII.
- Rubio González, T.; Norbet Vázquez, L.; De paz Rosales, A. *Enfermedad De Charcot Marie Tooth En Numerosos Miembros De Una Familia*. Medisan. [En línea] 2016 [05 Noviembre 2016]; 20 (2): 215. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n2/san11202.pdf>
- Ruiz Piñeiro, R. *Carta De Los Derechos Generales De Las Enfermeras Y Los Enfermeros*. R. M. E. C. [En línea] enero- abril 2006 [14 Diciembre 2016]; 14 (1): 33- 35. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en061g.pdf>

- S.A. *Ejercicios De Amplitud De Movimiento*. Arthritis Foundation. [En línea] [28 Diciembre 2016]. Disponible en: <http://espanol.arthritis.org/espanol/ejercicio/ejercicio-general/ejercicios-de-amplitud-de-movimiento/>
- S.A. *Masaje Terapéutico: Generalidades Y Efectos*. Terapia física [En línea] [28 Diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.terapia-fisica.com/masaje-terapeutico.html>
- SA. *Ejercicios Para Pie Plano (Risser)*. Blog [En línea] Noviembre 2013 [Mayo 2017]. Disponible en: <http://tfejercicioterapeuticos.blogspot.mx/2013/11/ejercicios-para-pie-plano-risser.html>
- SA. *Prescripción De Dispositivos Funcionales li*. Universidad Teletón. [En línea]. [04 Diciembre 2016]. Disponible en: http://gc.initelabs.com/recursos/files/r161/w18976w/handout_s14.pdf
- SA. *Propiocepción Y Trabajo De Estabilidad En Fisioterapia Y En El Deporte: Principios En El Diseño De Ejercicios*. [En línea] 22 mayo 2014 [30 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.efisioterapia.net/articulos/propiocepcion-y-trabajo-estabilidad-fisioterapia-y-deporte-principios-diseno-ejercicios>
- Salazar Hernández, I. Y. *Proceso De Atención De Enfermería P.A.E.* ENEO- UNAM [en línea] octubre 2013 [13 Diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20e n%20Enfermeria.pdf>
- Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana NOM- 004- Ssa3-2012, Del Expediente Clínico*. DOF. [En línea] URL [mayo 2017]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
- Silvia G, *Fisioterapia Respiratoria*, Rev. Fisioterapia en Neurología, España 2012
- T. Janet. *Ejercicios Para Mejorar El Equilibrio*. RID [En línea] [03 Diciembre 2016]. Disponible en: <http://enforma.salud180.com/nutricion-y-ejercicio/ejercicios-para-mejorar-tu-equilibrio>
- UNAM. *Decálogo Del Código De Ética Para Las Enfermeras Y Enfermeros De México*. [En línea] [14 Diciembre 2016]. Disponible en: http://enfermeria.iztacala.unam.mx/enf_decálogo.php
- Vidal Pérez, T.; Ragolta Mógrove, K; Jhones Cabrales, H.A; Perdomo Veranes, P; Uriarte Gómez, M. *Enfermedad De Charcot Marie Tooth En Un Niño*. Medisan. [En línea] 2012 [06 Noviembre 2016]; 16 (11): 1791. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n11/san181112.pdf>

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN REHABILITACION



CONSENTIMIENTO INFORMADO

México DF a 06 de Noviembre 2016

Por medio de la presente yo Raquel St. Salazar Del Razo
Doy mi consentimiento para que la (el) Lic.
Enf. Alejandra Mejía Gómez, Estudiante del Posgrado de Enfermería
en Rehabilitación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la
Universidad Nacional Autónoma de México, realice seguimiento y participación
activa en el cuidado integral de mi padecimiento como parte de sus actividades
académicas, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las
actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación y ser libre de
retirarme de este estudio en el momento en que lo desee.

Autorizo (nombre y firma):

Raquel Stephania Salazar Del Razo

Testigo (nombre y firma):

Graciela Márquez Romo

Estudiante del Posgrado (nombre y firma):

Alejandra Mejía Gómez

ANEXO 2



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTENCIÓN DE
FOTOGRAFÍAS O VIDEO

México DF a 06 de Noviembre 2016

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

Autorizo:

Raquel Stephanie Salazar Del Razo

Testigo:

Graciela Mónica Ramos

Estudiante del Posgrado:

Alejandra Mejía Gómez

ANEXO 3

ESCALAS DE VALORACIÓN

1. BARTHEL

Es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.

