



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



PROCESO CUIDADO ENFERMERO "ATENCIÓN A LA
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE RADICULOPATÍA LUMBAR"

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

JESSICA DEL CARMEN ACUÑA GUEVARA

NOVIEMBRE 2021
SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



PROCESO CUIDADO ENFERMERO "ATENCIÓN A LA
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE RADICULOPATÍA LUMBAR"

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

JESSICA DEL CARMEN ACUÑA GUEVARA
TUTOR(A): L.E. CLARA ELENA INFANTE GRANJA

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



*CARTA DE ACEPTACIÓN DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO PARA
LA TITULACIÓN DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA*

Los suscritos miembros del proceso de titulación de
JESSICA DEL CARMEN ACUÑA GUEVARA

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

“PROCESO CUIDADO ENFERMERO: ATENCIÓN A LA PACIENTE CON DIAGNÓSTICO
DE RADICULOPATÍA LUMBAR”

En vista de los cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea
sustentado en examen de grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

. Clara Elena Infante Granja
Tutor

L.E.O. Agripina García Gutiérrez
Secretaria

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

M.E. y A.S Rita de
Guadalupe Martínez Rocha
Presidenta

L.E.O. Miguel Ángel Pérez
López
Vocal

I. INDICE

1.1 RESUMEN DEL TRABAJO1

II. INTRODUCCIÓN.....2

III. JUSTIFICACIÓN4

IV. OBJETIVOS.....5

 4.1 OBJETIVO GENERAL5

 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....5

V. MARCO TEÓRICO6

 5.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA.....6

 5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO6

 5.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....7

 5.4 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO.7

 5.4.1 VALORACIÓN.....8

 5.4.2 DIAGNÓSTICO.....9

 5.4.3 PLANEACIÓN11

 5.4.4 EJECUCIÓN.12

 5.4.5 EVALUACIÓN.....14

 5.4.6 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL PROCESO ENFERMERO15

 5.5 MODELO TEÓRICO UTILIZADO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROCESO16

 5.5.1 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO17

 5.5.2 PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LA PERSONA (PATOLOGIA,CONCEPTO,
EPIDEMIOLOGÍA, ASPECTOS FISIOPATOLOGICOS, MANIFESTACIONES20

 5.5.3 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.....24

VI. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO31

 6.1 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON33

6.2 DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS.....	37
6.3 PLANIFICACIÓN (INDICADORES DE RESULTADO).....	37
6.4 EJECUCIÓN (NIC, GPC, FUNDAMENTACIONES).....	37
6.5 EVALUACIÓN.....	37
VII. PLAN DE ALTA.....	48
VIII. CONCLUSIONES	50
IX.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
X. GLOSARIO DE TÉRMINOS	54
XI. ANEXOS	58

1.1 RESUMEN DEL TRABAJO

Introducción La radiculopatía lumbar o dolor radicular se produce por la compresión o inflamación del nervio espinal en la zona lumbar. El dolor irradia en forma descendente desde la parte posterior de la pelvis hacia los miembros inferiores, responden a diversas causas mecánicas o inflamatorias. **Objetivo** Desarrollar un plan de cuidados aplicando conocimientos científicos fundamentados, razonados y planeados por guías de práctica clínica, a fin de resolver las necesidades de salud desde el padecimiento hasta la rehabilitación. **Metodología** Se realiza una investigación bibliográfica a fin de identificar lo relacionado con el diagnóstico tomando en cuenta aspectos importantes para la elaboración del proceso como la valoración, la determinación de las intervenciones y la evaluación posterior a dichas técnicas y procedimientos en el manejo del paciente; logrando sistematizar, organizar e interpretar la información obtenida. **Resultados** se creó un vínculo en relación enfermera-paciente para favorecer el estado de salud de la paciente mostrando una mejoría ante el padecimiento, consiguiendo mejores resultados ante la sintomatología, tratamiento y evolución. **Conclusión** En el desarrollo se estableció un proceso de enfermera individualizado, tomando como base el uso de los 11 patrones funcionales de Margory Gordon y el uso de la NANDA, NOC y NIC para recuperar el estado funcional de la paciente, elaborando un plan de alta con aspectos a desarrollar que ayudarán a la paciente en el autocuidado y a los familiares para que participen en la atención oportuna.

Palabras clave: radiculopatía lumbar, dolor lumbar, proceso cuidado enfermero, plan de cuidado, patrones funcionales, plan de alta.

I. INTRODUCCIÓN

La radiculopatía lumbar o dolor radicular sucede por la compresión o inflamación del nervio espinal de la zona lumbar. Esta presión o alteración provoca que el dolor baje o se irradie hacia una de las piernas o pies comprometiendo la región glútea. Cuando ocurre esta situación es porque las raíces nerviosas lumbares, se encuentran irritadas provocando una disminución funcional. Dado que el nervio ciático suele verse afectado también se conoce como ciática.

Las radiculopatías se originan por la compresión de la raíz nerviosa, responden a diversas causas que pueden ser hernias discales, espondilosis, tumoraciones, traumatismos, entre otras. (Jegade KA, 2015).

En el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) es la octava causa de consultas médicas, dándose 907,552 consultas en unidades de primer nivel de atención. (DTIES, 2007).

El proceso cuidado enfermero, es un método sistematizado, que guía los principios fundamentales de la enfermera en el ámbito profesional. Hoy en día la enfermería está usando sistemas teóricos y modelos conceptuales para organizar el cuidado y comprender el estado de salud del paciente guiando en ello su ejercicio profesional. El Proceso cuidado enfermero es un enfoque deliberativo de resolución de problemas que va dirigido a satisfacer las necesidades del individuo, familia y comunidad mediante las 5 etapas que lo integran, las cuales son valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. (Ruiz García Martha, 2017).

El Proceso es fundamental para implementar los cuidados profesionales en la práctica diaria; es necesario ejecutar una metodología con criterios, encaminados a mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente de acuerdo a sus respuestas humanas (Patrones Funcionales) y aplicando la teoría de autocuidado, mismos que son plasmados en los planes de cuidados.

Los patrones funcionales de Marjory Gordon se definen como una configuración de comportamientos que contribuyen a la salud, calidad de vida y al logro del potencial humano; se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco

para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.
(Alvarado, 2016)

En base a ello, se desarrolló un proceso principalmente para ampliar los conocimientos sobre el proceso cuidado enfermero y el uso de las Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

El Proceso Cuidado Enfermero se basará en los Patrones funcionales de Marjory Gordon los cuales serán aplicados en la atención de una paciente internada en la Institución de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con diagnóstico de radiculopatía lumbar, donde se identificaron necesidades reales y potenciales y se establecieron planes de cuidados para actuar y orientar al paciente en todas sus dimensiones.

III. JUSTIFICACIÓN

La radiculopatía lumbar es una patología prevalente a nivel mundial que afecta la calidad de vida de las personas, sus actividades cotidianas, laborales, emocionales y a su economía. El dolor lumbar es una manifestación clínica muy frecuente en la sociedad, ésta afecta tanto a hombres como a mujeres, sin importar edad ni género.

El proceso cuidado enfermero es considerado como un instrumento, cuya aplicación es indispensable para la actuación del profesional, ya que permite organizar, optimizar y priorizar los cuidados al momento de brindar atención sanitaria a los usuarios que la requieren. Es por ello, que el propósito del presente proceso es establecer la metodología utilizada por el profesional al momento de ofrecer la atención requerida.

Se aplicó el proceso cuidado enfermero a una paciente con diagnóstico de radiculopatía lumbar, la finalidad de la realización de este caso clínico surgió de la necesidad de brindar una mejor atención a la paciente que cursa con este padecimiento.

En este proceso, el plan de cuidados se realizó a través de la recolección de datos, examen físico, valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, elaboración y priorización de diagnósticos mediante la NANDA, NOC y NIC, detectando los factores de riesgo que existen en la paciente y la implementación del plan de alta para fomentar el autocuidado, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, mejorar la calidad y el estilo de vida.

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Aplicar el proceso cuidado enfermero que favorezcan la seguridad, eficiencia y documentación de la atención a la paciente con diagnóstico de Radiculopatía Lumbar, para así lograr la recuperación del estado de salud al intervenir de manera eficaz e integra en el cuidado.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar alteraciones en los patrones funcionales de enfermería en la paciente con Radiculopatía Lumbar para mejorar la atención.
- Señalar los principales diagnósticos de enfermería propuestos para la paciente con diagnóstico confirmado.
- Proponer y describir los resultados esperados de las intervenciones de enfermería, orientadas a los cuidados seguros a la paciente.
- Establecer recomendaciones basadas en la evidencia sobre la rehabilitación del paciente con dolor lumbar.
- Intervenir en el proceso de enseñanza formulando un plan de alta en relación a su padecimiento para facilitar el autocuidado.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA

El reconocimiento de enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que fundamenta. Desde Nightingale, la enfermería fue una ciencia y arte, como ciencia se apoyó en sus pensamientos y observaciones, análisis lógico, estadístico y validación de datos, que mostró la utilización del método inductivo que le permitió desarrollar un conjunto de leyes denominadas leyes de la vida. (Erb, 2002) La ciencia de la enfermería como disciplina está referida a la enseñanza como campo de estudio, es aquí donde se articula la relación ciencia- disciplina; como el conocimiento desarrollado, para la enseñanza en el campo del saber de enfermería (cuáles son sus preocupaciones, la naturaleza de los fenómenos que se dan, como se relacionan, cuáles y como se definen sus paradigmas, sus campos de actuación. Las disciplinas profesionales tienen por objetivo desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica. El surgimiento de la ciencia de enfermería como disciplina, profesional, autónoma, distintiva, valorada por la sociedad, confronta las demandas de la profesión y la sociedad para que la enfermería asuma la responsabilidad de las decisiones, acciones y consecuencias. La actuación de la enfermera en su profesión-práctica, la expone a aspectos legales, que ella podrá resolver, en tanto que posee principios y fundamento científico, disciplinar y ético. (NL, 2006).

5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y

sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. (Colliere-MF, 2003). La revisión acerca del cuidado de enfermería nos lleva a la reflexión de que el profesional de enfermería necesita una reforma humanista que le permita formarse un correcto y elaborado juicio de lo que significa cuidar al paciente y centrar su función, en la atención y apoyo, para que de esta manera se puedan brindar servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios. (C, 2001)

5.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería, su finalidad es reconocer el estado de salud del paciente y los problemas o las necesidades reales o potenciales del mismo; organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas, y llevando a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades. El proceso de enfermería es cíclico debido a que se realiza secuencialmente, de una forma periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina con la evaluación. (P. Iye, 1997).

Se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de enfermería.

5.4 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO

Como todo método, el proceso configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: (Jhonson Marion, 2011)

5.4.1 VALORACIÓN. Ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

Para su realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas) Para recolectarla información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
2. Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado.
3. Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.
4. Analizar los datos obtenidos.

Los tipos de datos:

- *Datos subjetivos:* no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).
- *Datos objetivos:* se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- *Datos históricos-antecedentes:* aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- *Datos actuales:* son datos sobre el problema de salud actual.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible para la valoración de enfermería.

