



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERIA EN REHABILITACIÓN**

**ESTUDIO DE CASO:
A PERSONA CON SECUELAS DE TRAUMATISMO
INTRACRANEAL
EMPLEANDO LA TEORIA DE OREM.**

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

**PRESENTA:
L.E. LIDIA YOANA TREJO CONTRERAS**

**Con la asesoría de:
EER. AARON ORTIZ HERNÁNDEZ**

CIUDAD DE MÉXICO 2018





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
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN



ESTUDIO DE CASO:
A PERSONA CON SECUELAS DE TRAUMATISMO
INTRACRANEAL
EMPLEANDO LA TEORIA DE OREM.



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

RECONOCIMIENTOS.

Quiero agradecer a mi familia por todo el apoyo que me han brindado por acompañarme en esta travesía, por estar en los momentos más difíciles de mi vida, por guiarme y enseñarme a ser mejor persona cada día.

A mi coordinadora Nohemí por creer en mí y darme esta oportunidad para crecer profesionalmente.

A mi tutor el Licenciado Aarón por tener la paciencia y dedicación para transmitirme sus conocimientos.

A mi compañero de vida por brindarme su tiempo, comprensión y paciencia en todos los momentos que lo necesite.

A dios por permitirme vivir tantos momentos y dichas con las personas que he conocido en este posgrado: mis compañeros y maestros.

Gracias por creer en mí!!



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

INDICE

RECONOCIMIENTOS.....	3
I. INTRODUCCION	6
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.....	7
III. FUNDAMENTACIÓN.....	8
3.1 ANTECEDENTES.....	15
IV. MARCO CONCEPTUAL	18
4.1 CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERIA.....	20
4.2 PARADIGMAS	20
4.3 TEORIA DE ENFERMERIA	22
4.4 PROCESO DE ENFERMERIA.....	27
V. METODOLOGIA.....	28
5.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACION, ESTUDIO DE CASO, SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN.....	28
5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACION	28
5.3 CONSIDERACIONES ETICAS.	30
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO	40
6.1 DESCRIPCION DEL CASO.	40
6.2 ANTECEDENTES GENERALES	40
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.	42
7.1 VALORACIÓN.....	42
7.1. 2 VALORACIÓN FOCALIZADA.	46
7.1.3 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS	51
7.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	53
7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES	53
7.4 PLANEACION DE CUIDADOS	53
7.4.1 OBJETIVO DE LA PERSONA.....	53



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

7.4.2 OBJETIVO DE ENFERMERIA	53
7.4.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	53
7.5 EJECUCIÓN	82
7.1.5 REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES.....	82
7.6 EVALUACIÓN.....	83
7.6.1 EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	83
7.6.2 EVALUACIÓN DEL PROCESO	95
VIII. PLAN DE ALTA	96
IX CONCLUSIONES	101
X SUGERENCIAS	102
BIBLIOGRAFIA	95
ANEXOS	100



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

El estudio de caso es un método de investigación de gran relevancia que implica el proceso de integración de la teoría y la práctica donde se analiza en profundidad la situación de la vida real de una persona, grupos, familia u organización relacionado con el cuidado especializado para que se pueda llegar a una toma de decisiones en relación a las intervenciones de enfermería.

El presente trabajo es la realización del estudio de caso, basado en la teoría de Dorothea Orem y utilizando el proceso de atención de enfermería.

Para poder llevarlo a cabo se seleccionó a una persona masculino de 24 años de edad que acude al tratamiento de en el Instituto Nacional de Rehabilitación con diagnóstico de secuelas de traumatismo intracraneal para lo cual se hizo la recopilación de datos de diferentes secuelas de traumatismo intracraneal.

La lesión cerebral de origen traumático se define como el resultado de la aplicación de fuerzas extra craneanas como la aceleración-desaceleración (trauma mecánico) que altera las funciones cerebrales y produce alteraciones mentales de forma transitoria o permanente. El daño cerebral puede ser causado por lesión directa del encéfalo en el sitio del impacto, es decir, lesión que produce el elemento causal en el momento mismo del trauma (lesión primaria).

Como consecuencia de estas lesiones iniciales pueden desarrollarse lesiones secundarias: edema cerebral, hematomas intracraneales, etc. Este daño secundario es aquel que se desencadena como mecanismo fisiopatológico de la alteración metabólica, hemodinámica y electrolítica que va a aumentar la lesión neurológica luego del trauma.

El objetivo de enfermería en rehabilitación en personas con secuelas de traumatismo craneoencefálico es maximizar el proceso natural y prevenir el deterioro secundario de recuperación, facilitar o incrementar las funciones ganadas mediante procesos específicos de rehabilitación ,proveer o enseñar técnicas compensatorias para aquellas áreas cuya recuperación sea insuficiente, proveer los equipos, aditamentos y ayudas funcionales necesarias, proveer las modificaciones ambientales adaptativas necesarias ,educar y asistir a la familia a lo largo de todo el proceso de rehabilitación.



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

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.

Objetivo general:

- ❖ Desarrollar un estudio de caso basado en la teoría de Dorothea Orem a persona masculina de 24 años de edad con secuelas de traumatismo craneoencefálico, utilizando el proceso de atención en enfermería.

Objetivos específicos:

- ❖ Aplicar los conocimientos adquiridos tanto teóricos como prácticos de la especialidad de enfermería en rehabilitación, necesarios para el mejoramiento de la persona.
- ❖ Realizar una valoración especializada en rehabilitación por requisitos universales.
- ❖ Elaborar un plan de trabajo de intervenciones especializadas que debe de llevar a cabo la persona en su domicilio para evitar los reingresos hospitalarios.
- ❖ Fomentar el autocuidado tanto en la persona como en la familia.
- ❖ Desarrollar nuevas habilidades en la persona para que logre ser independiente y así mejorar su calidad de vida.
- ❖ Hacer participe tanto a persona como a familia para evitar complicaciones y mayores secuelas.
- ❖ Realizar una evaluación de las intervenciones realizadas en la persona.



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

III. FUNDAMENTACION.

TRAUMATISMO CRANEONCEFALICO POR ARMA DE FUEGO:

La National Head Fundation Injury define el daño cerebral traumático como:
Un daño al cerebro, de naturaleza no degenerativa, causado por una fuerza externa, que puede producir una disminución o alteración del estado de conciencia, dando como resultado un deterioro del funcionamiento de las capacidades cognitivas y físicas.¹

La lesión cerebral de origen traumático se define como el resultado de la aplicación de fuerzas extra craneanas como la aceleración-desaceleración (trauma mecánico) que altera las funciones cerebrales y produce alteraciones mentales de forma transitoria o permanente.²

FISIOPATOLOGIA:

Desde el punto de vista fisiopatológico, el daño cerebral puede ser causado por lesión directa del encéfalo en el sitio del impacto, es decir, lesión que produce el elemento causal en el momento mismo del trauma (lesión primaria).

Como consecuencia de estas lesiones iniciales pueden desarrollarse lesiones secundarias: edema cerebral, hematomas intracraneales, etc. Este daño secundario es aquel que se desencadena como mecanismo fisiopatológico de la alteración metabólica, hemodinámica y electrolítica que va a aumentar la lesión neurológica luego del trauma.

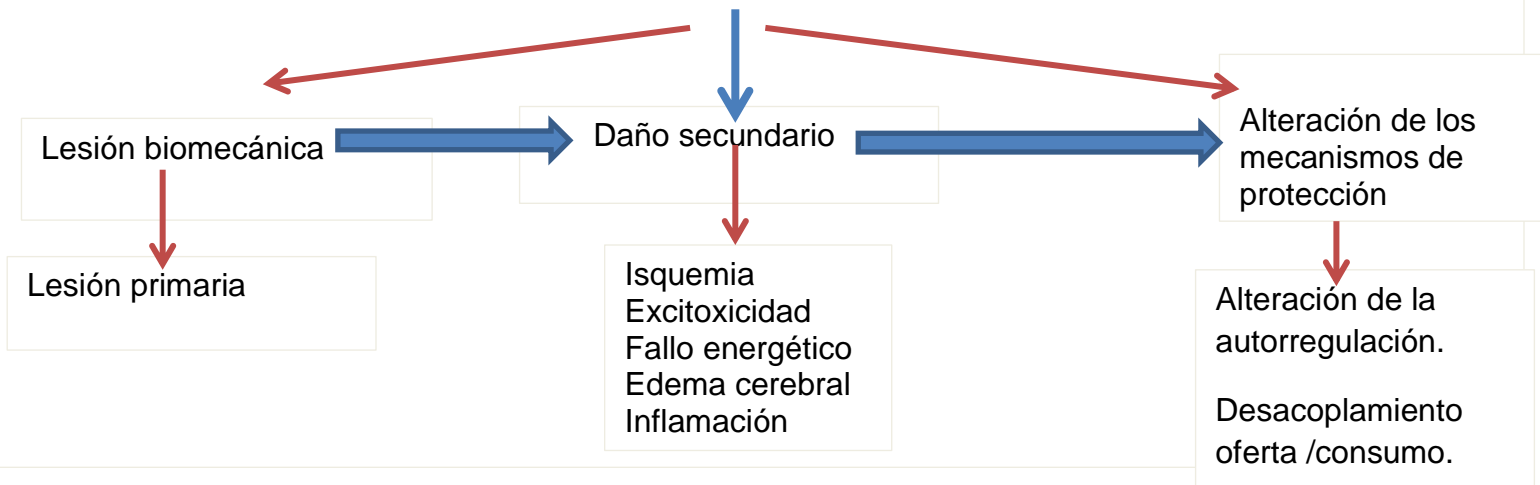
La lesión terciaria engloba una serie de procesos neuroquímicos y fisiopatológicos complejos, con posibilidad de retroalimentación positiva entre sí, que se inician inmediatamente tras el TCE y continúan generándose en las horas siguientes e incluso en los primeros días.

¹ Instituto mexicano del seguro social .Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con traumatismo craneoencefálico 2013[internet] [acceso el día 12 de diciembre del 2017] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/604GER.pdf>

² Reiset, C., et. al. (2015). What's New in Traumatic Brain Injury: Update on Tracking, Monitoring and Treatment. International Journal of Molecular Sciences, 16, 11903-11965.



TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (DAÑO PROGRESIVO)



Alted López Emilio, et al. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave.

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS:

Impacto y aceleración: Masa u objeto romo en movimiento que golpea y acelera la cabeza. Ejemplo: individuo que es golpeado con un objeto contundente.

Desaceleración: cabeza en movimiento detenida bruscamente. Ejemplo: caída al pavimento.

Compresión craneal: Impacto de masa roma contra cabeza fija. Ejemplo: caída de un automóvil sobre el mecánico.

Penetración o perforación craneal: Objeto agudo en movimiento rápido que hace contacto contra la cabeza o viceversa. Ejemplo: herida por proyectil de arma de fuego.

Mixto: Combinación de mecanismos anteriores.³

³ Emilio Alted López, Bermejo Aznárez Susana, Chico Fernández Mario. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave[INTERNET] [acceso el día 12 de diciembre del 2017] Disponible en: <https://www.elsevier.es/corp/>



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

CLASIFICACIÓN

Según la gravedad, definida en función de la puntuación de la escala de coma de Glasgow (EG) se clasifican en:

1. **TCE leve** (EG: 14-15 puntos) (80% de los casos).
2. **TCE moderado** (EG: 9-13 puntos) (10% de los casos).
3. **TCE grave** (EG: ≤8 puntos) (10% de los casos).

ESCALA DE COMO DE GLASGOW		
Parámetros	Respuesta observada	Puntuación
Abertura ocular	Espontánea	4
	Al estímulo verbal	3
	Al estímulo doloroso	2
	Ninguna	1
Respuesta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palabras inadecuadas	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Ninguna	1
Respuesta motora	Obedece órdenes	6
	Localiza el dolor	5
	Movimiento de retirada	4
	Flexión hipertónica (decorticación)	3
	Extensión hipertónica (descerebración)	2
	Ninguna	1
Trauma leve	Trauma moderado	Trauma grave
13 - 15	9 - 12	3 - 8

Escala de coma de Glasgow .Disponible en: <https://goo.gl/w4rpGp> Consultado 2018/03/02



Según el tiempo de aparición de las manifestaciones clínicas:

Subagudo

La clínica aparece entre los 4 y 21 días después del TCE. El paciente está somnoliento y desorientado durante varios días antes de la aparición de los signos neurológicos ya referidos.

Crónico

Se manifiesta clínicamente en un período de tiempo superior a los 21 días después del TCE. El paciente refiere cefalea, vómitos, torpeza mental, irritabilidad O estupor y pérdida de memoria, y puede existir hemiparesia, disfasia e incontinencia urinaria o rectal.

Manifestaciones clínicas alteradas por el traumatismo craneoencefálico

Esfera física

Sensibilidad

Sensorial

Motor

Comunicación

Deglución

Control esfinterial

Altet López et al. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave.



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

REHABILITACIÓN:

Las principales secuelas que se presentan tras un traumatismo craneoencefálico son alteraciones:

- En el estado de Conciencia
- Motoras
- Sensoriales
- En la Comunicación
- En la Deglución
- Neuropsiquiátricas y neuropsicológicas
- Del sueño y fatiga
- En la micción y la evacuación
- Alteraciones de la función sexual

TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN DE LAS SECUELAS DE TRUAMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Fase aguda

La rehabilitación del TCE en reanimación se inscribe en un tratamiento pluriprofesional, que comienza desde la fase pre hospitalario.

Primera etapa: paciente sedado

Los pacientes con TCE están especialmente expuestos a complicaciones respiratorias (trastornos de la deglución, inhalación, traumatismo torácico). Los principales son la alteración del intercambio gaseoso, la aparición de atelectasias y las neuropatías adquiridas durante la ventilación mecánica.

La kinesiología que incluye: (Drenaje postural, palmo percusiones, hidratación, etc.)

Rehabilitación funcional

Movilización precoz en reanimación. Puede definirse como una actividad física suficiente para provocar efectos fisiológicos que estimulen la ventilación, la perfusión periférica y central, la circulación, el metabolismo y el estado de consciencia. Suele consistir en movilizaciones de los miembros (pasivas y activas), así como en la verticalización de los pacientes. Esta movilización precoz debe comenzar pronto, en las primeras 24-48 horas, si no existen contraindicaciones, incluso en pacientes sedados. La electro estimulación, que suele aplicarse a nivel de los cuádriceps, permite mantener la troficidad y la contractilidad muscular.



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

Segunda etapa: retirada de la sedación

La rehabilitación comienza por una evaluación del estado de conciencia. La movilización pasiva es importante y se debe estimular la movilización activa, dependiendo del estado de conciencia y de la colaboración del paciente.

Desde el punto de vista respiratorio, se debe buscar el momento para interrumpir la ventilación mecánica desde su instauración. Por lo tanto, la progresión de la ayuda ventilatoria puede comenzar a partir de la interrupción de la sedación.

Rehabilitación y técnicas de estimulación del despertar

La rehabilitación que se inició en reanimación se profundizará en todos los ámbitos, respetando la fatigabilidad.

Las técnicas de estimulación sensorial para favorecer el despertar y la recuperación de la consciencia después del coma, se basan en la prevención de la privación sensorial, que tiene efectos perjudiciales sobre las capacidades perceptivas y cognitivas.

Musicoterapia.

Se ha demostrado que la música mejora las capacidades cognitivas y emocionales.

Exposición al entorno y otras formas de estimulación

La aplicación de estímulos correspondientes al universo del paciente (fotografías personales, música preferida) forma parte del tratamiento en las unidades de despertar.

Fase de rehabilitación y de recuperación de la autoconsciencia

La espasticidad

Es una de las principales complicaciones del TEC. Se interviene cuando dificulta las habilidades funcionales, como la movilidad, la postura o la higiene, o cuando es causa de deformidad o dolor. El uso de la toxina botulínica, ofrece una mejoría importante, tiene efecto temporal y el paciente debe someterse a inyecciones periódicamente.



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

Depresión

La sintomatología depresiva se presenta muy frecuentemente después de un TEC. Los pacientes que sufren depresión presentan un mayor deterioro en cognición y motivación, con un efecto aditivo al propiamente causado por el traumatismo. Los inhibidores selectivos de la captación de serotonina, son considerados como los fármacos de elección para el tratamiento de depresión posterior a un TEC. Es importante que el paciente con TEC sea valorado por psiquiatría, y más si existe un alto riesgo de suicidio en estos pacientes.

Trastornos del sueño

Casi entre el 56 al 72% de los pacientes con TEC presentan alteraciones del sueño, lo cual afecta a su calidad de vida. Las primeras medidas que se deben tomar, es tener al paciente en un ambiente que le favorezca el sueño.

Rehabilitación de la osificación heterotópica

Se diagnostica por la presencia de dolor y gran limitación articular, acompañada de eritema, edema y calor; las extremidades espásticas se tornan más hipertónicas; asociadas a un aumento de la fosfatasa alcalina sérica. El tratamiento médico inicial es la instauración de terapia física para mejorar el rango de movilidad articular.

Movimientos activos asistidos en miembros inferiores.

Con el paciente sentado, o en una colchoneta, le pedimos que levante la rodilla, observamos hasta donde puede subir y ya desde ahí, ayudarle al paciente a realizar el movimiento. Cada movimiento sostenido 30 segundos para que tenga beneficio. En el caso de la pierna, que estire totalmente, contraiga cuádriceps, y que poco a poco vaya moviendo. Recordar siempre que realice varias sesiones de estos ejercicios.

Ejercicios progresivos de incorporación, traslación y cambios de posición.

Realizar reeducación muscular del inicio de movimiento. Se pide que se levante de la silla, y se le detiene en la mitad de esta acción, que se levante, y se vuelve a detener. Algo de resistencia sumada a toques. Si el paciente se encuentra postrado en una cama, se le debe educar, o enseñar para que haga el giro, para que logre sentarse, y ya dependiendo de lo que pueda realizar el paciente se le va haciendo la rehabilitación.



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

Ejercicios de equilibrio sedente y bipedestación.

Reacciones para que compense movimientos, se mueve al paciente “como si fuera un muñeco”, balanceándolo de un lado a otro, desestabilizándolo y que el propio paciente deba compensar. Se debe tocar fuerte al paciente, que el sienta el contacto físico.

La elaboración del proyecto de rehabilitación es plurifactorial y debe tener en cuenta la interacción de todas las deficiencias para responder a los problemas del Paciente en sus actividades. Dependiendo de la capacidad del paciente para intervenir de forma activa en su rehabilitación, se instaura un proyecto de rehabilitación de acuerdo con él, con su familia y con el equipo⁴

3.1 ANTECEDENTES

Para la elaboración del siguiente estudio de caso, se consultaron diversas fuentes de información sobre secuelas de traumatismo craneoencefálico de tipo primario donde se encontraron las siguientes definiciones:

En el artículo de revisión: **Generalidades de Trauma Cráneo Encefálico en Medicina Legal**. Señala que se presenta múltiples definiciones, según Suleiman uno de los autores de estas revisiones nos dice que para que se presente un TCE debe ocurrir alteración de la conciencia, aunque desde la práctica clínica se ha comprobado que los TCE leves no se incluyen en este concepto.

De acuerdo a Pacheco y Reiset. La lesión cerebral de origen traumático la definen como el resultado de la aplicación de fuerzas extracraneanas como la aceleración desaceleración (trauma mecánico) que altera las funciones cerebrales y produce alteraciones mentales de forma transitoria o permanente

Francisco Estrada Rojo y et al .Señalan que el traumatismo craneoencefálico es una alteración en la función cerebral u otra evidencia de patología cerebral causada por una fuerza externa a causa de un impacto directo sobre el cráneo, aceleración o desaceleración rápida, penetración de un objeto (arma de fuego) u ondas de choque de una explosión.⁵

⁴ Euverte L, Duclercq S, Faye-Guillot, Lebaron T. N. et al. Rehabilitación del paciente con traumatismo craneoencefálico.35 (4):15-41

⁵ Madrigal Ramírez Edgar, Hernández Calderón Catalina. Generalidades de Trauma Cráneo Encefálico en Medicina Legal. [internet] 2017 [consultado 2018/11/11] 34(1) Disponible en: www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v34n1/1409-0015-mlcr-34-01-00147.pdf



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

En cuanto a la estadística de este problema, los autores: Ontiveros Ángel, Preciado Ana Karen, Matute Esmeralda, López Cruz Manuel. Et al. En su artículo: **Factores pronósticos de recuperación y reinserción laboral en adultos con traumatismo craneoencefálico de los autores**, mencionan que, a nivel mundial, 1.2 millones de personas fallecen anualmente por traumatismo craneoencefálico (TCE) y entre 20 y 50 millones sufren traumatismos no mortales. En México es la tercera causa de muerte con un índice de mortalidad de 38.8 por cada 100 mil habitantes y con mayor incidencia en hombres de 15 a 45 años. Respecto a los traumatismos no mortales, un considerable número de sobrevivientes presentará secuelas importantes que impedirán o dificultarán el retorno y readaptación a sus actividades anteriores en el ámbito social, académico, profesional y aun familiar. Se reporta que tan sólo 40% de los sobrevivientes llega a reincorporarse a una actividad productiva después de una lesión cerebral; de hecho, su calidad de vida será altamente dependiente de la gravedad de las secuelas neuropsicológicas. Aunque en México no se conoce la información precisa, se calculan 20 mil casos de discapacitados al año.

Se encontraron y consultaron algunos artículos que hablan de un plan de rehabilitación en secuelas de traumatismo craneoencefálico.

1) Factores pronósticos de recuperación y reinserción laboral en adultos con traumatismo craneoencefálico

Rehabilitación neuropsicológica

En un estudio con 58 pacientes adultos que sufrieron TCE y que fueron sometidos a un programa de rehabilitación intensivo, se observó que los mejores predictores de su recuperación funcional cognitiva fueron el comienzo temprano de dicha rehabilitación y una mayor funcionalidad cognitiva de los pacientes al inicio. Llegando a la conclusión que en la rehabilitación neuropsicológica no sólo se debe de revisar y trabajar los procesos psíquicos y cognitivos, sino también las características conductuales, emocionales y de personalidad del paciente, así como sus miedos y el impacto que el paciente cree que tendrán sus secuelas.

Fisioterapia:

En el caso de que se vea afectado el movimiento o la sensibilidad del paciente como consecuencia del TCE, se debe iniciar lo más pronto posible con un programa de rehabilitación motora. Este programa al igual que el de la rehabilitación neuropsicológica debe ser intensivo en un primer momento. Se pide apoyo de la familia a la cual se entrena para la realización de ciertos ejercicios y, además, en muchas ocasiones se deben realizar ajustes en el entorno y proporcionar al paciente los apoyos que requiera con el fin de que alcance la



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

independencia personal en el desplazamiento, vestido, aseo, alimentación y manejo de materiales e instrumentos propios de su vida familiar, social y laboral.

Psicoterapia:

Un tratamiento de psicoterapia de manera intensiva mejora de manera considerable el pronóstico del paciente dentro de su rehabilitación.

Ambiente familiar:

El apoyo familiar constituye un elemento fundamental para la rehabilitación de una persona con secuelas derivadas de un TCE. La estabilidad familiar previene trastornos conductuales consecuentes a la nueva situación que enfrenta la persona. De esta manera, la intervención en el contexto familiar favorecerá la recuperación, el ajuste emocional y la conciencia del déficit del paciente, así como el afrontamiento de la nueva situación y prevención del abandono.⁶

2) En la guía de rehabilitación de traumatismo craneoencefálico

Nos dice que el objetivo de la rehabilitación en estos pacientes está dirigido a los tres grandes ámbitos de afectación propuestos por la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud (conocida comúnmente como CIF); de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuales son:

- Alteraciones de estructura y/o función corporal.
- Limitación de la actividad.
- Restricción de la participación.

La rehabilitación en el paciente puede ser:

1. Pasiva: movilizaciones, posturas, estiramientos musculotendinosos.
2. Activa: asistida, libre o contra resistencia. Busca reeducación muscular.

Es importante la fuerza del paciente, ya que dependiendo de ésta, se va realizando y avanzando la rehabilitación.

Ejercicios de equilibrio sedente y bipedestación.

Reacciones para que compense movimientos, se mueve al paciente “como si fuera un muñeco”, balanceándolo de un lado a otro, desestabilizándolo y que el propio paciente deba compensar. Se debe tocar fuerte al paciente, que él sienta el contacto físico.

⁶ Ontiveros Ángel, Preciado Ana Karen, Matute Esmeralda. Factores pronósticos de recuperación y reinserción laboral en adultos con traumatismo craneoencefálico. Rev. Mex Neurocirugía. Julio-Agosto, 2014; 15(4): 211-217



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

Ejercicios progresivos de incorporación, traslación y cambios de posición.

Realizar reeducación muscular del inicio de movimiento. Se pide que se levante de la silla, y se le detiene en la mitad de esta acción, que se levante, y se vuelve a detener. Algo de resistencia sumada a toques.

En nuestro medio, aunque el TCE tiene una alta incidencia, no existen protocolos para el manejo del déficit pues se desconocen los perfiles. Generalmente, a pesar de que esta población recibe una muy buena atención en la fase aguda, posteriormente no se realiza un seguimiento de las secuelas, teniendo un desconocimiento de cómo se compartan según la severidad del traumatismo craneoencefálico.

Hay poca evidencia del tratamiento de rehabilitación en secuelas de traumatismo craneoencefálico. Los autores se centran y ponen mayor énfasis en la etapa aguda del traumatismo craneoencefálico. Mencionan los tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos esto es administración de diuréticos osmóticos y diuréticos del asa, hipotermia, sedación y parálisis, hiperventilación controlada y barbitúricos. El tratamiento quirúrgico comprende ventriculostomía con drenaje terapéutico, evacuación de masas y craniectomía descompresiva.

Hay diferentes secuelas que pueden generarse luego de producido un Traumatismo craneoencefálico y estas pueden presentarse de manera aguda o subaguda.⁷

Podemos encontrar alteraciones:

- ✓ En el estado de Conciencia
- ✓ Motoras
- ✓ Sensoriales
- ✓ En la Comunicación
- ✓ En la Deglución
- ✓ Neuropsiquiátricas y neuropsicológicas
- ✓ Del sueño y fatiga
- ✓ En la micción y la evacuación

No hay mucha evidencia científica sobre secuelas de traumatismo craneoencefálico ya que se basan más en la patología como tal, el manejo por parte de enfermería especializada es limitado o en ocasiones no se lleva a cabo, siendo uno de los retos más importantes en enfermería especializada la

⁷ Arismendy-Muñoz JP R-MJ, Mondragón-Cardona Á, Valencia DM, Illera-Lopez N, Quintero-Ramirez F, et. Mortalidad De Transfusión Masiva Temprana En Pacientes Con Trauma Penetrante En El Hospital Universitario San Jorge De Pereira. CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana 2011; 16.



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

actualización y aplicación de conocimientos en la atención a personas con secuelas de traumatismo craneoencefálico.

Es necesario profundizar en la prevención de accidentes y la rehabilitación temprana. Así como dar a conocer los objetivos del tratamiento y acciones de enfermería basadas en las necesidades y problemas que derivan de las secuelas del traumatismo craneoencefálico.

Es para mí un reto el poder realizar un plan de intervenciones especializadas en rehabilitación a una persona con secuelas de traumatismo craneoencefálico con la finalidad de evitar las limitaciones por este padecimiento.



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

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Conceptualización de enfermería:

La enfermería es una profesión que se encarga del cuidado y la atención de la salud del ser humano. Es una de las tareas difíciles y estresantes a la que un individuo puede enfrentarse vocacionalmente, ya que implica hallarse inmerso en un ambiente donde se convive con el dolor y la muerte.

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.⁸

4.2 Paradigmas:

Las características de la práctica, de la formación, de la investigación y de la gestión en la ciencia enfermera. Encontramos tres tipos de paradigmas en las corrientes del pensamiento:

- **Paradigma de la categorización.**
- **Paradigma de la integración.**
- **Paradigma de la transformación.**

Paradigma de la categorización:

Ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera: Una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad.

Paradigma de la integración:

Prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.

El paradigma de la integración ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

⁸ Lagoueyte Gómez MI. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Rev Univ Ind Santander Salud. 2015; 47(2):209-213. Disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013



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

Orientación hacia la persona

La mayoría de las concepciones de la disciplina enfermera han sido creadas a partir de la orientación hacia la persona.

Cuidado: va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; la salud física, mental y social.

La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación de ayuda. Intervenir significa “actuar con” la persona, a fin de responder a sus necesidades. Planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas.

Se vuelve una consejera experta que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.

Paradigma de la transformación

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes en las condiciones de cambio perpetuo de desequilibrio, la interacción de los fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.⁹

Es la base de la apertura de una ciencia enfermera hacia el mundo. Ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera. De envergadura internacional, esta apertura tuvo lugar en la mitad de la década de los 70.

La persona es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser, entero y único, es indisociable de su universo.

La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano/entorno. La salud no es un bien que se posee, un estado estable o una ausencia de la enfermedad. Formando parte de la dinámica de la experiencia humana, la salud se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular.

