



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA

DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ

INCORPORADA A LA UNAM



CRUZ ROJA
MEXICANA

CLAVE 8715/12

PROCESO CUIDADO ENFERMERO “ATENCIÓN A PACIENTE CON
SÍNDROME DE MANGUITO ROTADOR”

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA.

PRESENTA:

MAYRA FABIOLA ARROYO ORTIZ

.... NOVIEMBRE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM



CLAVE 8715/12

CARTA DE ACEPTACION DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO
PARA LA TITULACION DE LA LICENCIATURA DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA.

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

MAYRA FABIOLA ARROYO ORTIZ

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

PROCESO CUIDADO ENFERMERO “ATENCIÓN A PACIENTE CON SÍNDROME
DE MANGUITO ROTADOR”

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

M.E. y.A.S. Clara Elena Infante Granja

Tutor

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

Presidente

M.E. y.A.S. Clara Elena Infante Granja

Secretario

L.E. Claudia Glafira Martínez Saldaña

Vocal

NOVIEMBRE 2021



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA

DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ

INCORPORADA A LA UNAM



CRUZ ROJA
MEXICANA

CLAVE 8715/12

PROCESO CUIDADO ENFERMERO “ATENCIÓN A PACIENTE CON
SÍNDROME DE MANGUITO ROTADOR”

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA.

PRESENTA:

MAYRA FABIOLA ARROYO ORTIZ

TUTOR: L.E CLARA ELENA INFANTE GRANJA

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

INDICE

1.1 DEDICATORIA.....	1
1.2 Resumen del Trabajo:	2
II. Introducción.....	3
III. Justificación	4
IV. Objetivos.....	5
4.1. Objetivo General	5
4.2 Objetivos Especificos	5
V. Marco Teórico	6
5.1 Enfermería como Profesión Disciplinaria	6
5.2 El Cuidado como Objeto de Estudio.....	7
5.3 Proceso de Atención de Enfermería.....	7
5.4 Modelo Teórico Utilizado para la Elaboración del PCE	8
5.4.1 Elementos Fundamentales del Modelo Utilizado	9
5.4.2 Evolución Histórica del Proceso Enfermero	11
5.5 Etapas del Proceso Cuidado Enfermero.	13
5.5.1 Valoración	13
5.5.2 Diagnostico	13
5.5.3 Planificación	14
5.5.4 Ejecución	14
5.5.5 Evaluación	15
5.5.6 Problemática de Salud en la Persona	15
5.5.7 Diagnóstico y Tratamiento:	19
VI Resumen del Caso Clínico.....	22
6.1 Valoración Por Patrones Funcionales (anexo 9)	23
6.2 Deterioro de la Movilidad Física	27
6.3 Diagnostico Dolor Crónico	29
6.4 Diagnostico Duelo	32
6.5 Diagnostico Insomnio	34
6.6 Diagnostico Desequilibrio Nutricional: ingesta superior a las necesidades	36
VII Plan de Alta de Enfermería	39
VIII Conclusiones.....	41
IX Referencias Bibliográficas.....	42

X Glosario48
XI Anexos50

1.1 DEDICATORIA



ESTA TESIS SE LA DEDICO EN PRIMER LUGAR A MIS PADRES, QUE
CON SACRIFICIO HAN SIDO MI MAYOR APOYO EN ESTE LARGO
CAMINO DE CRECIMIENTO PERSONAL Y PROFESIONAL.

DEDICO TAMBIEN ESTE LOGRO A ESA PERSONA ESPECIAL QUE
SIEMPRE HA ESTADO BRINDANDOME SU APOYO INCONDICIONAL
Y DANDOME FUERZAS EN TODO MOMENTO.