1. Comer	- Independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar, untar, usar condimentos...	5
	- Totalmente dependiente	0
2. Bañarse/ducharse	- Independiente	5
	- Necesita ayuda	0
3. Aseo personal	- Independiente para lavarse las manos, la cara, los dientes, peinarse, afeitarse, manejar maquinilla eléctrica, maquillarse. No incluye capacidad de trenzarse o moldearse el pelo.	5
	- Necesita ayuda	0
4. Vestirse/desvestirse	- Independiente	10
	- Necesita ayuda, pero puede hacer al menos la mitad	5
	- Totalmente dependiente	0
5. Control esfínter anal	- Continente	10
	- Algún accidente de incontinencia (1/semana)	5
	- Incontinencia o necesita ayuda para ponerse un enema	0
6. Control vesical	- Continente (durante al menos 7 días)	10
	- Algún accidente (1 o menos/24h)	5
	- Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa por sí solo	0
7. Manejo del retrete	- Independiente	10
	- Necesita ayuda	5
	- Totalmente dependiente	0
8. Desplazamiento silla/cama	- Independiente	15
	- Necesita mínima ayuda, física o verbal	10
	- Necesita gran ayuda; se mantiene sentado	5
	- Totalmente dependiente	0
9. Desplazamientos	- Independiente	15
	- Necesita ayuda	10
	- Independiente en silla de ruedas (50m)	5
	- Incapaz de desplazarse	0
10. Subir y bajar escaleras	- Independiente	10
	- Necesita ayuda, física o verbal	5
	- Dependiente	0

<http://bit.ly/2dV8wez>

2. LAWTON- BRODY

Ésta escala permite valorar la dependencia del paciente al realizar sus actividades instrumentales de la vida diaria.

Capacidad de usar el teléfono	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono	0
Hacer compras	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, como fregar platos o hacer camas	1
Realiza tareas ligeras, pero puede mantener un adecuado grado de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
Responsabilidad respecto a su medicación	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
Administración de su economía	
Se encarga de sus asuntos por sí solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y los bancos	1
Incapaz de manejar dinero	0

https://scontent.fmex1-1.fna.fbcdn.net/v/t34.0-12/14872591_1309374035741519_138644199_n.png?oh=a265353fb7b97328234dda4ce4221490&oe=5815E8

3. BRISTOL

La escala de Bristol es una tabla visual diseñada para clasificar la forma de las heces en siete grupos.

- Los tipos 1 y 2 representan heces duras, tránsito lento (constipación).
- Los tipos 3 y 4 heces blandas, tránsito regular.
- Los tipos 5, 6 y 7 heces como puré o líquidas, tránsito muy rápido (diarrea).

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

<http://www.lavidacotidiana.es/wp-content/uploads/2014/05/escala-de-heces-de-Bristol.jpg>

4. DANIELS

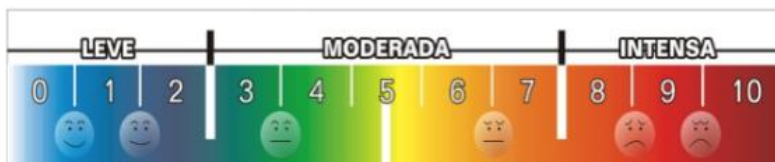
Valora la cantidad de fuerza muscular en una escala de 0 a 5.

ESCALA DE CALIFICACIÓN CON EL CORRESPONDIENTE CRITERIO QUE FACILITA LA DETERMINACIÓN DE LA NOTA DE CALIFICACIÓN	
Escala	Criterio de calificación
5	Arco completo de movimiento contra gravedad y máxima resistencia
4+	Arco completo de movimiento contra gravedad y resistencia sostenida
4	Arco completo de movimiento contra gravedad y resistencia
4-	Arco completo de movimiento contra gravedad y mediana resistencia
3+	Arco completo de movimiento contra gravedad y ligera resistencia
3	Arco completo de movimiento contra gravedad
3-	Mitad o dos tercios del arco de movimiento contra gravedad
2+	Inicia movimiento contra gravedad
2	Arco de movimiento completo sin gravedad
2-	Mitad o dos tercios del arco del movimiento sin gravedad
1+	Inicia movimiento sin gravedad
1	Contracción sostenida, no movimiento
0	No se palpa contracción (parálisis)

http://images.slideplayer.es/8/2425821/slides/slide_12.jpg

5. EVA

Es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia de dolor y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de dolor. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.