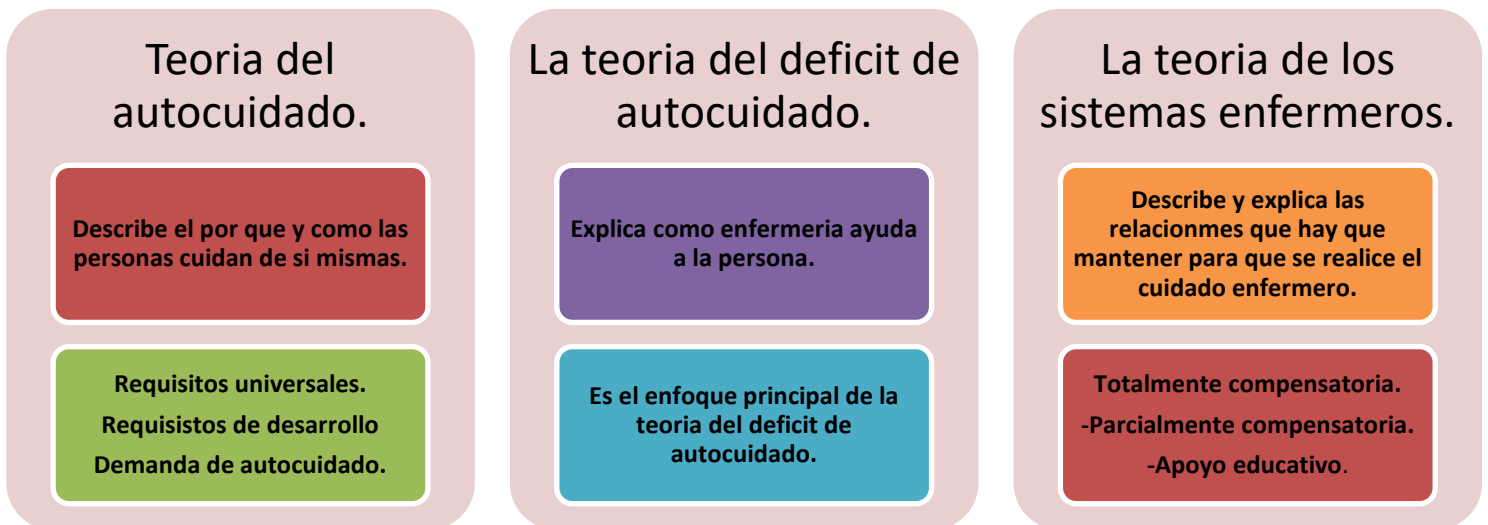
⁹ Martínez González L, Olvera Villanueva G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Social 2011. 19(2): 105-108 [acceso 2017/12/19]Internet] Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2011/eim112h.pdf>



El entorno está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona el coexiste con ella. La persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultaneo.¹⁰

4.3 Teoría de enfermería:

Oren etiqueto su modelo de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas.



Elaborado por la Alumna: Trejo contreras Lidia Yoana.

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO.

El autocuidado es una función reguladora del hombre, que las personas deben de llevar a cabo deliberadamente por si solas, o debe haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. El autocuidado se debe aprender y se debe de desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con su periodos de crecimiento desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales

¹⁰ Kerouac,S; Pepin ,J; Duchame,F; Duquette,A; Major,F.(2005)Grandes corrientes de pensamiento. Capítulo 1 en: el pensamiento enfermero .Edit. Masson. Barcelona. España p.1-21



TEORIA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos, el déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

TEORIA DE LOS SISTEMAS ENFERMEROS.

La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana, los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera; para personas como limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, y para las familias.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO:

Es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarios para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado comprende dos elementos:

1. El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.
2. La naturaleza de la acción requerida.



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

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES:

Los objetivos requeridos universalmente que deben de alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcionalidad humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos universales.

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.¹¹

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO:

Se han identificado tres requisitos

1. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
2. Implicación en el autodesarrollo.
3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN CASO DE DESVIACIÓN DE SALUD:

Existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento. Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La

¹¹ Raile Alligood. M Mrriner Tomey, A Modelos y teorías de enfermería Cap.14 Dorotea E. Orem: Teoría del déficit de autocuidado. Elsevier, 7ma edición. PP. 265-285.



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

complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

NECESIDADES DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO:

Están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una personal. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para:

1. Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).
2. Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión).

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS:

Factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, modelo de vida, factores del sistema sanitario, factores del sistema familiar, factores socioculturales, disponibilidad de recursos, factores externos del entorno¹².

AGENCIA DE AUTOCUIDADO:

Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes y adultos y adultos mayores dependientes.

¹² Berbiglia, V.A. & Banfield, B. (2011). *Teoría del déficit de autocuidado*. En M. Raile Alligood. & A. Marriner Tomey. (Ed), *Modelos y Teorías en Enfermería* (pp. 265-276). España: Elsevier



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

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:

Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

SISTEMAS ENFERMEROS:

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes. Para la implementación de las actividades hay tres sistemas de Compensación:

- 1) **Total**, requiere de que se actúe en lugar de él.
- 2) **Parcial**, solo requiere ayuda en actividades terapéuticas.
- 3) **De Apoyo educativo**, cuando el paciente puede aprender la forma de hacer su cuidado bajo ciertas instrucciones pero requiere ayuda emocional.

MÉTODOS DE AYUDA:

Desde una perspectiva enfermera es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensar las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:

1. Actuar o hacer por cuenta de otro.
2. Guiar y dirigir
3. Ofrecer apoyo físico o psicológico
4. Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal
5. Enseñar.



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

4.4 Proceso de atención en enfermería

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

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

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

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

Sus Características Son:

- **Es sistemático:** Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- **Es dinámico:** Responde a un cambio continuo.
- **Es interactivo:** Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- **Es flexible:** Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- **Tiene una base teórica:** El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.¹³

¹³ Rosales Barrera, S Reyes Gómez, E. Fundamentos de enfermería. Cap. 6. Proceso Enfermero. 3ª ed. Manual Moderno. PP. 225-255.2005



V. METODOLOGÍA

5.1 Estrategia de investigación. Estudio de caso

El estudio de caso es un método de investigación de gran relevancia que implica el proceso de integración de la teoría y la práctica donde se analiza en profundidad la situación de la vida real de una persona, grupos, familia u organización relacionado con el cuidado especializado para que se pueda llegar a una toma de decisiones en relación a las intervenciones de enfermería.¹⁴

5.2 Selección del caso y fuentes de información

La selección de la persona se llevó a cabo en el servicio de rehabilitación neurológica el día 14 de noviembre del 2017. Surgió el interés de su padecimiento, por las limitaciones físicas y funcionales para desempeñar sus actividades de la vida diaria ya que él no es capaz de llevarlas a cabo de forma independiente además de las repercusiones a nivel social, familiar y sobre todo emocional.

Es un adulto joven en etapa de reproducción y en la etapa más productiva económicamente.

Trascendencia

No hay mucha evidencia científica sobre Enfermería en Rehabilitación sobre secuelas de traumatismo craneoencefálico ya que se basan más en la patología como tal, el manejo por parte de enfermería especializada es limitado o en ocasiones no se lleva a cabo, siendo uno de los retos más importantes en enfermería especializada la actualización y aplicación de conocimientos en la atención a personas con secuelas de traumatismo craneoencefálico. Es necesario profundizar en la prevención de accidentes y la rehabilitación temprana. Así como dar a conocer los objetivos del tratamiento y acciones de enfermería basadas en las necesidades y problemas que derivan de las secuelas del traumatismo craneoencefálico.

En el artículo Afrontamiento familiar frente a las secuelas generadas en pacientes que sufrieron Trauma Craneoencefálico (TCE) nos refiere el autor Bohórquez de Figueroa Alex Zoraida. Que la familia es el agente principal de la recuperación

¹⁴ Escuela Nacional De Enfermería Y Obstetricia [internet].México :Universidad Nacional Autónoma de México;2017[acceso el 12 de diciembre del 2017] Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/posgrado/especialidades/>



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

prolongada de la persona lesionada y las adaptaciones a la discapacidad. Los familiares de una persona afectada por trauma craneoencefálico (TCE) sufren un fuerte impacto a nivel personal tras el accidente y, a menudo, experimentan sentimientos de estrés, se ven afectados por la necesidad de afrontar el traumatismo inicial y los cambios físicos, neuropsicológicos y emocionales que se producen después del traumatismo.¹⁵

Una de las secuelas más difíciles de tratar en un traumatismo craneoencefálico son los trastornos neuropsiquiátricos ya que impactan de gran manera el tratamiento, el proceso de rehabilitación y a sus cuidadores. El control para este trastorno es difícil de realizar ya que actualmente no se tienen conocimientos en la regeneración de los tejidos neuronales o cerebrales lesionados.¹⁶

Uno de los tratamientos que se utiliza en este trastorno es la rehabilitación cognitiva, que tiene como objetivo reducir el impacto de las condiciones discapacitantes, intentando mejorar las alteraciones ocasionadas por la lesión cerebral con el fin de reducir las limitaciones funcionales e incrementar la capacidad del individuo para desenvolverse en su vida cotidiana.

No obstante, la rehabilitación cognitiva es un proceso costoso y los recursos que se pueden dedicar, limitados. Por ello es inexcusable la necesidad de su optimización, a fin de aumentar su eficacia con la máxima eficiencia. En esta línea, las tecnologías de la sociedad de la información permiten generar nuevas posibilidades en la atención neuropsicológica a pacientes con discapacidades de origen neurológico. La tele rehabilitación, entendida como la entrega de servicios de rehabilitación por medio de información electrónica y tecnologías de la comunicación, puede ser una herramienta con un gran potencial.

Magnitud

Continúa siendo un problema de salud a nivel mundial con alta incidencia de mortalidad y morbilidad en pacientes de edad productiva. En México, el TCE es la cuarta causa de muerte, que corresponde a muertes violentas y accidentes, con mortalidad de 38.8 por 100 mil habitantes. En relación con hombres y mujeres, es mayor el del varón en 3:1, afecta principalmente a la población de 15 a 45 años.

¹⁵Bohórquez de Figueroa Alex Zoraida. Afrontamiento familiar frente a las secuelas generadas en pacientes que sufrieron Trauma Craneoencefálico (TCE). [internet][acceso 12 de diciembre del 2017] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3986776.pdf>

¹⁶Pérez Andrés Felipe, Agudelo Víctor Hugo. Trastornos neuropsiquiátricos por trauma craneoencefálico [internet][acceso 12 de diciembre del 2017] disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36s1/v36s1a06.pdf>



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

Cada año se generan dos nuevos casos de discapacidad grave y cuatro nuevos casos de discapacidad moderada secundaria a un TCE por cada 100.000 habitantes.

El traumatismo craneoencefálico (TCE) representa la primera causa de muerte entre personas de 15 a 45 años y es el primer productor de discapacidad a nivel mundial. La tercera parte de los pacientes afectados con un traumatismo no mortal presentan secuelas cognitivas, motoras, emocionales o conductuales, que en menor o mayor grado, repercuten en la reintegración social del paciente.¹⁷

Factibilidad

La persona presenta la mejor disposición para llevar a cabo el tratamiento junto con la Estudiante de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, no existe problemas con los horarios ya que el permanece todo el día en casa.

Los resultados esperados son reintegración social, aumentar la dependencia funcional en la medida de lo posible, los objetivos específicos es mejorar los arcos de movilidad, recuperar fuerza muscular. Mantener el trofismo, prevenir contracturas, evitar el síndrome de repos prolongado, sensibilizar a la familia sobre la importancia del proceso de rehabilitación, facilitar la aceptación de la condición de salud en la persona y la familia. Promover los valores en la familia y fomentar las redes de apoyo en fundaciones.

En este trabajo el apoyo de la familia y el equipo multidisciplinario es muy importante ya que la mejoría del paciente depende en gran medida de la atención que se le brinde en casa.

5.3 Consideraciones Éticas.

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

¹⁷ Ontiveros Ángel. Preciado Ana Karen. López Cruz Manuel. et al .Factores pronósticos de recuperación y reinserción laboral en adultos con traumatismo craneoencefálico.[internet] [acceso el 12 de diciembre del 2017] Disponible en: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2014/07/Nm144-05-Facto.pdf>



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

1. NORMA 019 PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña.

La expedición de esta norma tiene como finalidad precisar atributos y responsabilidades que deberá cumplir el personal de enfermería, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. La presente norma es obligatoria en los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud en donde se presten servicios de enfermería, así como para las personas físicas que prestan dichos servicios en forma independiente.

De la prestación del servicio de enfermería, aspectos generales:

- La prestación del servicio de enfermería se realizará en establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, así como los que otorgan servicios en forma independiente, según su preparación académica o calificación requerida y el grado de responsabilidad para la toma de decisiones.
- Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos, éticos y humanísticos de acuerdo a su ámbito de competencia.
- La prestación de los servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los ámbitos hospitalario o comunitario, corresponde al licenciado en enfermería, debido a que su formación de nivel superior lo faculta para desarrollar un plan de intervenciones que puede valorar, ejecutar y evaluar. Es capaz de interactuar de manera interdependiente y desarrollar acciones derivadas del plan terapéutico. Su nivel académico lo hace competente para otorgar cuidados de mediana complejidad de predominio independientes.
- La prestación de servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los servicios especializados de la atención a la salud, corresponde al personal de enfermería con estudios de posgrado en un área específica de la práctica profesional, debido a que cuenta con los conocimientos necesarios para desarrollar un plan de intervenciones



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

independientes que pueda valorar, ejecutar y evaluar proporcionando cuidados de alta complejidad que se deriven del plan terapéutico interdisciplinario.¹⁸

2. PRINCIPIOS BIOÉTICOS.

La enfermería se reconoce socialmente como una profesión de servicio, orientada a ayudar, servir y cuidar la salud de las personas. La relación entre enfermera y persona (enferma o sana) es un aspecto de esencial trascendencia para lograr los objetivos y los propósitos de salud. Es una relación interpersonal en la cual ambos, el enfermero y la persona, se encuentran para llevar a efecto en conjunto una serie de acciones dirigidas a mantener o recuperar la salud.

La ética define gran parte de la personalidad de un ser humano e involucra los valores; es decir, la escala de los parámetros más importantes de la persona, a los cuales nunca renunciaría y que se establece a través del juicio y el discernimiento. La ética es una disciplina cuyo objeto de estudio es la moral y la acción humana.

Es preciso imponer siempre un límite a las decisiones profesionales, y este límite implica el respeto a la libre decisión del paciente, a la expresión de su personalidad en su dignidad de ser humano; se les debe ayudar y aconsejar, pero no forzar sus decisiones. Las formas y modalidades de la comunicación de la "verdad" al paciente y a sus familiares revisten la característica de obligación moral y con inusitada frecuencia imponen un dilema bioético que plantea aprender a decir la verdad, pero no toda la verdad en un instante, sino aquella parte que les beneficie y no la que les hiere.

Los profesionales de esta rama, a través de sus acciones, deben tener presentes, entre otros, los siguientes principios:

Beneficencia: se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como el mismo.

No maleficencia: se trata precisamente de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico.

Justicia: encierra en su significado la igualdad, la equidad y la planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten.

¹⁸ NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud [En línea]. México: Marco normativo CNDH; 2013. [2018/11/10]. Disponible en : www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR41.pdf



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

Autonomía: se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Esto implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar. El principio de autonomía también supone respeto por las personas, tratarlas como lo que son. El mantenimiento de la autonomía del paciente supone considerarlo capaz para la toma de decisiones; para eso es necesario establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión, donde prevalezcan la información, las dudas y la consideración de los aspectos de su vida cotidiana. El objetivo de la información no es convencer al paciente de la propuesta que se le hace, sino que este pueda tener más argumentos para tomar decisiones relacionadas con su salud.

La aplicación y el conocimiento de los enfoques éticos y bioéticos son indispensables para modificar ideas, hábitos y conductas éticas relacionadas con el ejercicio profesional, lo que permite, a su vez, elevar el nivel de la calidad en la atención de los pacientes.¹⁹

3. DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

¹⁹ Mora Guillart Liss. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Revista Cubana de Oftalmología.[En línea] 2015[2018/11/10] 28(2) Disponible en : <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v28n2/oft09215.pdf>



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

- 8.** Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
- 9.** Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
- 10.** Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.²⁰

²⁰ Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México ISBN-970-721-023-0(Citado 10/12/17) Disponible desde: <http://hmasqueretaro.mx/pdf/codigo-etica-enfermeros.pdf>



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

4. CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS ENFERMEROS Y ENFERMERAS.

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.

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



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

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 oportunidades 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.

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.²¹

²¹ Ruíz PR. La carta de los derechos generales de las enfermeras y los enfermeros [internet] [acceso el día 12 de diciembre de 2017] disponible en : <http://www.mediagraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en061g.pdf>



5. CARTA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES.

1. Recibir atención médica adecuada

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a 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 las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y 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; se brinde con oportunidad 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

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las



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

complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

6. Ser tratado con confidencialidad

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

8. Recibir atención médica en caso de urgencia

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9. Contar con un expediente clínico

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.²²

²² Secretaría de Salud, Derechos de los pacientes. (Citado 13/12/17). Disponible desde: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-los-10-derechos-generales-de-los-pacientes>



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado representa un principio de comunicación y clarificación que cumple diversas funciones importantes en el contexto de la relación clínica entre los enfermos o usuarios y los profesionales de la salud e instituciones, tales como:

1. La promoción de la autonomía, individual y como valor social general.
2. La protección de los pacientes.
3. Evitar el fraude y la coacción.
4. Fomentar el autocuidado por los profesionales de la salud
5. Promover las decisiones racionales.

Contenido del documento

Será incluido el diagnóstico de presunción o el definitivo, asimismo la naturaleza y propósito de los procedimientos a ejecutar, ya sean para complementarlo o los empleados en la terapéutica. El afectado conocerá los riesgos y beneficios del tratamiento, al mismo tiempo el de otros disponibles y los peligros y provechos de no recibirlo.²³

El consentimiento bajo información ha pasado de ser una forma de ejercer el principio de autonomía del paciente, para convertirse en un elemento de la lexartis de la medicina, que también ha sido incorporado en el sistema jurídico mexicano, es un mecanismo para proteger el derecho fundamental de libertad del paciente, pero sólo será válido cuando el paciente fue debidamente informado y esté libre de coacción para aceptar o rechazar el tratamiento; y, también es un medio para evitar o resolver conflictos de intereses entre el médico y el paciente, o entre el paciente y su representante; aunque tiene su limitación cuando están en juego bienes superiores a la libertad como son la salud o la vida del paciente.²⁴

²³ Vargas Domínguez Armando. Consentimiento informado[internet][acceso el día 13 de diciembre del 2017] disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112f.pdf>

²⁴ Fernández Varela Mejía Héctor, E Sotelo Monroy Gabriel. El consentimiento mediante información[internet][acceso el día 13 de diciembre del 2017] Disponible en: http://www.inb.unam.mx/bioetica/lecturas/fm_43103_bioetica.pdf



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

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO.

6.1 Descripción del caso

Se trata de MIS masculino de 24 años de edad. Con domicilio en Iztapalapa, Cd de México, estado civil soltero religión católica, escolaridad preparatoria, ocupación actual desempleado, ocupación previa empleado en tienda de abarrotes. Talla 161 cm, peso de 69 kg. Paciente previamente sano. Tratado en el instituto nacional de rehabilitación desde el año 2014.

Inicia el padecimiento el día 15 de junio de 2014 al encontrarse en su cuarto y sus primos se percatan al escuchar un disparo, posteriormente al ir a revisar descubren a su familiar tirado en el piso con herida por arma de fuego en región parietal derecha de entrada y salida en región frontoparietal izquierda, por lo que es trasladado en ambulancia al hospital general de Iztapalapa. Se mantiene hospitalizado por un mes, 20 días en terapia intensiva y 10 días en hospitalización, durante su estancia en UCI requirió sedación, intubación con colocación de traqueotomía con uso de humidificador sin uso del ventilador, durante su estancia presenta neumonía nosocomial la cual remite, así también presentando como complicación lesiones por presión a nivel del sacro. Dado de alta el día 22 de julio de 2014 a casa con indicación de acudir al Instituto Nacional de Rehabilitación para recibir tratamiento rehabilitatorio. El diagnóstico al egreso: Secuelas de traumatismo craneoencefálico severo por arma de fuego.

6.2 Antecedentes generales de la persona

APNP: Originario y residente del estado de México, vive con su madre, un primo y su esposa e hijo de esta pareja, casa prestada de dos plantas cuenta con 4 recamaras. Con todos los servicios intradomiciliarios, para llegar a su casa la calle se encuentra sin pavimentar a la entrada de la casa se encuentran 2 escalones, no hay pasamanos, para entrar a la recamara a la cual él se encuentra hay un escalón, al igual que en el baño al cual no tiene un acceso adecuado para entrar ni permite movilización con ayuda de una silla de ruedas.

APP: Hepatitis tipo A hace 9 años, varicela a los 13 años sin complicaciones, tabaquismo a los 18 años fumando 4 o 5 cigarrillos al día hasta el accidente. Alcoholismo desde los 18 años llegando a la embriaguez cada 8 días o cada 15 días.

AHF: Tía materna diabética, tía paterna finada por complicaciones de lupus y abuela paterna con hipoacusia adquirida en edad adulta.



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

Padecimiento actual

Actualmente la persona se encuentra en casa alimentado por vía oral, sin alteraciones de la deglución, independiente para la alimentación, con dependencia parcial para desvestido parte superior y el dependiente para el resto de las AVD.

La mayor parte del día lo pasa en su cama, con pocas movilizaciones por parte de su cuidador primario. No realiza funciones de pinzas en mano izquierda. Su Actitud postural: En decúbito supino con: Cabeza: en rotación a la izquierda, Cuello: con rotación a la izquierda y ligera inclinación lateral, Codos: En semiflexión. Hombros en semiflexión y leve abducción, Carpos: A la neutra. Dedos: En semiflexión. Caderas: en semiflexión y abducción. Rodillas: En semiflexión. Pies: En equino o plantiflexión.

Familia disfuncional deficiente de redes de apoyo. Vive con su mamá y primas en casa prestada. El cuidador primario es la madre edad de 58 años, su ocupación es la comerciante, manifiesta estar cansada y con poco tiempo para brindarle atención a su hijo. Actualmente la persona es tratada en el servicio de Rehabilitación Neurológica en el Instituto Nacional de Rehabilitación.



VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

7.1 Valoración

Valoración de acuerdo a los requisitos de auto cuidado universales.

La forma en la que se obtuvo la información fue mediante interrogatorio directo, su cuidador primario: La madre, su primo e interrogatorio indirecto.

I. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE.

Disnea moderada al realizar movilizaciones activas en cama. Escala de Sadoul 5/5 **(Ver Anexo 4)**

II. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA.

Consume 1.5 Litros de agua durante el día, 2 vasos de leche, 1 Vaso de jugo y hasta 4 vasos de refresco durante el día.

III. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

Ingiere alimentos tres veces al día, consume cereales 5 días a la semana, tubérculos 3 veces a la semana, lácteos los 7 días de la semana dos veces al día, carnes 4 veces a la semana, leguminosas 4 veces a la semana, verduras 5 días a la semana, frutas 4 días a la semana dos veces al día, consumo de bebidas gaseosas 5 días a la semana, 4 veces durante el día. De acuerdo a la evaluación del estado nutricional (Mini Nutritional Assessment MNA™) puntaje obtenido de 20 la persona se encuentra en riesgo de desnutrición. **(Ver anexo 10)**

IV. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS.

Heces: color café, olor característico, consistencia semi-sólida, cantidad abundante, presentando solo 1a 2 evacuaciones al día. Bristol de 3. **(Ver anexo 15)**

Orina: Presenta 6 micciones abundantes en pañal durante el día, color amarillo claro. **(Ver anexo 16)** el uso del pañal es debido a que no cuenta con algún familiar pendiente para llevarlo al baño cada que lo requiera.



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

HÁBITOS HIGIÉNICOS:

Se le realiza baño de esponja en cama todos los días por la mañana, solo se lubrica y humecta la piel 1 vez al día después del baño, lavado de manos 1 vez por las mañanas. No se le cortan las uñas ya que presenta onicofagia por ansiedad. El cepillado de dientes solo lo hace una vez al día.

Presencia de dispositivo dental (Brackets) para corregir y alinear piezas dentarias, posterior a una caída en el 2014 después del accidente.

De acuerdo al índice de higiene oral simplificado (IHOS) puntaje obtenido de 4 la higiene bucal del paciente es mala. **(Ver anexo 7)**

V. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO.

Duerme 10 horas durante la noche, despertando constantemente por presencia de dolor en ambos miembros pélvicos,

De acuerdo a la escala de Braden. Para úlceras por presión, la puntuación obtenida fue de 14 puntos, dando como resultado un riesgo de lesión por presión moderada. **(Ver anexo 8)**

Conforme al índice de Barthel (valoración de las actividades de la vida diaria) se obtuvo una puntuación total de 10, lo que representa dependencia total del paciente en las actividades básicas de la vida diaria. **(Ver anexo 5)**

VI. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL.

La persona refiere estar la mayor parte del tiempo deprimido, con ganas de morir, decaído, apático con su vida y triste. Conforme la escala de depresión de Hamilton se obtuvo una puntuación de 14 encontrando con esto Distimia: Trastorno afectivo de carácter depresivo crónico, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado. **(Ver anexo 2)**

Su cuidador primario: La madre, refiere sentirse muy cansada enferma. Sola y estresada por falta de tiempo y dinero para ayudar a su hijo. De



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

acuerdo al test de Zarit para sobrecarga de cuidador primario se obtuvo una puntuación de 76/88 interpretado como sobrecarga intensa. **(Ver anexo 9)**

VII. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.

Se le había comentado a la madre que existen alteraciones visuales de ojo izquierdo, por lo cual se le sugirió ir a consulta con un especialista, refiere que aún no ha asistido a la consulta. No refiere alteraciones auditivas, de gusto y olfato.

Ha sufrido 2 caídas posterior a su patología, conforme la escala de caídas de Downton. Se obtuvo una puntuación de 4 puntos que nos da como resultado un riesgo medio para caídas. Refiere sentirse muy impotente y desesperado por no poder movilizarse o hacer sus actividades por sí solo. **(Ver anexo 3)**

La persona cuenta con una cama de hospital con barandales, los cuales siempre se mantienen arriba para evitar una caída.

Debido a la espasticidad que presenta en mano izquierda se le sugirió el uso de una férula realizada con velcros, con indicación de colocársela al inicio por periodos cortos de 1 hora a 2 horas durante el día, vigilando constantemente la articulación metacarpo falángica. **(Ver anexo 28)**

VIII. PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, CONOCIMIENTO DE LAS LIMITACIONES HUMANAS Y DESEO DE SER NORMAL.

Dejo la Licenciatura trunca después del accidente, comenta que tiene el deseo de regresar a terminar su licenciatura, convivir con sus amigos y familia como antes. Quiere asistir con psicología ya que se siente muy triste y enojado con la vida por lo que le sucedió.

La madre comenta que ha visto muchos avances en la movilidad y fuerza ya que puede sostener su cuerpo cuando lo sientan, él espera mover mejor



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

su brazo izquierdo y ambos miembros pélvicos para poder realizar sus actividades por sí solo.

La persona ha permitido que se le realice la valoración, se siente dispuesto a hacer todas las actividades que se le asignen.



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

7.1 2 Valoración Focalizada

Ficha de identificación

Nombre: M.R.I.S
Fecha de nacimiento: 28 de enero de 1993.
Edad: 24 años
Sexo: masculino
Dominancia: derecha
Domicilio: Edo de México
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Licenciatura trunca.
Responsable legal: Madre
Dependencia económica: Madre
Tipo de interrogatorio: Indirecto Y Directo.
Informante: Madre y persona. Idioma español.
Cuidador primario: Madre.

Antecedentes Heredofamiliares

Madre: 58 años, con diagnóstico de evento vascular cerebral en el año 2014, secundaria completa, separada, empleada, grupo sanguíneo desconoce, no fuma, solo " toma de vez en cuando " refiere.

Padre: 61 años de edad, secundaria completa, grupo. Sanguíneo desconoce, fumador.

Hermanos: Femenina de 31 años de edad, sana, licenciatura completa.
Tía materna diabética, tía paterna finada por complicaciones de lupus y abuela paterna con hipoacusia adquirida en edad adulta.

Antecedentes personales no patológicos

Lugar de nacimiento y residencia: Estado de México. Grupo sanguíneo O +.

Casa: prestada de dos plantas cuenta con 4 recamaras, vive con su mamá. Primo y esposa del primo e hijo. Cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, para llegar a su casa la calle se encuentra sin pavimentar, a la entrada de la casa se encuentran 2 escalones los cuales no cuentan con pasamanos, para entrar a su recamara hay un escalón de la misma manera el baño, al cual no tiene un acceso



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

adecuado para una silla de ruedas. Cuenta con todos los servicios básicos: agua, luz, drenaje, recolección de basura. Tóxicos negados.

Mascotas: 1 perro

Diversión/ocio/juego: Ver televisión la mayor parte del día.

Inmunizaciones: Refiere la madre completa. Solicito cartilla de vacunación, la cual nos muestra que es completo su esquema de vacunación.

Tipo de familia: Disfuncional, deficiente de redes de apoyo. No suficiencia económica. No auto propio. Utilizan coche prestado. Acude a instituto en transporte particular prestado con tiempo de traslado de 1 y media hora y gasto aproximado de 150 pesos, en viaje redondo para 4 personas. Con necesidad de acudir acompañado. Cuenta con seguro popular.

Antecedentes personales patológicos:

Infeciosas: Hepatitis tipo A, a los 15 años de edad.

Quirúrgicos, traumatológicos y hospitalizaciones: Negados.

Tumorales: Negados.

Alergias: Negadas.

Transfusiones: Si.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Signos vitales: Frecuencia cardiaca 90 (60-100), Frecuencia respiratoria 19 (16-20). Temp: 36°C, Pulso 90, saturación 98% (normal). Tensión arterial 115/70 mm/Hg.