CON CARIÑO Y AGRADECIMIENTO INFINITO:

MAYRA FABIOLA ARROYO ORTIZ
SEPTIEMBRE, 2021



1.2 Resumen del Trabajo:

Introducción: El Síndrome del Manguito Rotador representa el principal motivo de dolor en el hombro y es una de las causas más frecuentes de visita al médico general. Su prevalencia es de 6 a 11% en menores de 50 años, e incrementa de 16 a 25% en personas mayores y origina incapacidad en el 20% de la población general. El **manguito rotador** está compuesto por cuatro músculos: supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular, y sus funciones son ofrecer movilidad, fuerza y estabilización a la articulación glenohumeral. De hecho, este síndrome es denominado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un “desorden relacionado con el trabajo”, que además de ser una de las principales consultas referentes a patologías osteo-tendinosas, repercute en el ámbito laboral y por lo tanto socioeconómico de las personas que lo padecen (Luz, 2021).

El proceso cuidado enfermero es la herramienta con la que el personal de enfermería cuenta para brindar cuidados más específicos, basados en el conocimiento del paciente y en su entorno a fin de lograr los mejores resultados en él. **Objetivos:** El siguiente PCE permite establecer cuidados de enfermería individualizados a un paciente adulto con Síndrome de Manguito Rotador. **Metodología:** De esta manera se realizó la valoración de enfermería y un plan de cuidados que permitirá que se brinde una atención individualizada, así como realizar procedimientos ordenados, sistematizados y humanizados en el paciente con Síndrome de Manguito Rotador para tal efecto las intervenciones y procedimientos aquí descritos están basados en la evidencia científica adicionando aspectos humanísticos y sociales que permitan lograr confort y seguridad al paciente durante esta etapa (Reina G., 2010), **Resultados:** así mismo se establece un plan de alta a fin de involucrar a la familia en la atención del paciente en su casa mediante los recursos utilizados en este PCE. **Conclusiones:** la utilización del proceso cuidado enfermero nos permite a las/os enfermeros tener una atención individualizada con el paciente así obteniendo mejores resultados en la recuperación.

Palabras clave: Síndrome del Manguito Rotador, manguito rotador, Proceso Cuidado Enfermero, Evidencia científica

II. Introducción.

La etiología del síndrome del Manguito Rotador representa el principal motivo de dolor en el hombro y es una de las causas más frecuentes de visita al médico general. Su prevalencia es de 6 a 11% en menores de 50 años, e incrementa de 16 a 25% en personas mayores y origina incapacidad en el 20% de la población general (Luz, 2021). La herramienta de El proceso cuidado Enfermero nos permite usar criterios clínicos para recordar y aplicar la información con objeto de satisfacer las necesidades individuales del paciente y proporcionar un sistema completo de cuidados de enfermería (Erb, 2002).

Al ser un proceso dinámico y oportuno que se adapta a las necesidades de salud de los individuos, el proceso cuidado enfermero será utilizado en el paciente con síndrome de manguito rotador. Como marco para la atención se ha utilizado el proceso de resolución de problemas. Para hacer un diagnóstico de enfermería adecuado, se recopiló una amplia base de datos de enfermería (Erb, 2002). Para dicho proceso se trabajó con la teoría de Dorotea Orem del “déficit del autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería. Ya que en el siguiente PCE se enseñará al paciente a mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar (Hernández DI, 2017). Para realizar la valoración de enfermería se utilizó la de patrones funcionales de Margori Gordon, puesto que tienen relevancia respecto con todos los modelos conceptuales de enfermería y, así mismo, por que proporcionan un método sistemático de recogida de datos con el objetivo de determinar la respuesta funcional de un individuo frente a un riesgo real o potencial para conseguir en esta etapa de desarrollo resultados finales óptimos tanto físicos como psicosociales (Escuela de Enfermería, 2019)