Los métodos para la valoración son la primera herramienta que debe utilizarse para valorar a todo tipo de personas sanas o enfermas, en el ámbito público o privado, en la práctica institucional, privada o independiente, en clínicas, consultorios, y en todos los escenarios del ámbito ambulatorio y hospitalario.

Modelos de valoración:

Criterios de valoración siguiendo un orden céfalo-caudal: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda de forma sistemática.

Criterios de valoración por aparatos y sistemas: se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Criterios de valoración por patrones funcionales de salud: Este método es un método propio de la profesión, el sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon, cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero.

5.4.2 DIAGNÓSTICO. Es la parte fundamental donde se incluye el juicio de enfermería, donde se identificaran los problemas potenciales a resolver, sin embargo es importante mencionar que si es necesario se elaboraran más de uno, estos diagnósticos se encuentran establecidos por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) de manera oficial, quienes se conforman por una definición, características definitorias y factores relacionados.

La creación de un diagnóstico de enfermería pasa por una serie de etapas:

- *Recolección de datos:* recogida de datos estadísticos relevantes para desarrollar un diagnóstico.
- *Detección de señales/ patrones:* cambios en el estado físico (ej. Gasto urinario disminuido).
- *Establecimiento de hipótesis:* alternativas posibles que podrían haber causado señales o patrones previos.
- *Validación:* pasos necesarios para desestimar otras hipótesis y simplificar en un solo problema.

- *Diagnóstico*: decisión sobre el problema basado en la validación. (Doenges M, 2014)

Tipos de diagnóstico.

El sistema de diagnósticos de enfermería de NANDA-Internacional 2018-2020 nos brinda las siguientes categorías:

- *Diagnóstico enfocado en el problema*: un juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable a una condición de salud/proceso de vida que existe en un individuo, familia, grupo o comunidad, se estructura con etiqueta diagnóstica, características definitorias y factores relacionados.
- *Diagnóstico de riesgo*: un juicio clínico sobre la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a las condiciones de salud/procesos de vida, se compone de etiqueta diagnóstica y factor de riesgo.
- *Diagnóstico de promoción de la salud*: un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud, está compuesto por etiqueta diagnóstica y características definitorias.
- *Diagnóstico de Síndrome*: Es un juicio clínico en relación a un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta, la mejor forma para ser tratados es conjuntamente, a través de intervenciones similares. Se estructura con etiqueta diagnóstica, características definitorias y factores relacionados. Ejemplo síndrome del dolor crónico.

El diagnóstico y sus componentes.

- *Etiqueta diagnóstica*: Proporciona un nombre para un diagnóstico que refleja, como mínimo el núcleo diagnóstico, es un término o frase concisa que representa un patrón de señales relacionadas.
- *Características definitorias*: Son señales/inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico (por ejemplo, signos o síntomas). Una evaluación que identifica la presencia de una serie de características definitorias presta apoyo a la precisión del diagnóstico enfermero. Los factores relacionados son un componente integral de todos los diagnósticos de enfermería enfocados en el problema.

- *Factores relacionados*: son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero (por ejemplo, causa, factor contribuyente). Una revisión del historial del paciente ayuda a identificar factores relacionados. Siempre que sea posible, las intervenciones de enfermería deben dirigirse a estos factores etiológicos para eliminar la causa subyacente del diagnóstico enfermero.
- *Factores de riesgo*: son influencias que aumentan la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable (por ejemplo, ambiental, psicológico, genético).

En la versión de la NANDA 2018-2020 se incluyen dos categorías que conforman el diagnóstico enfermero, las cuales aparecían en ediciones pasadas como parte de los factores de riesgo o relacionados; sin embargo tales factores no son modificables por las intervenciones enfermeras, por lo que sólo se integran como parte de los componentes para orientar a la enfermera a la identificación del diagnóstico. Tales categorías son:

- *Población en riesgo*: Son los grupos de individuos que comparten ciertas características, que les hace más susceptibles a dicho diagnóstico.
- *Condiciones asociadas*: Son diagnósticos médicos que no son modificables de manera independiente por la enfermera y que están asociados al diagnóstico.

5.4.3 PLANEACIÓN. se determinarán las actividades o intervenciones cuyo objetivo es resolver los problemas o las demandas que el paciente requiera en cuanto a su problema especificado en la etapa anterior, por lo tanto también se determinarán los resultados esperados.

Una vez que se ha concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero el cual se desarrolla como la tercera etapa que complementa el proceso cuidado enfermero, esta consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente: enfermera/paciente conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería.

Tipo de planeación dependiendo la etiqueta diagnóstica.

- *Para un Diagnóstico de Enfermería real*, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.
- *Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo*, las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.
- *Para un Diagnóstico de Enfermería posible*, las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta. (UNAM., 2021)

Los indicadores son instrumentos de medición de calidad que deben ir relacionados y dirigidos a la consecución de los objetivos y resultados que cada organización haya planificado para sus procesos con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de enfermería, definiendo criterios que se traduzcan en herramientas, que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el Sistema Nacional de Salud. (Hernández.V., 2014)

5.4.4 EJECUCIÓN. En el proceso de enfermería, la implementación, aplicación o ejecución es la fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones de enfermería. Usando la terminología NIC. Es en esta etapa es donde se implementan o se llevan a cabo todas las intervenciones y actividades planteadas por los profesionales de enfermería en la etapa de planificación, que gracias a la NIC podemos clasificarlas y enlazarlas con los resultados del NOC. (Universidad, 2018)
La implementación consiste en la realización y registro de las actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones. (Berman, 2013)

La implementación implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos
- Realizar las actividades de enfermería
- Anotar los cuidados de enfermería, existen diferentes formas de hacer anotaciones.
- Dar los informes verbales de enfermería

Etapas de la implementación.

Se lleva a cabo en tres etapas:

1. Preparación. La primera etapa de la fase de implementación consiste en prepararse para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación exige que el profesional de enfermería identifique y realice una serie de actividades tales como:

- La revisión de las intervenciones de enfermería.
- El análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
- El reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a las actividades de enfermería concretas.
- La identificación y recolección de los recursos necesarios.
- La preparación de un entorno seguro y privado que conduzca a los tipos de actividades necesarios.

2. Intervención. En esta etapa del proceso cuidado enfermero es donde se realiza tanto la implementación de la actividad prescrita, como la valoración continua de la respuesta del usuario para determinar la conveniencia de continuar con el plan, tal como se concibió, o modificarlo a la luz de los nuevos datos.

El enfoque en la fase de implementación es el inicio de las intervenciones de enfermería, las cuales son diseñada para cubrir la mayor parte de las necesidades identificadas del paciente, así mismo se debe realizar una priorización de las actividades de enfermería, para con ello realizarlas en orden de mayor importancia.

3. Documentación. Dentro de la implementación de intervenciones de enfermería se debe realizar una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería.

5.4.5 EVALUACIÓN. Evalúa regular y sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución para el logro de los objetivos marcados, de diagnósticos enfermeros, los objetivos y/o el plan de cuidados. La evaluación se debe realizar de forma una continua, así podemos detectar como va evolucionando el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. La evaluación continua hasta que el paciente consigue los objetivos de salud o es dado de alta, en caso de ser dado de alta debe incluir la capacidad de autocuidado del paciente.

Componentes de la evaluación

1. Recogida de datos relacionados con los resultados deseados (indicadores NOC): el profesional de enfermería realizara la recolección de datos para poder concluir que objetivos se cumplieron y a qué grado.
2. Comparación de los datos de enfermería con los resultados: cuando se determina si se ha conseguido un objetivo se puede extraer 3 posibles conclusiones:
 - El objetivo se cumplió
 - El objetivo se cumplió parcialmente
 - El objetivo no se cumplió
3. Relación de las actividades de enfermería con los resultados: se determina si las actividades de enfermería fueron la causa que contribuyó al resultado obtenido.
4. Extracción de conclusiones sobre el estado del problema: se usar el juicio clínico para determinar si el plan asistencial fue eficaz para resolver, reducir o evitar los problemas del paciente.
5. Continuación, modificación o terminación del plan asistencial de enfermería: independientemente de que se cumpla, el grado de cumplimiento, así como si no se cumplieron los objetivos se debe tomar decisiones sobre continuar, modificar o terminar el plan de cuidados de enfermería.

5.4.6 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL PROCESO ENFERMERO

El proceso cuidado enfermero hoy en día ha evolucionado a una tercera generación como resultado de que la comunidad científica de esta área, ha adoptado un cambio en la misma metodología por la que se guía. Su desarrollo en cinco etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) se sustenta con la mejor evidencia científica, actualmente se considera como tal a las taxonomías de enfermería de la *North American Nursing Diagnosis Association International*, la *Nursing Outcomes Classification* y la *Nursing Interventions Classification*, las cuales se han convertido en lenguajes propios de la disciplina reconocidos internacionalmente, es innegable el hecho de que todos los profesionales que incursionan en el proceso de tercera generación, brindan cuidados innovadores a la salud de otras personas de forma activa y explícita, formulan juicios clínicos, deliberan cómo obtener los mejores resultados y los cuidados específicos para alcanzar cada uno de estos, todo ello con base en taxonomías para la estandarización del cuidado. Implementarlo sin duda alguna impone la innegable capacidad de aplicar y desarrollar habilidades críticas, meta cognoscitivas y de pensamiento crítico, en esta dirección, es conveniente señalar que comienza a permear su aplicación en las instituciones de salud y educativas en México, como estrategia para medir los resultados en los pacientes influenciados por el cuidado de enfermería. (T., 2009)

En México se creó la Comisión Permanente de Enfermería, como un cuerpo colegiado asesor de la Secretaría de Salud, que tiene por objeto conducir y analizar las acciones y actividades que se emprendan en materia de enfermería, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de atención a la salud, desarrollo y superación del personal de enfermería, así mismo dicha comisión es el organismo que en México se está dando a la tarea de regular que en todas las instituciones se implemente el proceso cuidado enfermero como metodología de trabajo para todo el gremio y se ha encargado de que se elaboren planes de cuidados estandarizados a fin de facilitar el trabajo de todos los profesionales de enfermería. (salud, 2017)

A través de los años el proceso cuidado enfermero ha ido cambiando acorde a las necesidades del paciente, enseguida se mencionarán algunas de las fechas más relevantes. (R., 2015)

1950: Se propone a los profesionales de enfermería, un método para la toma de decisiones; EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE).

1955: HALL, menciona por primera vez la necesidad de un proceso sistemático que permita a la enfermera tomar decisiones.

1960: DOROTHY JOHNSON, IDA JEAN ORLANDO Y ERNESTINE WIEDENBACH: describen un proceso trifásico: análisis, síntesis y ejecución.

1967: HELEN YURA y MARY WALSH: Publicaron el primer texto que describía el proceso en 4 partes: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

1970: BLOCH, ROY y otras, incluyeron la fase de diagnóstico. Dando lugar al actual proceso de 5 fases.

1973: AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA), consideró al proceso enfermero, como un estándar de calidad.

1980: ANA, definió la profesión como: “la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales y potenciales”.