Somatometría: Talla 161 cm, peso de 69 kg IMC: 27.6. Que nos da como resultado un sobrepeso.

Hábitus exterior: Se encuentra en cama, con pocas movilizaciones por parte de su cuidador primario. No realiza funciones de pinzas fina y gruesa en mano izquierda por hemiparesia espástica.

Actitud postural: En decúbito supino con: Cabeza: en rotación a la izquierda, Cuello: Con rotación a la izquierda y ligera inclinación lateral, Codos: En semiflexión. Hombros en semiflexión y leve abducción, Carpos: A la neutra el derecho y flexión del izquierdo. Dedos: En semiflexión. Caderas: en semiflexión y



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

abducción. Rodillas: En semiflexión. Pies: En equino o plantiflexión. Edad aparente similar a la cronológica, en mal estado general.

Marcha: No valorable.

Reflejos de estiramiento muscular: Brazo derecho C5, C6, C7: normal (2), Brazo izquierdo: C5, C6, C6: Aumentado (3), pierna derecha e izquierda aumentados (3), pierna derecha e izquierda: S1 en clonus (4).

Nervios craneales: I: integro. II: Disminución de la agudeza visual del lado izquierdo. Reflejo foto motor: Disminución de la respuesta de la luz del lado izquierdo. III, IV: movimientos oculares normales. V: Trigémino: Presencia de hiperalgesia e hiperestesia lado derecho, izquierdo normal. VI Integro. VII: simetría facial en reposo y en actividad. VIII: previa otoscopia, reflejo cocleopalpebral presente bilateral, no nistagmos. IX y X: integro, simetría de paladar, y úvula central. Así como signos vitales dentro de parámetros normales. XI: simetría de trapecio y esternocleidomastoideo en reposo, así como en la actividad. XII: lengua central, sin fasciculaciones y trofismo conservado.

Cabeza y cuello: Cráneo: normocéfalo, con inadecuada implantación de cabello y adecuados pabellones auriculares. Cejas normales, Ojos simétricos, con pupilas isocóricas y normorreflécticas. Conductos auditivos permeables, con presencia de cerumen, leve eritema en conducto auditivo externo izquierdo. Nariz central, narinas permeables. Cavidad oral con inadecuada hidratación, úvula central, paladar alto, dentición incompleta, con inadecuada higiene, faringe normal. Cuello cilíndrico, móvil, sin adenomegalias, pulsos carotídeos presentes, tráquea central.

Tórax: Simétrico, piel íntegra, adecuada higiene, no dolor a la palpación, a la percusión con claro pulmonar en región superior, media e inferior de ambos hemitórax. Auscultación con murmullo vesicular presente, normal, sin agregados. Corazón rítmico, adecuada intensidad, no fenómenos agregados.

Abdomen: Plano, peristalsis presente, timpánico a la percusión, no dolor a la palpación superficial ni profunda, no palpo hepatomegalia ni esplenomegalia. No datos de irritación peritoneal.

Tronco: Piel íntegra, no cambios de coloración, columna con convexidad hacia la izquierda, control de tronco deficiente.

Miembros torácicos: Íntegros, simétricos, piel sin alteraciones, arcos de movilidad completos en mano derecha e incompletos en mano izquierda.



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

Supinación 50°. Hombro flexión 180/ 120°, abducción 180/100 ° rotación interna en horizontal completa y rotación externa 10 °. Movimientos activos no dolorosos, reflejos de estiramiento muscular bicipital, estiloradial, tricipital: 2 en brazo derecho y en brazo izquierdo: 3. Contracturas en pectoral mayor, menor bilateral y dorsal ancho con contractura, trofismo conservado. Sensibilidad normal del lado izquierdo, hiperestesia e hiperalgesia del lado derecho.

Tono aumentado: En hombro: extensión: 0/1, Codo: extensión 0/2, flexión 0/1+. Muñeca: extensión 0/0. Supinación/pronación 0 / 0. Llenado capilar 2 segundos. Trofismo conservado.

Fuerza muscular: Hombros: abducción 4/2. Codos: flexión 4/1, Carpos: extensión 4/1.

MANO IZQUIERDA:

Grados	Metacarpo falángicas	Interfalangicas proximales	Interfalangicas distales.
Primer dedo	48°	97°	
Segundo dedo	77°	90°	70°
Tercer dedo	90°	100°	75°
Cuarto dedo	95°	110°	77°
Quinto dedo	96°	100°	80°

Elaborado por: L.E Trejo Contreras Lidia Yoana.

Miembros pélvicos: íntegros, arcos de movilidad pasivos incompletos:

Cadera: Flexores de cadera: 100°/76°, extensores de cadera: 12°/12°, rotación interna 10°/20°, rotación externa 20°/28°, abducción 25°/20°, aducción 10°/20°. Rodilla: flexión 30°/30°, extensión 10°/12°. Pie flexión: 30°/50°, extensión: 20°/30°, inversión 10°/11°, eversión 30°/10°. Movimientos activos no dolorosos. Reflejos de estiramiento muscular: Patelares o L3: 3/3, Reflejos aquiliano o S1: 4/4, Contractura de flexores de cadera (Thomas) 50/18. Isquiotibiales 60/80. Aductores distancia cóndilo mesa 24/14.

Tono muscular: aumentado para Flexores de cadera 2/1, Exensores de cadera 1/1. Exensores de rodilla 1/1. Exensores de tobillo 1/1. Trofismo conservado.



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

Sensibilidad normal del lado izquierdo, hiperestesia e hiperalgesia del lado derecho. **(Ver anexo 6)**

Fuerza muscular: Flexores de cadera 2/1, extensores de rodilla 2/1, dorsiflexores 1/1. Llenado capilar 2 segundos. **(Ver anexo 1)**

Genitales: acordes al sexo, Tanner IV, con prepucio retráctil, sin secreciones.

Estudios de Laboratorio: No se cuenta con ellos ya que comentan su cuidador primario que se encuentran en propiedad del Hospital general de Iztapalapa.



7.1 3 Jerarquización de problemas:

❖ **Dificultad respiratoria**

Escala de disnea de Sadoul obtiene una puntuación de 5/5 disnea ante pequeños esfuerzos.

❖ **Funcionalidad para las actividades básicas de la vida diaria**

Escala de Barthel, 10/100, dependencia total para las AVD.

❖ **Espasticidad**

En ambos miembros pélvicos y miembro superior izquierdo, contractura en musculo dorsal ancho, pectorales. Contractura en flexión codo, muñeca, cadera rodilla y tobillo. Escala de Ashworth modificada: Hombro 0/1 flexores y extensores. Codo 0/1+ flexores y extensores 0 / 2 .Muñeca 0/1+ flexores y extensores. Cadera 2/2 flexores y extensores 1/ 2. Aductores: 2/3. Rodilla 3/3 flexores y extensores 1/1+.Tobillo 2/3 flexores.

❖ **Disminución de la fuerza muscular**

Escala de Daniel´s Hombro: 3/2 Flexores de Codo 4/1. Extensores. Carpo 4/1. Flexores de Cadera 2/1. Aductores 2/3 Extensores de rodilla: 1/1. Tobillos: No valorable.

❖ **Desapego al tratamiento**

No se le ha dado seguimiento al tratamiento de rehabilitación en casa ya que refiere su cuidador primario " No tener tiempo para hacerlo".

❖ **Síndrome de reposo prolongado**

La mayor parte del tiempo se encuentra en cama, con pocas movilizaciones.

❖ **Riesgo de lesiones por presión**

Escala de Braden para UPP puntuación 14/23 riesgo alto de presentar lesiones por presión.

❖ **Riesgo de caídas**

Escala de Downton con puntuación de 4.



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

❖ **Madre con síndrome de cuidador primario**

Escala de sobrecarga del cuidador primario-test Zarit se obtuvo una puntuación de 76 donde nos señala sobrecarga intensa.

❖ **Estado de mal nutrición**

Test evaluación del estado nutricional (Mini Nutritional Assessment MNA™) obtuvo una puntuación de 20/30 puntos diagnosticado como riesgo de desnutrición.

❖ **Aislamiento social por Depresión**

Escala de Hamilton se obtuvo una puntuación de 14 encontrando con esto Distimia.

❖ **Deterioro dental**

Índice de higiene oral (IHOS) puntaje obtenido de 4 donde nos señala que la higiene bucal del paciente es mala.

❖ **Desconocimiento del proceso de la enfermedad**

El paciente refiere no tener conocimiento acerca de las secuelas de su patología.



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



7.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Diagnóstico de enfermería: Dificultad respiratoria a las movilizaciones R/C: Disfunción neuromuscular , M/P: Disnea de pequeños esfuerzos (Sadoul) 5/5			
Objetivos de la persona: Poder respirar mejor cada vez que intente moverme.			
Objetivo de enfermería: Acondicionar al paciente para facilitar las movilizaciones, mejoramiento de la ventilación.			
Intervención de enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<p>1. Toma de constantes vitales.</p> <p>2. Valoración de la escala de Sadoul. (Ver anexo 4)</p> <p>3. Ejercicios respiratorios por lo menos una vez al día durante 15 minutos, como: respiración diafragmática y expansión costal.</p> <p>4. Reeducación respiratoria, encaminada a mejorar la resistencia física del paciente. (Ver anexo 20)</p>	<p>1. Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados. La valoración de los Signos vitales, no es un procedimiento automático y rutinario, es una <i>“evolución científica de enfermería”</i>. Los signos vitales están representados por las manifestaciones o fenómenos orgánicos que se pueden percibir, medir y evaluar de forma constante y objetiva.²⁵</p> <p>2. Es de gran importancia ya que nos mide una gama entera del esfuerzo que la persona está realizando durante la actividad física, dando criterios para ajustes a la carga de trabajo, y así pronosticar y dictaminar las diferentes intensidades del ejercicio.</p> <p>3. Facilita la ventilación pulmonar debido a que van a poner en movimiento el tórax.</p> <p>4. La ventilación dirigida ayuda automatizar la coordinación durante la ventilación espontánea disminuyendo la frecuencia respiratoria consiguiendo una respiración diafragmática.</p>	<p>Persona y enfermería.</p>	<p>Parcialmente compensatorio.</p>

²⁵ Durán Alcira. Signos vitales. Cátedra Enfermería Básica. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 2017



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



<p>5. Técnica de drenaje postural. (Ver anexo 26)</p> <p>Técnicas de relajación. (Ver anexo 35)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Control de la respiración. ➤ Respiración diafragmática. ➤ Meditación. <p>6. Canalizar con especialista en nutrición.</p>	<p>5. Por acción de la gravedad, facilita el flujo de secreciones desde las ramificaciones segmentarias a las lobares, de estas a los bronquios principales y a la tráquea para ser expulsadas, finalmente, al exterior.²⁶</p> <p>6. Las técnicas de relajación han demostrado descontracturar y distender grupos musculares determinados, induciendo un estado de relajación durante la sesión de tratamiento.²⁷</p> <p>A mayor trabajo respiratorio, el organismo necesita más energía, esto hace que muchas veces los pacientes tengan dificultades para cubrir los requerimientos de nutrientes y energía que el cuerpo necesita. Así los músculos respiratorios tienen menos fuerza y resistencia para la contracción, es por esto de vital importancia que una profesional en nutrición lleve a cabo la prescripción de una dieta adecuada.²⁸</p>		
---	--	--	--

²⁶ González Doniz L, Souto Camba S, López García A. Fisioterapia respiratoria: drenaje postural y evidencia científica. Fisioterapia. [internet] 2015. (2018/21/11) 37(2): 43-44. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15888/GonzalezDoniz_FisioterapiaRespiratoria.pdf?sequence=5&isAllowed=y

²⁷ Saldías Fernando. Díaz P Orlando. Eficacia y seguridad de la fisioterapia respiratoria en pacientes adultos con neumonía adquirida en la comunidad [internet][Acceso el día 15 de diciembre del 2017] disponible en : <http://www.scielo.cl/pdf/rcher/v28n3/art04.pdf>

²⁸ Jones C, Ireton .Adequate Nutricional Support Of Critical,Ventilated Patient.Nutr Clinic Pract 2008; 18; 29-31.



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



<p>Diagnóstico de enfermería: Dificultad para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria R/C Secuelas de Traumatismo Craneoencefálico. M/P Disminución de la fuerza muscular bilateral, en miembros superiores e inferiores 5/2 (Daniel's). Espasticidad de miembros superiores 0/1+ (Ashworth) y 2/2 miembros inferiores. Dependencia total para las ABVD 10/100 (Barthel)</p>	
<p>Objetivos de la persona Ser independiente para hacer mis actividades y poder trasladarme de un lugar a otro.</p>	
<p>Objetivo de enfermería Facilitar el movimiento en las extremidades superiores e inferiores, logrando así aumentar la independencia del paciente</p>	
Intervención de enfermería	Fundamentación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Toma de constantes vitales previo a las movilizaciones pasivas. 2. Aplicación de compresas húmedo-calientes durante 20 minutos previos a las movilizaciones pasivas, valorando continuamente la piel y verificando que no existen lesiones cutáneas. (Ver anexo 17) 3. Movilizaciones pasivas de las extremidades superiores e inferiores en decúbito supino. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Flexión y extensión de hombro ➤ Flexión y extensión de codo. ➤ Flexión y extensión de muñeca. ➤ Flexores, extensores y aductores de cadera. ➤ Flexores y extensores de rodilla. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados.²⁹ Son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Frecuencia Cardíaca .Frecuencia Respiratoria .Presión Arterial ○ Temperatura Corporal .Oximetría de Pulso. 2. Las compresas húmedas –calientes a nivel muscular producen relajación, son antiespasmódicas, disminuye la fatiga, la excitabilidad y aumenta la elasticidad muscular.³⁰ 3. Las movilizaciones ayudan a mantener el tono y la actividad contráctil, evitar los acortamientos musculares, desarrollar fuerza y aumentar la resistencia en la fatiga.

²⁹Universidad Pedro Valdivia. Guía clínica de control de signos vitales[Internet][acceso el día 15 de diciembre del 2017]disponible en: <https://goo.gl/yvXtTs>

³⁰Martín Cordero Jorge Enrique. Agentes físicos Terapéuticos [internet] [acceso el día 16 de diciembre del 2017] Disponible en : <https://mundomanuales.files.wordpress.com/2012/07/agentes-fisicos-terapeuticos.pdf>



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



<p>➤ Flexores de tobillo (Ver Anexo 19)</p> <p>4. Aplicación de un programa de ejercicios terapéuticos para fortalecimiento de caderas. (Ver anexo 18)</p> <p>5. Prevenir actitudes viciosas, fomentando la utilización de ortesis y/o férulas.</p> <p>➤ OTP La cual fue prescrita en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Con recomendación de usarla todos los días por las noches. (Ver anexo 29)</p> <p>➤ La férula metacarpo falángica (Ver anexo 28)</p>	<p>4. Estos ejercicios permiten el control del equilibrio en sedestación y evita posturas inadecuadas por inmovilidad.</p> <p>5. Permiten mantener la posición y el estiramiento de los músculos espásticos durante períodos prolongados.³¹</p> <p>Sus beneficios son :</p> <ul style="list-style-type: none">○ Corregir el pie hasta la mejor posición funcional para proporcionar estabilidad al tobillo.○ Para hacer redistribución de carga corporal.○ Asistir en la bipedestación y la marcha.○ Prevenir y/o corregir deformidades.○ Mantener y/o incrementar el rango de movimiento.³²○ Evitar daño de la articulación y de los ligamentos. <p>Reduce el tono flexor en pacientes con espasticidad significativa además de la prevención de “mano en garra” o el acortamiento muscular permanente (contractura).</p> <ul style="list-style-type: none">○ Incrementar el rango de movimiento.○ Aplicar tracción para corregir o prevenir contracturas. ”○ Ayudar a prevenir o corregir deformidades manteniendo el alineamiento. ”○ Asistir en mejorar una función deteriorada.○ Aliviar el dolor. ” ”○ Servir vínculo para dispositivos de asistencia (AVD).○ Bloquear movimientos inadecuados de una articulación (estabilización).
---	--

³¹ Vivancos Matellano. F.A. Guía del tratamiento integral de la espasticidad [internet] [acceso el día 15 de diciembre del 2017] Disponible en : <https://goo.gl/1qJKeV>

³² Villa Parra Ana Cecilia. Sistema de control para asistir el movimiento de dorsiflexión de pie caído en la fase de oscilación de la marcha en pacientes hemipléjicos.[Maestría en ingeniería electrónica] .Bogotá: pontificia universidad javeriana , Facultad de ingeniería.2011



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



Diagnóstico de enfermería: Insomnio R/C: Deterioro neuromuscular M/P : Por presencia de dolor tipo somático localizado en la articulación coxofemoral, constante por las noches. EVA de 6/10 (Dolor fuerte).			
Objetivos de la persona: Poder dormir mejor sin estar despertando a causa de dolor.			
Objetivo de enfermería: Disminución de dolor.			
Intervención de enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> 1. Medir y registrar el dolor mediante la interpretación de la escala de Eva. (Escala visual análoga). (Ver Anexo 13) 2. Termoterapia para manejo de dolor. (Ver anexo 17) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo con compresa húmedo caliente durante 10 minutos en zona afectada. ➤ Valorar estado de la piel antes y después de colocar compresa caliente. 3. Masoterapia. (Ver anexo 30) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permite llevar un mejor control sobre el manejo de las técnicas que se utilizan permitiendo saber si se está actuando correctamente o se tienen que implementar nuevas. 2. El uso de calor está demostrado que puede actuar mejorando la circulación y relajando los músculos.³³ <ul style="list-style-type: none"> ○ La finalidad de la valoración de la piel es evitar daños dérmicos secundarios a la a la exposición al calor. 3. El masaje profundo (fricciones, golpeteos amasamientos) pueden romper el dolor de los puntos trigger y producir una hiperemia significativa con descarga de histamina en el interior de los tejidos. El efecto que tiene el masaje sobre las terminaciones nerviosas es el 	<p>Persona y enfermería.</p>	<p>Parcialmente compensatorio.</p>

³³ Osorio Morales Marco Antonio, Torrado Navarro Crisanto. Dolor y modalidades físicas: un nuevo paradigma en fisioterapia [Internet] [Acceso Abril 14 del 2018] Disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v30n3/v30n3a19.pdf>



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



	<p>de aumentar notablemente su excitabilidad y su facilidad de conducción. El masaje continuo, practicado sobre un tronco nervioso sensitivo ejerce una acción anestésica al aumentar el umbral de la sensibilidad dolorosa.³⁴</p>		
--	---	--	--

³⁴ Arranz Álvarez A B, Tricás Moreno J M, Lucha López M O, Jiménez Lasanta A I, Domínguez Olivá García Rivas B. Tratamiento del dolor Pain treatment [Internet] [Acceso Abril 14 del 2018] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-tratamiento-del-dolor-13010391>



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



Diagnóstico de enfermería: Riesgo de caídas R/C: Disminución de la fuerza muscular Daniel's 5/2, escala de Downton 4 puntos riesgo medio para caídas, Tinetti para el equilibrio 0/16 alto riesgo de caídas.			
Objetivos de la persona: No caerse al intentar moverme.			
Objetivo de enfermería: Prevención de caídas que puedan ocasionarle una complicación al paciente.			
Intervención de enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas tales como barreras arquitectónicas: suelo resbaladizo, desniveles pronunciados, pasillos con poca luz. Alfombras. Etc. 2. Valoración de escala de Tinetti para el equilibrio (Ver anexo 11) y escala de Downton (Ver anexo 3) 3. Entrenamiento del equilibrio en sedestación, fortalecimiento y control del tronco. (Ver anexo 31) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es importante garantizar la seguridad y accesibilidad en casa, ya que de no ser así aumenta la vulnerabilidad a las caídas. 2. Es muy útil observar la capacidad para efectuar transferencias de la cama al sillón o viceversa y observar su estabilidad en la posición de sentados. Las alteraciones de la marcha y el equilibrio son los principales factores que generan caídas, con. La escala de Tinetti de marcha y equilibrio ha demostrado ser una herramienta válida y confiable para la evaluación de la movilidad, además, tiene una alta fiabilidad inter-observador.³⁵ 3. La movilización de todo el cuerpo evita las retracciones y deformidades, mantiene la fuerza de las partes sanas, mejora la circulación sanguínea y el buen funcionamiento de los órganos, evita la descalcificación ósea (osteoporosis), previene las fracturas y provoca sensación de bienestar psicofísico.³⁶ 	Enfermera y familia	Apoyo educativo.

³⁵ Rodríguez Guevara Camila, Lugo Luz Helena.. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana. Rev. Colombiana de Reumatología. 2012 [internet][acceso 2018 abril 25] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232012000400004

³⁶ Tesone Juan Otimio. Lesión de la médula espinal[Internet][acceso el día 15 de diciembre del 2017]disponible en : <https://www.inareps.gov.ar/wp-content/uploads/2016/07/LESION-MEDULAR-Inareps.pdf>



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



<p>4. Mantener los barandales en alto, mientras el paciente se encuentre en cama.</p>	<p>Ponen en funcionamiento los mecanismos que nos permiten movernos, ya que controlan nuestra postura. El tronco juega un papel importante en este control.</p> <p>4. Las caídas resultan traumáticas, con lesión de tejidos blandos o fracturas de diversa índole, la gravedad de las consecuencias se medirá en términos de pérdida de autovalencia, complicaciones del estado clínico inicial, y de los costos para el paciente.</p>		
---	---	--	--



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



Diagnóstico de enfermería: Desgaste del cuidador primario R/C Secuelas de traumatismo craneoencefálico de la persona bajo su cuidado M/P Cansancio, agotamiento, dolor muscular en espalda, hombros y cuello, Test de Zarit puntuación 76/88 , (considerando como sobrecarga intensa)			
Objetivos de la persona: No sentirme cansada y frustrada la mayor parte del tiempo.			
Objetivo de enfermería: Brindar apoyo emocional y evitar complicaciones y/o enfermedades por sobrecarga.			
Intervención de enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> Valoración de acuerdo al test de Zarit (ver anexo 9) Escuchar al cuidador primario sobre todas las emociones que presenta con la patología de su hijo y así poder identificar algún tipo de problema emocional o físico. 	<ol style="list-style-type: none"> Los cuidadores domiciliarios precisan de mucho apoyo, porque atender a un enfermo en casa representa un cambio muy sustancial en sus vidas para el que están muy pocos preparados. necesitan comprensión de sus problemas, cuidados de salud y educación sobre cómo atender a los enfermos. la labor de proporcionar cuidados constantes al enfermo por un tiempo prolongado, produce con frecuencia en el responsable de la asistencia, astenia, fatiga, sensación de fracaso, deshumanización de la asistencia, insomnio, síntomas somáticos, pérdida del sentido de la prioridad, estado depresivo, aislamiento social.³⁷ El cuidador principal debe dejarse ayudar y procurar distribuir el trabajo en forma más equitativa y aceptar relevos para su descanso y pedir a los familiares, amigos o vecinos que le hayan manifestado alguna vez su deseo de apoyarle, que le sustituyan para poder descansar o cambiar de actividad y tener tiempo para sí mismo, a fin de evitar el agotamiento emocional.³⁸ 	enfermera y familia	apoyo educativo.

³⁷ EXPOSITO CONCEPCION, Yaquelín. LA CALIDAD DE VIDA EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON CANCER. *Rev haban cienc méd* [online]. 2008, vol.7, n.3. ISSN 1729-519X. { Internet} [Acceso 2018 diciembre 15] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004

³⁸Rangel D. N. ,Hospital General “Manuel Gea González” Manual de Apoyo para Cuidadores Primarios Cuidarnos para cuidar mejor.[Internet],(Acceso 2018 diciembre 15) Disponible en: <http://www.cuidadospaliativos.org/uploads/2014/10/guia-de-solucion-de-problemas.pdf>



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



<p>3. Orientar al cuidador primario sobre algunas de estrategias de distracción y/o descanso, para fomentar el autocuidado y evitar enfermedades (Ver anexos 34-35)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Caminatas de 30 minutos diarios. ➤ Asistencia a talleres de su agrado. Practicar yoga. ➤ Evitar el aislamiento. <p>4. Implementación de aromaterapia (ver anexo 25)</p> <p>5. Practica de meditación consciente</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Imágenes guiadas. ➤ Escribir acerca de su sentimiento. 	<p>3. La cuidadora familiar es una persona sana en un proceso de transición, no es una paciente, por lo tanto el sentido del cuidado debe estar orientado en identificar sus necesidades de ayuda y acompañamiento desde una perspectiva del trabajo conjunto y autónomo.³⁹</p> <p>A través de actividades físicas como: caminatas, los ritos tibetanos, paseos de orientación, ejercicios yoga y el Tai Chi el estado emocional y disminuye el nivel de ansiedad de los cuidadores, colaborando en el desarrollo afectivo, social, intelectual y motor, que necesitan para cuidar a sus familiares enfermos.⁴⁰</p> <p>4. Puede ayudar a reequilibrar situaciones o ciertos síntomas latentes, al permitirle a la persona relajarse profundamente, dejar ir todos sus problemas aunque sea por un momento y es tan poderoso que puede activar la propia habilidad del cuerpo para auto sanarse.⁴¹</p> <p>5. El entrenamiento de la mente a través de la práctica de técnicas de meditación colabora de manera natural con la evolución de la vida: favoreciendo la felicidad, facilitando el entendimiento, promoviendo acciones para el bien común y facilitando la adaptación a la vida.⁴²</p>		
---	--	--	--

³⁹ Ferré-Grau C; Rodero-Sánchez V; Cid-Buera D; Vives-Relats C; Aparicio-Casals MR. Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria. Tarragona:Publidisa ; 2011.

⁴⁰ Rodríguez Pérez María de Lourdes, Díaz Rodríguez Ariel, Díaz Pedro Aciel Rodríguez. Actividad física: alternativa para disminuir el estado de ansiedad en cuidadores de enfermos de Alzheimer aplicada en la Provincia de Pinar del Río, Cuba .Pódium[En línea] 2016 [2018/27/11] 11(1) .Disponible en : <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6174075.pdf>

⁴¹ Sánchez Martha. Llambí. Fundamentos de la Aromaterapia. 2012[Internet] [Acceso 2018 diciembre 15] Disponible en: http://marthasanchezllambi.com/textos/fundamentos_de_la_aromaterapia.pdf

⁴² Fraga Affonso Ana Luisa. Efectos neurobiológicos de la Meditación. Yoga Científico en Udelar para la Educación, la Salud y el Bienestar. Montevideo. 2015



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



Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión por presión R/C Reposo prolongado ,piel seca y dieta desequilibrada MNA 20/30			
Objetivos de la persona: Tener más hidratada mi piel y comer mejor.			
Objetivo de enfermería: Mantener hidratada la piel y evitar lesiones por presión.			
Intervención de enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener la piel limpia y seca (utilizar agua tibia y jabones neutros). 2. Aplicar cremas hidratantes si el paciente tiene la piel seca. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Óxido de Zinc hace un efecto barrera y repele las agresiones químicas que provocan la orina y las heces o las agresiones físicas como el roce de las sábanas. ➤ El extracto de Aloe tiene propiedades calmantes y nutritivas. Se pueden aprovechar los momentos de cambios posturales o cambios de pañal para lubricar la piel. 3. Hacer cambios posturales cada 2 o tres horas siguiendo una rotación determinada. (Ver anexo 22) 4. Dieta rica en proteínas, hidratos de carbono y grasas. (Ver anexo 24). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La humedad secundaria a los líquidos de los drenajes y los exudados de las heridas así como de la orina y heces son factores de riesgo para el desarrollo de LPP. 2. El aporte hídrico es indispensable para la prevención de LPP ya que la piel hidratada tiene menos riesgo de lesionarse. Estudios realizados demuestran que los productos hidratantes aceleran la regeneración de la función protectora de la piel. Cuando se apliquen cremas hidratantes (emolientes) hay que hacerlo en pequeñas cantidades, aplicándolas suavemente, sin masajear y confirmando su completa absorción. 3. La movilización y cambios posturales minimizan el efecto de la presión como causa de LPP. La inactividad contribuye a la contractura y atrofia muscular; cambios peri articulares y articulares. 4. Un buen soporte nutricional no solo favorece la cicatrización de las LPP, también evita su aparición (la pérdida de grasa y tejido muscular disminuye la protección sobre las prominencias óseas) y las complicaciones locales como infecciones.⁴³ 	Enfermería/ Familia	Apoyo educativo.

⁴³ Guía de práctica clínica: Prevención y tratamiento de úlceras por presión en primer nivel de atención [internet] [acceso el día 15 de diciembre del 2017] Disponible en : <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/105GER.pdf>



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



Diagnóstico de enfermería: Conocimientos deficientes sobre la salud bucal **R/C**, Índice de higiene oral ineficaz (IHOS) 4. **M/P:** Deterioro de la dentición, Halitosis ,presencia de caries y sarro dental en la mayoría de las piezas dentarias

Objetivos de la persona: Que mis dientes se vean mejor.

Objetivo de enfermería: Mejorar la higiene bucal.