III. Justificación

El hombro es una articulación muy móvil, lo cual predispone a múltiples patologías, entre ellas las lesiones del Manguito Rotador, siendo ésta una causa frecuente de dolor y limitación funcional. De hecho, este síndrome es denominado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un “desorden relacionado con el trabajo”, que además de ser una de las principales consultas referentes a patologías osteo-tendinosas, repercute en el ámbito laboral y por lo tanto socioeconómico de las personas que lo padecen (Luz, 2021). Es conocido que las afecciones del mango rotador aumentan con el paso del tiempo, ya que tienen una relación directa con un proceso de deterioro progresivo más que con un evento traumático único y específico. La incidencia de dolor de hombro en trabajadores llega a ser de hasta 18%, especialmente en trabajadores manuales cuya actividad laboral exige un gran número de repeticiones de movimientos específicos y cualquiera de los tendones del mango rotador puede estar afectado, pero el más común es el supraespinoso (Acevedo, 2014). Hablando de las lesiones osteomusculares relacionadas con el puesto de trabajo son las patologías que más comprometen a la salud de los trabajadores, debido a los esfuerzos físicos y a la manipulación manual de cargas, además de las malas posturas, las posturas estáticas, los movimientos repetitivos, son factores que repercuten en el dolor de los miembros superiores, sin embargo, no solo las condiciones en el trabajo son las causas de estas molestias, ya que existen otros factores como los hábitos posturales, la falta de ejercicio y el estrés que puede agravar el problema. La importancia del siguiente caso clínico es debido a que la primera función de la articulación del hombro es colocar la mano en cualquier punto del espacio. Además, secundariamente, el hombro soporta y fija la extremidad superior y sirve de fulcro para elevar el brazo. El Manguito Rotador provee una estabilidad dinámica que mantiene la cinemática articular esferoidea en la posición adecuada (Guías Clínicas, 2013). En el siguiente proceso cuidado enfermero hablaremos sobre el síndrome del manguito rotador dando a conocer su etiología, la importancia de establecer un proceso de cuidado enfermero, un plan de alta, la atención a este paciente implica contar con una serie de conocimientos que la enfermera adquiere durante su formación profesional.

IV. Objetivos

4.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un plan de cuidado de enfermería individualizado a partir de un caso clínico de un paciente adulto con Síndrome de Manguito Rotador y así identificar los diagnósticos de enfermería haciendo uso de la taxonomía NANDA NIC NOC.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Crear un plan de cuidados especializado para casos de Síndrome de Manguito Rotador, mejorando su calidad de vida y aceptación de la enfermedad.
- Describir generalidades del proceso fisiopatológico del Síndrome de Manguito Rotador.
- Realizar valoración por patrones funcionales de salud de M. Gordon al paciente con un diagnóstico de Síndrome de Manguito Rotador e identificar alteraciones en los mismos.
- Elaborar actividades que ayuden a mejorar la calidad de atención de enfermería para pacientes con esta afección para mejorar su bienestar y confort.
- Elaborar un plan de alta que proporcione información al paciente sobre los cuidados que debe tener en casa y así evitar complicaciones.

V. Marco Teórico

5.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA

La Enfermería es la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de los otros, fundamentada por el conocimiento empírico propio y Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados de enfermería y de otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia asistencial y los valores y expectativas personales y sociales. 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 (Berman, 2013). 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) (Vargas, 2015). 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 toda la responsabilidad de las decisiones, acciones y consecuencias. La actuación de la enfermera en su profesión–práctica, la expone aspectos legales, que ella podrá resolver, en tanto que posee principios y fundamento científico, disciplinar y ético (González, 2016).

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 (Juárez, 2009). 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 (González, 2016).

5.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). (Tellez O., 2012). El PAE 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 de un cliente 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.

El proceso de enfermería es una herramienta necesaria que se sustenta en el método científico y se apoya en las teorías de la ciencia de enfermería, mediante el cual se brindan los cuidados de enfermería en la práctica de la disciplina profesional, siendo idóneo por sus

características de dinamismo, secuencialidad, medición, facilidad de aplicación y juicio crítico. (Reina G., 2010) Para el desarrollo del cuidado de enfermería se requieren procesos organizados y sistemáticos: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, abordados desde el desarrollo teórico y aplicado durante la práctica clínica.