<http://bit.ly/2dV8wez>

6. ESCALA DE APEGO TERAPÉUTICO

Se toma a consideración diversos ítems para evaluar el apego terapéutico que lleva el paciente.

ÍTEM	FACTORES		
	1	2	3
1. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.	.795		
2. Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo, no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me los ordena.	.773		
3. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.	.743		
4. No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.	.677		
5. Ingiero mis medicamentos de manera puntual.	.669		
6. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago.	.649		
7. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.	.506		
8. Asisto a mis consultas de manera puntual.		.813	
9. Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo.		.717	
10. Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.		.705	
11. Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.		.703	
12. Me hago análisis en los periodos en que el médico me indica.		.552	
13. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.		.453	
14. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento.		.307	
15. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme.			.850
16. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo.			.679
17. Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.			.585
18. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.			.574
19. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvidan tomar mis medicamentos.			.565
20. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.			.530
21. Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no este concluido.			.494

7. BERG

Escala que permite la valoración del equilibrio del paciente en diversas posturas.

1. En sedestación, levantarse.

Instrucciones: «Por favor, póngase de pie. No use las manos para apoyarse.»

Graduación: Por favor, señale la categoría menor que más se ajuste.

- 0 Necesita ayuda moderada a máxima para levantarse.
- 1 Necesita ayuda mínima para levantarse o estabilizarse.
- 2 Capaz de levantarse usando las manos tras varios intentos.
- 3 Capaz de levantarse con independencia usando las manos.
- 4 Capaz de levantarse sin usar las manos y de estabilizarse sin ayuda.

2. Bipedestación sin apoyo.

Instrucciones: «Por favor, permanezca de pie 2 minutos sin cogerse a nada.»

Graduación: Por favor, señale la categoría menor que más se ajuste.

- 0 Incapaz de permanecer de pie 30 segundos sin ayuda.
- 1 Necesita varios intentos para mantenerse 30 segundos sin apoyarse.
- 2 Capaz de mantenerse 30 segundos sin apoyarse.
- 3 Capaz de mantenerse de pie 2 minutos con supervisión.
- 4 Capaz de mantenerse de pie con seguridad durante 2 minutos.

Si la persona puede estar de pie 2 minutos con seguridad, anota todos los puntos por sentarse sin apoyo (ítem 3). Pase al ítem 4.

3. Sentarse sin apoyar la espalda con los pies en el suelo o en un escabel.

Instrucciones: «Siéntese con los brazos cruzados sobre el pecho durante 2 minutos.»

Graduación: Por favor, señale la categoría menor que más se ajuste.

- 0 Incapaz de sentarse sin apoyo durante 10 segundos.
- 1 Capaz de sentarse 10 segundos.
- 2 Capaz de sentarse 30 segundos.
- 3 Capaz de sentarse 2 minutos con supervisión.
- 4 Capaz de sentarse con seguridad durante 2 minutos.

4. En bipedestación, sentarse.

Instrucciones: «Por favor, siéntese.»

Graduación: Por favor, señale la categoría menor que más se ajuste.

- 0 Necesita ayuda para sentarse.
- 1 Se sienta sin ayuda pero el descenso es incontrolado.
- 2 Usa el dorso de las piernas contra la silla para controlar el descenso.
- 3 Controla el descenso usando las manos.
- 4 Se sienta con seguridad y un uso mínimo de las manos.

5. Transferencias.

Instrucciones: «Por favor, pase de una a otra silla y vuelta a la primera.» (La persona pasa a una silla con brazos y luego a otra sin ellos.) Las sillas se disponen para pivotar en la transferencia.

Graduación: Por favor, señale la categoría menor que más se ajuste.

- 0 Necesita dos personas para ayudar o supervisar.
- 1 Necesita una persona para ayudar.
- 2 Capaz de practicar la transferencia con claves verbales y/o supervisión.
- 3 Capaz de practicar la transferencia con seguridad usando las manos.
- 4 Capaz de practicar la transferencia con seguridad usando mínimamente las manos.

6. *Bipedestación sin apoyo y con los ojos cerrados.

Instrucciones: «Cierre los ojos y permanezca de pie parado durante 10 segundos.»