Intervención de enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
1. Dieta equilibrada baja en azúcares alta en calcio y fósforo. (Ver anexo 24) ➤ El calcio se encuentra en los lácteos como: Yogures, quesos, leche, mantequilla, etc. ➤ El fósforo en: almendras, el ajo, la avena, el maíz, las lentejas, las coles, la manzana, el arroz, etc. 2. Higiene bucal después de cada comida. (Ver Anexo 21) 3. Recomendación para asistir con el especialista dental.	1. Calcio y fósforo importantes para el mantenimiento estructural de los dientes y remineralización: Fenómeno que consiste en el remplazo de los minerales que el diente ha perdido previamente y su consecuente reparación. Las bacterias en la boca que causan la caries se alimentan del azúcar y producen ácidos que atacan el esmalte de los dientes ⁴⁴ 2. La higiene dentaria barre los residuos y los microbios que provocan las caries y la enfermedad periodontal ("piorrea"). Por donde pasan eficazmente el cepillo dental y el hilo. 3. Un profesional logrará limpiar y barrer, sobre todo el sarro que se aferra tanto a la dentadura que no puede ser eliminado con un simple cepillado ni enjuagues bucales	Persona y enfermería.	Parcialmente compensatorio.

⁴⁴ Carrillo Sánchez Carlos. Desmineralización y remineralización [internet] [acceso el día 12 de diciembre del 2017] Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od101g.pdf>



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



Diagnóstico de enfermería: Depresión R/C: Discapacidad física M/P: Tristeza, baja autoestima, sentimientos de culpa y deseos de morir. Hamilton 14/23 Distimia			
Objetivos de la persona: Socializar con sus amigos y familia. Regresar a estudiar.			
Objetivo de enfermería: Motivar a la para realizar diversas actividades que lo mantengan ocupado y eliminar su estado de depresión.			
Intervención de enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<p>1. Refuerzo positivo al mantenimiento de actividades habituales anteriores a la patología. comenzando por las actividades de preferencia con criterio realista en función de la relación aporte/consumo de energía:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paseo diario. ✓ Actividades de aseo y arreglo personal. ✓ Colaboración en actividades domésticas. ✓ Actividades de ocio elegidas. <p>2. Enseñar a las personas implicadas en las distintas esferas sociales del paciente a manejar las situaciones, mostrando tolerancia y ofreciendo ayuda.</p> <p>3. Refuerzo positivo a las verbalizaciones de deseo de independencia y de sentido de responsabilidad de la persona.</p>	<p>1. Se ha demostrado que el dejar que el paciente se sienta independiente ayuda a mejorar de una manera muy efectiva el proceso de su enfermedad.⁴⁵</p> <p>2. Se ha demostrado que el apoyo social, brindado a través del de las redes de apoyo formal e informal, por su efecto amortiguador del estrés, es un factor tan determinante en la rehabilitación del paciente como la magnitud de la lesión y el tratamiento recibido.⁴⁶</p>	<p>Persona y enfermería.</p>	<p>Parcialmente compensatorio.</p>

⁴⁵ Pérez Rojas .J .E. A. Torres Arreola, P. La discapacidad por traumatismos craneoencefálicos Apoyo social a la rehabilitación.2015 50(3): PP 250-261

⁴⁶ Carrillo Sánchez. Carlos. Desmineralización y remineralización [internet] [acceso el día 12 de diciembre del 2017]Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od101g.pdf>



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



Diagnóstico de enfermería: Desinterés por el tratamiento de rehabilitación R/C Conocimientos deficientes sobre la progresión de las secuelas de traumatismo craneoencefálico, M/P Espasticidad y disminución de la fuerza muscular.			
Objetivos de la persona: Conocer más acerca de que ocurrirá con mi situación.			
Objetivo de enfermería: Fomentar el autocuidado mediante la información centrada en la patología			
Intervención de enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración de la escala de apego terapéutico EAT. (Ver anexo 12) 2. Fomentar el autocuidado. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Llevar una dieta equilibrada. ➤ Apego al tratamiento de rehabilitación. ➤ Realizar actividades recreativas. 3. Refuerzo positivo al mantenimiento de actividades habituales anteriores a la patología. comenzando por las actividades de su preferencia con criterio realista. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La información proporciona herramientas para que una persona pueda llevar una buena calidad de vida en todos sus aspectos.⁴⁷ 2. El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben de llevar a cabo deliberadamente por si solas o debe haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado se debe aprender y se debe de desarrollar de manera deliberada y continua. 3. El trabajo constituye, una importante vía de desarrollo personal y una incorporación plena a nuestra sociedad. En este sentido, el trabajo más que un fin en sí mismo es un medio para conseguir diferentes aspectos como son: una imagen más positiva y útil de uno mismo, el reconocimiento social, la estructuración del tiempo, la pertenencia a un grupo social, el aumento en la cantidad y calidad de interacciones sociales. 	Familia y enfermería.	Apoyo educativo.

⁴⁷ Soria Trujano, Rocío; Vega Valero, Cynthia Zaira ; Nava Quiroz, Carlos. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Altern. psicol.* [online]. 2009, vol.14, n.20 [citado 2018-11-27], pp. 89-103. Disponible en: pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008

SEGUNDA VALORACIÓN APLICADA AL PROCESO DE ENFERMERIA

Valoración del déficit de autocuidado.

Se aplica la exploración física el día 15 de marzo del 2018.

Factores descriptivos del individuo.

Nombre: M.R.I.S. **Edad:** 24 años **Sexo:** Masculino

Signos vitales: FC: 68 FR: 19 T/A: 118/71 Temperatura 36.6^o

Somatometría: Talla 161 cm, **Peso** de 72 kg IMC: 27.79 preobesidad.

Cintura: 89 cm.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire:

A valoración de la escala de disnea Sadoul se obtiene una puntuación de 0/5 Ausencia de disnea (**Ver anexo 4**) lo que demuestra una gran mejoría debido a la realización de la reeducación respiratoria. (**Ver anexo 20**).

Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua:

Consume 1.5 Litros de agua durante el día, 2 vasos de leche, 1 Vaso de jugo y 1 un vaso de refresco durante el día. Al interrogatorio señala que la ingesta de refresco ha disminuido.

Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos:

Ingiera alimentos tres veces al día, consume cereales 5 días a la semana, tubérculos 3 veces a la semana, lácteos los 7 días de la semana dos veces al día, carnes 4 veces a la semana, leguminosas 4 veces a la semana, verduras 5 días a la semana, frutas 4 días a la semana dos veces al día, consumo de bebidas gaseosas 5 días a la semana, 4 veces durante el día. De acuerdo a la evaluación del estado nutricional (Mini Nutritional Assessment MNATM) puntaje obtenido de 20 la persona se encuentra en riesgo de malnutrición. (**Ver anexo 10**) Generalmente queda satisfecho con la dieta. A la valoración del IMC se obtiene una puntuación de 27.29 identificado como pre obesidad.



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

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

Heces: color café, olor característico, consistencia semi-sólida, cantidad abundante, presentando solo 1 a 2 evacuaciones al día. Escala de Bristol 3 (Normal) **(Ver anexo 15)**

Orina: A la valoración de la escala de la orina se obtiene una puntuación 3/ 8 hidratación adecuada **(Ver anexo 16)**. Presenta 6 micciones espontáneas en pañal durante el día, color amarillo claro, olor suave.

Hábitos higiénicos:

Se le realiza baño de esponja en cama todos los días por la mañana, solo se lubrica y humecta la piel 1 vez al día después del baño, lavado de manos antes de cada alimento. Se le cortan las uñas cada 5 días. El cepillado de dientes lo hace 2 veces al día. De acuerdo al índice de higiene oral simplificado (IHOS) puntaje obtenido de 3 la higiene bucal del paciente es regular. **(Ver Anexo 17)**

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Duerme 8 horas durante la noche, despertando constantemente por presencia de dolor en ambos miembros pélvicos. Con una puntuación de la escala EVA (escala visual análoga) 6/10 que da como resultado un dolor fuerte de tipo somático: Localizado en la articulación coxofemoral, constante por las noches. **(Ver anexo 13)**

De acuerdo a la escala de Braden. Para úlceras por presión, la puntuación obtenida fue de 14 puntos, dando como resultado un riesgo de lesión por presión moderada. **(Ver anexo 8)**

Conforme al índice de Barthel (valoración de las actividades de la vida diaria) se obtuvo una puntuación total de 10, lo que representa dependencia total del paciente en las actividades básicas de la vida diaria. **(Ver anexo 5)**

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

La persona refiere estar la mayor parte del tiempo, decaído, apático con su vida. Conforme la escala de depresión de Hamilton se obtuvo una puntuación de 8 encontrando con esto depresión menor. **(Ver anexo 2)**

Su cuidador primario: La madre, refiere sentirse cansada, sola y estresada por falta de tiempo y dinero para ayudar a su hijo. Conforme escala Zarit se obtuvo una puntuación de 68/88 dando como resultado una sobrecarga intensa. **(Ver anexo 9)**



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

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

Se le había comentado a la madre que existen alteraciones visuales de ojo izquierdo, por lo cual se le sugirió ir a consulta con un especialista, refiriendo que ya se le realizó el examen de la vista y solo están en espera de los lentes.

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

La Licenciatura sigue trunca después del accidente, comenta que tiene el deseo de regresar a terminar su licenciatura, convivir con sus amigos y familia como antes. Se consigue la consulta a psiquiatría. Por lo que la persona refiere sentirse más animado ya que desea que un psiquiatra lo ayude.

Tanto la persona como su madre comentan que han visto muchos avances en la movilidad y fuerza ya que puede sostener su cuerpo cuando lo sientan, y mueve mejor su extremidad superior izquierda lo que antes no conseguía, él espera poder moverse más y realizar actividades básicas por sí solo.



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

Valoración Focalizada

Factores descriptivos del individuo.

Nombre: M.R.I.S. **Edad:** 24 años **Sexo:** Masculino

Signos vitales: FC: 68 FR: 19 T/A: 118/71 Temperatura 36.6^o

Somatometría: Talla 161 cm, **Peso** de 72 kg IMC: 27.79

Cintura: 94 cm.

Exploración física

Hábitus exterior: Se encuentra en sillón, con movilizaciones cada 2 horas por parte de su cuidador primario. No realiza funciones de pinzas fina y gruesa en mano izquierda. Por lo que se le implemento una ayuda técnica para la toma de alimentos (**Ver anexo 36**)

Actitud postural: En Sedestación con: Cabeza: a la neutra, Cuello: a la neutra con ligera inclinación lateral, Codo izquierdo: En semiflexión. Codo derecho a la neutra. Hombros en semiflexión y leve abducción, Carpos: A la neutra el derecho y ligera flexión del izquierdo. Dedos: En semiflexión. Caderas: en semiflexión y abducción. Rodillas: En semiflexión. Pies: A la neutra. Edad aparente similar a la cronológica.

Marcha: No valorable.

Reflejos de estiramiento muscular: Brazo derecho C5, C6, C7: normal (2), Brazo izquierdo: C5, C6, C6: Aumentado (3), pierna derecha e izquierda aumentados (3), pierna derecha e izquierda: S1 en Hiperreflexia (+++).

Nervios craneales: I: integro. II: Disminución de la agudeza visual del lado izquierdo. Reflejo foto motor: Disminución de la respuesta de la luz del lado izquierdo. III, IV: movimientos oculares normales. V: Trigémino: Presencia de e hiperestesia lado derecho, izquierdo normal. VI Integro. VII: simetría facial en reposo y en actividad. VIII: previa otoscopia, reflejo cocleopalpebral presente bilateral, no nistagmos. IX y X: integro, simetría de paladar, y úvula central. Así como signos vitales dentro de parámetros normales. XI: simetría de trapecio y esternocleidomastoideo en reposo, así como en la actividad. XII: lengua central, sin fasciculaciones y trofismo conservado.



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

Cabeza y cuello: Cráneo: normocéfalo, con inadecuada implantación de cabello y adecuados pabellones auriculares. Cejas normales, Ojos simétricos, con pupilas isocóricas y normorreflécticas. Conductos auditivos permeables. Nariz central, narinarias permeables. Cavidad oral con inadecuada hidratación, úvula central, paladar alto, dentición incompleta, higiene bucal basándonos en la escala de IHOS se obtuvo una puntuación de 1.7 dando como interpretación una higiene bucal regular.

Cuello cilíndrico, móvil, sin adenomegalias, pulsos carotídeos presentes, tráquea central.

Tórax: Simétrico, piel íntegra, adecuada higiene, no dolor a la palpación, a la percusión con claro pulmonar en región superior, media e inferior de ambos hemitórax. Auscultación con murmullo vesicular presente, normal, sin agregados. Corazón rítmico, adecuada intensidad, no fenómenos agregados.

Abdomen: Plano, peristalsis presente, timpánico a la percusión, no dolor a la palpación superficial ni profunda, no palpo hepatomegalia ni esplenomegalia. No datos de irritación peritoneal.

Tronco: Piel íntegra, no cambios de coloración, columna con convexidad hacia la izquierda, control de tronco regular.

Miembros torácicos: Íntegros, simétricos, piel sin alteraciones, arcos de movilidad completos en mano derecha e incompletos en mano izquierda, Supinación 50°. Hombro flexión 180°/140°, abducción 180°/140° rotación interna en horizontal completa y rotación externa 20°. Movimientos activos no dolorosos, reflejos de estiramiento muscular bicipital, estiloradial, tricipital: 2 en brazo derecho y en brazo izquierdo: 3. Contracturas en pectoral mayor, menor bilateral y dorsal ancho con contractura, trofismo conservado. Sensibilidad normal del lado izquierdo, hiperestesia e hiperalgesia del lado derecho.

Tono aumentado: En hombro: extensión: 0/1, Codo: extensión 0/2, flexión 0/1+. Muñeca: extensión 0/1+. Supinación/pronación 0/0 Llenado capilar 2 segundos. Trofismo conservado.

Fuerza muscular: Hombros: abducción 3/2. Codos: flexión 4/2, Carpos: extensión 4/1.



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

MANO IZQUIERDA:

Grados	Metacarpo falángicas	Interfalangicas proximales	Interfalangicas distales.
Primer dedo	49°	97°	
Segundo dedo	82°	90°	70°
Tercer dedo	90°	100°	75°
Cuarto dedo	95°	110°	77°
Quinto dedo	96°	100°	80°

Elaborado por: Lic. En Enfermería Trejo Contreras Lidia Yoana.

Miembros pélvicos: íntegros, arcos de movilidad pasivos incompletos:

Cadera: Flexores de cadera: 100°/80°, extensores de cadera: 12°/12°, rotación interna 10°/20°, rotación externa 20°/28°, abducción 25°/20°, aducción 10°/20°.

Rodilla: flexión 30°/30°, extensión 10°/12°. Pie flexión: 30°/50°, extensión: 20°/30°, inversión 10°/11°, eversión 30°/10°. Movimientos activos no dolorosos. Reflejos de estiramiento muscular: Patelares o L3: 3/3 Reflejos aquiliano o S1: 4/4 Contractura de flexores de cadera (Thomas) 50/18. Isquiotibiales 60/80. Aductores distancia cóndilo mesa 24/14.

Tono muscular aumentado para flexores de cadera 2/1. Exensores de cadera 1/1. Exensores de rodilla 1/1. Exensores de tobillo 1/1. Trofismo conservado. Sensibilidad normal del lado izquierdo, hiperestesia e hiperalgesia del lado derecho.

Fuerza muscular: Flexores de cadera 2/1, extensores de rodilla 2/1, dorsiflexores 1/2. Llenado capilar 2 segundos.

Genitales: acordes al sexo, tanner IV, con prepucio retráctil, sin secreciones.



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

Jerarquización de problemas:

❖ **Funcionalidad para las actividades básicas de la vida diaria**

Escala de Barthel, 20/100, dependencia total para las AVD.

❖ **Espasticidad**

En ambos miembros pélvicos y miembro superior izquierdo, contractura en musculo dorsal ancho, pectorales. Contractura en flexión codo, muñeca, cadera rodilla y tobillo. Escala de Ashworth modificada: Hombro 0/1 flexores y extensores. Codo 0/2 flexores y extensores 0/1+. Muñeca 0/1+ flexores y extensores. Cadera 2/2 flexores y extensores 1/ 2. Aductores: 2/3. Rodilla 3/3 flexores y extensores 1/1+. Tobillo 2/3 flexores.

❖ **Disminución de la fuerza muscular**

Escala de Daniel's Hombro: 3/2 Flexores de Codo 4/2. Extensores. Carpo 4/1. Flexores de Cadera 2/1. Aductores 2/2 Extensores de rodilla: 2/1. Extensores de tobillo 1/1.

❖ **Riesgo de caídas**

Escala de Downton con puntuación de 4.

❖ **Estado de mal nutrición**

Test evaluación del estado nutricional (Mini Nutritional Assessment MNA TM) obtuvo una puntuación de 17/30 puntos diagnosticado como riesgo de malnutrición. A la valoración del IMC se obtiene una puntuación de 27.29 identificado como sobrepeso.



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



Diagnósticos de la Revaloración.

Diagnóstico de enfermería: Dificultad para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria R/C Limitación a la movilidad. M/P Disminución de la fuerza muscular bilateral, en miembros superiores e inferiores 5/2 (Daniel's). Espasticidad de miembros superiores 0/1+ (Ashworth) y 1+/1+ miembros inferiores. Dependencia total para las ABVD 20/100 (Barthel)			
Objetivos de la persona Ser independiente para hacer mis actividades y poder trasladarme de un lugar a otro.			
Objetivo de enfermería Facilitar el movimiento en las extremidades superiores e inferiores, logrando así aumentar la independencia del paciente			
Intervención de enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> 1. Toma de constantes vitales previo a las movilizaciones pasivas. 2. Movilizaciones pasivas de las extremidades superiores e inferiores en decúbito supino. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Flexión y extensión de hombro ➤ Flexión y extensión de codo. ➤ Flexión y extensión de muñeca. ➤ Flexores, extensores y aductores de cadera. ➤ Flexores y extensores de rodilla. ➤ Flexores de tobillo (Ver Anexo 19) 3. Aplicación de un programa de ejercicios terapéuticos para fortalecimiento de caderas. (Ver anexo 18) 4. Aplicación de compresas húmedo-calientes durante 20 minutos previos a las movilizaciones pasivas, valorando continuamente la piel y 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados.⁴⁹ Son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Frecuencia Cardíaca .Frecuencia Respiratoria .Presión Arterial ○ Temperatura Corporal .Oximetría de Pulso. 2. Las movilizaciones ayudan a mantener el tono y la actividad contráctil, evitar los acortamientos musculares, desarrollar fuerza y aumentar la resistencia en la fatiga. 3. Estos ejercicios permiten el control del equilibrio en sedestación y evitan posturas inadecuadas por inmovilidad. 4. Las compresas húmedas –calientes a nivel muscular producen relajación, son antiespasmódicas, disminuye la fatiga, la excitabilidad y aumenta la elasticidad muscular.⁵⁰ 	Persona y enfermería.	Parcialmente compensatorio

⁴⁹ Universidad Pedro Valdivia. Guía clínica de control de signos vitales[Internet][acceso el día 15 de diciembre del 2017]disponible en: <https://goo.gl/vvXtTs>

⁵⁰ Martín Cordero Jorge Enrique. Agentes físicos Terapéuticos [internet] [acceso el día 16 de diciembre del 2017] Disponible en : <https://mundomanuales.files.wordpress.com/2012/07/agentes-fisicos-terapeuticos.pdf>



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



<p>verificando que no existen lesiones cutáneas. (Ver anexo 17)</p> <p>5. Prevenir actitudes viciosas, fomentando la utilización de ortesis y/o férulas.</p> <p>➤ OTP La cual fue prescrita en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Con recomendación de usarla todos los días por las noches. (Ver anexo 29)</p> <p>➤ Férula metacarpo falángica implementada (Ver anexo 28)</p>	<p>5. Permiten mantener la posición y el estiramiento de los músculos espásticos durante períodos prolongados.⁵¹</p> <p>Sus beneficios son :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Corregir el pie hasta la mejor posición funcional para proporcionar estabilidad al tobillo. ○ Para hacer redistribución de carga corporal. ○ Asistir en la bipedestación y la marcha. ○ Prevenir y/o corregir deformidades. ○ Mantener y/o incrementar el rango de movimiento. ○ Evitar daño de la articulación y de los ligamentos.⁵² <p>Reduce el tono flexor en pacientes con espasticidad significativa además de la prevención de “mano en garra” o el acortamiento muscular permanente (contractura).</p> <p>Sus Beneficios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Incrementar el rango de movimiento. ○ Aplicar tracción para corregir o prevenir contracturas. ” ○ Ayudar a prevenir o corregir deformidades manteniendo el alineamiento. ” ○ Asistir en mejorar una función deteriorada. ○ Aliviar el dolor. ” ” ○ Servir vínculo para dispositivos de asistencia (AVD). 		
---	--	--	--

⁵¹ Vivancos Matellano F, S.I. Pascual Pascual. Guía del tratamiento integral de la espasticidad [internet] [acceso el día 15 de diciembre del 2017] Disponible en : <https://goo.gl/1qJKeV>

⁵² Villa Parra Ana Cecilia. Sistema de control para asistir el movimiento de dorsiflexión de pie caído en la fase de oscilación de la marcha en pacientes hemipléjicos.[Maestría en ingeniería electrónica] .Bogotá: pontificia universidad javeriana , Facultad de ingeniería.2011



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



<p>6. Masoterapia. (Ver anexo 30)</p> <p>7. Estimulación vestibular. (Ver anexo 33)</p> <p>8. Aplicación de método Bobath. (Ver anexo 31)</p> <p>9. Aplicación del método Rood. (Ver anexo 32)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cepillado suave de músculos antagonistas ➤ Estiramiento lento para músculos sóleo, cuádriceps, extensores lumbares y cervicales. Contracciones repetidas no 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bloquear movimientos inadecuados de una articulación (estabilización).⁵³ <p>6. El masaje estimula los mecanorreceptores cutáneos y conduce a una disminución del tono por inhibición motoneuronal¹². Se considera eficaz el masaje rítmico, profundo y suave (con o sin miorrelajante: salicilato de metilo).</p> <p>7. Oscilaciones suaves del paciente espástico apoyado sobre un cilindro o un balón de reeducación suelen ser eficaces para disminuir el hipertono general.</p> <p>8. Inhibición reflejos tónicos anormales por reducción o estabilización de la hipertonía. – Facilitación de reflejos posturales normales de enderezamiento y equilibrio con progresión hacia una actividad funcional normal.⁵⁴</p> <p>9. Un manejo adecuado de estímulos sensoriales se consigue una mejor respuesta muscular debida a una normalización del tono, por medio de una evocación controlada de respuestas motoras reflejas; estímulos basados en el desarrollo sensomotor y graduados para lograr una respuesta motriz refleja que nos lleve a un mayor nivel de control.</p>		
---	--	--	--

⁵³ Kim, E, Chang, M, Seo, J, Jang & S, Song. J. (2013) The Effect of a Hand-Stretching Device During the Management of Spasticity in Chronic Hemiparetic Stroke Patients. Ann Rehabilitación Med, (37), pp. 235-240. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23705119>

⁵⁴ Jiménez Treviño Carlo Manuel. Neurofacilitación. Técnicas de Rehabilitación neurológica. 3ª ed. México: Trillas, 2016



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



<p>resistidas en aductores de hombro y cadera espásticos, flexores de codo y dedos.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Repetición de estímulos facilitadores; p.ej., Golpeo en talón mano mientras paciente estira su miembro con la mano abierta.➤ Empleo de un cono hueco para reducir el tono en mano (sin que se produzca reflejo de prensión. Presiones en tendones superficiales, vibración, presión en palmas, en hueso pisiforme.⁴⁸			
--	--	--	--

⁴⁸ Vargas Sossa. Daza LE. Arrieta N, Y. A Lilian. Aportes de los métodos Bobath y Rood en el tratamiento fisioterapéutico del paciente con lesión de neurona motora superior. Umbral Científico [Internet]. 2006;(8):73-81. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30400809>



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



Diagnóstico de enfermería: Riesgo de caídas R/C: Disminución de la fuerza muscular Daniel's 5/2, escala de Downton 4 puntos riesgo medio para caídas, Tinetti para el equilibrio 0/16 alto riesgo de caídas.			
Objetivos de la persona: No caerme al intentar moverme.			
Objetivo de enfermería: Prevención de caídas que puedan ocasionarle una complicación al paciente.			
Intervención de enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas tales como barreras arquitectónicas: suelo resbaladizo, desniveles pronunciados, pasillos con poca luz. Alfombras. Etc. Valoración de escala de Tinetti para el equilibrio. (Ver anexo 11) Valoración de la escala de Downton para riesgo de caídas (Ver anexo 3) Entrenamiento del equilibrio en sedestación y fortalecimiento en el control del tronco. (Ver anexo 31) 	<ol style="list-style-type: none"> Es importante garantizar la seguridad y accesibilidad en casa, ya que de no ser así aumenta la vulnerabilidad a las caídas. Es muy útil observar la capacidad para efectuar transferencias de la cama al sillón o viceversa y observar su estabilidad en la posición de sentados. Las alteraciones de la marcha y el equilibrio son los principales factores que generan caídas, con. La escala de Tinetti de marcha y equilibrio ha demostrado ser una herramienta válida y confiable para la evaluación de la movilidad, además, tiene una alta fiabilidad inter-observador.⁵⁵ La movilización de todo el cuerpo evita las retracciones y deformidades, mantiene la fuerza de las partes sanas, mejora la circulación sanguínea y el buen funcionamiento de los órganos, 	Enfermera y familia	Apoyo educativo.

⁵⁵ Rodríguez Guevara Camila, Lugo Luz Helena; Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana. Rev. Colombiana de Reumatología. 2012 [internet][acceso 2018 abril 25] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232012000400004



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



<p>4. Mantener los barandales en alto mientras el paciente se encuentre en cama</p>	<p>evita la descalcificación ósea (osteoporosis), previene las fracturas y provoca sensación de bienestar psicofísico.⁵⁶</p> <p>4. Las caídas resultan traumáticas, con lesión de tejidos blandos o fracturas de diversa índole, la gravedad de las consecuencias se medirá en términos de pérdida de autovalencia, complicaciones del paciente, estado clínico inicial, y de los costos para el paciente.</p>		
---	---	--	--

⁵⁶ Tesone Juan Otimio, Lesión de la medula espinal[Internet][acceso 2017 diciembre 15] Disponible en : <https://www.inareps.gov.ar/wp-content/uploads/2016/07/lesion-medular-inareps.pdf>



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



Diagnóstico de enfermería: Aumento de peso corporal (preobesidad) **R/C:** Estilo de vida sedentario a consecuencia de la triparexia, disminución de la actividad física y malos hábitos dietéticos **M/P:** Puntaje de 20/30 al test evaluación del estado nutricional (Mini Nutritional Assessment MNA™) diagnosticado como riesgo de malnutrición. IMC 27.29 identificado como pre obesidad.

Objetivos de la persona: Llegar a mi peso normal.

Objetivo de enfermería: Fomentar la ingesta de alimentos balanceados, mediante información nutricional.

Intervención de enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración del índice de masa muscular. (IMC) e índice cintura cadera (ICC) (ver anexo 14) 2. Orientar a la persona disminuir la ingesta de comida chatarra, y/o que modere la cantidad en la ingesta de alimentos. Canalización a un nutriólogo. 3. Sugerir la ingesta de 2 a 4 porciones de verduras y frutas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El IMC se utiliza para clasificar el estado ponderal de la persona, y se calcula a partir de la fórmula: peso (kg)/talla(m2). Se trata de un cálculo común tanto para hombres como para mujeres.⁵⁷ México pertenece a las naciones con mayor obesidad en adultos en el mundo, esto de acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) la cual está compuesta por 35 países alrededor del mundo, con representación de cada continente. 2. La mejor manera de prevenir el sobrepeso, la obesidad y muchas otras enfermedades asociadas a la misma es mantener un estilo de vida saludable. 3. Las F/V poseen diversos elementos que podrían ayudar a conservar peso. Su contenido de fibra y baja carga glucémica, la cual produce 	Familia y enfermería.	Apoyo educativo.