El proceso cuidado enfermero tiene como objetivos delimitar el campo específico de enfermería que es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas, así como el campo de la colaboración con otros profesionales de la salud y al aplicar el proceso, las enfermeras (os) emplean el pensamiento crítico, logran satisfacción profesional, brindan una atención holística e individualizada y comprometen a los usuarios en el cuidado de la salud. 2014 (L., 2014)

5.4 Modelo teórico utilizado para la Elaboración del PCE

Para llevar a cabo este Proceso Cuidado enfermero, se ha optado por utilizar la Teoría de Dorothea Elizabeth Orem (15 de julio de 1914 – 22 de junio de 2007) fue una de las teóricas de enfermería más importantes de Estados Unidos que desarrolló la teoría de enfermería del déficit de autocuidado, también conocida como el modelo de enfermería de Orem. Su teoría definió a la enfermería como «El acto de ayudar a otros en la provisión y manejo del autocuidado para mantener o mejorar el funcionamiento humano en el nivel de efectividad del hogar». Se centra en la capacidad de cada individuo para cuidar de sí mismo, definido como «la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio nombre para mantener la vida, la salud y el bienestar».

La Teoría de Enfermería del Autocuidado o Déficit de Autocuidado se compone de tres teorías interrelacionadas:

- (1) La teoría del autocuidado, que describe por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
- (2) La teoría del déficit del autocuidado, que describe y explica como la enfermería puede ayudar a la gente.
- (3) La teoría de los sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero. (Hernández DI, 2017)

La valoración que se utilizó para este proceso cuidado enfermero fue la de M. Gordon con sus Patrones Funcionales (1982). 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 (MSCBS, 2021). 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 estos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales. Al construir el punto de partida del proceso de enfermería, es la base de todas las etapas siguientes, lo que la convierte en el banco de datos imprescindible para tomar decisiones. (Álvarez J, 2010). En el punto 5.5 se mencionará cada una de las etapas del proceso cuidado enfermero.

5.4.1 Elementos Fundamentales del Modelo Utilizado

Dorothea Elizabeth Orem menciona los siguientes objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente, estas acciones proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana, fomentando positivamente la salud y el bienestar. Se proponen ocho requisitos comunes que son:

- 1- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- 2- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
- 3- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- 4- la provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
- 5- Equilibrio entre actividades y descanso.
- 6- Equilibrio entre soledad y la comunicación social.
- 7- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.

1. 8- Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano (A., 2011)

Para la valoración de enfermería realizada se sabe que Marjory Gordon fue especialmente conocida por crear el modelo diagnóstico para enfermería conocido como patrones funcionales. Consiste en una lista de actividades y comportamientos que contribuyen a la salud y la calidad de vida de las personas. Para examinar a los pacientes se usan tanto preguntas y cuestionarios como datos objetivos, extraídos de la observación por parte del enfermero. (Puerta, 2020).

Marjory Gordon distinguió once patrones funcionales de conducta en sus trabajos. La lista completa es la siguiente

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN Y MANEJO DE LA SALUD.

Valoración del motivo del ingreso e información de lo que le acontece y la percepción de la enfermedad.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL METABÓLICO

Valoración de la ingesta de líquidos, sólidos y los hábitos alimenticios.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Se Valorará lo habitual de evacuación urinaria e intestinal.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Valoración del estado cardiovascular y el estado respiratorio.

PATRÓN 5: SUEÑO DESCANSO.

Valora los signos y también los síntomas del sueño si es suficiente o no a más el hábito del sueño.

PATRÓN 6: LA COGNICIÓN Y PERCEPCIÓN.

La presencia de indicadores no verbales de dolor sería la expresión facial agitación, diaforesis, taquipnea, posición de defensa.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN Y AUTO CONCEPTO.