Graduación: Por favor, señale la categoría menor que más se ajuste.

- 0 Necesita ayuda para no caerse.
- 1 Incapaz de cerrar los ojos 3 segundos pero se mantiene estable.
- 2 Capaz de permanecer de pie 3 segundos.
- 3 Capaz de permanecer de pie 10 segundos con supervisión.
- 4 Capaz de permanecer de pie 10 segundos con seguridad.

7. *Bipedestación sin apoyo con los pies juntos.

Instrucciones: «Junte los pies y permanezca de pie sin apoyarse en nada.»

Graduación: Por favor, señale la categoría menor que más se ajuste.

- 0 Necesita ayuda para mantener el equilibrio y no aguanta 15 segundos.
- 1 Necesita ayuda para mantener el equilibrio, pero aguanta 15 segundos con los pies juntos.
- 2 Capaz de juntar los pies sin ayuda, pero incapaz de aguantar 30 segundos.
- 3 Capaz de juntar los pies sin ayuda y permanecer de pie 1 minuto con supervisión.

4 Capaz de juntar los pies sin ayuda y permanecer de pie 1 minuto con seguridad. Los ítems siguientes deben practicarse de pie sin apoyo alguno.

8. *Estirarse hacia delante con el brazo extendido.

Instrucciones: «Levante el brazo hasta 90°. Extienda los dedos y esfírese hacia delante todo lo posible». (El examinador sitúa una regla al final de las yemas de los dedos cuando el brazo adopta un ángulo de 90°. Los dedos no deben tocar la regla mientras el practicante se estira. La medida registrada es la distancia que alcanzan los dedos en sentido anterior mientras la persona se inclina hacia delante.)

Graduación: Por favor, señale la categoría menor que más se ajuste.

- 0 Necesita ayuda para no caerse.
- 1 Se estira hacia delante pero necesita supervisión.
- 2 Puede estirarse hacia delante más de 5 cm con seguridad.
- 3 Puede estirarse hacia delante más de 12,7 cm con seguridad.
- 4 Puede estirarse hacia delante con confianza más de 25 cm.

9. *Coger un objeto del suelo en bipedestación.

Instrucciones: «Por favor, recoja el zapato/zapatilla situada delante de sus pies».

Graduación: Por favor, señale la categoría menor que más se ajuste.

- 0 Incapaz de intentarlo/necesita ayuda para no perder el equilibrio o caerse.
- 1 Incapaz de recoger la zapatilla y necesita supervisión mientras lo intenta.
- 2 Incapaz de recoger la zapatilla, pero se acerca a 2,5-5 cm y mantiene el equilibrio sin ayuda.
- 3 Capaz de recoger la zapatilla pero con supervisión.
- 4 Capaz de recoger la zapatilla con seguridad y facilidad.

10. *En bipedestación, girar la cabeza hacia atrás sobre los hombros derecho e izquierdo.

Instrucciones: «Cire el tronco para mirar directamente sobre el hombro izquierdo. Ahora pruebe a mirar por encima del hombro derecho».

Graduación: Por favor, señale la categoría menor que más se ajuste.

- 0 Necesita ayuda para no caerse.
- 1 Necesita supervisión en los giros.
- 2 Gira sólo de lado, pero mantiene el equilibrio.
- 3 Mira sólo hacia atrás por un lado; el otro lado muestra un desplazamiento menor del peso.
- 4 Mira hacia atrás por ambos lados y practica un buen desplazamiento del peso.

11. *Giro de 360°.

Instrucciones: «Dé una vuelta completa en círculo. Haga una pausa, y luego trace el círculo de vuelta en la otra dirección».

Graduación: Por favor, señale la categoría menor que más se ajuste.

- 0 Necesita ayuda mientras gira.
- 1 Necesita estrecha supervisión u órdenes verbales.
- 2 Capaz de girar 360° con seguridad pero con lentitud.
- 3 Capaz de girar 360° con seguridad sólo por un lado en menos de 4 segundos.
- 4 Capaz de girar 360° con seguridad en menos de 4 segundos por ambos lados.

12. *Subir alternativamente un pie sobre un escalón o escabel en bipedestación sin apoyo.

Instrucciones: «Coloque primero un pie y luego el otro sobre un escalón (escabel). Continúe hasta haber subido ambos pies cuatro veces». (Recomendamos el uso de un escalón de 15 cm.)