⁵⁷ SEEDO, Sociedad Española para el estudio de la Obesidad, IMC (Citado 25/04/18) Disponible desde: <http://www.seedo.es/index.php/imc#page>



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



<p>4. Evitar alimentos altos en grasa como lo son mantequilla, papas fritas, comida rápida, tocino, leche entera, nata, embutidos.</p> <p>5. Evitar bebidas gaseosas y con edulcorantes, aumentar la ingesta de agua natural. (Ver anexo 23).</p> <p>6. Proporcionar información mediante el plato del buen comer que muestra los tres grupos de alimentos que deben estar presentes en las tres comidas principales del día. (Ver anexo 24)</p> <p>7. Sugerir tomar los alimentos en horarios adecuados y regulares</p>	<p>picos de glucosa después de las comidas, podría incrementar la saciedad y de esta manera reducir la ingesta total de energía. Además, la sensibilidad a la insulina, la flora microbiana intestinal y el estado anabólico del tejido adiposo podría verse influenciado por la ingesta de polifenoles los cuales provienen de alimentos vegetales Todos estos componentes y elementos biológicamente activos pueden promover la estabilidad en el peso.⁵⁸</p> <p>4. Un excesivo consumo de grasa saturada puede provocar elevaciones en el colesterol sanguíneo, especialmente en personas predispuestas, y a largo plazo aumentar el riesgo cardiovascular.⁵⁹</p> <p>5. Las bebidas endulzadas como los refrescos, jugos, néctares, agua endulzada y leches saborizadas, contienen azúcares refinados, lo que contribuye a desarrollar sobrepeso y obesidad, por lo que deben evitar.</p> <p>6. Ningún alimento contiene todas las sustancias nutritivas que tu cuerpo necesita, por lo que se debe incluir diariamente alimentos de los tres grupos y variarlos.</p> <p>7. Esta es la mejor manera para mantener los niveles de energía y un peso corporal saludable. De esta forma se está menos propenso a comer de más o abusar del consumo de alimentos con alto contenido en grasas y azúcares refinados⁶⁰</p>	
---	--	--

⁵⁸ Bertoia L. Mónica. Manteniendo un peso saludable por medio del consumo de frutas y verduras. 2016.[internet] [acceso 2018 abril 25] Disponible en: http://www.5aldia.org/datos/60/1494243720_Octubre%202016%20Boletín%20Consumo%20de%20FyV.pdf

⁵⁹ Ortega M Rosa. Importancia de las grasas en la alimentación. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense. Madrid. [Internet][Acceso 2018 abril 25]Disponible en: http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/prejuicios_y_verdades_sobre_grasas.pdf

⁶⁰ Instituto Mexicano del seguro social. Nutrición. [Internet] [Acceso 2018/04/25] Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adolescentes/guiaadolesc_nutricion.pdf



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

Cambio de posiciones cada 2 horas.					❖	❖		❖	❖	❖	❖	❖	❖	
Técnica de respiración diafragmática.				❖		❖		❖		❖		❖		
Técnicas de relajación.				❖	❖			❖		❖		❖	❖	
Entrenamiento del equilibrio en sedestación.					❖		❖		❖	❖		❖	❖	
Ejercicios de fortalecimiento en extremidades inferiores.						❖	❖		❖		❖		❖	
Valoración de riesgo de caídas.	❖	❖		❖		❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖	
Aromaterapia.				❖	❖	❖	❖	❖	❖		❖	❖	❖	❖
Fomento de actividades relacionadas al ocio.				❖		❖		❖		❖		❖		
Fomentar el autocuidado.			❖		❖	❖		❖		❖		❖	❖	❖
Valoración de índice de masa muscular e índice cintura cadera		❖	❖				❖	❖				❖	❖	
.Aplicación de la jarra del buen beber.						❖	❖				❖	❖		
Implementación del plato del buen comer.					❖		❖					❖	❖	
Técnica de higiene bucal.					❖					❖			❖	
Masaje a marco cólico.				❖				❖					❖	
Educación sobre horarios de dietas, balanceada en calidad y cantidad.					❖		❖			❖			❖	
Valoración de heces.					❖				❖			❖	❖	
Plan de alta.														❖

7.6 Evaluación

7.6.1 Evaluación de las Respuestas de la Persona

Diagnóstico de enfermería: Dificultad para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria R/C Limitación a la movilidad.– M/P Disminución de la fuerza muscular bilateral, en miembros superiores e inferiores 5/2 (Daniel's). Espasticidad de miembros superiores 0/1+ (Ashworth) y 2/2 miembros inferiores. Dependencia total para las ABVD 10/100 (Barthel)

Objetivos de la persona: Se logró parcialmente ya que faltó mayor tiempo para realizar la rehabilitación.

Objetivo de enfermería: Se facilitó el movimiento en las extremidades superiores e inferiores incrementando algunas ABVD con las extremidades no afectadas.

Evaluación de las respuestas de las persona.

Intervenciones	Indicadores	14/11/2017	15/01/2018	02/03/2018	21/04/2018
	Toma de constantes vitales previo a las movilizaciones pasivas.	Tensión arterial.	I:140/82 T:130/80	I:130/80 T:124/78	I:128/68 T:121/72
Valoración de fuerza muscular:	Escala Daniel's 0: Ausencia de contracción. 1: Contracción sin movimiento. 2: Movimiento que no vence la gravedad. 3: Movimiento completo que vence la gravedad. 4: Movimiento con resistencia parcial. 5: Movimiento con resistencia máxima.	D/I 5/2	D/I 5/2	D/I 5/2	D/I 5/2
Movilizaciones pasivas de las extremidades superiores e inferiores en decúbito supino.	Valoración de goniometría: 1: Arco de movimiento activo	2	2	1	1



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

Asistido.					
2: Arco de movimiento pasivo.					
3 Arco de movimiento activo.					
Aplicación de un programa de ejercicios terapéuticos	2	2	3	4	
0: Muy mal					
1: Mal					
2: Regular					
3: Bien					
4: Muy bien					
Termoterapia.	2	3	4	4	
1:Nunca					
2:Algunas veces					
3:La mayoría de las veces					
4:Siempre					
Prevenir actitudes viciosas, fomentando la utilización de ortesis y/o férulas.	1	2	3	3	
1:Nunca					
2:Raramente					
3:Ocasionalmente					
4:Frecuentemente					
5:Muy frecuentemente					
Masoterapia	1	2	2	3	
0: Nunca					
1:Ocasionalmente					
2:Casi siempre					
3: Siempre					
Estimulación vestibular	0	2	3	3	
0: Nunca se aplicó.					
1: Ocasionalmente se aplico					
2: Casi siempre se aplicó.					
3: Siempre se aplico					
0: Nunca					
Aplicación de método Bobath		2	3	3	
1:Ocasionalmente					
2:Casi siempre					
3: Siempre					

Se observó que con la implementación de un programa de ejercicios, la aplicación de métodos de neurofacilitación y el uso adecuado de la compresa húmeda caliente previo a las movilizaciones la persona logró mayor rango de movilidad (asistida). La persona ya logra ser independiente en algunas actividades como el amarrarse las cintas de sus tenis.



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

Diagnóstico de enfermería: Insomnio **R/C:** Deterioro neuromuscular **M/P** : por presencia de dolor constante por las noches en ambos miembros pélvicos EVA de 6/10 Dolor fuerte.

Objetivos de la persona: Se cumplió adecuadamente ya que ha mejorado bastante y puedo dormir tranquilamente.

Objetivo de enfermería: Se logró disminuir considerablemente este síntoma.

Evaluación de las respuestas de las persona.

Intervenciones	Indicadores	14/11/2017	15/01/2018	02/03/2018	21/04/2018
Medir y registrar el dolor mediante la interpretación de la escala de Eva.	Escala de dolor: 0: Nada de dolor. 2 Poco dolor. 4: Dolor moderado. 6: Dolor fuerte. 8: Dolor muy fuerte 10: Dolor insoportable,	6/10	4/10	2/10	0/10
Termoterapia para manejo de dolor.	1: Nunca se aplico 2: Se aplicó ocasionalmente 3: Casi siempre se aplico 4: Siempre se aplicó.	0	1	2	2
Valoración de estado de la piel antes y después de colocar compresa caliente.	3.Excelente coloración 2.Adecuada coloración 1.Deficiente coloración 0. Mala coloración	0	2	2	3
Masoterapia.	1: Nunca se aplico 2: Se aplicó ocasionalmente 3: Casi siempre se aplico 4: Siempre se aplicó.	2	4	4	4

Se demostró que el uso de la compresa húmedo caliente en conjunto con la masoterapia redujo de manera importante la percepción del dolor, la persona manifiesta el deseo de continuar con las mismas intervenciones esto de manera continua.



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

Diagnóstico de enfermería: Dificultad respiratoria a las movilizaciones **R/C:** Disfunción neuromuscular, **M/P:** Disnea de pequeños esfuerzos 5/5 (Sadoul).

Objetivos de la persona: Se logró mi objetivo ya que en cada movilización respiro de una mejor manera.

Objetivo de enfermería: Se logró un mejoramiento considerable ya que se moviliza sin ninguna dificultad respiratoria.

Evaluación de las respuestas de las persona.

Intervenciones	Indicadores	14/11/2017	15/01/2018	02/03/2018	21/04/2018
Ejercicios respiratorios	Grado 0: Ausencia de disnea. Grado 1: Disnea de esfuerzos importantes Grado 2: Disnea al subir un único piso de escaleras Grado 3: Disnea durante la marcha normal por terreno llano Grado 4: La disnea se manifiesta con la marcha lenta Grado 5. Disnea ante los mínimos esfuerzos	Grado 5	Grado 4	Grado 2	Grado 2
Técnicas de relajación. Aromaterapia.	1: Muy inadecuado. 2: Inadecuado 3: Adecuado 4: Muy adecuado	1	2	3	4

Se confirmó que la aplicación de ejercicios respiratorios en conjunto con las técnicas de relajación y los hábitos alimenticios logró disminuir la dificultad respiratoria de la persona al moverse.
 La persona refiere sentirse contento por lo que alcanzó ya que anteriormente sentía miedo de que se complicara esta situación.



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

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de caídas **R/C:** Disminución de la fuerza muscular, escala de Downton 4 puntos
 riesgo medio para caídas

Objetivo de la persona: No caerme al intentar moverme.

Objetivo de enfermería: Prevención de caídas que puedan ocasionarle una complicación al paciente

Evaluación de las respuestas de las persona.

Intervenciones	Indicadores	14/11/2017	15/01/2018	02/03/2018	21/04/2018
Retiro de barreras arquitectónicas.	0: Muy mal. 1: Mal. 2: Regular. 3: Bien. 4: Muy bien.	0	2	2	4
Valoración de escala de Tinetti para el equilibrio. Entrenamiento del equilibrio en sedestación.	Tinetti (Ver anexo 11)	0/16	0/16	0/16	0/16
Mantener los barandales de cama en alto.	0: Muy mal. 1: Mal. 2: Regular. 3: Bien. 4: Muy bien.	2	4	4	4

La implementación de un programa de ejercicios para el fortalecimiento de tronco ayudo a mejorar el equilibrio de la persona en sedestación, existiendo independencia para algunas actividades como el tomar un objeto a una distancia de 60 cm y lograr el amarrarse las cintas de sus zapatos, la persona se siente muy motivada por este gran avance.



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

Diagnóstico de enfermería: Desgaste del cuidador primario **R/C** Ser la única persona que aporta económicamente y realiza los cuidados de la persona, puntuación de 76/88 según el Test de Zarit (considerando sobrecarga intensa), **M/P** Cansancio, agotamiento, dolor muscular en espalda. Hombros y cuello.

Objetivo de la persona: He mejorado un poco ya que aún me preocupa mucho mi nivel económico.

Objetivo de enfermería: Se logró parcialmente disminuir la sobrecarga de cuidador ya que se alternaron los cuidados a la persona con otros miembros de la familia.

Evaluación de las respuestas de las persona.

Intervenciones	Indicadores	14/11/2017	15/01/2018	02/03/2018	21/04/2018
Escucha activa del cuidador primario.	0: Nada satisfecho, 1: Poco satisfecho. 2.Satisfecho 3: Muy satisfecho 4: Sumamente satisfecho.	2	3	4	4
Orientar al cuidador primario sobre algunas estrategias de distracción y/o descanso, para fomentar el autocuidado.	1:Sin importancia 2: De poca importancia 3:Moderadamente importante 4: Importante 5: Muy importante	2	4	4	5
Implementación de aromaterapia.	1: Nunca le funciona 2: Algunas veces le funciona 3:Casi siempre le funciona 4: Siempre le funciona	1	2	4	4

El cuidador primario logro disminuir sus niveles de estrés mediante la aplicación de la aromaterapia, que le ayudo para descansar y tener un sueño más reparador, desea continuar con esta alternativa de manera constante para cuando se sienta cansado y con dolor muscular por estrés.



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

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión por presión **R/C** disminución de la fuerza muscular, piel seca y dieta desequilibrada MNA 20/30

Objetivo de la persona: He alcanzado mi objetivo ya que mi piel se mantiene sin daño.

Objetivo de enfermería: Se cumplió totalmente ya que no se presentan lesiones dérmicas.

Evaluación de las respuestas de las persona.

Intervenciones	Indicadores	14/11/2017	15/01/2018	02/03/2018	21/04/2018
Mantener la piel limpia y seca e hidratada.	0: Nunca 1: Algunas veces 2: Casi siempre 3: Siempre	1	2	2	2
Hacer cambios posturales cada 2 o tres horas siguiendo una rotación determinada.	0: Cada 30 minutos 1:Cada 40 minutos 2: Cada 60 minutos 3:cada 2 horas	3	3	2	2
Dieta rica en proteínas, hidratos de carbono y grasas.	0: Totalmente en desacuerdo 1:En desacuerdo 2:Indeciso 3:De acuerdo 4:Totalmente de acuerdo	1	2	3	4

La persona ha mostrado tener precaución en la hidratación y cuidado de su piel tanto, su cuidador primario conoce la importancia de las movilizaciones continuas y de esta manera evita complicaciones como son las lesiones por presión, hay mayor higiene al momento de los cambios de pañal, siendo más contantes estos cambios.



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

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la dentición **R/C** Conocimientos deficientes sobre la salud bucal, Índice de higiene oral ineficaz (IHOS) 4. **M/P:** Halitosis, presencia de caries y sarro dental en la mayoría de las piezas dentarias

Objetivo de la persona: Satisfecho ya que mis dientes se ven mejor y mi boca está limpia.

Objetivo de enfermería: Mejoramiento de la higiene bucal, disminución de sarro y Halitosis.

Evaluación de las respuestas de las persona.

Intervenciones	Indicadores	14/11/2017	15/01/2018	02/03/2018	21/04/2018
Dieta equilibrada baja en azúcares alta en calcio y fosforo.	Plato del buen comer 1: Siempre lo uso 2:A veces lo uso 3: Casi nunca lo uso 4: Nunca lo uso.	4	4	2	2
Higiene bucal después de cada comida.	Escala índice de higiene bucal IHOS (Ver anexo 7) 1 Excelente 0 2 Buena 0.1 – 1.2 3 Regular 1.3 – 3.0 4 Mala 3.1 – 6.0	4	3	2	2
Recomendación para asistir con el especialista dental.	1:Nunca asistió 2: A veces asistió 3: Nunca asistió	1	1	1	1

Hay mayor apego en la higiene bucal, el cepillado de dientes se hace ya dos veces al día y se ha reducido el consumo de bebidas con alto contenido en azúcar, la persona requiere de la consulta con un odontólogo para un mejor cuidado, se le ha sugerido ir a visitarlo pero no mostro interés por hacerlo. Ha exteriorizado su interés por continuar con la higiene bucal después s de cada comida.



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

Diagnóstico de enfermería: Depresión **R/C:** Triparexia como evidencia de discapacidad física **M/P:** Tristeza, baja autoestima, sentimientos de culpa y deseos de morir. Hamilton 14/23 Distimia

Objetivo de la persona: Se cumplió lo que yo deseaba, me siento muy motivado para seguir la rehabilitación.

Objetivo de enfermería: Se logró de forma importante motivar a la persona y de esta manera se disminuyó su estado de depresión.

Evaluación de las respuestas de las persona.

Intervenciones	Indicadores	14/11/2017	15/01/2018	02/03/2018	21/04/2018
Refuerzo positivo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paseo diario. ✓ Actividades de aseo y arreglo personal. ✓ Colaboración en actividades domésticas. ✓ Actividades de ocio elegidas 	0: Muy mal. 1: Mal. 2: Regular. 3: Bien. 4: Muy bien.	0	3	3	4
Medición e interpretación escala de Hamilton.	Escala de Hamilton. (Ver anexo 2)	14/23	14/23	6/23	0/23

La persona se siente muy motivada y desea seguir con todo lo que se le enseñó, expresa sentirse feliz porque ha logrado muchos avances que él creía nunca lograría, se incluye más en reuniones familiares, sus paseos por su colonia ahora son constantes y ha encontrado socializar nuevamente con sus amigos.



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

Diagnóstico de enfermería: Desinterés por el tratamiento de rehabilitación **R/C** Conocimientos deficientes sobre la progresión de las secuelas de traumatismo craneoencefálico, **M/P** Espasticidad y disminución de la fuerza muscular.

Objetivo de la persona: Me siento muy contento por todo lo aprendido y muy motivado.

Objetivo de enfermería: Se logró parcialmente fomentar el autocuidado mediante la información utilizada para explicación de todo lo que conlleva la patología de la persona.

Evaluación de las respuestas de las persona.

Intervenciones	Indicadores	14/11/2017	15/01/2018	02/03/2018	21/04/2018
Valorar conocimientos sobre su enfermedad, secuelas y tratamiento rehabilitatorio.	0: Muy mal. 1: Mal. 2: Regular. 3: Bien. 4: Muy bien.	0	2	2	2
Fomentar el autocuidado.	1: Totalmente de acuerdo 2: De acuerdo 3: Indeciso 4: En desacuerdo 5: Totalmente en desacuerdo	2	3	1	1
Refuerzo positivo al mantenimiento de actividades habituales anteriores a la patología. Comenzando por las actividades de su preferencia con criterio realista.	1: Nada satisfecho 2: Poco satisfecho 3: Neutral 4: Muy satisfecho 5: Totalmente satisfecho	1	3	4	4

Se logró el apego al tratamiento rehabilitatorio, el autocuidado ha mejorado significativamente esto mediante el refuerzo positivo de actividades que le gustaban previó a su patología. Sus dudas acerca de las secuelas de la patología se han despejado.



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

Diagnóstico de enfermería: Aumento de peso corporal (preobesidad) **R/C:** Estilo de vida sedentario a consecuencia de la triparesia, disminución de la actividad física y malos hábitos dietéticos **M/P:** Puntaje de 20/30 al test evaluación del estado nutricional (Mini Nutritional Assessment MNA™) Diagnosticado como riesgo de desnutrición. IMC 27.29 identificado como pre obesidad.

Objetivo de la persona: Logre conocimientos acerca de la importancia que tiene una buena alimentación para mi enfermedad.

Objetivo de enfermería: Mejora parcial de hábitos alimenticios.

Evaluación de las respuestas de las persona.

Intervenciones	Indicadores	20/02/2018	02/03/2018	21/04/2018
Valoración del índice de masa muscular. (IMC) Así como índice cintura cadera (ICC)	Índice cintura cadera (Ver anexo 14) Menor a .94 Sin riesgo Mayor a .94 Con riesgo	0.92		0.96
Orientar a la persona disminuir la ingesta de comida chatarra, y/o que modere la cantidad en la ingesta de alimentos.	0: Nada satisfecho, 1: Poco satisfecho. 2.Satisfecho 3: Muy satisfecho 4: Sumamente satisfecho.	1	3	3
Evitar bebidas gaseosas y con edulcorantes, aumentar la ingesta de agua natural.	0: Muy mal. 1: Mal. 2: Regular. 3: Bien. 4: Muy bien.	1	2	3

Se alcanzaron parcialmente los objetivos, el tipo de alimentación es más saludable y ha disminuido el consumo de comida chatarra, los horarios de las comidas ya están establecidos y se ha evitado consumir alimentos entre cada comida. La persona ha manifestado que desea seguir con una alimentación balanceada y acorde a sus necesidades.



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

7.6.2 Evaluación del Proceso de atención de enfermería en rehabilitación

El haber concluido el estudio de caso me permitió darme cuenta la importancia que tiene una buena preparación para atender con calidad a una persona, y que para que una persona obtenga buenos resultados debemos brindarle esa atención de forma holística, como se pudo ver anteriormente muchos objetivos se lograron, esto gracias al interés de la persona, otros no porque considero que tal vez mi enfoque debió hacerse más hacia el aspecto emocional. Existen muchos aspectos que se ven involucrados para que la rehabilitación sea completa y entre ellos considero que falta más tiempo para intervenir, que tanto la persona como los involucrados en su cuidado se interesen por lo que se les enseña y de verdad lo apliquen.



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

VIII. Plan de alta

Plan de Alta de Enfermería en Rehabilitación

Nombre: M.R.I.S	Comorbilidad					
Fecha de Nacimiento: 28 de Enero de 1993	HAS	DM	IR	OTRO		
Género: Masculino	Ninguna					
Edad: 24 años.	Alergias:					
Religión: Católica.	Negadas					
Servicio: Rehabilitación neurológica	Signos Vitales					
Diagnóstico Médico: Traumatismo craneoencefálico	FR: 19	FR: 68	SaO2 94%	T: 36.2°	TA: 118/64 mm/Hg	DTX: 88 mm/dl
Diagnóstico de Enfermería: Secuelas de traumatismo intracraneal.						

Tipo de dieta

Normal Hiposódica Hiponatrémica Hipocalórica
Astringente Para Diabético Alta en fibra

Observaciones: _____

Medicamentos indicados




Nombre	Presentación	Dosis	Vía	Hora	Días de tratamiento
Baclofeno	10 mg	10mg	Oral	Cada 8 horas.	
Levetiracetam	500 mg	500 mg	Oral	Cada 12 horas	
Paracetamol	500 mg	1 g	Oral	PRN	

Interacciones Medicamentosas: _____



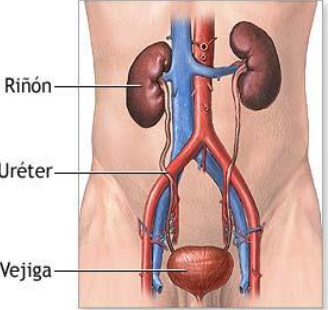

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN

PLAN DE ALTA

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES	AUTOCUIDADO EN EL HOGAR
<p>1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.</p>  <p style="text-align: center;">http://cort.as/-54Xv</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Continuar con ejercicios de respiración haciendo énfasis en la respiración diafragmática. . ✚ Realizar técnica de drenaje postural con técnica aprendida por cuidador primario. ✚ Mantenerse hidratado constantemente.
<p>2. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA.</p>  <p style="text-align: center;">http://cort.as/-54V6</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Evitar el consumo de bebidas gaseosas y alto aporte en azúcares como jugos o refrescos. ✚ Consumir al menos litro y medio de agua. ✚ Seguir indicaciones sobre el uso adecuado de la jarra del buen beber. ✚ Tomar líquidos de forma segura, sentado y nunca acostado para evitar bronco aspirar.
<p>3. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.</p>  <p style="text-align: center;">http://cort.as/-54Z7</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Seguir indicaciones sobre la alimentación adecuada basándose en el plato del buen comer. ✚ Evitar el consumo de comida chatarra o alta consumo de grasas. ✚ Seguir con horarios establecidos y/o programados para la alimentación. ✚ Ingerir una colación: Fruta de su agrado. ✚ Masticar correctamente y no tener distractores como lo son los televisores encendidos que



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

	<p>puedan alterar la alimentación adecuada</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Higiene bucal después de cada alimento.
<p>4. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS A LA ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS.</p>  <p style="text-align: center;">http://cort.as/-54a2</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Mantenerse hidratado. ✚ Mantener el pañal limpio y seco evitando lesiones dérmicas. ✚ Evaluar las características de las heces mediante la información proporcionada con escala de brístol. ✚ Evaluar el nivel de hidratación mediante la escala de color de la orina.
<p>5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO.</p>  <p style="text-align: center;">http://cort.as/-54aR</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Continuar con movilizaciones asistidas tanto en miembros superiores e inferiores (cuello, hombros, brazos, manos, cadera, piernas, etc) ✚ Continuar con los ejercicios de fortalecimiento y estiramiento de caderas. ✚ Realizar Masoterapia mínimo tres veces por semana. ✚ Seguir con fortalecimiento de tronco. ✚ Cambios de posición constante como mínimo cada dos horas. ✚ Continuar con la aromaterapia como alternativa cuando sea necesario eliminar el insomnio.
<p>6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Continuar con los paseos familiares a la iglesia y parque. ✚ Convivir con personas con otras discapacidades.



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



<http://cort.as/-54bN>

- ✚ Integrarse a la dinámica familiar.
- ✚ Seguir en comunicación con sus amigos.
- ✚ Seguir estableciendo momentos de ocio y convivencia familiar.

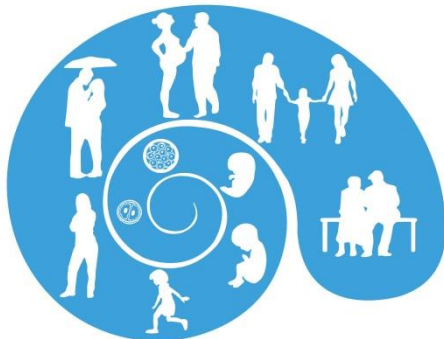
7. LA PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.



<http://cort.as/-54bv>

- ✚ Seguir con la interconsulta a oftalmología.
- ✚ Evitar posturas viciosas.
- ✚ Mantener activas las extremidades nos afectadas.
- ✚ Continuar con el uso de férulas y/o ayudas técnicas implementadas para evitar complicaciones por inmovilidad.

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



<http://cort.as/-54cB>

- ✚ Continuar con la atención en rehabilitación neurológica en el Instituto Nacional De Rehabilitación.
- ✚ Buscar alternativas de rehabilitación continua.
 - DIF estado de México.
- ✚ Brusquedad de asociaciones encargadas de inclusión social y atención a personas con discapacidad.
 - Fundación Humanista de Ayuda a Discapacitados (FHADI), I.A.P.
 - Fundación vida independiente.
- ✚ Mantenerse en comunicación con amigos.
- ✚ Mantener relaciones con redes de apoyo, sin perder el ánimo.



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

Evaluación de resultados

Recibí información:

Deficiente Suficiente Compensable Lenguaje claro Acorde a condición actual

¿La educación recibida me permitió conocer y manejar mi enfermedad?

Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

Fecha de entrega: 31/05/2018

Elabora: Trejo Contreras Lidia Yoana.

Nombre de la persona: M.R.I.S



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

IX. Conclusiones

Fue muy grato y gratificante para mí de manera personal y profesional ya que logre implementar acciones y conocimientos que he adquirido en la especialidad de enfermería en rehabilitación, así como a lo largo mi trayectoria profesional.

Para lograrlo se hizo una ardua búsqueda de distintas fuentes de información que sustentaran las intervenciones efectuadas y de esta manera reintegrar a la persona en todos los ámbitos.

Se logró evaluar las necesidades que tiene la persona afectada por esta patología respaldándome de diversas escalas, las cuales nos ofrecen un panorama más claro permitiendo con esto realizar las intervenciones de enfermería especializada.

La persona a quien se le efectuó este estudio de caso tuvo un avance significativo que le ayudo a mejorar su calidad de vida, reduciendo con esto futuras complicaciones por secuelas de traumatismo craneoencefálico.

A través de la realización de este estudio de caso me di cuenta de la gran importancia que tiene una enfermera especialista en rehabilitación en patologías como el traumatismo craneoencefálico, que afecta principalmente a la población en edad productiva.

Ha sido de suma importancia para darme cuenta que tengo que seguir adquiriendo nuevos conocimientos que permitan darle mayor auge a la enfermería en rehabilitación.

A través de todo esto se pretende dejar huella sobre la importancia de enfermería en rehabilitación en el área de investigación, lo cual, contribuirá en la generación de nuevos conocimientos con la finalidad de brindar un mejor cuidado de la salud a los usuarios.



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

X. Sugerencias

Implementar talleres sobre inclusión social en la discapacidad y de esta manera favorecer la pronta recuperación de la persona discapacitada.

Hacer visitas domiciliarias para corroborar que de verdad la persona comprenda la importancia de lo aprendido.

Hacer búsquedas continuas sobre redes de apoyo que faciliten el tratamiento rehabilitatorio en personas con discapacidad.

Dar a conocer las diversas acciones que realiza enfermería en rehabilitación para ayudar a las personas afectadas por distintas patologías.

Implementar áreas que permitan a la profesión de enfermería en rehabilitación brindar atención integral de forma independiente como lo realizan otras profesiones del área de la salud.