Se valorará la ansiedad el temor y la alteración de la autoestima del paciente

PATRÓN 8: ROLES Y RELACIONES

Valoración de la comunicación e interés social

PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

El número de hijos que ha tenido o el número de abortos

PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO Y MANEJO DEL EXTRES

El acoplarse o sentirse resignación ante la enfermedad y la incapacidad para pedir ayuda o la participación social el sentirse marginado.

PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS

Creencias habituales de religiones o creencias familiares el apego hacia una religión. (Isabel, 2016)

5.4.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL PROCESO ENFERMERO

Enseguida se mencionará la evolución del proceso cuidado enfermero pues 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 PCE 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, metacognoscitivas 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. (González, 2016)

En México se crea 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 (villalobos, 2007).

A través de los años el proceso cuidado enfermero ha ido cambiando acorde a las necesidades del cliente y enseguida se mencionarán algunas de las fechas más relevantes.

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”. (Erb, 2002)

5.5 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO.

A continuación, se describen cada una de las etapas del proceso cuidado enfermero, mencionando su descripción, propósito y actividades de cada una de las etapas con el fin de recapitular acerca del tema. (Berman, 2013)

Elemento y descripción	Propósito	Actividades
<p>5.5.1 Valoración</p> <p>Recoger, organizar, contrastar y comunicar/ registrar los datos del cliente.</p>	<p>Crear una base de datos sobre las respuestas del cliente relativas a la salud o la enfermedad, y las posibilidades de controlar necesidades de salud.</p>	<p>Crear la base de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Obtener la historia de salud. *Realizar la exploración física. *Revisar otros datos clínicos. *Revisar bibliografía. *Consultar los allegados del cliente. *Consultar con otros profesionales del equipo. *Actualizar los datos si es preciso. *Ordenar los datos. *Verificar los datos. *Comunicar/ registrar datos.
<p>5.5.2 Diagnostico</p> <p>Analizar y resumir los datos.</p>	<p>Conocer las capacidades del cliente, los problemas de salud que puedan evitarse o resolverse con intervenciones propias de enfermería o colaborando con otros.</p>	<p>Interpretar y analizar los datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Comparar los datos con los estándares. *Reunir o agrupar los datos.

	Elaborar un listado de diagnósticos de enfermería y de los problemas de colaboración.	(formular hipótesis provisionales) *Detectar las lagunas e inconsistencias. Averiguar las capacidades, riesgos y problemas del cliente. Formular los diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración.
5.5.3 Planificación Determinar la forma de prevenir, reducir o resolver los problemas identificados; las capacidades físicas del cliente y la manera de llevar a cabo las intervenciones enfermeras de un modo ordenado, individualizado, y dirigido a conseguir los resultados/ objetivos.	Elaborar un plan de cuidados individualizado que especifique los resultados/objetivos esperados del cliente y las intervenciones propias de enfermería.	Establecer las prioridades y los objetivos en colaboración con el cliente. Redactar los criterios sobre los objetivos/ resultados. Seleccionar las estrategias/ intervenciones enfermeras. Consultar con otros profesionales sanitarios. Redactar las órdenes y el plan de cuidados. Transmitir el plan de cuidado a los profesionales del equipo encargados de llevarlo a cabo.
5.5.4 Ejecución Llevar a cabo las intervenciones enfermeras planificadas.	Ayudar al cliente a cumplir los objetivos/resultados deseados; promover la salud y el bienestar; prevenir las alteraciones /enfermedades; y ayudarle a afrontar los problemas de salud.	Valorar de nuevo al cliente para actualizar la base de datos. Realizar o delegar las intervenciones planificadas. Informar sobre las actividades realizadas. *Registrar los cuidados y las respuestas del cliente a los mismo. *Informar verbalmente.