Graduación: Por favor, señale la categoría menor que más se ajuste.

- 0 Necesita ayuda para no caer/incapaz de intentarlo.
- 1 Capaz de completar menos de dos pasos; necesita ayuda mínima.
- 2 Capaz de completar cuatro pasos sin ayuda pero con supervisión.
- 3 Capaz de estar de pie sin ayuda y completar los ocho pasos en más de 20 segundos.
- 4 Capaz de estar de pie sin ayuda y con seguridad, y completar los ocho pasos en menos de 20 segundos.

13. *Bipedestación sin apoyo con un pie adelantado.

Instrucciones: «Ponga un pie justo delante del otro. Si le parece que no puede ponerlo justo delante, trate de avanzar lo suficiente el pie para que el talón quede por delante de los dedos del pie atrasado». (Haga una demostración.)

Graduación: Por favor, señale la categoría menor que más se ajuste.

- 0 Pierde el equilibrio mientras da el paso o está de pie.
- 1 Necesita ayuda para dar el paso, pero aguanta 15 segundos.
- 2 Capaz de dar un pasito sin ayuda y aguantar 30 segundos.
- 3 Capaz de poner un pie delante del otro sin ayuda y aguantar 30 segundos.
- 4 Capaz de colocar los pies en tándem sin ayuda y aguantar 30 segundos.

14. *Monopedestación.

Instrucciones: «Permanezca de pie sobre una sola pierna todo lo que pueda sin apoyarse en nada».

Graduación: Por favor, señale la categoría menor que más se ajuste.

- 0 Incapaz de intentarlo o necesita ayuda para no caerse.
- 1 Intenta levantar la pierna; es incapaz de aguantar 3 segundos, pero se mantiene de pie sin ayuda.
- 2 Capaz de levantar la pierna sin ayuda y aguantar 3 segundos.
- 3 Capaz de levantar la pierna sin ayuda y aguantar 5 a 10 segundos.
- 4 Capaz de levantar la pierna sin ayuda y aguantar más de 10 segundos.

<http://www.aulakinesica.com.ar/clinicaquirurgica/files/Escala%20de%20equilibrio%20de%20Berg.pdf>

8. TINETTI

La escala de Tinetti para la marcha y el equilibrio se utiliza para determinar precozmente el riesgo de caída.

ESCALA DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO		
Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos		
Equilibrio sentado	Se recuesta o resbala de la silla	0
	Estable y seguro	1
Se levanta	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero usa los brazos	1
	Capaz de un solo intento	2
Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero requiere más de un intento	1
	Capaz de un solo intento	2
Equilibrio inmediato de pie (15 seg)	Inestable (vacila, se balancea)	0
	Estable con bastón o se agarra	1
	Estable sin apoyo	2
Equilibrio de pie	Inestable	0
	Estable con bastón o abre los pies	1
	Estable sin apoyo y talones cerrados	2
Tocado (de pie, se le empuja levemente por el esternón 3 veces)	Comienza a caer	0
	Vacila se agarra	1
	Estable	2
Ojos cerrados (de pie)	Inestable	0
	Estable	1
Giro de 360°	Pasos discontinuos	0
	Pasos continuos	1
	Inestable	0
	Estable	1
Sentándose	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla	0
	Usa las manos	1
	Seguro	2

ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA		
Con el paciente caminando a su paso usual y con la ayuda habitual (bastón o andador)		
Inicio de la marcha	Cualquier vacilación o varios intentos por empezar	0
	Sin vacilación	1
Longitud y altura del paso	Balanceo del pie derecho	
	No sobrepasa el pie izquierdo	0
	Sobrepasa el pie izquierdo	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1
	Balanceo del pie izquierdo	
	No sobrepasa el pie derecho	0
	Sobrepasa el pie derecho	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1
Simetría del paso	Longitud del paso derecho desigual al izquierdo	0
	Pasos derechos e izquierdos iguales	1
Continuidad de los pasos	Discontinuidad de los pasos	0
	Continuidad de los pasos	1
	Desviación marcada	0
	Desviación moderada o usa ayuda	1
	En línea recta sin ayuda	2
tronco	Marcado balanceo o usa ayuda	0
	Sin balanceo pero flexiona rodillas o la espalda o abre los brazos	1
	Sin balanceo, sin flexión, sin ayuda	2

posición al caminar	Talones separados	0
	Talones casi se tocan al caminar	1

9. HAMILTON

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión.