5.5 MODELO TEÓRICO UTILIZADO: TEORÍA DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Es una de las teóricas de enfermería más destacada en América, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Siempre trabajó para mejorar la formación en enfermería. El objetivo de la enfermería, para ella, era ayudar al individuo a mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la vida y recuperarse de la enfermedad, logrando afrontar las consecuencias de la misma. (D., 2012) .

Es necesario describir la teoría de Dorothea Orem para vincularlo con el proceso de enfermería del presente trabajo, hay que mencionar que para ella existen paradigmas hacia la persona, salud y enfermería.

- Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.
- Salud: es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.
- Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

5.5.1 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO

Etiqueto su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías: (Alligood, 2015)

- Teoría del autocuidado: describe por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas. Es una función reguladora del hombre, que las personas deben llevar acabo deliberadamente por si solas o deben llevar acabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.
- Teoría del déficit de autocuidado: describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente.
- Teoría de sistemas enfermeros: describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Este proceso se tomó como perspectiva desde el modelo de Déficit de autocuidado de Dorothea Orem debido a que la paciente requiere asistencia especializada para cubrir sus actividades de autocuidado por limitaciones físicas, requiere de apoyo para de esta forma

mejorar su autocuidado, bienestar y así contribuir a lograr una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, para finalmente alcanzar una mejor compensación de la patología.

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales.

Los patrones son los siguientes:

Patrón 1. Percepción de la salud: Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación de salud y bienestar.

Patrón 2. Nutricional – metabólico: Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Patrón 3. Eliminación: Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.

Patrón 4. Actividad – ejercicio: Describe los patrones de actividad, ejercicio y entretenimiento.

Patrón 5. Sueño – descanso: Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

Patrón 6. Cognitivo – perceptivo: Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

Patrón 7. Autopercepción – autoconcepto: Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

Patrón 8. Rol – relaciones: Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

Patrón 9. Sexualidad – reproducción: Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

Patrón 10. Tolerancia al estrés: Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.

Patrón 11. Valores – creencias: Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

5.5.2 PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LA PERSONA

PATOLOGÍA

RADICULOPATÍA LUMBAR

CONCEPTO

El término "radiculopatía" se refiere a la pérdida o disminución de la función sensitiva o motora de una raíz nerviosa. (Salazar, 2011)

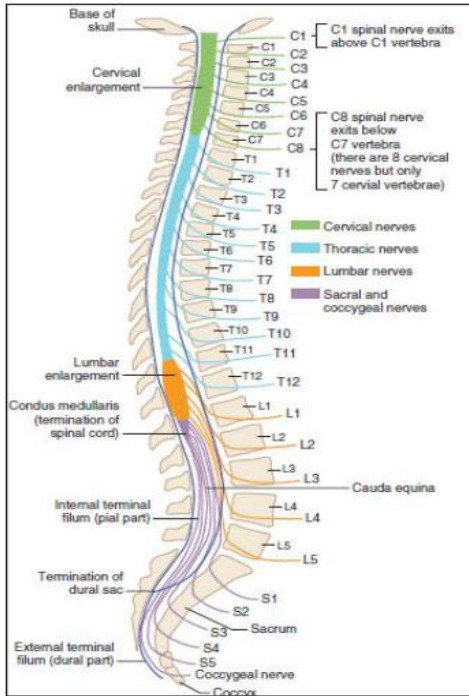
La radiculopatía lumbar o dolor radicular se produce por la compresión o inflamación del nervio espinal de la zona lumbar. Cuando el dolor irradia en forma descendente desde la parte posterior de la pelvis y la parte posterior del muslo hasta el pie o la pantorrilla, se suele describir como ciática.

EPIDEMIOLOGIA

El dolor lumbar se ha convertido en un padecimiento de seguimiento epidemiológico internacional, afectando aproximadamente en un 27 % de la población adulta. Sin embargo, el dolor lumbar es la principal manifestación de la radiculopatía, hoy en día se considera la segunda causa de asistencia a la consulta externa a nivel mundial, solamente precedida por las enfermedades respiratorias, la quinta en frecuencia de hospitalización y la tercera en frecuencia de intervención quirúrgica.

En países de primer mundo las incapacidades laborales están asociadas al dolor de tipo lumbar, en América del Norte (Estados Unidos, Canadá, México) se estiman 10 millones de incapacidades al año, en la República Mexicana ocupa el lugar siete de las causas de ausentismo laboral y el 13% de las personas llegan a consultar el padecimiento. (Guevara-López U, 2011)

En el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) es la octava causa de consultas médicas, dándose 907,552 consultas en unidades de primer nivel de atención. (DTIES, 2007).



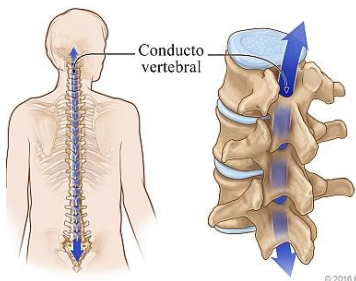
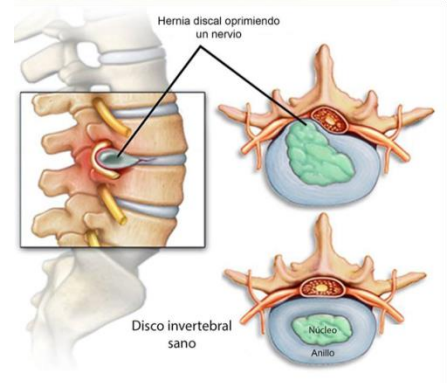
ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS

Para entender esta afección, la columna vertebral la componen aproximadamente: (Gomez, 2016)

- 33 vértebras divididas en 5 segmentos:
 - 7 vértebras cervicales (C1 – C7)
 - 12 vértebras torácicas o dorsal (T1-T12)
 - 5 vértebras lumbares (L1-L5)
 - 5 sacras (S1-S5)
 - 4 coxis

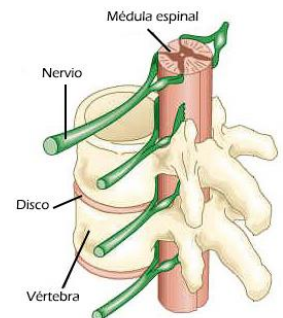
- 23 discos intervertebrales: Son almohadillas blandas de tejido entre las vértebras. Funcionan como amortiguadores para la columna.

El disco intervertebral tiene un centro gelatinoso y un borde o anillo fibroso. Cuando el núcleo gelatinoso se sale de sus límites, se le denomina hernia de disco.

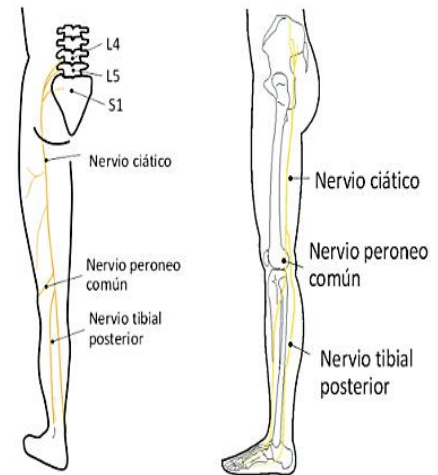


- Conducto vertebral o conducto raquídeo. Es un túnel que se forma dentro de las vértebras apiladas. En la columna lumbar, los nervios pasan por dentro de este conducto.

- Los nervios espinales están formados por la unión de las raíces nerviosas anteriores y posteriores, que salen y entran directamente de la médula espinal (tejido nervioso) comienza al final del tronco del encéfalo y continúa hasta llegar a la parte inferior de la columna vertebral (L2).



- Las terminaciones de las raíces nerviosas al salir del conducto vertebral se le conocen como cauda equina o cola de caballo (controla la sensibilidad y el movimiento de la vejiga, intestinos, órganos sexuales y piernas), cuando existe una compresión de estas raíces compromete al nervio ciático.
- El nervio ciático es el nervio más largo y grande del cuerpo. se forma de las raíces L4, L5, S1 y S2. Abandona la pelvis a través del agujero ciático mayor, por debajo del músculo piriforme. En la región glútea. De ahí viaja por el muslo posterior hasta la fosa poplítea. Se divide en dos nervios: el nervio peroneo, que transcurren lateralmente a lo largo de la parte exterior de la rodilla y hasta la zona superior de pie. Y el nervio tibial, que continúa su trayecto descendente hacia los pies y se encarga de inervar el talón y la planta.



Figuras 1a y 1b. RECORRIDO DEL NERVO CIÁTICO POR LA CARA POSTERIOR DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

El nervio se puede lesionar en cualquier punto de su trayectoria, pero es más frecuente luego de su salida del canal vertebral. (A., 2011)

Las causas son múltiples y se pueden dividir en:

- Origen mecánico

Son las más frecuentes y radican en alteraciones de la mecánica de las estructuras que forman la columna lumbar. Entre ellas destacan:

La degeneración o daño del disco vertebral (hernia de disco) puede presionar perjudicialmente una raíz nerviosa, espondiloartrosis (las vértebras, los discos y el cartílago se deterioran), estenosis foraminal (estrechamiento) de las aberturas entre las vértebras, la musculatura lumbar atrófica (débil) o la escoliosis (alteración de las curvas normales de la columna). Estas anomalías originan una alteración de la posición normal

de la columna o exponen a las vértebras a soportar un peso excesivo y en malas condiciones.

- Origen inflamatorio

Tienen su origen en determinadas enfermedades que producen una inflamación de las estructuras que forman columna vertebral. La más conocida es la espondilitis anquilosante.

Otras causas menos comunes son las infecciones, los tumores y aplicación intraglótea inadecuada de un medicamento. Los factores que agravan son el sedentarismo excesivo o la falta de ejercicio, posturas inadecuadas, determinadas actividades laborales relacionadas con esfuerzo físico y la obesidad.

MANIFESTACIONES

El síntoma más frecuente de radiculopatía lumbar es el dolor con intensidad y localización variables. El dolor puede ser intenso y a menudo empeora o aparece por permanecer de pie, sentado, toser y estornudar. La localización del dolor depende de la raíz nerviosa implicada. (Walter R. Frontera, 2019)

La lesión de la raíz nerviosa puede ocurrir en cualquiera de las cinco vértebras de la columna lumbar (L1 a L5) o a nivel del sacro (cuya parte superior es llamada S1). Los síntomas pueden incluir dolor, debilidad, adormecimiento o cosquilleo y pueden variar dependiendo del nivel de la lesión.

Manifestaciones clínicas de la radiculopatía lumbar

Raíz nerviosa	Irradiación del dolor	Marcha	Debilidad motora
L3	Ingle, cara interna del muslo.	Algunas veces antiálgica.	Flexión en cadera
L4	Cara anterior del muslo o rodilla, superomedial de pierna.	Algunas veces antiálgica.	Extensión de rodilla, flexión de cadera y aducción.
L5	Glúteos, cara anterior y lateral de pierna, dorso de pie.	Alteraciones en la marcha con talón.	Dorsiflexión del tobillo, eversión del pie, abducción de la cadera y extensión del dedo gordo.
S1	Muslo posterior; pantorrilla, planta del pie.	Dificultad en la marcha de puntas.	Flexión plantar del pie.