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

BIBLIOGRAFÍAS:

1. Alted López Emilio, Bermejo Aznárez Susana, Chico Fernández Mario. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave[INTERNET] [acceso el día 12 de diciembre del 2017] Disponible en: <https://www.elsevier.es/corp/>
2. González Villa Velázquez Mirna Leticia, García González Anaid. Traumatismo craneoencefálico.[internet][acceso el día 12 de diciembre del 2017] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/rma>
3. Alligood Raile , Mrriner Tomey M, A Modelos y teorías de enfermería Cap.14 Dorotea E. Orem: Teoría del déficit de autocuidado. Elsevier, Septima edición. PP. 265-285
4. Rosales Barrera, S. Reyes Gómez, E. Fundamentos de enfermería .Cap. 6 Proceso de enfermero. 3^{ra} Edición. Manual Moderno, PP .225-256.
5. Escuela Nacional De Enfermería Y Obstetricia [internet].México :Universidad Nacional Autónoma de México;2017 [acceso el 12 de diciembre del 2017] Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/posgrado/especialidades/>
6. Bohórquez de Figueroa Alex Zoraida. Afrontamiento familiar frente a las secuelas generadas en pacientes que sufrieron Trauma Craneoencefálico (TCE). [internet][acceso 12 de diciembre del 2017] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3986776.pdf>
7. Pérez Andrés Felipe. Agudelo Víctor Hugo. Trastornos neuropsiquiátricos por trauma craneoencefálico [internet][acceso 12 de diciembre del 2017] disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36s1/v36s1a06.pdf>
8. García-Molina A, Gómez A, Rodríguez P, Sánchez-Carrión R, Zumarraga, et al. Programa clínico de tele rehabilitación cognitiva en el traumatismo craneoencefálico [internet] [acceso el 12 de diciembre del 2017] Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART14179/programa%20clinico%20de%20telerrehabilitacion.pdf>
9. Ontiveros Ángel, Preciado Ana Karen. López Cruz Manuel.et al .Factores pronósticos de recuperación y reinserción laboral en adultos con traumatismo craneoencefálico.[internet] [acceso el 12 de diciembre del



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

2017] Disponible en: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2014/07/Nm144-05-Facto.pdf>

10. Ruíz PR. La carta de los derechos generales de las enfermeras y los enfermeros[internet] [acceso el día 12 de diciembre del 2017] disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en061g.pdf>
11. Villanueva Egan Miguel Ángel, Fernández Lezana. Consentimiento válidamente informado[internet] [acceso el día 12 de diciembre del 2017] disponible en : http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/pdf/cvi/libro_cvi2aEd.pdf
12. Vargas Domínguez Armando. Consentimiento informado[internet][acceso el día 13 de diciembre del 2017] disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112f.pdf>
13. Fernández Varela Héctor, Mejía Gabriel, Sotelo Monroy E. El consentimiento mediante información[internet][acceso el día 13 de diciembre del 2017] Disponible en: http://www.inb.unam.mx/bioetica/lecturas/fm_43103_bioetica.pdf
14. Instituto mexicano del seguro social .Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con traumatismo craneoencefálico 2013[internet] [acceso el día 12 de diciembre del 2017] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/604GER.pdf>
15. Cruz BL. Estrategias de diagnóstico y tratamiento para el manejo del traumatismo craneoencefálico en adultos 2007; 2: 46-57.
16. Rimbau Muñoz J, García Armengo R I. Traumatismos craneales: clínica y tratamiento en urgencias España. Elsevier 2012. PP: 245-250
17. Euverte L, Duclercq S, Faye Guillot T, Lebaron N. Et al. Rehabilitación del paciente con traumatismo craneoencefálico.35 (4):15-41
18. Valdivia Pedro. Guía clínica de control de signos vitales [Internet][acceso el día 15 de diciembre del 2017]disponible en: <https://goo.gl/yvXtTs>
19. Martín Cordero Jorge Enrique. Agentes físicos Terapéuticos[internet] [acceso el día 16 de diciembre del 2017] Disponible en :



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

<https://mundomanuales.files.wordpress.com/2012/07/agentes-fisicos-terapeuticos.pdf>

20. Vivancos Matellano F, Pascual Pascual S.I. Guía del tratamiento integral de la espasticidad [internet] [acceso el día 15 de diciembre del 2017] Disponible en : <https://goo.gl/1gJKeV>
21. [internet] [acceso el día 15 de diciembre del 2017] Disponible en : <https://goo.gl/1gJKeV>
22. Euverte L, Duclercq S, Faye-Guillot T, Lebaron N , Luauté J.Rehabilitación del paciente con traumatismo craneoencefálico.35 (4):15-41
23. Saldías P Fernando, Díaz P Orlando. Eficacia y seguridad de la fisioterapia respiratoria en pacientes adultos con neumonía adquirida en la comunidad[internet][acceso el día 15 de diciembre del 2017] disponible en : <http://www.scielo.cl/pdf/rcher/v28n3/art04.pdf>
24. Ireton Jones C. Adequate nutritional support of critical ill, ventilated patient. Nutr Clin Pract 2002; 18: 29-31.
25. Tesone Juan Otimio, Lesión de la medula espinal[Internet][acceso el día 15 de diciembre del 2017]disponible en : <https://www.inareps.gov.ar/wp-content/uploads/2016/07/LESION-MEDULAR-Inareps.pdf>
26. Guía de práctica clínica : Prevención y tratamiento de úlceras por presión en primer nivel de atención[internet][acceso el día 15 de diciembre del 2017]Disponible en : <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/105GER.pdf>
27. Carrillo Sánchez Carlos. Desmineralización y remineralización [internet] [acceso el día 12 de diciembre del 2017]Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od101g.pdf>
28. Cruz BL. Estrategias de diagnóstico y tratamiento para el manejo del traumatismo craneoencefálico en adultos, trauma 2007; 2 : 46-57
29. Rimbau Muñoz J, García Armengol R. Traumatismos craneales: clínica y tratamiento en urgencias. España: El Sevier. 2013



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

30. Grupo de trabajo sobre intervenciones de rehabilitación en traumatismo craneoencefálico. Intervenciones de rehabilitación en traumatismo craneoencefálico: consenso multidisciplinar. Barcelona: Catalunya; 2010.
31. Euverte L, Duclercq S, Faye-Guillot T, Lebaron N, Luauté J. Rehabilitación del paciente con traumatismo craneoencefálico. 35 (4):15-41
32. Reiset, C. What's New in Traumatic Brain Injury: Update on Tracking, Monitoring and Treatment. International Journal of Molecular Sciences. 2015. 16, 11903-11965.
33. Achiardi T Oscar. Termoterapia superficial. 2011[Internet] [Acceso 2018/21/04. Disponible en: <http://ocw.pucv.cl/cursos-1/fisioterapia-1/materiales-de-clases-1/catedras/04-termoterapia-superficial>
34. Kisner Carolyn, Colby Lynn Allen. Ejercicio Terapéutico Fundamentos y técnicas. Editorial Paidotribo .Barcelona .2005.
35. Güell Rous María Rosa, Lobato Salvador Díaz .Rehabilitación respiratoria. Archivos de Bronco neumología .Volumen 50, 2014. Pag 332-344 [Internet] [Acceso 2018/04/21.Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289614000878>
36. Sbordone L, Bortolaia C. Oral microbial biofilms and plaque-related diseases: microbial communities and their role in the shift from oral health to disease. Clin Oral Investig. 2003 Dec; 7(4):181-188. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14598129>
37. Barón Burgos M^a Margarita, Benítez Ramírez M^a del Mar, Caparrós Cervantes Ana .et al. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas.2015 [internet] [acceso 2018 Mayo 03] disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Prevencion_UPP.pdf
38. Verduzco Corral Carmen María. La jarra del buen beber 2015[internet][Acceso 2018 mayo 05] .Disponible en: <https://pesoehblog.files.wordpress.com/2015/06/la-jarra-del-buen-beber.pdf>



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

39. Velázquez Cortes Suhail. El plato del buen comer y la jarra del buen beber. [Internet] [Acceso 2018 mayo 10] Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT102.pdf
40. Sánchez Llambí Martha. Orígenes de los aceites esenciales y fórmulas para uso en el hogar. 2012 [Internet] [Consultado 2018/04/28] Acceso disponible en: http://marthasanchezllambi.com/textos/fundamentos_de_la_aromaterapi.pdf
41. Güell Rous MR, Díaz Lobato S, Rodríguez Trigo G, Morante Vélez F, San Miguel M, Cejudo P, et al. Rehabilitación respiratoria. Arch bronconeumo [Internet].2014 [citado 02/12 2018]; 50(8):332-344. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/rehabilitacionrespiratoria/articulo/S0300289614000878/>
42. Kim, E, Chang, M, Seo, J, Jang & S, Song. J. (2013) The Effect of a Hand-Stretching Device During the Management of Spasticity in Chronic Hemiparetic Stroke Patients. Ann Rehabil Med, (37), pp. 235-240. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23705119>
43. Cortés Barragán José Manuel. Biomecánicas en las AFO .AFO Podiátricas. Revista Española de Podología.[Internet].2012.[citado 2018/11/21]Disponible en:www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-podologia-224-pdf-X0210123812502815
44. Lidell Lucinda. El libro del masaje .Manual de las técnicas de oriente y occidente.Barcelona.1987
45. Jiménez Treviño Carlo Manuel. Neurofacilitación. Técnicas de Rehalitación neurológica.3ª ed. México: rllas,2016
46. Blanco Contreras María José, Leyton Catalina. Quirino, Manzo Valenzuela Lissette, et al. Creación de un programa de estimulación vestibular para adultos mayores [internet].Chile: Facultad De Medicina. 2015[Consultado



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

02/12/2018] Disponible en:
positorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138231/Blanco%20Leyton%20Ma
nzo%20Mondaca%20Zapata.pdf;sequence=1

47. Blanco Carmen, Estupiñá Francisco, Labrador J Francisco, Fernández Arias Ignacio, Quirós Bernaldo Bernaldo. El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología Anales de Psicología, vol. 30, núm. 2, mayo-agosto, 2014, pp. 403-411
48. Bonilla Arena E. Beneficios del ejercicio físico en el adulto. Enfermería Comunitaria (Revista de SEA-PA). 2014 Nov; 2 (4):21-30
49. Soria Trujano Rocío, Vega Valero Cynthia Zaira , Nava Quiroz Carlos. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Altern. psicol.* [online]. 2009, vol.14, n.20 [citado 2018-12-06], pp. 89-103. Disponible em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1405-339X.



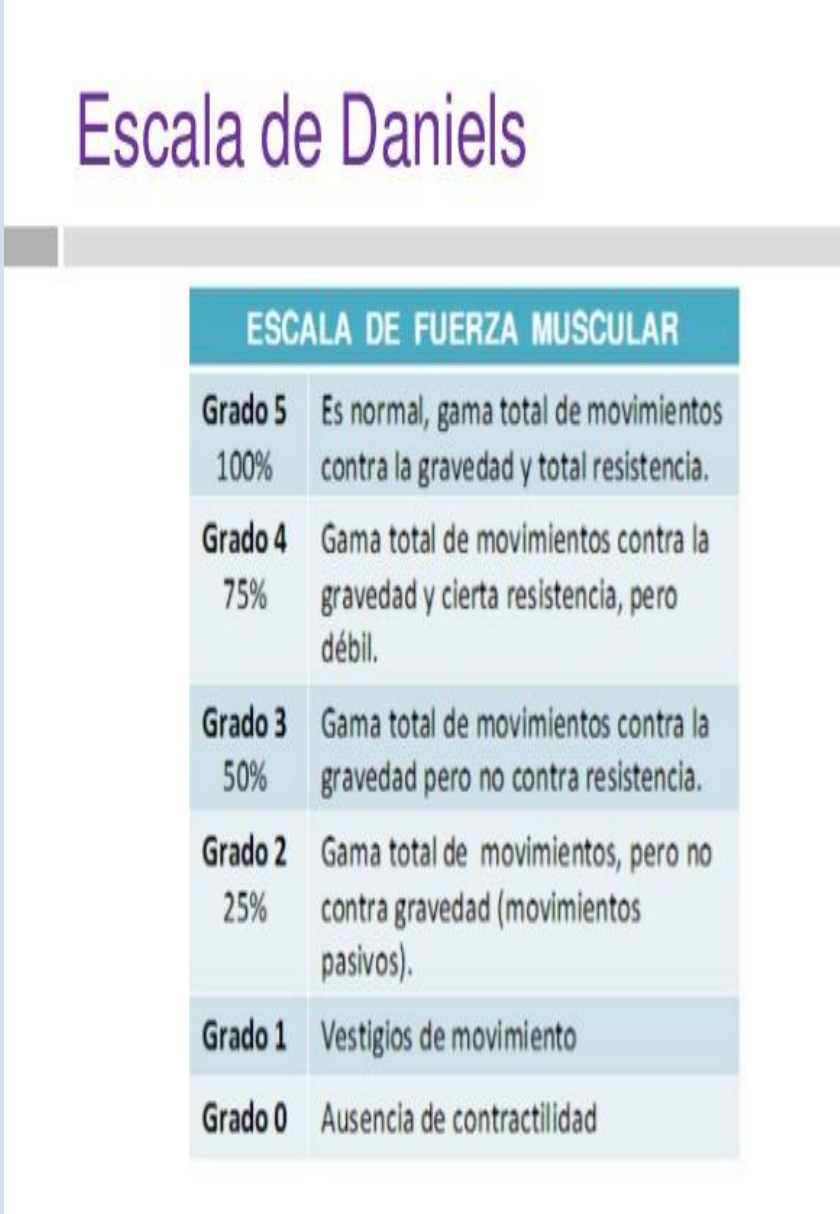
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN

ANEXOS



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

ANEXO: Escalas.

ESCALA	IMAGEN	REFERENCIA												
<p>1. DANIEL'S La Valoración de la fuerza muscular.</p>	<p style="text-align: center;">Escala de Daniels</p>  <p style="text-align: center;">ESCALA DE FUERZA MUSCULAR</p> <table border="1"><tbody><tr><td>Grado 5 100%</td><td>Es normal, gama total de movimientos contra la gravedad y total resistencia.</td></tr><tr><td>Grado 4 75%</td><td>Gama total de movimientos contra la gravedad y cierta resistencia, pero débil.</td></tr><tr><td>Grado 3 50%</td><td>Gama total de movimientos contra la gravedad pero no contra resistencia.</td></tr><tr><td>Grado 2 25%</td><td>Gama total de movimientos, pero no contra gravedad (movimientos pasivos).</td></tr><tr><td>Grado 1</td><td>Vestigios de movimiento</td></tr><tr><td>Grado 0</td><td>Ausencia de contractilidad</td></tr></tbody></table>	Grado 5 100%	Es normal, gama total de movimientos contra la gravedad y total resistencia.	Grado 4 75%	Gama total de movimientos contra la gravedad y cierta resistencia, pero débil.	Grado 3 50%	Gama total de movimientos contra la gravedad pero no contra resistencia.	Grado 2 25%	Gama total de movimientos, pero no contra gravedad (movimientos pasivos).	Grado 1	Vestigios de movimiento	Grado 0	Ausencia de contractilidad	<p>https://goo.gl/X2zX8N</p>
Grado 5 100%	Es normal, gama total de movimientos contra la gravedad y total resistencia.													
Grado 4 75%	Gama total de movimientos contra la gravedad y cierta resistencia, pero débil.													
Grado 3 50%	Gama total de movimientos contra la gravedad pero no contra resistencia.													
Grado 2 25%	Gama total de movimientos, pero no contra gravedad (movimientos pasivos).													
Grado 1	Vestigios de movimiento													
Grado 0	Ausencia de contractilidad													



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

2. HAMILTON
 Depresión

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Sentimientos de culpa	
• Ausente	0
• Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
• Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
• Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
• Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
• Ausente	0
• Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
• Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
• Ideas de suicidio o amenazas	3
• Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz	
• No tiene dificultad	0
• Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
• Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
• No hay dificultad	0
• Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
• Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
• No hay dificultad	0
• Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
• No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
Trabajo y actividades	
• No hay dificultad	0
• Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
• Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
• Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
• Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
• Palabra y pensamiento normales	0
• Ligero retraso en el habla	1
• Evidente retraso en el habla	2
• Dificultad para expresarse	3
• Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
• Ninguna	0
• Juega con sus dedos	1
• Juega con sus manos, cabello, etc.	2
• No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
• Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4

<https://goo.gl/46HzFX>



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

3. DOWTON

Se utiliza para evaluar el riesgo que presenta una persona de sufrir una caída, con el fin de en caso necesario poder implementar medidas preventivas encaminadas a evitar caídas

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWNTON)

CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
USO DE MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES/SEDANTES	1
	DIURETICOS	1
	HIPOSENSORES NO DIURETICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS MEDICAMENTOS	1
DEFICIT SENSORIALES	NINGUNO	0
	VISUALES	1
	AUDITIVOS	1
	EXTREMIDADES (ECV, PARESIAS..)	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACION	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1
PUNTAJE		0/14
ALTO RIESGO DE CAIDA		>2/14

<https://goo.gl/B9bnk3>

4. SADOUL

Valoración de la disnea.

VALORACIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS

- ✓ **DISNEA**
- ✓ **Sadoul** →
- ✓ **Borg**
- ✓ **MRC**(Medical Research Council)
- ✓ **Índice de Disnea Basal de Malher.**

Grado 0	→ Ausencia de disnea
Grado 1	→ Disnea al subir dos pisos o una cuesta
Grado 2	→ Disnea al subir un piso o en marcha rápida
Grado 3	→ Disnea en marcha sobre terreno llano
Grado 4	→ Disnea a marcha lenta
Grado 5	→ Disnea AVD

<https://goo.gl/9hQ6MG>



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

5. INDICE DE BARTHEL

Valorar las actividades de la vida diaria.

Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria

Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria		Ptos
Lavarse	▪ Independiente. Entra y sale solo al baño	5
	▪ Dependiente	0
Baño	▪ Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc.	5
	▪ Dependiente	0
Arreglarse	▪ Independiente. Se pone y quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona.	10
	▪ Necesita ayuda	5
	▪ Dependiente	0
Vestirse	▪ Totalmente independiente	10
	▪ Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc.	5
	▪ Dependiente	0
Comer	▪ Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	▪ Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	▪ Dependiente	0
Usar el retrete	▪ Independiente para ir del sillón a la cama	15
	▪ Mínima ayuda física o supervisión	10
	▪ Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	▪ Dependiente	0

<https://goo.gl/87YXdR>



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

6. ASHWORTH

Es una graduación utilizada en clínica para valorar la espasticidad muscular

Graduación	RESPUESTA AL MOVIMIENTO
0	Tono muscular normal
1	Aumento ligero en el tono del musculo, resistencia mínima en los últimos grados del rango de movimiento
1+	Aumento ligero en el tono del musculo, resistencia mínima a lo largo de menos de la mitad del rango del movimiento (signo de navaja)
2	Aumento del tono mas marcado en la mayor parte del rango de movimiento, pero la extremidad puede moverse fácilmente
3	Considerable aumento del tono muscular, el movimiento pasivo es dificultado (signo de rueda dentada)
4	La parte afectada esta rígida en flexión o extensión

<https://goo.gl/RfHpGS>



7. ÍNDICE DE HIGIENE BUCAL. IHOS

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

<https://goo.gl/if93YQ>

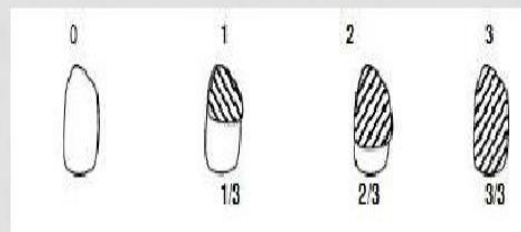
- Criterios depósitos blandos

0 → No hay depósitos ni pigmentaciones

1 → Existen depósitos en no más del 1/3, o hay pigmentación

2 → Existen depósitos en no más del 1/3, pero menos que 2/3

3 → Los depósitos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria





**8. BRADEN
 RIESGO DE
 LESIONES POR
 PRESIÓN**

Escala de Braden Riesgo UPP

<https://goo.gl/DR5re5>

ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN				
PERCEPCIÓN SENSORIAL	1 Completamente limitada	2 Muy limitada	3 Ligeramente limitada	4 Sin limitación
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	1 Constantemente húmeda	2 A menudo húmeda	3 Ocasionalmente húmeda	4 Raramente húmeda
ACTIVIDAD	1 Encamado	2 En silla	3 Deambula ocasionalmente	4 Deambula frecuentemente
MOVILIDAD	1 Completamente inmóvil	2 Muy limitada	3 Ligeramente limitada	4 Sin limitación.
NUTRICIÓN	1 Muy pobre	2 Probablemente inadecuada	3 Adecuada	4 Excelentes
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1 Problema	2 Problemas potenciales	3 No existe problema aparente	

PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN		
Nivel	Puntos	Código
Riesgo alto	≤ de 12	Rojo
Riesgo medio	13-14	Amarillo
Riesgo bajo	15-16 Si es < de 75 años ó 15-18 si es ≥ a 75 años	Verde

Intervenciones: Prevención de Ulceras por presión, Cambios de posición, movilización, manejo de presiones, hidratación de piel, lubricación de piel, protección salientes oseas, vigilancia de piel, etc.



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

9. ZARIT

Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores

Anexo 1. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, versiones original (todos los ítems) y abreviada (ítems en gris)

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

<https://goo.gl/6iD21m>

* Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 46), "sobrecarga ligera" (47-55) y "sobrecarga intensa" (≥ 56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

** Escala de Zarit Abreviada (sólo los 7 ítems marcados en gris). Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 16) y "sobrecarga intensa" (≥ 17). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.



10. MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT MNA

Es una herramienta de cribado que ayuda a identificar a ancianos desnutridos o en riesgo de desnutrición

Evaluación Mínima Nutricional o Mini Nutritional Assessment (MNA)

- Su propósito es evaluar el riesgo de malnutrición para permitir una intervención nutricional temprana si necesario.
- Está compuesto de mediciones simples y preguntas tomando 10 minutos el desarrollarlo. Comprende:
 - Mediciones antropométricas (peso, talla y pérdida de peso)
 - Cuestionario dietético (cantidad de comidas, ingesta de líquidos y sólidos, autonomía para alimentarse)
 - Evaluación global (estilo de vida, medicamentos y movilidad)
 - Evaluación subjetiva (auto percepción de salud y nutrición)
- La suma de los puntajes de cada parte permite distinguir a los adultos mayores con nutrición adecuada de aquellos en riesgo o francamente desnutridos.

<https://goo.gl/cERjCA>



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

11. ESCALA DE TINETTI

Ofrece una ventaja sobre las otras evaluaciones, ya que realiza una valoración tanto de la marcha como del equilibrio y estos dos aspectos brindan una información más completa para evaluar el riesgo de caída, determinar si hay alteraciones en la marcha y en el equilibrio que requieren intervención, y valorar la presencia de posibles trastornos neurológicos o musculoesqueléticos.

PAUTA DEL TEST DE TINETTI

Apellido _____ Nombre _____ Edad _____ Fecha test _____

EQUILIBRIO	
<i>Instrucciones:</i> Se sienta al sujeto en una silla dura sin brazos y luego se miden las siguientes maniobras	
1.- Equilibrio al sentarse:	
- Se inclina o se desliza en la silla	0
- Firme, seguro	1
2.- Incorporación:	
- Incapaz sin ayuda	0
- Capaz, pero usa los brazos como ayuda	1
- Capaz sin usar los brazos	2
3.- Intento de incorporación:	
- Incapaz sin ayuda	0
- Capaz, pero necesita más de un intento	1
- Capaz al primer intento	2
4.- Equilibrio inmediato al levantarse (primeros 5 segundos):	
- Inseguro (tambalea, mueve los pies, inclinación marcada de tronco)	0
- Firme, pero usa bastón o se afirma de otros objetos	1
- Firme sin bastón u otra ayuda	2
5.- Equilibrio en bipedestación:	
- Inseguro	0
- Firme, pero con separación > 8 cm entre los talones o usa bastón u otro apoyo	1
- Leve separación de pies y sin apoyo	2
6.- Recibe un ligero empujón (sujeto con sus pies lo más cerca que pueda, examinador lo empuja suavemente por la espalda con la palma de la mano 3 veces):	
- Empieza a caer	0
- Tambalea, se afirma	1
- Se mantiene firme	2
7.- Con los ojos cerrados (sujeto con los pies lo más cercano posible):	
- Inseguro	0
- Firme	1
8.- Giro en 360°:	
a) - Pasos discontinuos	0
- Pasos continuos	1
b) - Inseguro (se agarra, se tambalea)	0
- Seguro	1
9.- Sentarse:	
- Inseguro (calcula mal la distancia, cae en la silla)	0
- Usa los brazos o se mueve bruscamente	1
- Seguro, se mueve suavemente	2
PUNTAJE DEL EQUILIBRIO (Menos que 10 = Alto riesgo de caída)	.../16

<http://cort.as/-6nk6>



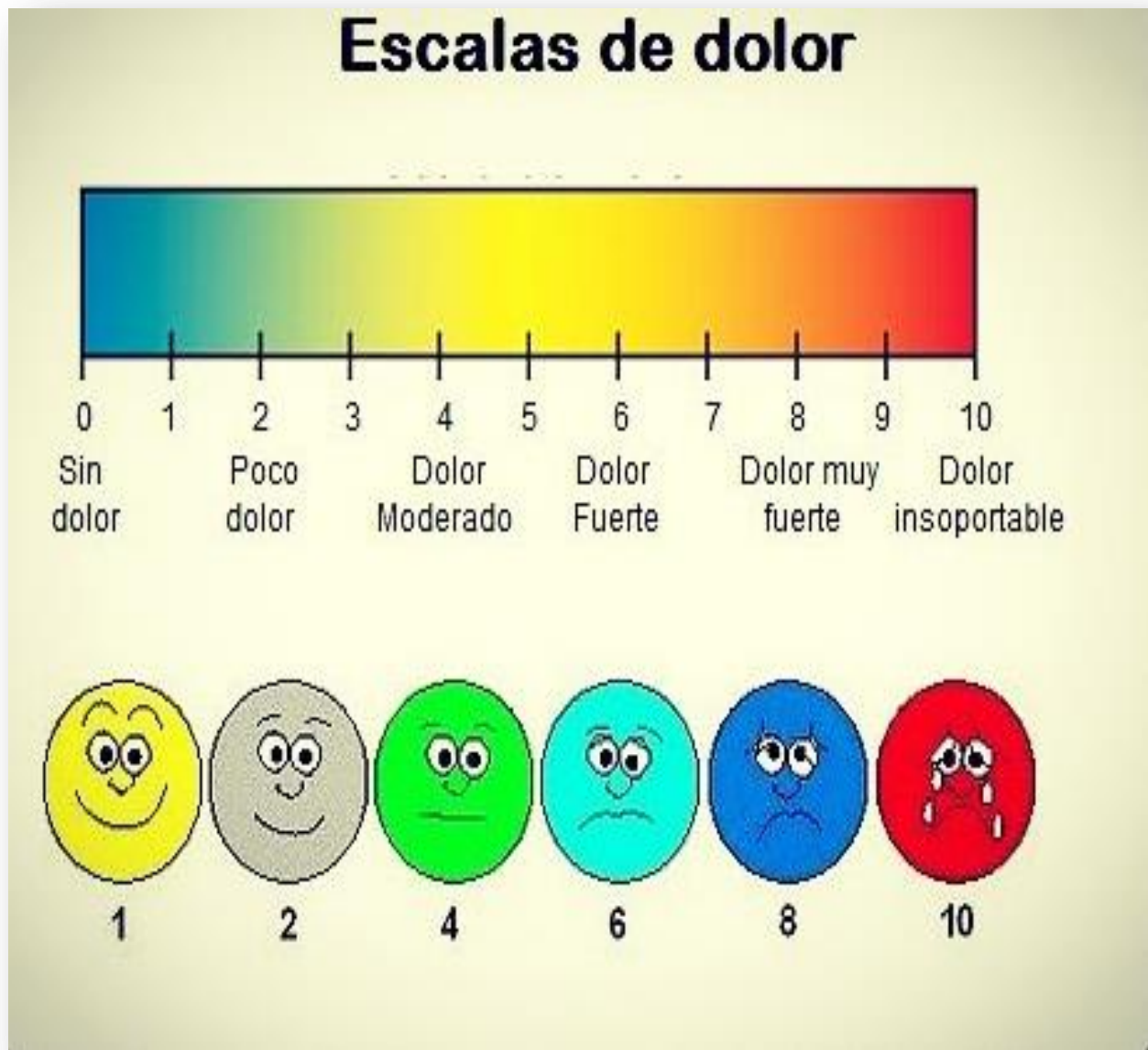
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN

Anexo 12. Escala De Adherencia Terapeutica. EAT.

Ítems
Escala de Adherencia Terapéutica, basada en comportamientos explícitos, la cual contiene 21 ítems. Para todos los ítems se presentó una escala de 0 a 100, en la que el paciente elige, en términos de porcentaje la efectividad de su comportamiento. Se entiende que más cercano a 100 el paciente es más adherente.
1. Ingiero mis medicamentos de manera puntual.
2. No importa que el tratamiento sea largo siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.
3. Me hago análisis en los periodos que el médico me indica.
4. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.
5. Asisto a mis consultas de manera puntual.
6. Atiendo las recomendaciones de mi medico en cuanto a estar al pendiente de cualquier sintoma que pueda afectar mi estado de salud.
7. Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero como por ejemplo, no fumar o ingerir bebidas alcoholicas, si el médico me lo ordena.
8. Como solo aquellos alimentos que el médico me permite.
9. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.
10. Después de haber terminado el tratamiento regreso a la consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.
11. Cuando me dan resultados de mis análisis clinicos, estoy mas seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.
12. Si mi enfermedad no es peligrosa pongo poca atención en el tratamiento.
13. Cuando tengo mucho trabajo o cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos.
14. Cuando los sintomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no este concluido.
15. Sin en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.
16. Si el tratamiento exige hacer ejercicio, lo hago.
17. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me digan que debo tomar mis medicamentos.
18. Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clinicos aunque no este enfermo.
19. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.
20. Si sospecho que mi enfermedad es grave, hago lo que esta en mis manos para atenderme.
21. Aunque el tratamiento sea complicado lo sigo.