<p>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente - Estas sensaciones las relata espontáneamente - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones - Siente que la enfermedad actual es un castigo - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse - Ideas de suicidio o amenazas - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Insomnio precoz</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tiene dificultad - Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño - Dificultad para dormir cada noche 	<p>0 1 2</p>
<p>Insomnio intermedio</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) 	<p>0 1 2</p>
<p>Insomnio tardío</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 	<p>0 1 2</p>
<p>Trabajo y actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales - Ligero retraso en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Agitación psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 	<p>0 1 2 3 4</p>

Ansiedad psíquica	
- No hay dificultad	0
- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
- Ausente	0
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
- Ninguno	0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2
	3
	4
Síntomas somáticos generales	
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	1
	2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de si mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspección (insight)	
- Se da cuenta que esta deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
- No se da cuenta que está enfermo	2
	3

<http://meiga.info/Escalas/Depresion-Escala-Hamilton.pdf>

ANEXO 7



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA



"DISPOSITIVOS DE AYUDA PARA LA MARCHA"

DEFINICIÓN

Son dispositivos ortopédicos que buscan apoyo suplementario del cuerpo al suelo, mientras la persona camina.

La idea es aumentar la base de sustentación.



BASTÓN CANADIENSE

- Son muletas que utilizan una abrazadera que engloba el antebrazo y una manigueta o empuñadura para asir con la mano.
- Uso correcto:
 - ◊ Abrazadera antebrazo 5cm por debajo del codo.
 - ◊ Flexión del codo a 30°.
 - ◊ Empuñadura 5cm por debajo del trocánter mayor.
 - ◊ Caña metálica y regulable en altura.

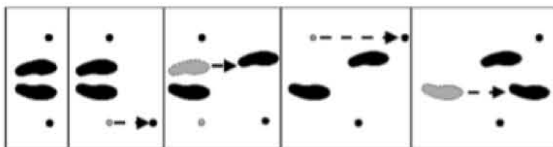
BASTÓN

- Es una vara hecha de diversos materiales, que se lleva en la mano para apoyarse en él y mantener el equilibrio.
- Uso correcto:
 - ◊ Empuñadura 5cm por debajo del trocánter mayor.
 - ◊ Flexión del codo a 30°



MARCHA EN 2 PUNTOS

- Adelantar conjuntamente un bastón con la pierna contraria, hacer lo mismo con el otro bastón y la pierna opuesta.



MARCHA EN 4 PUNTOS

1. Adelantar el primer bastón.
2. Adelantar la pierna contraria al primer bastón.
3. Adelantar el segundo bastón.
4. Adelantar la segunda pierna.

ELABORÓ ESTUDIANTE DE ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN:

- Mejía Gómez Alejandra



ANEXO 8



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA



"MANEJO DE DOLOR"

DEFINICIÓN DE DOLOR

"Es una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial"

IAPS



<https://www.123rf.com/stock-photo/2014/08/123rf-compress-thermoterapia%3AASVUKA.jpg>



<http://www.123rf.com/stock-photo/2014/08/123rf-compress-thermoterapia%3AASVUKA.jpg>



<http://www.123rf.com/stock-photo/2014/08/123rf-compress-thermoterapia%3AASVUKA.jpg>

USO DE COMPRESAS HÚMEDO CALIENTES

• BENEFICIOS:

El calor superficial se usa para aliviar el dolor, mejora extensibilidad de tejidos, se elige como herramienta para preparar el tejido a manipulaciones posteriores.

• CUIDADOS:

Cuidar la temperatura de la compresa y vigilar datos que indiquen daño a la piel (enrojecimiento, molestia que refiera el paciente).

MASAJE TERAPÉUTICO RELAJANTE

• EFECTO MECÁNICO:

Se presenta al generar una presión sobre los tejidos, Y produce respuestas fisiológicas: circulatorias, metabólicas, musculares a nivel de contracción o relajación y nerviosas.

• EFECTO SOBRE LOS MÚSCULOS

Mejora la oxigenación e irrigación lo que conlleva a mejorar el trofismo muscular.



<https://img.youtube.com/vi/H3kerf9xv8M/hqdefault.jpg>

ELABORÓ ESTUDIANTE DE ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN:

- Mejía Gómez Alejandra