5.5.3 DIAGNOSTICO

Los elementos más importantes en la evaluación de la radiculopatía lumbar son:

Interrogatorio
Inicio del dolor. Localización del dolor. Tipo y características del dolor. Primer episodio doloroso o episodio recurrente. Factores que lo aumentan y disminuyen. Traumatismos previos en región dorsolumbar. Factores psicosociales de estrés en el hogar o el trabajo. Factores ergonómicos, movimientos repetitivos y sobrecarga. Presencia de signos de alerta.
Examen físico
Apariencia exterior: postura del paciente, fascies, comportamiento doloroso. Exploración física dirigida a los aspectos obtenidos en el interrogatorio. Marcha. Postura. Inspección y palpación de la columna. Movilidad y arcos de movilidad de la columna. Evaluación neurológica (dermatomas, miotomas y reflejos osteotendinosos). Elevación de la pierna en extensión (signo de Lassegue).

Adaptado de: Guía de Práctica Clínica de diagnóstico, tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica . CENETEC; 2010.¹⁴

Existe una serie de maniobras que se explorarán en función de los datos aportados por la anamnesis.

- Maniobra de Laségue

Paciente en decúbito supino. El explorador le eleva lentamente la extremidad inferior con la rodilla extendida al paciente. Si entre 30 y 60 grados aparece dolor irradiado hacia la extremidad, se considera positiva. Para considerarlo positivo el dolor debe aparecer entre los 30-60 grados ya que más allá de los 60 grados nos podemos encontrar con tensión muscular, afectación coxal o sacroilíaca. Si solo siente dolor en la espalda, el resultado es negativo y por lo tanto no indica una radiculopatía. (K, 2014).



- Pruebas de imagen

Radiografía simple

La radiografía simple de columna lumbar en proyección anteroposterior y lateral es poco específica. Puede ayudar a determinar la presencia de fracturas, cambios degenerativos, curvas o deformidades. Las radiografías no brindan información en los trastornos musculares, ligamentosos, discos y nervios.



Tomografía computarizada (TC)

Permite una mejor valoración del hueso. Posibilita visualizar hernias discales, estenosis vertebrales secundarias a artrosis y fracturas vertebrales.

Resonancia magnética (RM)

Muestra detalladamente, los componentes de la columna. Es de gran utilidad para evaluar problemas con los discos lumbares y las raíces nerviosas, y también para descartar otras causas de la lumbalgia tales como infecciones espinales o tumores de la columna lumbosacra.



(F. Ruiz Santiago, 2009)

5.5.3 TRATAMIENTO

No quirúrgico

- Reposo en cama

Tener en cuenta la alineación corporal y la postura. (Ver anexo 1).

El reposo absoluto cuando es imposible la deambulaci3n debe ser inferior a 2 d3as.

- Medicamentos

MEDICAMENTO	PAUTA ADMINISTRATIVA	EFFECTOS ADVERSOS	OBSERVACIONES
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS			
IBUPROFENO	400-600 mg/6-8h VO	Estreñimiento, diarrea, distenci3n abdominal, vomito, dispepsia, mareo, somnolencia, erupciones cut3neas y hemorragia gastrointestinal.	Se debe considerar el perfil de seguridad de los AINE en particular el riesgo gastrointestinal y los factores de riesgo individuales (renal,cardiovascular posibles interacciones farmacol3gicas) de cada paciente en el momento de seleccionar un AINE.
DICLOFENACO	50 mg/8h VO 25 mg/ml c/24h IM		
NAPROXENO	250-500 mg/12h VO		

MEDICAMENTO	PAUTA ADMINISTRATIVA	EEFECTOS ADVERSOS	OBSERVACIONES
ANALGÉSICO OPIOIDE MENOR			
TRAMADOL	50-100 mg/6-8h VO	náuseas, mareo, somnolencia, alteraciones visuales y cefalea.	En pacientes con dolor crónico que no responden a AINE pueden utilizarse y/o asociarse opiáceos menores durante períodos cortos de tiempo e intervalos regulares.

MEDICAMENTO	PAUTA ADMINISTRATIVA	EFECTOS ADVERSOS	OBSERVACIONES
RELAJANTES MUSCULARES BENZODIAZEPÍNICOS			
DIAZEPAM	5-10 mg/8h VO	Sedación, mareo, temblor, cansancio, debilidad muscular, náusea, estreñimiento, cefalea y somnolencia.	Se reserva para el dolor crónico y se recomienda su utilización durante un corto periodo de tiempo. Teniendo en cuenta sus efectos adversos.

MEDICAMENTO	PAUTA ADMINISTRATIVA	EFFECTOS ADEVEROSOS	OBSERVACIONES
RELAJANTES MUSCULARES NO BENZODIAZEPÍNICOS			
CARISOPRODOL	350 mg/6h	Pueden producir somnolencia, sequedad de boca, mareos, visión borrosa.	Se recomienda considerar el uso de relajantes musculares en pacientes con dolor lumbar y espasmo muscular intenso por una duración de 3 a 7 días y no más de 2 semanas.
METOCARBAMOL	500 mg-1 g/6h		
CICLOBENZAPRINA	10 mg/8h		

MEDICAMENTO	PAUTA ADMINISTRATIVA	EFFECTOS ADVERSOS	OBSERVACIONES
GABAPENTINOIDES			
GABAPENTINA	300 mg/ 8 horas, incrementando 300 mg/semana, máximo 3600 mg VO	Náuseas, somnolencia, vértigo, diarrea, ataxia, visión borrosa y sedación.	Están indicados en aquellos casos en los que una raíz nerviosa está irritada o comprimida.

PLEGABALINA	50-150 mg/12h	Náuseas,	La selección se debe hacer en función de las indicaciones, toxicidad y características del paciente.
	Máx. 600 mg/día VO	somnolencia, vértigo, diarrea, ataxia, visión borrosa y sedación.	
			Contraindicado en insuficiencia renal.

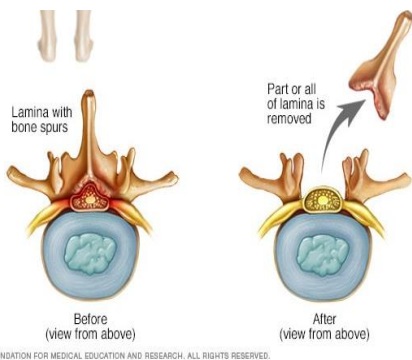
- Fisioterapia

Disminuye el dolor y mejora la capacidad funcional cuando se asocia a ejercicios para corregir malas posturas y ganar flexibilidad y fuerza en la parte lumbosacra. (Navarrete, 2010).

Tratamiento quirúrgico

Cuando el dolor persiste después de las 6 semanas y, según los resultados de los estudios por imágenes, se considerará la opción quirúrgica.

El tipo de cirugía depende la causa de la radiculopatía.



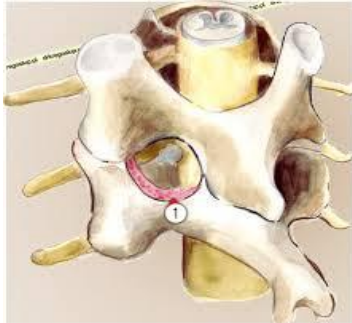
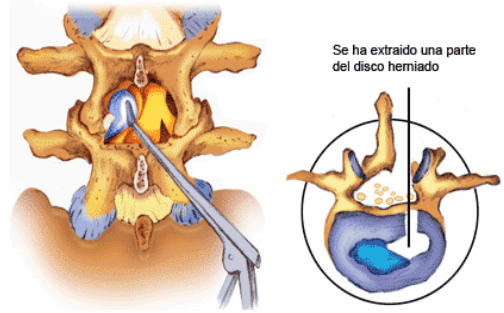
- Laminectomía descompresiva

Se usan comúnmente para tratar la estenosis espinal e implican la extirpación de una parte de la columna llamada lámina, una placa delgada de hueso que protege el conducto raquídeo. La lámina se ubica en la parte trasera o posterior de la columna, entre dos vértebras. La diferencia entre estos procedimientos es

la cantidad de lámina que se extrae para acceder al hueso, el disco u otros tejidos suaves que comprimen las raíces nerviosas en la columna. (Stewart G. Eidelson, 2021).

- Microdiscectomía o microdescompresión

Es un procedimiento quirúrgico en el que se extrae una pequeña parte del hueso o material del disco vertebral que está presionando los nervios espinales e inflamando, irritando o comprimiendo la raíz nerviosa.



- Foraminotomía

Agranda el orificio (llamado foramen) por el que la raíz del nervio sale del conducto raquídeo. Se hace una pequeña incisión para extirpar pequeños trozos de hueso que están irradiando la raíz del nervio ciático.

RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos G.P	Nombre M.C	Edad 57 años
Fecha de nacimiento 18/07/1964	Sexo Femenino	Ocupación Tec. Laboratorista
Servicio Urgencias	Planta Baja	N de afiliación 0162345764
Cama 4	Alergias negadas	Fecha de ingreso 07/07/2021
Motivo de ingreso Dolor lumbar irradiado a miembros inferiores	Diagnostico Actual Radiculopatía Lumbar L4-S1	Hora de ingreso: 13:15 horas

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA

Antecedentes personales patológicos

No padece enfermedades crónicas degenerativas. Niega antecedentes quirúrgicos, alérgicos y transfusionales. Ha tenido caídas lo que comprometió a tener lesiones en la columna vertebral. La primera fue hace 8 años y recientemente hace 2 semanas.

Antecedentes personales no patológicos

Habita en casa urbana con todos los servicios. Adecuada higiene. Refiere cartilla de vacunación completa para edad y género. Niega toxicomanías y alcoholismo.

Antecedentes heredofamiliares

Madre falleció a los 93 años por complicaciones de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial e insuficiencia renal, padre finado a los 59 años debido a cirrosis hepática.

Historia clínica

Paciente femenina de 57 años que ingresa de manera ambulatoria al servicio de urgencias, acompañada por sus familiares, el motivo por el cual ingreso fue por presentar dolor lumbar con irradiaciones a los miembros inferiores con años de evolución y desarrollo progresivo a consecuencia de secuelas de traumatismos (caídas), refiere que el dolor ha venido aumentando en intensidad en estos últimos días hasta limitar sus actividades cotidianas, el dolor se ha incrementado sobre todo a la flexión y en la marcha, presenta sensación de parestesias y disminución de la fuerza en las extremidades inferiores. Presenta dolor valorado mediante la escala EVA 8 (ver anexo 3), como antecedentes familiares, su madre falleció por complicaciones de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial e insuficiencia renal, padre finado debido a cirrosis hepática. En antecedentes personales fue hospitalizada en el año 2012 por accidente doméstico. Menciona que aproximadamente hace 7 años mediante valoración y estudios complementarios le diagnosticaron radiculopatía lumbar por cambios degenerativos mostrándose afectadas los segmentos vertebrales L4 a S1 y presencia de discreta escoliosis lumbar de convexidad hacia la izquierda al momento del estudio. Refiere medicarse pero no le ha ayudado en su mejoría. Niega alergias a medicamento y alimentos.