<p>5.5.5 Evaluación</p> <p>Ponderar los objetivos/resultados logrados por el cliente e identificar los factores que influyen positiva o negativamente en la obtención de los resultados</p>	<p>Determinar la importancia de los objetivos/ resultados obtenidos y valorar si se continua, si se modifica o si se finaliza el plan de cuidados.</p>	<p>Colaborar con el cliente y recoger los datos sobre los resultados esperados.</p> <p>Valorar si se han obtenido los objetivos/ resultados.</p> <p>Relacionar las actuaciones enfermeras con los resultados del cliente.</p> <p>Tomar decisiones según el estado de los problemas.</p> <p>Revisar y modificar el plan de cuidados si está indicado finalizar los cuidados de enfermería. (Berman, 2013)</p>
--	--	---

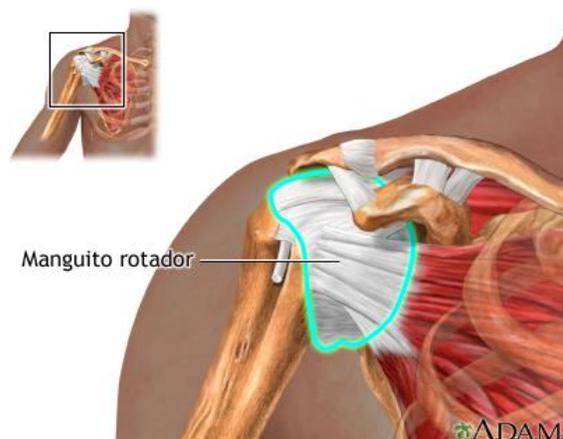
5.5.6 Problemática de salud en la persona

Síndrome del Manguito rotador

El manguito rotador es la integración estructural y coordinación funcional de cuatro músculos escapulohumerales que se insertan en la tuberosidad humeral:

- Supraespinoso
- infraespinoso
- redondo menor y subescapular.

Los tendones de estos cuatro músculos, en su posición distal, se asientan sobre un espacio curvo en el plano frontal y sagital, lo que condiciona a una distribución peculiar cuando son sometidos a tensión.



La alteración de la función del manguito rotador ocasionará un ascenso de la cabeza humeral con el choque secundario del manguito contra el arco coracoacromial, pudiéndose llegar al atrapamiento o colisión subacromial

Las lesiones del manguito rotador son de origen intrínseco y extrínseco. Las lesiones intrínsecas pueden ser degenerativas, traumáticas y/o reactivas y las extrínsecas por atrapamiento primario o secundario. (Guías Clínicas, 2013) ver anexo (1)

Epidemiología

El Síndrome del Manguito rotador representa el principal motivo de dolor en el hombro y es una de las causas más frecuentes de visita al médico general (Guías Clínicas, 2013). Su prevalencia es de 6 a 11% en menores de 50 años, incrementa de 16 a 25% en personas mayores y origina una incapacidad en el 20% de la población, repercutiendo de esta forma en todos los ámbitos donde el sujeto se desenvuelve, incluida la actividad económica (Luz, 2021). La prevalencia varía entre 16 al 26% dependiendo de la presencia de factores de riesgo como el trabajo, posturas mantenidas del hombro, movimientos repetitivos, sobrepeso u obesidad, la presencia de artritis reumatoide, el consumo de alcohol, entre otros. Además, también ha sido descrito el aumento de la incidencia de este síndrome con determinadas actividades físicas y en pacientes diabéticos. A las cifras descritas anteriormente, se le suma una incidencia de 1,47% que aumenta conforme lo hace la edad. Es conocido que las afecciones del Manguito Rotador aumentan con el envejecimiento; la incidencia estimada de lesiones del Manguito Rotador tiene una ocurrencia mayor durante la cuarta década de vida. De hecho, se describe una relación directa con dicho proceso de deterioro progresivo más que con un evento traumático específico.

Este síndrome causa diversos y variables grados de afectación al paciente, originando consecuencias que impactan en su calidad de vida, derivando modificaciones en el estado emocional, en las relaciones personales y especialmente en la capacidad física del individuo, dando como resultado la alteración en las actividades familiares y laborales. (Luz, 2021).