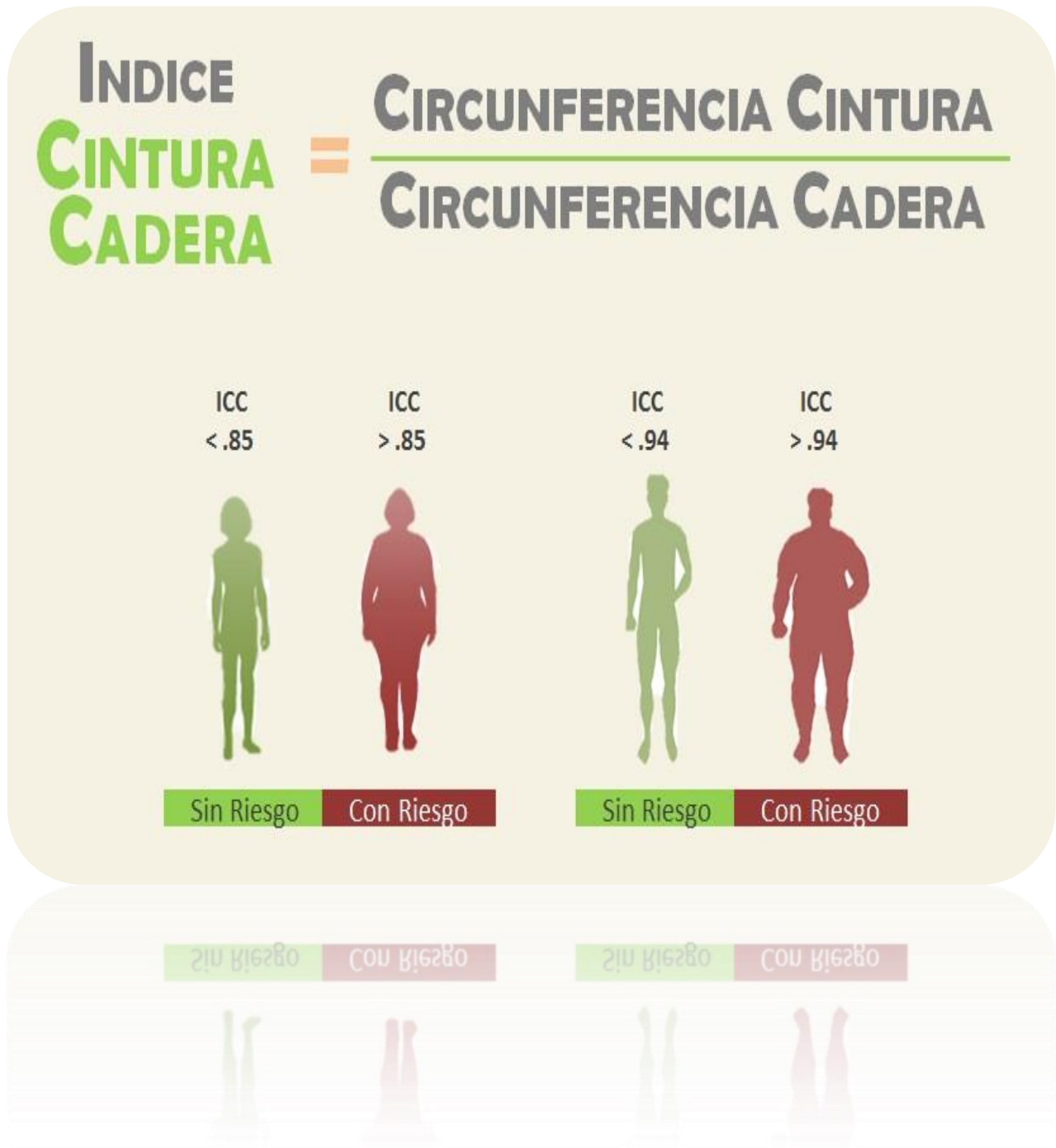
Anexo 13. Escala EVA



Clínica Propedéutica Físio Buap. Semiología, tipos y escala del dolor. Disponible en: <https://goo.gl/59s8fQ> Consultado 2018/03/22]



Anexo 14.



Nutriclub. Índice cintura cadera (ICC) Disponible en: <https://goo.gl/8je3M5> [Consultado 2018/03/12]



Anexo 15. Escala De Heces De Bristol.

ESCALA DE HECES DE BRISTOL

	TIPO 1 Trozos duros separados, que pasan con dificultad. ESTREÑIMIENTO IMPORTANTE
	TIPO 2 Como una salchicha compuesta de fragmentos. LIGERO ESTREÑIMIENTO
	TIPO 3 Con forma de morcilla con grietas en la superficie. NORMAL
	TIPO 4 Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda. NORMAL
	TIPO 5 Trozos de masa pastosa con bordes definidos. FALTA DE FIBRA
	TIPO 6 Fragmentos pastosos, con bordes irregulares. LIGERA DIARREA
	TIPO 7 Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida. DIARREA IMPORTANTE

Escala de Heces De Bristol .Disponible en: <https://goo.gl/mV2hGF> [Consultado 2018/03/22]



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

Anexo 16. Escala De Color De La Orina

UTILIZANDO SU ORINA COMO GUÍA DE AUTO-HIDRATACIÓN	
	AMARILLO OSCURO – NARANJA NIVEL DE HIDRATACION PELIGROSAMENTE BAJO. BEBA AL MENOS 1 LITRO <u>URGENTE</u> .
	AMARILLO OSCURO NIVEL DE HIDRATACION MUY BAJO. BEBA 1 LITRO DENTRO DE LOS PROXIMOS 15 MINUTOS
	AMARILLO NIVEL DE HIDRATACION BAJO. BEBA 1 LITRO DENTRO DE LOS PROXIMOS 30 MINUTOS
	AMARILLO CLARO NIVEL ADECUADO DE HIDRATACION. BEBA 1 LITRO DENTRO DE 1 HORA
	CLARO/CRISTALINO BUEN NIVEL DE HIDRATACION. BEBA 1 LITRO DENTRO DE LAS PROXIMAS 2 HORAS

Guía de auto hidratación. Disponible en: <https://goo.gl/AY9tcV> [Consultado 2018/03/22]



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

ANEXO 17. TERMOTERAPIA.

Compresa de semillas



Las semillas tienen la cualidad de guardar el calor y disiparlo lentamente. Al contacto con la piel, el calor va penetrando por la piel, produciendo un alivio inmediato a la zona donde se coloca.

Se calientan en el horno de microondas durante 2 minutos.



<https://goo.gl/zGfkWV>

Se envuelve la compresa y se pone una toalla encima para evitar pérdidas de calor hacia el ambiente durante 15- 30 minutos .

La temperatura de aplicación es de 75° C, siendo a los 8 minutos cuando se alcanza la máxima temperatura. Se puede aplicar en cualquier zona corporal. Producen una relajación general y reducen el ciclo dolor-espasmo-dolor.

Previo a la aplicación debe valorarse la zona en busca de problemas circulatorios o dolor.

Dosis:

Se coloca durante 10 a 15 minutos previo a las movilizaciones.



<https://goo.gl/nzjxbm>

Se vigila constantemente la piel de la persona para evitar lesiones.



<https://goo.gl/F3C3nU>

Elaboró Alumna de Posgrado
de Enfermería en
Rehabilitación:

L.E Trejo Contreras Lidia
Yoana.

Contraindicaciones:

- Trastornos de la sensibilidad.
- Problemas de la piel.
- Hemorragias.
- Neoplasias.
- Embarazo.
- Estado febril.

Bibliografía: Achiardi Oscar. Termoterapia superficial. 2011 [Internet] [Acceso 2018/04/21. Disponible en: <http://ocw.pucv.cl/cursos-1/fisioterapia-i/materiales-de-clases-1/catedras/04-termoterapia-superficial>



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

ANEXO 18. EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO DE CADERAS.

EJERCICIOS DE LA CADERA

1. Posición inicial del paciente: Echado sobre la espalda con las piernas extendidas y paralelas.



2. Partiendo de la posición anterior flexionar la rodilla y muslo intentando tocar con éste el abdomen. Volver a la posición inicial.



1. Posición inicial del paciente: Echado sobre la espalda, con el pie del lado afectado apoyado en el suelo, con lo que la rodilla queda casi flexionada.



2. Llevar la rodilla hacia la pierna opuesta, sin mover el pie de su posición. En un segundo movimiento alejar lo más posible la rodilla de la pierna opuesta sin mover el pie de la posición inicial.



1. Posición inicial del paciente: Echado sobre la espalda, piernas extendidas con los pies separados unos 40 cm.



2. Girar piernas y muslos hacia adentro hasta poner en contacto los dedos gordos de ambos pies.



3. Desde la posición 2 rotar piernas y muslos hacia fuera hasta alejar lo máximo posible los dedos gordos de ambos pies.



Bicicleta.

Es aconsejable en los casos en que la cadera conserva un cierto grado de movilidad, realizar ejercicios en bicicleta fija.



EJERCICIOS DE LA RODILLA

Posición inicial del paciente: Echado sobre la espalda. Elevar la pierna extendida y mantenerla así durante unos segundos.



1. Posición inicial del paciente: Echado sobre la espalda. Flexionar la rodilla al máximo intentando tocar con el muslo el abdomen.



2. Partiendo de la posición anterior extender la pierna lo máximo posible



3. Con la rodilla totalmente extendida descender lentamente hasta apoyarla en el suelo.



1. Posición inicial del paciente: Echado sobre el vientre.



2. Partiendo de la posición anterior flexionar la rodilla intentando tocar la nalga con el talón del pie.



1. Este ejercicio puede hacerse más enérgico atando al tobillo un saquito de arena de 1-3 Kg. de peso.

Posición inicial de paciente: Sentado, con las piernas colgando al borde de la cama o de una mesa.

2. Partiendo de la posición anterior elevar la pierna hasta extenderla lo máximo posible, pero sin mover el muslo.

3. Descender la pierna que estaba extendida flexionando al máximo.



Ejercicios de la cadera. Imagen disponible en: <https://goo.gl/RKj4te>[Consultado 2018/04/21]



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

ANEXO 19. MOVILIZACIONES PASIVAS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

Flexión de hombro. Paciente en sedestación con una fijando la articulación acromio clavicular, se lleva el brazo hacia delante y hacia arriba sobre la cabeza.



<https://goo.gl/xmaf2B>

Extensión de hombro. Paciente en sedestación con una mano fijando en la articulación acromio clavicular, se debe ir hacia la parte posterior del tronco.



<https://goo.gl/vO1fO2>

Flexión de codo. Paciente en sedestacion, se fija con una mano la articulación del codo y con la otra mano a la altura de la muñeca se lleva la mano del paciente hacia el hombro.



<https://goo.gl/uymRYg>

Extensión de codo. Paciente en decubito supino, se fija el codo con una mano y la otra a la altura de la muñeca, se extiende el brazo.



<https://goo.gl/NP1LE1>

Flexión de muñeca.

Con una mano se sujeta el antebrazo con otra la mano y se lleva esta hacia abajo.



<https://goo.gl/fsbjK1>

Extensión de muñeca

Con una mano se sujeta el antebrazo con otra la mano y se lleva esta hacia arriba.



<https://goo.gl/ED6iKA>

Elaboró Alumna de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación:

L.E Trejo Contreras Lidia Yoana.



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

Flexión de cadera. Acostado boca arriba llevar el pie hacia el techo con la rodilla extendida.



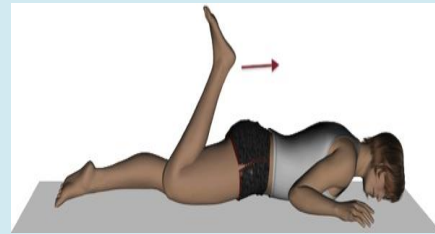
Extensión de cadera. Acostado boca abajo llevar el pie hacia el suelo con la rodilla extendida.



Flexión de rodilla. Acostado boca arriba lleve la rodilla en dirección a la cabeza.



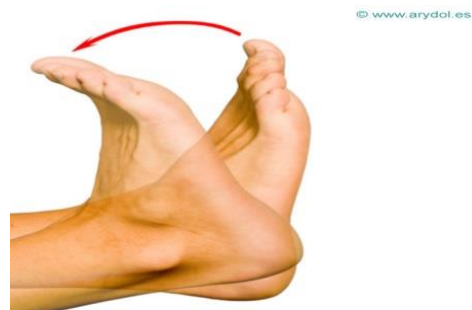
Extensión de rodilla. Acostado boca abajo y con el pie pegando en sus glúteos llevarlo hacia el suelo.



Flexión de pie. En decúbito supino llevar el pie de una posición relajada llevar el pie en punta.



Extensión de pie. En decúbito supino, llevar el pie hacia arriba.



Elaboró Alumna de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación:

L.E Trejo Contreras Lidia Yoana.

Bibliografía: Kisner Carolyn, Colby Lynn Allen. Ejercicio Terapéutico Fundamentos y técnicas. Editorial paidotribo .Barcelona .2005.



ANEXO 20. REEDUCACIÓN RESPIRATORIA

Estos ejercicios ayudan a mantener la capacidad pulmonar y la musculatura en general para tener una mayor preparación al realizar los ejercicios es muy importante aprender a respirar de la mejor manera ya esto permite la eliminación de la fatiga durante las movilizaciones y mayor ventilación a nuestro organismo.

1) Respiración abdominal o diafragmática. (en decúbito dorsal)

a) Tomar aire por la nariz y dirigirla hacia el estómago.

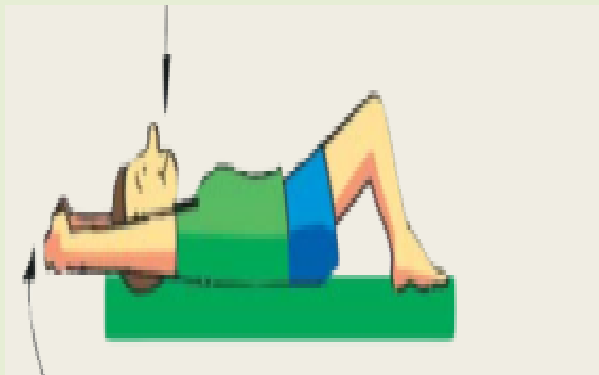


b) Soplar lentamente por la boca procurando alargar este tiempo.

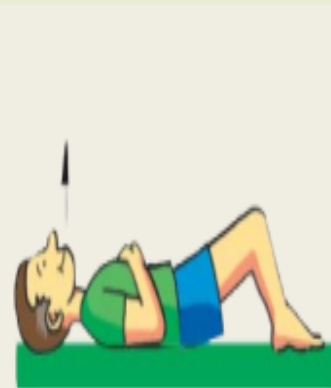


2) Respiración costal.

a) Situando las manos sobre las costillas, tomar aire por la nariz dirigiéndolo hacia el pecho (las manos tienen que notar el movimiento de expansión de la caja torácica)



b) Soplar lentamente por la boca procurando alargar este tiempo.

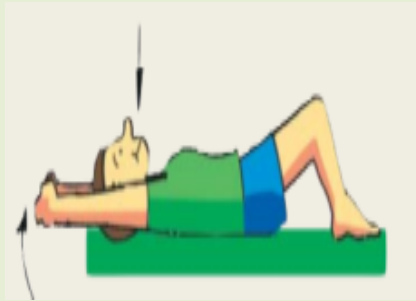


3) Respiración acompañada por el movimiento de los brazos.



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

a) Respirar separando los brazos en cruz hasta unir las manos por encima de la cabeza.



c) Soplar bajando los brazos rectos por delante de la cara hasta el suelo.



1) **Respiración abdominal o diafragmática. (sedente)**

a) Tomar aire por la nariz dirigiéndolo hacia estómago.



b) Soplar lentamente por la boca intentando alargar este tiempo.



Elaboró Alumna de Posgrado de
Enfermería en Rehabilitación:

L.E Trejo Contreras Lidia Yoana.

2) **Respiración costal**

a) Situando las manos en las costillas, tomar aire por la nariz dirigiéndolo hacia el pecho (las manos tienen que notar el movimiento de expiración de la caja torácica).



b) Soplar lentamente por la boca procurando alargar este tiempo





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

ANEXO 21. PASOS PARA UN CEPILLADO CORRECTO.

1. Colocar el cepillo a lo largo de la línea de la encía marcando un ángulo de 45 grados respecto de la misma. Realizar movimientos de adelante hacia atrás unas 10 o 15 veces cada dos o tres dientes.



3. Continúe cepillando las superficies masticatorias realizando movimientos de adelanté hacia atrás.



2. Cepille las superficies internas de cada diente, utilizando la técnica del paso anterior.



4. Coloque el cepillo verticalmente para cepillar la cara interna de los dientes superiores e inferiores.



USE HILO DENTAL CON REGULARIDAD

- 1) Corte aproximadamente 45 cm. de hilo dental y enróllelo en los dedos medios de ambas manos dejando unos 12 cm. entre uno y otro.
- 2) Deslícelo suavemente entre los dientes hasta llegar por debajo de la línea de la encía.
- 3) Curve el hilo en forma de C y deslícelo entre los dientes con un movimiento de barrido. Repita esta acción en todos los espacios entre diente y diente.

**Elaboró Alumna
de Posgrado de
Enfermería en
Rehabilitación:**

L.E Trejo
Contreras Lidia
Yoana.



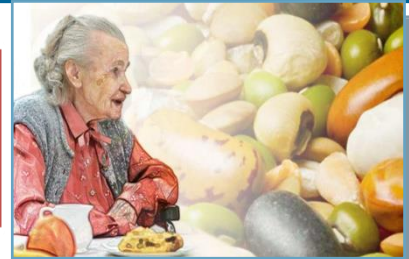
Anexo 22.

LESIONES POR PRESIÓN

¿QUÉ SON LAS LESIONES POR PRESIÓN?

Es una lesión de origen Isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro que es externo a él.

Fisiopatológico.



<http://cort.as/-4hHa>

Del entorno.



<http://cort.as/-4hJl>

Derivados del tratamiento .



<http://cort.as/-4hPO>

Situacionales.



<http://crt.as/-4hQu>

BIBLIOGRAFIA:

Barón Burgos Margarita. Benítez Ramírez M^ª del Mar. Caparrós Cervantes Ana .Et al. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas.2015 [internet] [acceso 2018 Mayo 03] disponible en: http://www.ingesa.mssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Prevenccion_UPP.pdf



Complicaciones

Primarias

Secundarias.



<https://goo.gl/CZ6d1YG>

Hemorragias.



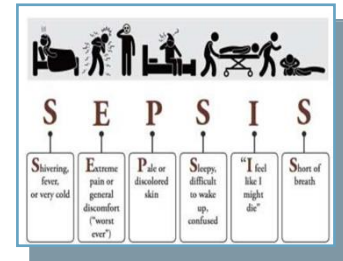
<https://goo.gl/92MLXk>

Dolor.



<https://goo.gl/bmlZkO>

Osteomielitis.

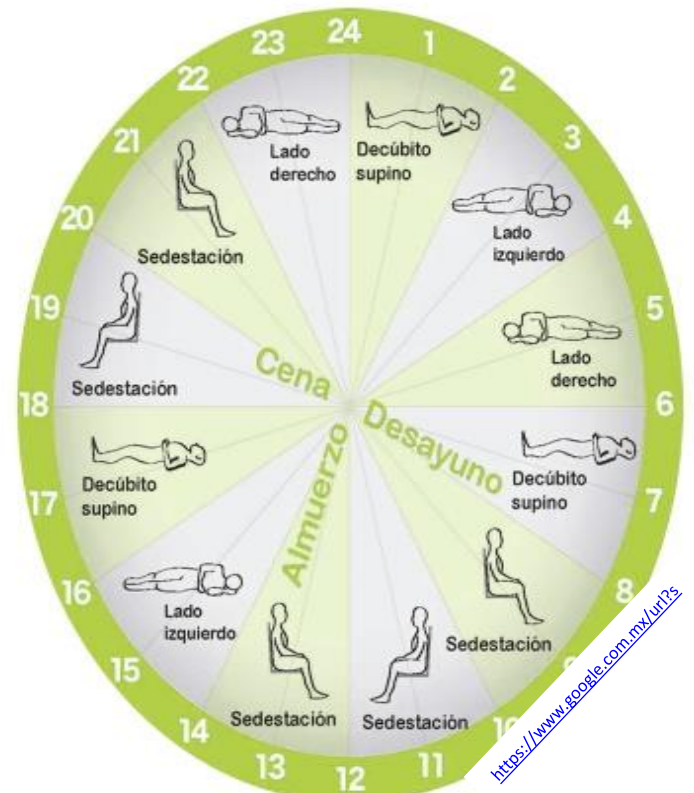


<https://goo.gl/BDszan>

(Infección en el hueso) Infección generalizada

PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN

- ⇒ Realizar cambios posturales cada 2 a 3 horas.
- ⇒ Mantener limpia, seca y lubricada la piel .
- ⇒ Utilizar ropa de algodón, mantener limpia y libre de arrugas la cama.
- ⇒ Utilizar cojines y/o cuñas de espuma para liberar presión sobre trocánteres, tobillos y talones.
- ⇒ Realizar movilizaciones pasivas de articulaciones comprometidas.
- ⇒ Movilizar a la persona evitando el arrastre que produce fricción y movimientos de cizalla.
- ⇒ Evitar usar cojines en forma de dona.
- ⇒ Alimentación balanceada en calidad y cantidad.



<https://www.google.com.mx/ur?z>

Elaboró Alumna de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación:

L.E Trejo Contreras Lidia Yoana.



Anexo 23.

LA JARRA DEL BUEN BEBER.

PERO..... ¿PARA QUE ME SIRVE? :

Te has puesto a pensar ¿cuántas calorías te bebes al día?, el jugo por la mañana, un refresco, agua de sabor o jugo industrializado en la comida, un café con crema batida y chispas de chocolate en la tarde con tus amigos, 1 vaso de leche o un té helado (industrializado) en la noche... todas estas calorías también cuentan y no cubren tu requerimiento de agua simple al día.

Es una guía informativa que muestra cuales son las bebidas saludables y la cantidad de líquidos que se recomienda que consumir durante el día.



<http://cort.as/-57Me>

Esta jarra cuenta con 6 niveles que representan las porciones recomendadas para la población mexicana durante el día de las diferentes bebidas que se acostumbran a tomar en el país, ordenadas de abajo hacia arriba, del más saludable al menos saludable. Cabe destacar que cuando hablamos de 1 vaso nos referimos a uno de 240 ml.

Niveles de la jarra de buen beber:

Nivel 1: AGUA SIMPLE: Es el nivel que cuenta con más volumen de la jarra, representando 6 a 8 vasos. El agua simple es la elección más saludable en esta escala y la bebida preferida para satisfacer las necesidades diarias de líquidos

Nivel 2: LECHE SEMIDESCREMADA y las **BEBIDAS DE SOYA SIN AZUCAR**, prefiere la versión LIGHT, representa un máximo de 2 vasos, empezando a partir de los 2 años de edad

Nivel 3: TÉ Y CAFÉ SIN AZUCAR: representado por un máximo de 4 vasos. El té provee una variedad de antioxidantes y micronutrientes como el fluoruro, la ingesta regular de café se asocia con un menor riesgo de Diabetes tipo 2.

Nivel 4: BEBIDAS NO CALÓRICAS, ENDULZADAS CON EDULCORANTES ARTIFICIALES O SUSTITUTOS DE AZÚCAR, el consumo no debe exceder los 2 vasos.

Nivel 5: JUGO DE FRUTA 100% NATURAL, LECHE ENTERA, BEBIDAS DEPORTIVAS Y BEBIDAS ALCOHÓLICAS, representado por no más de 1/2 vaso porque contienen altas cantidades de grasa o azúcar.

Nivel 6: REFRESCOS, CONCENTRADOS DE JUGOS Y OTRAS BEBIDAS ALTAS EN AZÚCARES, representados por 0 vasos, es decir, nunca debemos consumirlos porque además de que no nos nutren son dañinas para el organismo.



<http://cort.as/-57LS>

Elaboró Alumna de Posgrado de
 Enfermería en Rehabilitación:

L.E Trejo Contreras Lidia Yoana.

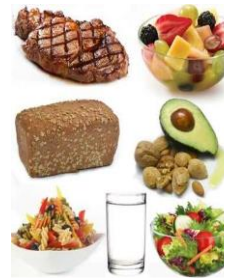


Anexo 24.

EL PLATO DEL BUEN COMER

¿QUÉ ES?

Es un instrumento con propósitos de ayuda gráfica, para ilustrar como promover una dieta saludable, mediante la combinación y variación de los alimentos que integran la dieta.



<http://cort.as/-57R0>



<http://cort.as/-57R9>

REPRESENTA TRES GRUPOS DE ALIMENTOS:

1. Verduras y Frutas --- verde

2. Cereales y tubérculos ---- amarillo

3. Leguminosas y alimentos de origen animal--- rojizo

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

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



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

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

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

<http://cort.as/-57T>



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

La alimentación correcta debe ser

Completa. Que incluyas por lo menos un alimento de cada grupo en cada desayuno, comida y cena.

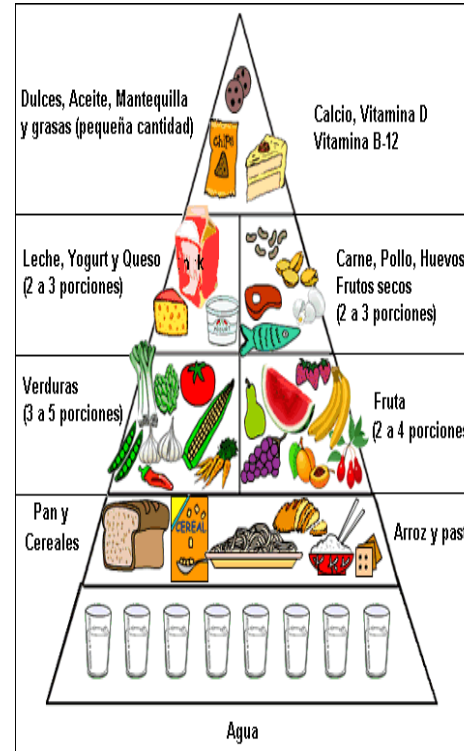
Equilibrada. Que los nutrimentos guarden las proporciones, entre sí al integrar en el desayuno, comida y cena alimentos de los tres grupos.

Suficiente. Para cubrir las necesidades nutricionales de cada persona de acuerdo a edad, sexo, estatura, actividad física o estado fisiológico.

Variada. Que incluya diferentes alimentos de los tres grupos en cada tiempo de comida.

Higiénica. Que se preparen, sirvan y consuman con limpieza.

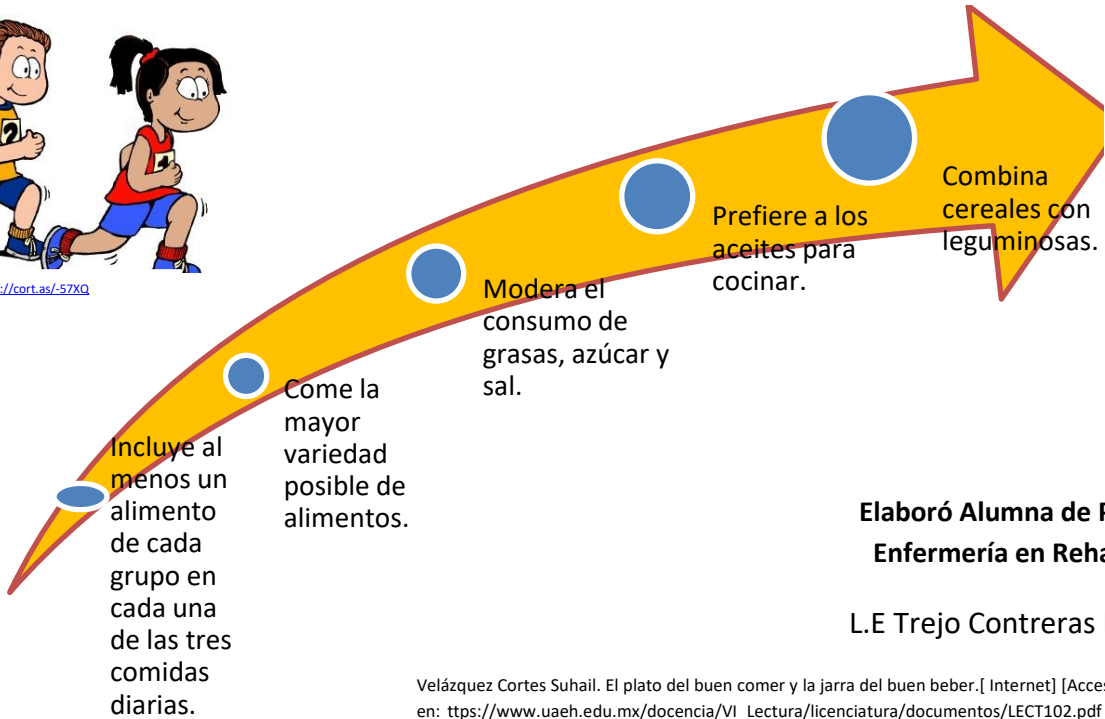
Adecuada. A los gustos, costumbres y disponibilidad de los mismos



<http://cort.as/-57UH>



<http://cort.as/-57XQ>



Elaboró Alumna de Posgrado de
 Enfermería en Rehabilitación:

L.E Trejo Contreras Lidia Yoana.



Anexo 25.

AROMATERAPIA

¿QUE ES?:

Se conoce como aromaterapia a la rama de la herbolaria que usa los componentes volátiles de plantas para obtener efectos terapéuticos.

ACEITES ESENCIALES CONTRA ESTRÉS



<http://cort.as/-57a1>

. Beneficios

Analgésicas.

Antisépticas.

Astringentes.

Sedantes.

Condiciones relacionadas con el estrés.

Trastornos del estado de animo

Elaboró Alumna de Posgrado de Enfermería
 en Rehabilitación:

L.E Trejo Contreras Lidia Yoana.

COMO SE USA:

Por inhalación

- Masaje sueco, minimo tres veces por semana. Con una duración de 45 minutos a 1 hora.

Baños aromaticos.

- Compresa caliente.

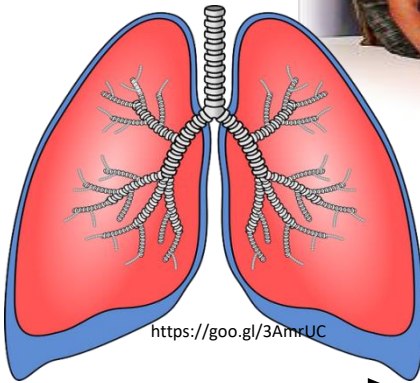


<http://cort.as/-57en>



Anexo 26.

DRENAJE POSTURAL.



<https://goo.gl/3AmrUC>



<https://goo.gl/m23ru>

PRECAUCIONES GENERALES:

Antes de empezar, asegúrese que el paciente tose y respira profundamente de forma eficaz.

Controlar el estado cardíaco y respiratorio durante la técnica.