Exploración física

Se objetiva postura antiálgica. Se toman constantes vitales y se mantienen dentro de los parámetros normales. Mediante la inspección y auscultación se valora su estado respiratorio 20 rpm con ritmo normal, sin tirajes intercostales, no presenta tos ni expectoraciones. Se valora la frecuencia cardíaca 94 lpm, se palpa y ausculta adecuado ritmo, frecuencia e intensidad. Se toma temperatura corporal 36.6 grados centígrados. Pulsos periféricos presentes, llenado capilar II, se observan varices en miembros inferiores. Mediante la inspección, palpación y auscultación se valora a la paciente en posición fowler y se detecta tensión arterial 110/70 mmHg en miembro superior derecho. Somatometría peso de 82 kg, estatura 1.55 cm, con un IMC de 34.1.

Tratamiento médico actual:

- Pregabalina cápsulas 75 mg cada 12 horas.
- Acemetacina cápsulas 90 mg cada 12 horas.
- Paracetamol cápsulas 500 mg cada 8 horas.

6.1 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

• Patrón 1. Percepción y manejo de la salud

La paciente muestra buen aspecto general, refiere conocer su estado de salud, el pronóstico de su enfermedad y el riesgo en caso de no apegarse al plan terapéutico, asiste a sus consultas médicas y terapias físicas, acompañada de sus familiares. No consume alcohol ni tabaco. Niega alergias. Tuvo un accidente al caerse durante las labores domésticas hace 2 semanas, acude a consulta por presentar dolor en la zona lumbar irradiado a consecuencia de una mala postura, cargar objetos pesados y antecedentes de caídas.

• Patrón 2. Nutricional y metabólico

La paciente menciona tener buen apetito sin disfagia. Su ingesta de alimentos es 3 veces al día con colaciones entre el desayuno y la comida. Sigue plan de dieta libre. Su ingesta de líquidos es menor a 2 litros de agua al día, refiere no tener necesidad de consumirla. Menciona que el apetito es normal, tolera todo tipo de alimento, su preferencia alimentaria son las frutas, el pan y beber café con leche y jugos naturales. Refiere no presentar vómitos ni náuseas. Niega alergias a alimentos. Su peso actual es de 82 kg, altura de 1.55 m e IMC de 34.1, con obesidad grado I. Su piel se muestra con ligera palidez, turgencia flexible. No presenta úlceras por presión debido a que existe movilización, se observan varices en miembros inferiores. Cuenta con piezas dentales incompletas, sin presencia de caries, encías normales, lengua fisurada, mucosa oral hidratada. Menciona lavarse los dientes 3 veces al día.

• Patrón 3. Eliminación

Describe su orina como color amarillo claro, micciona 3 veces al día, no presenta retención ni incontinencia urinaria. Menciona tener dificultad para defecar debido a que su hábito de eliminación es 1 evacuación diaria, heces duras formadas y en poca cantidad, coloración normal, con disminución de ruidos intestinales, refiere que acude a tomar laxantes y si no los toma no puede defecar de manera normal. Menciona presentar una disminución en las flatulencias. En la inspección y auscultación, el abdomen se encuentra distendido, no se

detecta masa palpable y no es doloroso a la palpación. Comenta transpirar regularmente sin problemas de olor.

• Patrón 4. Actividad y ejercicio

La actividad física se encuentra disminuida debido al dolor lumbar irradiado que presenta, deambula con ayuda de faja lumbar indicada por el médico tratante y con apoyo de un familiar por fuerza muscular insuficiente. Su marcha es disbásica. Refiere tener dificultad para levantarse de la cama, de una silla, al momento de sentarse, para subir escaleras y caminar distancias largas. Tiene dependencia total para vestirse. La higiene es adecuada, menciona bañarse todos los días. Menciona que en ocasiones precisa de ayuda para bañarse por temor a caerse. Al momento de la deambulación adopta postura antiálgica. Su respiración es normal, 20 respiraciones por minuto, se observa tórax simétrico. Pulsos presentes de amplitud normal y rítmicos. Su frecuencia cardiaca es de 94 latidos por minuto.

• Patrón 5. Sueño y descanso

La paciente refiere no tener un descanso adecuado, duerme 6 horas diarias, menciona que durante las noches se despierta por sensación de dolor si mantiene una mala postura y parestesias en las extremidades inferiores. En ocasiones se muestra somnolienta durante el día. Presenta postura de cansancio y bostezos durante la entrevista, no tiene ninguna práctica para conciliar el sueño ni consume fármacos para dormir, como siesta, duerme 1 hora por las tardes. Su espacio físico mantiene buena ventilación, temperatura agradable y libre de ruidos.

• Patrón 6. Cognitivo y perceptual

Su ubicación en tiempo, persona y espacio es la adecuada, esta consiente, alerta en todo momento y cooperadora. Refiere que su memoria es retrógrada, a consecuencia de secuelas post covid-19. Se centra con atención para entender con facilidad, su lenguaje es claro y preciso. Su idioma principal es el español. Se observan pupilas isocóricas normo reactivas al foco luminoso. Usa lentes debido a presbicia. Mantiene dolor radicular escala EVA 8 con irradiación a los miembros inferiores con años de evolución y desarrollo

progresivo, mantiene expresiones faciales de dolor, toma su medicamento indicado para disminuir el dolor, pero en ocasiones no le favorece.

• **Patrón 7. Autopercepción y auto concepto**

Se considera una persona agradable, ha tenido cambios significativos en su vida y sólo se enoja en ocasiones, refiere ser tranquila. En ocasiones menciona que expresa sentimientos de tristeza debido a la limitación de actividades físicas que debe realizar, no presenta actitud de rechazo frente a su cuerpo. Se observa con expresiones de dolor debido al padecimiento.

• **Patrón 8. Rol y relaciones**

Vive con su familia, esposo y dos hijos. Tiene buena relación familiar, se apoyan mutuamente si se presenta algún problema. Refiere que para ella su familia es muy importante. Su rol dentro del núcleo familiar es cocinar, le es insatisfactorio debido a que a ella le gusta más las labores domésticas. Tiene buena interacción social con las personas que la rodean. Menciona que su hogar se encuentra en condiciones de salubridad. No participa en actividades culturales ni sociales. En su tiempo libre visita a sus familiares. Menciona no tener un buen rendimiento en las actividades de trabajo por las limitaciones físicas que padece.

• **Patrón 9. Sexualidad y reproducción**

Refiere haber iniciado su IVS a la edad de 20 años, inicio su periodo menstrual a la edad 11 años, ciclo regular, duración de 4 días con presencia de cólicos menstruales. Su inicio de menopausia fue a la edad de 50 años. Tuvo 2 embarazos los cuales se le realizó el procedimiento de cesárea y culminaron de manera exitosa. Menciona realizarse la autoexploración mamaria de manera mensual y cada año acude con su médico para valoración ginecológica y realización de mastografía y papanicolaou con resultados sin alteraciones.

• **Patrón 10. Adaptación y tolerancia al estrés**

Menciona que ha tenido que enfrentar situaciones desmotivacionales en los últimos dos años, tuvo perdida de familiares cercanos pero trata de afrontar el duelo con una mentalidad optimista, existe buena comunicación familiar ya que tiene plena confianza en su esposo e hijos, no presenta nerviosismo. Tiene miedo a que le realicen procedimientos quirúrgicos por el temor a no tener un buen pronóstico post operatorio. Se relaja escuchando música y viendo la televisión.

• **Patrón 11. Valores y creencias**

Refiere ser católica, lo cual es una parte muy importante en su vida y le ayuda en caso de tener que resolver un problema, encuentra apoyo en Dios para que mejore su salud. Acude a la iglesia 2 veces por mes.

6.2 DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): 06 Cognitivo- perceptivo</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene dolor radicular escala EVA 8 con irradiación a los miembros inferiores con años de evolución y desarrollo progresivo. • mantiene expresiones faciales de dolor. <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toma su medicamento indicado para disminuir el dolor, pero en ocasiones no le favorece. 	<p>Dominio 12: Confort Clase 01: Confort físico Etiqueta diagnóstica: Dolor crónico (00133)</p> <p>Factor relacionado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compresión del nervio <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoinforme de características del dolor utilizando instrumentos estandarizados. • Expresión facial de dolor 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio 04: Conocimiento y conductas de salud.	Clase: Q Conducta de salud		
		Criterio de resultado: control de dolor (1605)			
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana*	
160501 Reconoce factores causales.	2	1 De Nunca Demostrado a 5 Siempre demostrado			
160502 Reconoce el comienzo del dolor.	2	5			
160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada.	2	4			
160509 Reconoce síntomas asociados del dolor.	2	5			

INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo 01: Fisiológico: Básico Clase: E Fomento de la comodidad física INTERVENCION: Manejo de dolor (1400)</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>2. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.</p> <p>3. Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.</p> <p>4. Explorar con el paciente los factores que alivian/ empeoran el dolor</p>	<p>1. Se recomienda evaluar desde la primera consulta médica: semiología del dolor: localización, factor desencadenante, factores que lo mejoran, irradiación, severidad del dolor, tiempo de evolución, limitación funcional, factores de riesgo laboral, psicosociales y signos de alarma.</p> <p>2. Se recomienda previo al inicio del tratamiento farmacológico tomar en consideración los siguientes aspectos: edad del paciente, dieta, interacciones farmacológicas, función cardiovascular y renal, así como la prescripción de protectores de la mucosa gástrica con el fin de prevenir complicaciones asociadas con la administración de AINES.</p> <p>3. Proporcionar educación acerca de los factores agravantes, evolución y tiempo estimado de mejoría. Se debe informar a los pacientes con dolor de forma clara sobre el buen pronóstico de la enfermedad y la ausencia de patología grave. Así como la importancia de mantener la actividad a pesar del dolor.</p> <p>4. El proporcionar educación acerca de los factores agravantes, la evolución y el tiempo estimado permite acelerar la mejoría en pacientes con dolor lumbar crónico.</p> <p><i>Fundamentación basada en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el Primer Nivel de Atención.</i></p>	Criterio de resultado: control de dolor (1605)	
		Indicador (es)	Puntuación final
		160501 Reconoce factores causales.	5
		160502 Reconoce el comienzo del dolor.	4
160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada.	5		
160509 Reconoce síntomas asociados del dolor.	4		

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): 04 Actividad-ejercicio</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Su marcha es disbásica. Al momento de la deambulaci3n adopta postura antiálgica. <p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> La actividad física se encuentra disminuida debido al dolor lumbar irradiado que presenta. Refiere tener dificultad para levantarse de la cama, de una silla y al momento de sentarse. Menciona que en ocasiones precisa de ayuda para bañarse por temor a caerse Deambula con ayuda por fuerza muscular insuficiente. 	<p>Dominio: 04 Actividad/Reposo Clase: 02 Actividad/ Ejercicio Etiqueta diagn3stica: Deterioro de la movilidad física (00085)</p> <p>Factor relacionado</p> <ul style="list-style-type: none"> Dolor <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Disminuci3n de las actividades motoras gruesas. Alteraci3n en la marcha Limitaci3n de la amplitud de los movimientos 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio: Salud funcional (I)	Clase: Movilidad (C)	
		Criterio de resultado: Movilidad (0208)		
		Indicador (es)	Puntuaci3n inicial 1 De gravemente comprometido a a 5 No comprometido	Puntuaci3n Diana*
20810 Marcha	2	4		
30806 Ambulaci3n	2	4		
20802 Mantenimiento de la posici3n corporal	2	5		
20805 Realizaci3n del traslado	2	5		

INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 01 Fisiológico: Básico Clase: A: Control de actividad y ejercicio</p> <p>INTERVENCION: Fomentar la mecánica corporal (0140)</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>1. Instruir al paciente acerca de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la postura óptima para movilizar y utilizar el cuerpo.</p> <p>2. Instruir al paciente sobre la necesidad de usar posturas correctas para evitar fatigas, tensiones o lesiones.</p> <p>3. Monitorizar la mejora de la postura/mecánica corporal del paciente.</p> <p>4. Ayudar al paciente/familia a identificar ejercicios posturales adecuados</p>	<p>1. Se recomienda informar que para mantener el cuerpo en posición recta se necesita un equilibrio de fuerzas musculares, que se consigue mediante la actuación de los músculos posteriores o dorsales que recubren la columna. Una postura correcta implica mantener el cuerpo en una buena alineación en cualquiera de las distintas posiciones que pueda adoptar.</p> <p>2. Se recomienda informar y educar al paciente de medidas de higiene postural (por ejemplo, la forma correcta de sentarse, cargar objetos pesados, dormir y manejar) así como ejercicios de flexión básicos con la finalidad de limitar manifestaciones clínicas de dolor lumbar.</p> <p>3. La postura deberá tener una alineación corporal que se adopta espontáneamente en forma correcta y que se adecue en formas intencionales con fines terapéuticos para prevenir anomalías músculo esqueléticas.</p> <p>4. Las lesiones músculo esqueléticas relacionadas con las malas praxis son cada vez más frecuentes. La prevención de estas lesiones, debe dirigirse hacia dos vías. Una, la enseñanza al cuidador de las posturas de higiene postural para incorporar, colocar y desplazar a los pacientes. Otra es poner a disposición del trabajador los medios técnicos (ayudas técnicas) que pueden facilitar esas movilizaciones.</p> <p><i>Fundamentación basada en la Guía de Práctica Clínica GPC Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el Primer Nivel de Atención.</i></p>	Criterio de resultado: Movilidad (0208)	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>20810 Marcha</p> <p>30806 Ambulación</p> <p>20802 Mantenimiento de la posición corporal</p> <p>20805 Realización del traslado</p>	<p>4</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>4</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es) 03: Eliminación</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> En la exploración física, el abdomen se inspecciona con distensión abdominal, no doloroso a la palpación. Disminución de ruidos intestinales. En la auscultación no se detecta masa palpable. <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Menciona tener dificultad para defecar, debido a que su hábito de eliminación es 1 evacuación diaria, heces duras formadas y en poca cantidad, coloración normal. Refiere presentar una disminución en las flatulencias. Refiere que acude a tomar laxantes y si no los toma no puede defecar de manera normal. 	<p>Dominio 03: Eliminación e intercambio Clase 02: Función gastrointestinal</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Estreñimiento (00011)</p> <p>Factor relacionado</p> <ul style="list-style-type: none"> Abuso de laxantes. <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Abdomen distendido. Heces duras formadas. Incapacidad para defecar. 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio 02: Salud fisiológica.	Clase F: Eliminación		
		Criterio de resultado: Eliminación intestinal (0501)			
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana*	
50101 Patrón de eliminación	1 De Gravemente comprometido a 5 No comprometido 2	4			
50102 Control de movimientos intestinales	2	4			
50123 Abuso de ayuda para la eliminación	2	5			
50128 Dolor con el paso de las heces	2	5			

INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo 01: Fisiológico: Básico</p> <p>Clase B: Control de eliminación</p> <p>INTERVENCION: Control intestinal (0430)</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>1. Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.</p> <p>2. Monitorizar los sonidos intestinales.</p> <p>3. Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.</p> <p>4. Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes previos.</p> <p>5. Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibras, según corresponda.</p>	<p>1. En la mayoría de pacientes con el diagnóstico de estreñimiento se basa en la descripción de los síntomas y/o signos recogidos en la anamnesis y de los hallazgos de la exploración física. Para poder evaluar el cumplimiento de los criterios se debe interrogar sobre el inicio de los síntomas y el tiempo de evolución, la forma y consistencia de las heces, es aconsejable utilizar la escala de Bristol.</p> <p>2. Los ruidos intestinales suelen ser normales, los hipoactivos incluye una reducción de la fuerza, tono o regularidad de los ruidos. Es un signo de que la actividad intestinal ha disminuido e indica la presencia de estreñimiento.</p> <p>3. El tratamiento del estreñimiento incluye, además de la rehidratación, un cambio en los hábitos alimentarios para aumentar el contenido en fibra en la dieta, aumenta el tamaño del bolo fecal, mejora la consistencia de las heces y disminuye las molestias abdominales.</p> <p>4. Para poder determinar las posibles causas y factores predisponentes se debe interrogar sobre hábitos dietéticos y estilo de vida, hábitos tóxicos, consumo de fármacos incluyendo laxantes, antecedentes patológicos e historial de enfermedades.</p> <p>5. Se considera que el aumento en la ingesta de fibra ha de acompañarse de un aumento en la ingesta de líquidos, para favorecer el incremento en la retención de agua en el bolo fecal. Si se aporta la fibra, pero la ingesta de líquidos no es suficiente, se perpetuara el estreñimiento.</p> <p><i>Fundamentación basada en la Guía de Práctica Clínica Tratamiento médico del estreñimiento funcional. Guía de práctica clínica sobre el manejo del estreñimiento crónico en el paciente adulto.</i></p>	Criterio de resultado: Eliminación intestinal (0501)	
		Indicador (es)	Puntuación final
		50101 Patrón de eliminación	4
		50102 Control de movimientos intestinales	4
		50123 Abuso de ayuda para la eliminación	5
50128 Dolor con el paso de las heces	5		

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
Patrón (es) 01: Percepción- manejo de la salud Datos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Estado respiratorio 20 rpm con ritmo normal, sin tirajes intercostales. • No presenta tos ni expectoraciones • Frecuencia cardiaca 94 rpm, se palpa y ausculta adecuado ritmo, frecuencia e intensidad. • llenado capilar II • Varices en miembros inferiores. • Paciente en posición fowler y se detecta tensión arterial 110/70 mmHg en miembro superior derecho Datos Subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Presenta dolor lumbar escala EVA 8, con irradiaciones a los miembros inferiores con años de evolución y desarrollo progresivo a consecuencia de secuelas de traumatismos (caídas). • Refiere que el dolor ha venido aumentando en intensidad en estos últimos días hasta limitar sus actividades cotidianas • el dolor se ha incrementado en la flexión y en la marcha, presenta sensación de parestesias y disminución de la fuerza en las extremidades inferiores. 	Dominio: 11 Seguridad/ Protección Clase: 02 Lesión física Etiqueta diagnóstica: Riesgo de caídas (00155) Factor de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio 04: Conocimiento y conducta de salud.	Clase: T Control de riesgo y seguridad.	
		Criterio de resultado: Severidad de la lesión física (1913)		
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana*
191302 Hematomas	1 De Grave a 5 Ninguno 2	4		
191306 Esguinces de espalda	3	4		
191316 Deterioro de la movilidad	2	4		

INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo 04: Seguridad Clase V: Control de riesgos INTERVENCION: Prevención de caídas (6490)</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>1. Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.</p> <p>2. Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.</p> <p>3. Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.</p> <p>4. Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).</p> <p>5. Sugerir el uso de calzado seguro.</p>	<p>1. Las caídas se asocian con inmovilidad, síndrome de fragilidad, estrés postraumático y síndrome post caída. Por otro lado, el deterioro cognoscitivo mayor aumenta hasta en dos veces el riesgo de desarrollar síndrome de caídas en quien lo sufre contra aquellas personas que no lo padecen.</p> <p>2. Identificar trastornos de la marcha y del equilibrio mediante la medición del tiempo que tarda el paciente en levantarse de una silla, caminar tres metros, girar, regresar a la silla y sentarse nuevamente. Se debe practicar la deambulación diaria, a paso lento pero con distancias crecientes, contrarrestando el miedo a caer hacia atrás y vigilando el balanceo de brazos.</p> <p>3. La complementación diagnóstica del síndrome de caídas requiere identificar sus factores de riesgo, tanto intrínsecos como extrínsecos. Se denominan intrínsecos a aquellos factores que predisponen a las caídas y que forman parte de las características físicas de un individuo. (Caída previa, debilidad muscular de miembros inferiores, alteraciones de la marcha y equilibrio, trastornos visuales, trastornos neurocognoscitivos).</p> <p>4. Es de vital importancia para evitar futuras caídas investigar los siguientes factores extrínsecos, también llamados del entorno ambiental, en esta clasificación se incluye el uso de los zapatos, bastones y andaderas que estén en malas condiciones o prescritos inadecuadamente influyen para que la persona sufra caídas: desconocimiento del lugar por donde deambula, mala iluminación, mobiliario inestable, camas altas o estrechas, pisos irregulares, resbaladizos, desnivelados, alfombras o tapetes arrugados, escaleras inseguras, desniveladas o con obstáculos, calzado inadecuado o calzado desgastado.</p>	Criterio de resultado: Severidad de la lesión física (1913)	
		Indicador (es)	Puntuación final
		191302 Hematomas	3
		191306 Esguinces de espalda	3
191316 Deterioro de la movilidad	4		

	<p>5. El uso de zapatos adecuados, es recomendable para la prevención de las caídas, los cuales no cuenten con costuras internas para evitar lesiones. Deben contar con plantillas especiales que ayuden a distribuir el peso del cuerpo durante la pisada y ser lo bastante anchos para evitar la presión excesiva cuando los pies se edematizan, es importante además proveer un buen apoyo y amortiguación al talón y ser firmes, se recomienda además que las suelas sean onduladas.</p> <p><i>Fundamentación basada en la Guía Clínica para el Primer Nivel de Atención para la prevención, diagnóstico y tratamiento del síndrome de caídas.</i></p>		
--	--	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): 05: Sueño- reposo</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se muestra somnolienta durante el día. • Presenta postura de cansancio y bostezos durante la entrevista <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • refiere no tener un descanso adecuado. • duerme 6 horas diarias. • menciona que durante las noches se despierta por sensación de dolor si mantiene una mala postura y parestesias en las extremidades inferiores. • no tiene ninguna práctica para conciliar el sueño ni consume fármacos para dormir. • como siesta, duerme 1 hora por las tardes. 	<p>Dominio: 04 Actividad/ Reposo Clase 01: Sueño/ Reposo Etiqueta diagnóstica: Trastorno del patrón del sueño (00198)</p> <p>Factor relacionado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patrón de sueño no reparador <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para permanecer dormido. • Insatisfacción con el sueño. • Sensación de no haber descansado. 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: 01: Salud funcional	Clase A: Mantenimiento de la energía		
		Criterio de resultado: Sueño (0004)			
		Indicador (es)	Puntuación inicial 1 Gravemente comprometido a 5 No Comprometido	Puntuación Diana*	
403 Patrón del sueño	2	5			
401 Horas de sueño	2	4			
404 Calidad del sueño	2	5			
418 Duerme toda la noche	2	4			
425 Dolor	2	4			

INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo 01: Fisiológico: Básico Clase F: Facilitación del autocuidado</p> <p>INTERVENCION: Mejorar el sueño (1850)</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>1. Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.</p> <p>2. Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente.</p> <p>3. Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc.</p> <p>4. Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (dolor/molestias) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.</p>	<p>1.El diagnóstico debe basarse en una historia clínica completa, que incluya historia de los hábitos de sueño, apoyada por un registro de sueño realizado por el paciente y por la información de la pareja o familiar.</p> <p>2. Se recomienda una anamnesis que incluya la descripción del sueño durante las 24 horas, edad de inicio del problema, hábitos de sueño (horarios) incorrectos, conducta, historia familiar de trastornos del sueño, si estamos ante un trastorno transitorio agudo o crónico, uso de fármacos y drogas o presencia de otras patologías.</p> <p>3. Para las personas que padecen un proceso de enfermedad la necesidad de descanso y sueño aumenta, pues la situación patológica implica un gasto extra de energía. La enfermedad, con las preocupaciones que conlleva, en muchas ocasiones influye sobre el patrón descanso-sueño, alterándolo; a veces por el proceso patológico que está viviendo la persona, y en otras ocasiones no tiene nada que ver con su enfermedad, sino con causas ambientales como pueden ser el ruido, la iluminación, falta de intimidad, interrupciones por procedimientos terapéuticos, etc.</p> <p>4. Se debe analizar las consecuencias del trastorno de sueño en la calidad de vida del paciente. Considerar a la depresión u otros trastornos psiquiátricos. Se estima que entre un 50-70% de los pacientes con dolor moderado-intenso sufren trastornos del sueño, asociados a despertares nocturnos por dolor, dificultad para quedarse dormido y sueño no reparador. Estos trastornos del sueño presentan una relación directa y recíproca con la intensidad de dolor que sufre el paciente: el dolor produce mala calidad del sueño y este último a su vez conlleva un incremento en la intensidad de percepción del dolor.</p>	Criterio de resultado: Sueño (0004)	
		Indicador (es)	Puntuación final
		403 Patrón del sueño	4
		401 Horas de sueño	4
		404 Calidad del sueño	4
418 Duerme toda la noche	4		
425 Dolor	4		

VII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: MCGP

Edad: 57 años

Sexo: Femenino

Motivo de ingreso: Dolor lumbar con irradiación a miembros inferiores.

Diagnóstico médico de egreso: Radiculopatía Lumbar

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
<p>COMUNICACIÓN (Nombre de la institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)</p>	Acudir a la institución más cercana del ISSSTE o al consultorio particular del médico tratante si se presentan signos o síntomas de alarma.
<p>URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)</p>	Se debe estar alerta a cualquier signo de alarma principalmente de dolor lumbar que no ceda con medicamentos prescritos, cefalea intensa, cambios en la limitación de movimientos, pérdida de peso sin causa aparente temperatura superior a 38.5°C.
<p>INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)</p>	Informar al paciente y familiares sobre los cuidados o tratamientos que se deben de tener.
<p>ALIMENTACIÓN (Información relativa a la nutrición)</p>	Debe tener una dieta baja en sales y azúcares. Limitar los alimentos con alto contenido en grasas saturadas Tomar 2 litros de agua al día. Consumir frutas y verduras frescas de temporada.
<p>AMBIENTE (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)</p>	Mantener buena comunicación con la familia. Tener buena socialización laboral y social para no interferir en el retraso de incorporación en el trabajo.
<p>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO</p>	Seguir las indicaciones médicas prescritas, siguiendo dosis y horarios, no mezclar con otros fármacos. Si presenta náuseas, mareo, diarrea, sudoración, sensación de ansiedad o convulsiones, suspender la medicación y acudir a consulta médica. Reposo recomendado de acuerdo con su estado, no debe ser mayor a dos días. Se recomienda realizar ejercicios de bajo impacto. Se sugiere evitar cargar objetos pesados y en posiciones inadecuadas, interrumpir cualquier actividad o ejercicio que cause aumento de los síntomas.

<p>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas recreativas saludables)</p>	<p>Caminar distancias requeridas siempre y cuando esto no interfiera o constituya un riesgo.</p>
<p>ESPRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)</p>	<p>Acudir a citas con fisioterapeutas para la realización de terapias relajantes que permitirán disminuir la sensación de presión y dolor en la zona lumbar.</p>

VIII. CONCLUSIONES

- La aplicación del proceso cuidado enfermero nos guía a dar cuidado de calidad, fomentando y previniendo posibles complicaciones en la evolución de las enfermedades, favoreciendo la interacción entre la enfermera, el individuo, familia y comunidad.
- La radiculopatía lumbar es una patología común, que tiene una prevalencia en la población general. Las causas más frecuentes son: la hernia discal en un 90% y el estrechamiento del canal medular que provocan una compresión de la raíces de los nervios espinales.
- Es importante detectar los factores de riesgo para el dolor lumbar que permita realizar estrategias educativas y así poder concientizar a la paciente de modificar su estilo de vida para evitar recaídas. Formulando diagnósticos enfermeros y priorizándolos.
- Una vez realizado el diagnóstico, el objetivo principal es aplicar intervenciones para el manejo del dolor crónico y prescribir el tratamiento que mejor se adapte al padecimiento. De acuerdo a las evidencias y recomendaciones de las guías de práctica clínica, inicialmente se recomienda un tratamiento con fármacos antiinflamatorios, analgésicos, relajantes musculares y un programa de rehabilitación.
- Se ofrece información verbal y escrita a la paciente y familia acerca del padecimiento, estandarizando el plan de alta y explicando el tratamiento farmacológico y no farmacológico para el autocontrol y autocuidado del dolor lumbar por medio del reposo en cama no más de dos días, aplicando terapias de relajación, higiene postural, ejercicios y cambios de conducta para afrontar el dolor crónico.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A. Movasat Hakjhan, C. B. (2015). *Protocolo diagnostico del dolor lumbar mecánico*. Madrid, España.
- A., J. C. (16 de Junio de 2011). *Sección de neurología*. Recuperado el 26 de Julio de 2021, de Lesión del nervio ciático: aproximación médico legal: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v25n1/v25n1a07.pdf>
- Alligood, M. R. (2015). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona, España: GEA Consultoria Editorial, S.L.
- Alvarado, D. L. (06 de Octubre de 2016). Recuperado el Agosto de 2021, de Patrones de Marjory Gordon: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/67973>
- Atkison L, M. M. (1999). *Proceso de atención de enfermería*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Berman, A. Y. (2013). *Fundamentos De Enfermería*.
- C, G.-M. C. (2001). *Historia de la enfermería: evolución historica del cuidado enfermero*. Madrid: Harcourt.
- Colliere-MF. (2003). *Promover la vida*. México: McGraw-Hill.
- D., B. M. (2012). *Scielo*. (F. d. Enfermería, Ed.) Recuperado el 25 de Julio de 2021, de Desarrollo teórico de enfermería: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Doenges M, F. M. (Julio de 2014). *Proceso Y Diagnósticos De Enfermería*. Obtenido de De Manual Moderno.
- DTIES. (2007). *Motivos de Demanda de consulta Externa*. División de Prestaciones Médicas, IMSS, División Técnica de Información Estadística en Salud.
- Erb, G. K. (2002). *Fundamentos de enfermería* (McGraw-Hill Companies ed.). México, DF.
- F. Ruiz Santiago, L. G. (2009). *Radiología. La radiografía simple en el estudio del dolor de la columna vertebral*.
- Gomez, A. M. (Julio de 2016). Recuperado el 26 de Julio de 2021, de Fisioterapia Prequirúrgica en radiculopatía lumbar: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/20564/TFG-O%20883.pdf;jsessionid=D2D61371D7150A36772D8EDB1B47822B?sequence=1>
- Graaf K, F. N. (1989). *Enfermería Moderna*. Barcelona, España.
- Guevara-López U, C.-G. A. (2011). Parámetros de práctica para el manejo del dolor de espalda baja. En *Cirugía* (págs. 286--302).

- Hernández.V. (09 de Octubre de 2014). *Indicadores De Calidad* . Recuperado el Julio de 2021, de SlideShare: <https://es.slideshare.net/veronikamayo/indicadores-de-calidad-40095982>
- Jegade KA, G. J. (14 de Enero de 2015). *Medigraphic*. Recuperado el Agosto de 2021, de Radiculopatía lumbosacra por hernia discal: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2017/mul171h.pdf>
- Jhonson Marion, B. G. (2011). *Lineamiento General para la elaboración de planes de cuidados de enfermería*. Obtenido de Secretaria de Salud: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_general.pdf
- José Luis Álvarez Suarez, F. d. (Junio de 2010). *Manual de Valoración de Patrones* . Recuperado el Agosto de 2021, de Comisión de Cuidados : <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>
- JT, W. (1999). Lack of effectiveness of bed rest for sciatica. En *Trastornos musculoesqueleticos* (pág. 259).
- K, B. (2014). Pruebas clínicaa para patología ósea, articular y muscular. Barcelona.
- LJ, C. (1995). *Planes de cuidado y documentación en enfermería*. Recuperado el 24 de Julio de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en022d.pdf>
- M. Seguí Diaz, J. G. (Enero de 2002). *Elsevier*. Recuperado el 26 de Julio de 2021, de Dolor Lumbar: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-dolor-lumbar-13025464>
- Marriner Tomey A, R. A. (2008). *Modelos y Teorias de enfermería*. España: Esleber MOSBY.
- Morales, M. I. (2008). Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Scielo*.
- MT, L. (1991). *Diagnosticos enfermeros*. Barcelona: Doyma Libros.
- Navarrete, R. (2010). *PLAN DE HIGIENE POSTURAL Y TRATAMIENTO EN DOLOR CERVICAL Y LUMBAR*. España: Elsevier.
- NL, B. F. (2006). *Fundamentos de Enfermería*. Libros de Autores Cubanos.
- P. Iye, B. T. (1997). *Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería* (3era ed.). Mc Graw-Hill.
- Puerta, A. R. (05 de Noviembre de 2020). *Marjory Gordon y los Patrones Funcionales (Enfermería)*. Recuperado el Agosto de 2021, de Lifeder: <https://www.lifeder.com/marjory-gordon/>
- R., A. L. (14 de Marzo de 2015). *EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL PROCESO ENFERMERO*. Recuperado el 24 de Julio de 2021, de Blog de enfermería: <https://enfermaca.blogspot.com/2015/03/evolucion-historica-del-proceso.html>

- REIDE. (21 de Junio de 2016). *Las pruebas neurofisiológicas: Electromiograma (EMG)*. Recuperado el 09 de Agosto de 2021, de Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda.: http://www.espalda.org/divulgativa/diagnostico/pruebas_neurofisiologicas/pruebas.asp
- Ruiz García Martha, V. S. (7 de Agosto de 2017). *Proceso de enfermería* . Recuperado el Agosto de 2021, de Medigraphic: <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2018/wax1818e.pdf>
- Salazar, J. G. (2011). *Neurocirugía*. Recuperado el 25 de Julio de 2021, de Radiculopatía cervical y lumbosacra: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2011/rmc113b.pdf>
- salud, S. d. (21 de Noviembre de 2017). *Comision Permanente de Enfermería*. Recuperado el 22 de julio de 2021, de Acuerdo de Creación: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/somos/acuerdo_de_creacion_CPE.html
- Stewart G. Eidelson, M. a. (2021). *Spineuniverse*. Recuperado el 29 de Julio de 2021, de Ciatica Síntomas, Causas, Diagnóstico, Tratamiento: <https://www.spineuniverse.com/espanol/ciatica/que-ciatica>
- T., B. (2009). *El paradigma científico y su fundamento en la obra de Thomas Kuhn*.
- UNAM. (Julio de 2021). *El Proceso De Atención De Enfermería*. Obtenido de De UNAM : <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>
- Universidad, G. (30 de Enero de 2018). *Unidad Didáctica 4: Proceso Enfermero*. Recuperado el Julio de 2021, de Contenidos didacticos Licenciatura en enfermería y obstetricia: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-4-proceso-enfermero/>
- Vega, O. (2010). Teoría del deficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. En *Ciencia y Cuidado* (págs. 29-35).
- Walter R. Frontera, J. K. (2019). *Trastornos musculoesqueléticos, dolor y rehabilitacion* (Cuarta Edición ed.). Barcelona, España: Elsevier.

X. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE): Medicamentos que se utilizan para reducir el dolor, inflamación y fiebre. Son AINE la aspirina (ácido acetilsalicílico), el ibuprofeno, el naproxeno y otros medicamentos de venta con receta.

Canal lumbar: conducto o agujero vertebral a lo largo de la columna lumbar, delimitado por el cuerpo vertebral por delante y por los arcos posteriores por detrás, a través del cual van a pasar los nervios raquídeos.

Cauda equina o cola de caballo: porción terminal de la médula espinal con las raíces de los nervios espinales comenzando a nivel de L1.

Ciática: dolor irradiado hacia la parte posterior de la pierna en la distribución del nervio ciático que sugiere compromiso mecánico o inflamatorio.

Columna vertebral: columna de vértebras, discos intervertebrales, ligamentos, tendones, articulaciones, líquido, nervios y otros tejidos que recorre el centro de la espalda y actúa como soporte óseo de la parte posterior del cuerpo, a la vez que protege a la médula espinal.

Dermatoma: es la región de la piel en la que la sensibilidad se encuentra bajo el control de un solo nervio raquídeo o espinal junto con su ganglio espinal correspondiente. Se dividen en cuatro segmentos: cervical, torácico, lumbar y sacro.

Descompresión lumbar: procedimiento quirúrgico encaminado a liberar estructuras nerviosas a través de la remoción de elementos óseos, articulares, ligamentarios o de cualquier otra naturaleza que comprima un elemento nervioso.

Disco intervertebral: es una especie de amortiguador cartilaginoso que se encuentra entre las vértebras de la columna vertebral, permite ligeros movimientos y actúa como un ligamento, formando la unidad mínima de movimiento de nuestra columna vertebral.

Dolor crónico: dolor que dura más de tres meses.

Dolor lumbar: dolor o malestar en la zona lumbar, localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias, con o sin

limitación funcional que dificultan las actividades de la vida diaria y que puede causar ausentismo laboral.

Dolor mecánico: dolor agudo que puede deberse a una presión excesiva o anómala o a una distensión en los músculos y en otras estructuras de apoyo del conducto raquídeo.

Escala visual análoga (EVA): método usado para cuantificar el dolor, a través de una escala de 10 cm. Un extremo inicia en el 0, que significa sin dolor, y el otro extremo alcanza el 10, que significa máximo dolor. El paciente es interrogado a fin de que marque en esta línea el nivel de dolor que experimenta.

Escoliosis: es una deformidad caracterizada por la desviación en sentido lateral de la columna vertebral.

Espondilitis: enfermedad degenerativa que produce inflamación de las articulaciones intervertebrales y de las articulaciones entre la columna y la pelvis; también se conoce como espondilitis anquilosante o espondiloartropatía.

Espondiloartrosis: es un tipo de artrosis que afecta a la columna vertebral, en la que las vértebras, los discos y el cartílago se deterioran.

Espondilosis: término general que se utiliza para referirse a la degeneración asociada al envejecimiento de los componentes anatómicos de la columna; se utiliza como sinónimo del término «artritis vertebral».

Estenosis: se produce cuando alguno de los pasillos para los nervios asociados a la columna (especialmente el conducto raquídeo y los forámenes) se estrechan debido a una anomalía anatómica.

Estenosis foraminal: estrechamiento de los canales de las vértebras responsables de la protección de las raíces nerviosas a su salida de la columna vertebral.

Estenosis raquídea: estrechamiento local, segmentario o generalizado del conducto raquídeo central, por hueso o por elementos de los tejidos blandos.

Foramen: orificio o canal de la columna vertebral por el que pasan los nervios raquídeos tras separarse de la médula espinal.

Fisioterapia: conjunto de elementos y procedimiento físicos encaminados a aliviar el dolor y recuperar la capacidad funcional.

Gabapentinoides: están indicados para el tratamiento de afecciones, incluidas las convulsiones y dolor neuropático.

Hernia de disco: herniación del núcleo pulposo de un disco intervertebral, que condiciona fibrosis la cual puede resultar en compresión del nervio y estructuras adyacentes.

Higiene de columna: información, orientación y educación del paciente sobre la adecuada realización de las actividades de la vida diaria con relación al funcionamiento biomecánico adecuado de los diferentes segmentos de la columna vertebral, incluye consejos sobre corrección postural, manejo de cargas y actividades de la vida diaria a la biomecánica de la columna vertebral.

Huesos de la columna: también denominados vértebras. Los huesos de la columna se apilan para crear una estructura columnar que protege a la médula espinal y que permite a nuestro cuerpo hacer diversos movimientos.

Maniobra de Lassegué: prueba clínica que se realiza con el paciente en decúbito dorsal, flexionando la cadera de la extremidad afectada, con la rodilla en extensión, de manera progresiva y lenta, se considera positivo en caso de dolor agudo irradiado hacia la pierna en la flexión de cadera/pelvis entre 30 y 60 grados.

Médula espinal: estructura de fibras nerviosas que va desde la base del cráneo hasta la parte inferior de la espalda, y que es responsable de transmitir las señales sensitivas y motoras entre las extremidades del organismo y el cerebro.

Músculo piriforme: va desde la superficie pelviana del sacro hasta el borde superior del trocánter mayor del fémur.

Nervios: son prolongaciones de sustancia blanca, en forma de cordones que comunican los centros nerviosos con todos los órganos del cuerpo. Forman parte del sistema nervioso periférico.

Nervios raquídeos: nervios que salen de la médula espinal a través de orificios intervertebrales.

Neuropatía: daño de un nervio, ya sea por enfermedad, lesión, problemas degenerativos u otras causas diversas. Los casos leves de neuropatía pueden ocasionar síntomas irradiativos variables, como dolor y hormigueo a lo largo de la trayectoria del nervio dañado.

Neuropático: dolor y otros síntomas causados por la lesión de un nervio. Puede ser el resultado de enfermedades como la diabetes, de lesiones de los nervios o de la inflamación o la compresión de un nervio. La intensidad del dolor neuropático es variable, y puede localizarse en el punto de la lesión nerviosa o diseminarse por el organismo y afectar a cualquier músculo o dermatoma inervada por ese nervio.

Opioides: fármacos para tratar el dolor que afectan a la percepción de este pero no actúan sobre la causa subyacente. Solo actúan sobre la percepción del dolor, y no sirven como tratamiento de la enfermedad. Pueden ser nocivos y por eso los médicos que los recetan los controlan estrechamente.

Radiculopatía: disfunción de una raíz nerviosa asociada con dolor, déficit sensorial, calambres o disminución de los reflejos osteotendinosos en la distribución de un nervio específico.

Raíz nerviosa: parte inicial de un nervio, que se desprende del sistema nervioso central.

XI. ANEXOS

ANEXO 1. CUIDADOS POSTURALES

Al dormir:

Procure dormir de lado con las rodillas flexionadas o boca arriba con una almohada bajo las rodillas. Evite dormir boca abajo. El colchón debe ser de consistencia firme y la almohada baja.



Al levantarse:

Nunca levantarse directamente de la cama. Primero colóquese de costado, con las rodillas flexionadas cerca del borde de la cama, e incorpórese hasta sentarse ayudándose de los brazos.



Al levantar peso:

Para coger un peso del suelo flexione siempre las rodillas y nunca la espalda, y para transportarlo llévelo pegado al cuerpo. Evite levantar pesos por encima de los hombros, y si ha de coger algo que esté elevado es conveniente subirse a un taburete.



Al estar sentado/a

Los pies deben estar apoyados en el suelo y la espalda apoyada en el respaldo.



Fuente: Guía de práctica clínica Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el Primer Nivel de Atención.

ANEXO 2. MANIOBRA DE BRAGARD

El test o maniobra de Bragard es una maniobra adicional a la maniobra de Lasègue. El empleo de ambas tiene como función principal valorar si existe compromiso del nervio ciático. El objetivo es determinar si el dolor es de origen muscular o neurológico.

Tras ser positivo la maniobra de Lasègue, procedemos a la maniobra de Bragard. Consiste en que el explorador dorsiflexiona el pie en la posición en que el Lasegue ha dado positivo, con la intención de lograr un mayor estiramiento radicular. en el caso de aparecer o agudizarse el dolor, podemos considerarlo positivo. Esto aumenta el dolor radicular y puede ser útil en el caso de Lasegues dudosos.



Fuente: Criterios para el estudio y manejo del dolor bajo de espalda.

ANEXO 3. ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

La valoración será:

- *Dolor leve* si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- *Dolor moderado* si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- *Dolor severo* si la valoración es igual o superior a 8.



Fuente: Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios.

ANEXO 4. FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DOLOR

FACTORES INDIVIDUALES

- Edad
- Desacondicionamiento físico
- Obesidad
- Embarazo
- Antecedente de dolor lumbar no tratado

FACTORES PSICOSOCIALES

- Estrés
- Estado de ánimo depresivo
- Reacción ante el dolor

FACTORES OCUPACIONALES

- Trabajos con altos riesgos ocupacionales sobre carga mecánica.
- Posturas y esfuerzos inadecuados.
- Labores sedentarias que conllevan a desacondicionamiento físico (secretarias, vendedoras, etc.)
- Labores que produzcan vibración de todo el cuerpo con micro traumas de repetición (conductores, uso de taladros, etc.)
- Posiciones desalineadas con estiramiento (mecánicos, pintores, albañiles, etc.)
- Deportes extremos en personas no entrenadas.

Fuente: Protocolo de actuación de la lumbalgia en el área de Salud.