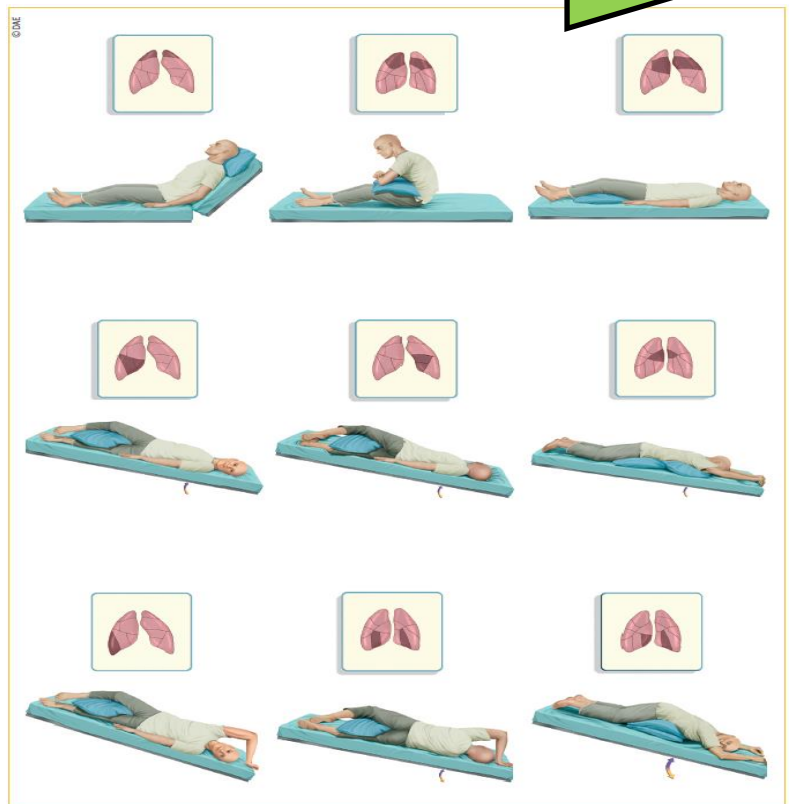
Se puede reducir al ángulo de drenaje si no se tolerasen los

No realizarlo inmediatamente después de haber comido

OBJETIVOS:

- ⇒ Ayudar al transporte mucociliar de secreciones y su eliminación.
- ⇒ Favorecer una ventilación máxima en los segmentos pulmonares.

COMO COLOCAR AL PACIENTE:



ELABORÓ: LIC. EN ENFA. Lidia Yoana Trejo Contreras.

BIBLIOGRAFIA:

Güell Rous MR, Díaz Lobato S, Rodríguez Trigo G, Morante Vélez F, San Miguel M, Ceido P. et al. Rehabilitación respiratoria. Arch bronconeumo [Internet].2014



Anexo 27. EJERCICIOS PARA FORTALECIMIENTO DE MANO.

Las manos son una parte de nuestro cuerpo muy sofisticada y muy compleja, de especial importancia en las actividades de la vida diaria, pues participan en un sinnúmero de acciones.

OBJETIVOS DE LA REHABILITACIÓN:

RECOMENDACIONES:

Tiene especial importancia adoptar una posición adecuada al realizar un ejercicio.

Parta siempre de la posición inicial explicada en cada ejercicio. Se puede ayudar de un espejo para comprobar que lo hace correctamente.

Todos los ejercicios deben realizarse suavemente y de forma progresiva.

Realice el número de repeticiones que le indique su médico y con la frecuencia indicada. No llegue al agotamiento.

En los ejercicios que se utilizan pesos estos han de ser mínimos para intentar ofrecer cierta resistencia al movimiento.

OBJETIVOS DE LA REHABILITACIÓN:



<https://goo.gl/Vdzn7B>

Recuperar la función.

¿COMO SE HACE?

PUÑO

- A) De pie o sentado en una silla.
- B) Cerrar lentamente la mano, todo lo que sea posible "hasta lograr hacer puño". Nos podemos ayudar de una pelota blanda o una esponja por ejemplo.
- C) Se puede realizar con la mano sumergida en agua caliente para conseguir una mayor relajación.

Prevención de contracturas.



<https://goo.gl/31imCP>

Control del dolor.



<https://goo.gl/Bp8RxQ>

Evitar la inflamación.





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

EXTENSIÓN DE LOS DEDOS

A) Abrir la mano y extender los dedos al máximo. Nos podemos ayudar si fuese necesario apretando la palma de la mano contra el plano de una mesa.



SEPARACIÓN DE LOS DEDOS

A) Sentado en una silla.

B) Con la mano abierta intentar separar los dedos (en forma de abanico), hasta el punto máximo.



OPOSICIÓN

A) Sentado en una silla.

B) Con la yema de cada dedo intentar contactar por separado con la yema o pulpejo del dedo pulgar.



LATERALIZACIÓN DE LA MUÑECA

A) Sentado en una silla.

B) Mano abierta y dedos extendidos.

C) Realizar movimientos laterales con la muñeca, dirigiendo la mano hacia fuera y hacia dentro del cuerpo alternativamente.



ELABORÓ:

Lic. En Enfa. Lidia Yoana Trejo Contreras.

BIBLIOGRAFIA:

Ejercicios de Rehabilitación para dedos y manos. Disponible en:
www.traumazaragoza.com/traumazaragoza.com/Documentacion_files/Rehabilitación%20de%20los%20dedos%20de%20la%20mano.pdf [Consultado 2018/12/05]



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

Anexo 28. ORTESIS REDUCTORA DE TONO

¿QUE SON ? : Dispositivos diseñados para reducir el tono flexor en pacientes con espasticidad significativa y prevenir la “mano en garra” o el acortamiento muscular permanente (contractura) como se observa comúnmente en pacientes con desórdenes neurológicos como en Evento vascular cerebral. Traumatismo craneoencefálico ,lesiones medulares cervicales y parálisis cerebral.

USO:

Estas ortesis se colocan intercaladamente a lo largo del día 2 horas de uso 2 horas de descanso .



<https://goo.gl/cv2C1m>



<https://goo.gl/3F6uF4>



<https://goo.gl/9DDnua>

FUNCIONES :

- ♦ Incrementar el rango de movimiento
- ♦ Aplicar tracción para corregir o prevenir contracturas.
- ♦ Ayudar a prevenir o corregir deformidades manteniendo el alineamiento.
- ♦ Asistir en mejorar una función deteriorada.
- ♦ Aliviar el dolor.
- ♦ Servir vínculo para dispositivos de asistencia (AVD) .
- ♦ Bloquear movimientos inadecuados de una articulación (estabilización) .

RECOMENDACIONES PARA SU USO:

- ♦ Lavarse bien las manos antes de colocarla y limpiarla de manera periódica.
- ♦ Vigilar la piel constantemente en busca de lesiones, en caso de presentarlas retirarla de inmediato.
- ♦ No utilizarla al momento de tomar el baño.
- ♦ No apriete las correas más de lo aconsejado.
- ♦ Si se daña total o parcialmente no intente colocárselo valiéndose de vendas elásticas .
- ♦ Asista periódicamente a control.



<https://goo.gl/bk-eFJM>

ELABORÓ:

Lidia Yoana Trejo Contreras.

BIBLIOGRAFIA:

Kim, E, Chang, M, Seo, J, Jang & S, Song, J. (2013) The Effect of a Hand-Stretching Device During the Management of Spasticity in Chronic Hemiparetic Stroke Patients. Ann Rehabil Med, (37), pp. 235-240. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23705119>



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

Anexo 29.

ORTESIS TOBILLO PIE (OTP)



<https://goo.gl/T37pGx>

QUÉ ES UNA ORTESIS?

Son aditamentos ortopédicos que se aplican externamente para modificar la estructura y las características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético. Se utilizan para mejorar una función, restringir o reforzar un movimiento o proveer soporte a un segmento corporal.

Los dispositivos se clasifican en función al segmento corporal que abarca de modo que una OTP significa ortesis. que se encuentra en el tobillo y el pie.

- FUNCIONES DE UNA OTP:**
- * **Ortesis de descarga:** Se consigue al reducir la carga o fuerzas sobre un segmento corporal concreto de forma controlada, reduciendo el dolor, inflamación de tejidos lesionados.
 - * **Ortesis de inmovilización:** impiden y restringen el movimiento articular , en este caso en una posición adecuada
 - * **Ortesis estabilizadoras o de control:** protegen estructuras lesionadas o inestables de fuerzas.
 - * **Ortesis posturales o preventivas:** aplicadas en caso de riesgo de desviación o deformidad por un desequilibrio muscular.
 - * **Ortesis correctoras:** cambian la posición articular.

- ¿CUANDO SE PRESCRIBEN?**
- Control neurológico deficitario provocado por :
- ⇒ parálisis cerebral.
 - ⇒ Accidente cerebrovascular.
 - ⇒ Traumatismos cerebrales.
 - ⇒ Lesiones medulares .
 - ⇒ Esclerosis múltiple.
 - ⇒ Varo subtalar.
 - ⇒ Valgo subtalar



<https://goo.gl/5z5ii>



<https://goo.gl/K4rczr>



- APLICACIÓN:**
1. Antes de poner el AFO (férula), revise su piel para ver si hay alguna área roja o adolorida.
 2. Póngase un calcetín. El calcetín debe de estar lo suficientemente grande para cubrir la misma área que cubra el AFO.
 3. Coloque el AFO poniendo su talón en el AFO primero y asegurándose que este adentro bien puesto.
 4. Amarre todos los cordones ajustados. Comience con el cordón del tobillo, luego proceda hacia arriba.

USO DE LA OTP:

1. El primer día, tenga puesto la OTP por una hora luego quítese el AFO. Examine la piel por áreas rojas/adoloridas.

2. Si no hay áreas rojas, póngase el OTP de Nuevo y téngalo puesto por otra hora.

3. Siga repitiendo este proceso si no hay áreas rojas que surjan. Hacer revisiones de piel cada 2 a 3 horas

ELABORÓ:

Lidia Yoana Trejo Contreras.

BIBLIOGRAFIA:

Cortés Barragán José Manuel. Biomecánicas en las AFO .AFO Podiátricas. Revista Española de Podología.[Internet].2012.[citado 2018/11/21]Disponible en:www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-podologia-224-pdf-X0210123812502815



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

Anexo 30. MASOTERAPIA

QUÉ ES ?

Combinación de manipulaciones variadas, basadas esencialmente en el movimiento y presión ,practicadas sobre la superficie del cuerpo humano con fines terapéuticos.

Tipos:

- ♦ **Masajes relajantes:** Ayurveda, Holístico, Sueco
- ♦ **Masajes estimulantes:** Masaje deportivo, masaje tailandés. Entre otros.

“ **Puede realizarse dos veces a la semana, con un mínimo de 45 minutos por sesión.** ”



<https://goo.gl/Rb9Rtx>

INDICACIONES	PATOLOGIAS
Aliviar o calmar el dolor	Esguinces, contusiones y lesiones ligamentosas, tendinosas, musculares y nerviosas, así como en artritis, periartrosis, fibrosis, tendinitis y lumbalgias.
Mejorar la circulación	Hipotensión, mejorar la circulación de retorno, hematomas y varices.
Reducción de edemas	Celulitis, edemas postraumáticos, linfedemas, etc.
Liberar adherencias	Cicatrices, adherencias aponeuróticas, peri articulares, masaje para el despegamiento de rótula, ligamentos y tendones adheridos
Tonificar y mantener el tono tisular	Masaje con el fin de preparar los muñones de amputaciones para el uso de prótesis y en tratamientos deportivos.



CONTRAINDICACIONES:



<https://goo.gl/VPv6Ap>

Aquellas enfermedades en las que el efecto mecánico puede producir un grave accidente:
 Heridas sangrantes, tromboflebitis, etc.
 Inflamaciones e infecciones agudas y subagudas.
 Traumatismos recientes, fracturas no consolidadas.
 Afecciones tumorales Enfermedades de la piel:
 Heridas, dermatitis, etc.
 Inflamaciones de la cavidad abdominal.
 Estados febriles ,taquicardias e hipertensión

ELABORÓ:

L.E Lidia Yoana Trejo Contreras.

BIBLIOGRAFIA:

- ♦ Lidell Lucinda .El libro del masaje .Manual de las técnicas de oriente y occidente.Barcelona.1987



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

MASAJE SUECO

Maniobras fundamentales:

⇒ **Frotación, Rozamiento o masaje superficial (Effleurage)** : Consiste en el desplazamiento de la mano de manera superficial sobre la piel, es una frotación suave que acaricia la superficie cutánea a tratar siempre en una misma dirección, normalmente centrípeta.



<https://goo.gl/MLP64T>

⇒ **Fricción** : Consiste en el desplazamiento de la piel sobre el tejido celular subcutáneo.



<https://goo.gl/RVcd7Q>

⇒ **Presión** : Consiste en comprimir una región entre las dos manos o entre dedo pulgar y resto de los dedos y un plano resistente óseo.



<https://goo.gl/AVAH6T>

⇒ **Amasamiento o Pellizcamiento (Pétrissage)**: Es la tracción del cuerpo muscular con una serie de contorsiones anteriores y posteriores, se realiza solo en grupos musculares muy palpables.



<https://goo.gl/wgaic6>

⇒ **Vibración.**



<https://goo.gl/CCUW04>

⇒ **Percusión.**



<https://goo.gl/gTecWG>



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

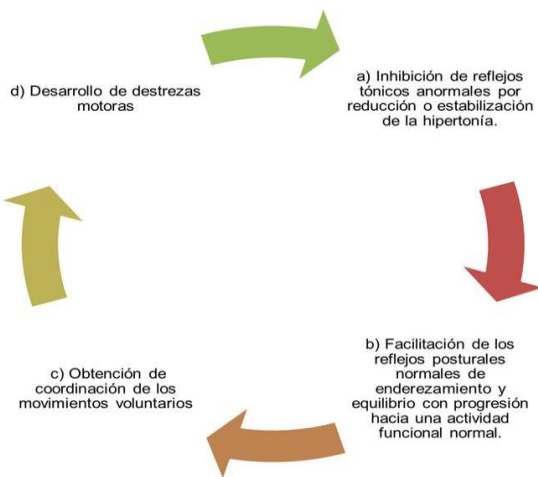
Anexo 31. MÉTODO BOBATH

Es una terapia especializada aplicada a tratar las alteraciones motoras y de la postura, derivadas de lesiones del sistema nervioso central (SNC).



<https://goo.gl/ttB2KH>

OBJETIVOS:



EN QUE CONSISTE:



Inhibición de reflejos anormales: Por medio de posiciones especiales que reduzcan e incluso anulen dichos reflejos.



Estimulación: Independización funcional realizada a partir de la memoria.(Engrama).



Facilitación del movimiento: Sirve para activar componentes del movimiento sobre los que el paciente no tiene suficiente control. Se realiza mediante contacto manual.



<https://goo.gl/mkGBW7>

MEDIOS DE AYUDA:

Pelota Suiza o tipo Bobath:

El uso de la pelota en este método es para relajar al paciente con patrón flexor o extensor.

ELABORÓ:

L.E Lidia Yoana Trejo Contreras.

BIBLIOGRAFIA:

Jiménez Treviño Carlo Manuel. Neurofacilitación. Técnicas de Rehabilitación neurológica.3ª ed. México: Trillas,2016



<https://goo.gl/34p2k>



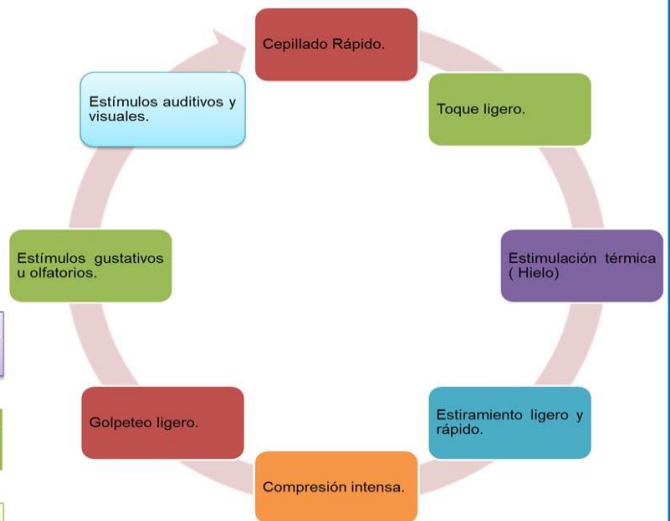
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN**

Anexo 32. MÉTODO DE ROOD

Se aplica para facilitar el movimiento y estimular una respuesta motora.



MÉODOS DE FACILITACIÓN:



Cepillado rápido: Se utiliza un cepillo de cerdas suaves ,se realiza en un solo sentido ,durante 5 segundos ,se efectúa en el músculo que se desea estimular

Toque ligero: A l efectuar el toque ligero sobre el dorso del espacio interdigital de la mano o pie, región palmar o plantar, se provoca un movimiento de retracción del miembro estimulado.

Estimulación Térmica (Hielo): Se efectúa aplicando hielo, preferentemente en forma de paleta, presionando de 3 a 5 s. Ideal para músculos flácidos.

Estiramiento ligero y Rápido: Se realiza en músculos flexores o abductores.

Compresión intensa: Aplicar una carga mayor al cuerpo.

Golpeteo ligero: Se efectúa en el tendón muscular, se percute el área con la punta de los dedos.

Estimulos olfatorios y gustativos: Son facilitadores o inhibidores.



<https://goo.gl/oFZij4>

ELABORÓ:

L.E Lidia Yoana Trejo Contreras.

BIBLIOGRAFIA:

Jiménez Treviño Carlo Manuel. Neurofacilitación. Técnicas de Rehalitación neurológica.3ª ed. México: rllas,2016



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

Anexo 33. REHABILITACIÓN VESTIBULAR.

Que es el sistema vestibular: Regula el sentido de movimiento y del equilibrio, es lo que nos permite situar nuestro cuerpo en el espacio, los desplazamientos y nuestro entorno.

¿Que Es La Rehabilitación Vestibular? Es el conjunto de ejercicios que buscan disminuir los síntomas de mareos, vértigos y desequilibrios, con la finalidad de lograr una mejor estabilidad y calidad de vida para el paciente.



Beneficios:

Evitar o reducir los mareos y el vértigo.

Mejorar la coordinación

Mayor eficiencia del sistema visual.

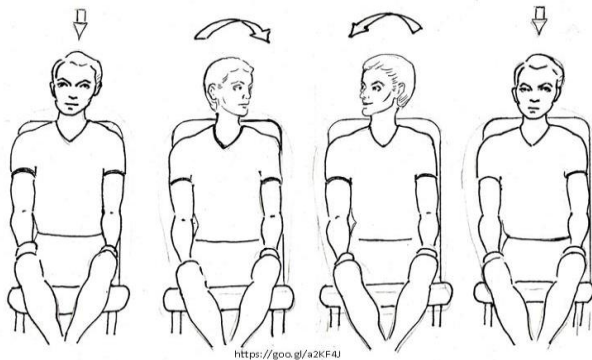
Mejorar el balance.

Mejor control postural.

Prevención de caídas.

Mejora de la marcha.

Como se realizan:



<https://goo.gl/a2kF4J>

ELABORÓ:

L.E Lidia Yoana Trejo Contreras.

BIBLIOGRAFIA:

Blanco Contreras Maria José, Leyton Catalina, Quirino , Manzo Valenzuela Lissete ,et al. Creación de un programa de estimulación vestibular para adultos mayores[internet].Chile: FACULTAD DE MEDICINA . 2015[Consultado 02/12/2018] Disponible en: epositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138231/Blanco%20Leyton%20Manzo%20Mondaca%20apata.pdf;sequence=1

EN QUE CONSISTE:

1. Ejercicios para el incremento del reflejo vestibulo ocular (ROV) y estabilización de la mirada
2. Ejercicios de habituación
3. Ejercicios para el control de la postura
4. Ejercicios para la mejora de la condición física general (Ejercicios de mantenimiento)

Nivel 1: Ejercicios oculares; cabeza mantenida inmóvil

Puede hacerse en la cama si el paciente está agudamente enfermo o sentado). Mirar arriba, luego abajo, primero despacio y luego de prisa, manteniendo la cabeza inmóvil. 20 veces.



Mirar de un lado a otro, manteniendo la cabeza inmóvil, primero despacio y luego de prisa. 20 veces.



Focalizar un dedo de la mano, estando el brazo estirado, moverlo entonces desde unos treinta y ocho centímetros hacia la nariz y luego alejarlo otra vez. 20 veces.



Nivel 2: Movimientos de la cabeza y los ojos

(Sentado o en cama).

Flexión y extensión de la cabeza con los ojos abiertos, despacio y luego de prisa. 20 veces.



Inclinación de lado a lado de la cabeza, despacio y después de prisa. Cuando mejore el desequilibrio, se repetirá el nivel 2 con los ojos cerrados.



Nivel 3: Movimientos de brazo y cuerpo: sentado

(Si previamente se realizaron en la cama, repetir estando sentado los niveles 1 y 2).

Encogerse de hombros. 20 veces. Hacer círculos con los hombros. 20 veces.



Girar la cintura a la derecha y luego a la izquierda. 20 veces.



<https://goo.gl/VizyDp>



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

Anexo 34.

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

La relajación es un acto mediante el cual, se reduce la tensión corporal y/o mental proporcionando una sensación de descanso y liberación de las preocupaciones y el estrés,

BENEFICIOS:



Relajación muscular.
 Reducción del nivel de ansiedad.

<https://goo.gl/vZ3Rj>



Disminución de la tensión arterial.
 Disminución de la frecuencia respiratoria.

<https://goo.gl/66X5Gq>



Mejoría de la autoestima.

<https://goo.gl/vh6GBx>



<https://goo.gl/rf4unX>

Técnicas para relajación:

- ⇒ Respiración abdominal.
- ⇒ Musicoterapia.
- ⇒ Relajación progresiva.
- ⇒ Visualización.

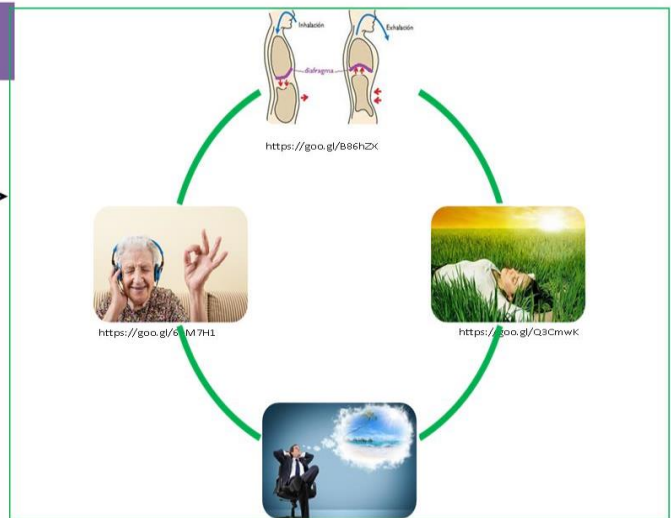


La respiración abdominal, consiste en inspirar dirigiendo el aire hacia la base de los pulmones, haciendo que sea el diafragma el principal músculo encargado de la respiración

La relajación progresiva se basa en el conjunto tensión-distensión de determinados músculos, es decir, ejercer primero una tensión sobre distintos grupos musculares para después, liberar la tensión inducida, creando relajación

La visualización, es "el proceso mental que invoca y usa los sentidos", es decir, se trata de construir, a través de los sentidos, imágenes mentales de carácter agradable, que induzcan sensación de calma.

Reúne combinaciones de sonidos de forma estructurada y con una gran variedad de expresión dependiendo de la relación entre el ritmo, melodía, volumen y tono.



EJERCICIOS DE RELAJACIÓN MUSCULAR



Póngase en cuclillas y, lentamente, acerque la cabeza lo más posible a las rodillas.



Siéntese en una silla, separe las piernas, cruce los brazos y flexione su cuerpo hacia abajo.



Gire lentamente la cabeza de derecha a izquierda.



Apoye su cuerpo sobre la mesa.



Ponga sus manos en los hombros y flexione los brazos hasta que se junten los codos.

<https://goo.gl/kRkPKx>

ELABORÓ:

L.E Lidia Yoana Trejo Contreras.

BIBLIOGRAFIA:

- ♦ Blanco, Carmen; Estupiñá, Francisco J.; Labrador, Francisco J.; Fernández Arias, Ignacio; Bernaldo de Quirós, Mónica; Gómez, Laura El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología Anales de Psicología, vol. 30, núm. 2, mayo-



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

Anexo 35. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

La relajación es un acto mediante el cual, se reduce la tensión corporal y/o mental proporcionando una sensación de descanso y liberación de las preocupaciones y el estrés,

BENEFICIOS:



Relajación muscular.
Reducción del nivel de ansiedad.

<https://goo.gl/vZ3Rj>



Disminución de la tensión arterial.
Disminución de la frecuencia respiratoria.

<https://goo.gl/68x5Gq>



Mejoría de la autoestima.

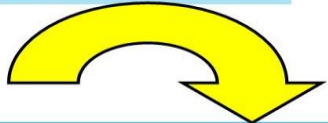
<https://goo.gl/vh6G8x>



<https://goo.gl/rf8unX>

Técnicas para relajación:

- ⇒ Respiración abdominal.
- ⇒ Musicoterapia.
- ⇒ Relajación progresiva.
- ⇒ Visualización.



La respiración abdominal, consiste en inspirar dirigiendo el aire hacia la base de los pulmones, haciendo que sea el diafragma el principal músculo encargado de la respiración

La relajación progresiva se basa en el conjunto tensión-distensión de determinados músculos, es decir, ejercer primero una tensión sobre distintos grupos musculares para después, liberar la tensión inducida, creando relajación

La visualización, es "el proceso mental que invoca y usa los sentidos", es decir, se trata de construir, a través de los sentidos, imágenes mentales de carácter agradable, que induzcan sensación de calma.

Reúne combinaciones de sonidos de forma estructurada y con una gran variedad de expresión dependiendo de la relación entre el ritmo, melodía, volumen y tono.



<https://goo.gl/886h2X>



<https://goo.gl/6M7H1>



<https://goo.gl/Q3CmwK>



<https://goo.gl/84Wz19>

EJERCICIOS DE RELAJACIÓN MUSCULAR



Póngase en cuclillas y, lentamente, acerque la cabeza lo más posible a las rodillas.

Siéntese en una silla, separe las piernas, cruce los brazos y flexione su cuerpo hacia abajo.

Gire lentamente la cabeza de derecha a izquierda.

Ponga sus manos en los hombros y flexione los brazos hasta que se junten los codos.

Apoye su cuerpo sobre la mesa.

<https://goo.gl/kRakPc>

ELABORÓ:

L.E Lidia Yoana Trejo Contreras.

BIBLIOGRAFIA:

- ♦ Blanco, Carmen; Estupiñá, Francisco J.; Labrador, Francisco J.; Fernández Arias, Ignacio; Bernaldo de Quirós, Mónica; Gómez, Laura El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología Anales de Psicología, vol. 30, núm. 2, mayo-



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

Anexo 36. VASO PARA ALIMENTACIÓN FACILITADA.





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

FOTOGRAFÍAS TOMADAS

CAMBIOS POSTURALES



**Fotos tomadas por Estudiante del posgrado de
enfermería en rehabilitación:**

Lidia Yoana Trejo Contreras.



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

AGARRE Y ALCANCE DE OBJETOS CON LA EXTREMIDAD AFECTADA



**Fotos tomadas por Estudiante del posgrado de
enfermería en rehabilitación:**

Lidia Yoana Trejo Contreras.



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

EJERCICIOS DE MEMORIA: ARMAR ROMPECABEZAS.



**Fotos tomadas por Estudiante del posgrado de
enfermería en rehabilitación:**

Lidia Yoana Trejo Contreras.



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

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MIEMBRO SUPERIOR.



**Fotos tomadas por Estudiante del posgrado de
enfermería en rehabilitación:**

Lidia Yoana Trejo Contreras.



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

**ENSEÑANZA EN EL USO DE LA SILLA DE RUEDAS PARA SU
DESPLAZAMIENTO.**



**Fotos tomadas por Estudiante del posgrado de
enfermería en rehabilitación:**

Lidia Yoana Trejo Contreras.



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

MAYOR EQUILBRIO EN SEDESTACIÓN



Fotos tomadas por Estudiante del posgrado de enfermería en rehabilitación:

Lidia Yoana Trejo Contreras.



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



**Fotos tomadas por Estudiante del posgrado de
enfermería en rehabilitación:**

Lidia Yoana Trejo Contreras.



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

CONSETIMIENTO INFORMADO



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

CD de México a 20 de Noviembre 2017

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

Autorizo (nombre y firma):

Blanca Lizette Trejo

Testigo (nombre y firma):

Amador Santibañez

Estudiante del Posgrado (nombre y firma):

Isela Yvonne Trejo C. Guadalupe



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTENCIÓN DE FOTOGRAFÍA.



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTENCION DE
 FOTOGRAFIAS O VIDEO

CD de México a 20 de November 20 17

Por medio de la presente yo M I S Doy mi consentimiento para que la (el) Lic. Enf. _____, 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:

M. I. S.

Testigo:

América Labrador

Estudiante del Posgrado:

Ysabella



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

PLAN DE ALTA.

Evaluación de resultados

Recibí información:

Deficiente Suficiente Compensable Lenguaje claro Acorde a condición actual

¿La educación recibida me permitió conocer y manejar mi enfermedad?

Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

Fecha de entrega:

M.R.I.S

Nombre y firma
de la persona

Nombre y firma
del cuidador primario

Nombre y firma de
la enfermera
encargada.