Factores de riesgo:

La continua repetición de movimientos por arriba de la cabeza (abducción y rotación externa) ya sea por actividades laborales o deportivas es uno de los factores de riesgo más

importantes para el desarrollo de la tendinopatía del manguito rotador. Otros factores de riesgo que deben tenerse siempre presentes incluyen el consumo de tabaco, la obesidad con aumento del índice de masa corporal, hipercolesterolemia, factores genéticos, variaciones anatómicas, discinesia escapular, inestabilidad glenohumeral e hiperlaxitud (Acevedo, 2014).

Músculos del manguito rotador:

Los cuatro músculos escapulohumeral cortos que se insertan en las tuberosidades del húmero. Los tendones del supraespinoso, infraespinoso y redondo menor se insertan conjuntamente en el troquíter, mientras que el tendón subescapular lo hace en el troquín.

Supraespinoso: Se origina en la fosa supraespinosa, con forma de pirámide triangular de base interna y vértice externo. Este músculo está inervado por el nervio supraescapular, rama del plexo braquial procedente de la raíz C5. La acción de este músculo es la abducción de hombro.

Infraespinoso: tiene su origen en la fosa infraespinosa, por dentro de la cresta que existe en su borde externo. Se inserta por fuera, mediante un tendón, en la carilla media del troquíter, entre el supraespinoso por arriba y el redondo menor por abajo. Su inervación también depende del nervio supraescapular. Realiza función de rotación externa de hombro.

Redondo menor: Tiene su origen en la carilla ósea superior cerca del borde axilar de la escápula. Se inserta por fuera en la carilla más inferior del troquíter, por debajo del infraespinoso. Esta inervado por el nervio circunflejo, rama posterior del plexo braquial procedente de la 5ª raíz cervical. Realiza rotación externa de hombro.

Subescapular: Ocupa la fosa subescapular, donde tiene su origen. Este músculo está inervado por los nervios subescapular superior, medio e inferior. Existe inervación conjunta entre subescapular, redondo mayor y dorsal ancho, procedente de las raíces cervicales 5ª, 6ª y parcialmente de la 7ª. Su función es la de rotación interna del brazo.

Biomecánicamente, el hombro es la articulación más compleja del cuerpo. Tiene el más amplio rango de movimiento de todas las articulaciones, excediendo de un hemisferio, con complicados mecanismos que proporcionan función y estabilidad. (Latino, 2016)

Tipos de Rupturas del Manguito Rotador.

Las rupturas se clasifican según el espesor, la localización, la forma, y el número de tendones afectados.

Rupturas parciales: Afectan parte del espesor del tendón, se clasifican según la localización anatómica, y la profundidad de la lesión, ya sea medida en milímetros o en porcentaje.

Ruptura Completa: Afecta el espesor completo del Manguito rotador, es visible desde el espacio subacromial y desde la articulación glenohumeral.

Ruptura Masiva: Son aquellas rupturas mayores de 5 cm, donde los bordes del tendón roto están retraídos más allá de la articulación acromioclavicular o cuando están implicados dos o más tendones del manguito. (Ugalde C, 2013)

Según la localización anatómica se clasifican en:

- Bursales: rupturas que se observan desde el lado subacromial.
- Articulares: rupturas que se observan desde la articulación glenohumeral, estas son más frecuentes que las del lado bursal.
- Intersticiales: suelen ser diagnosticadas por Resonancia Magnética, no se extienden a la superficie bursal ni articular. (Ugalde C, 2013)

Síntomas de la lesión del manguito rotador:

- La lesión del manguito rotador se manifiesta con dolor en la parte superior y externa del hombro. El dolor puede irradiarse al resto del brazo. El dolor empeora al mover el brazo hacia atrás o al aducirlo.
- Debilidad del hombro.
- Crujidos articulares al mover la articulación.
- Cuando hay lesión del manguito rotador el rango de movilidad limitado
- Inflamación. (Luna A, 2010)

Causas

- Poca vascularización en el músculo supraespinoso.
- Degeneración tendino-muscular progresiva. (en muchas frecuentes a causa de la edad).

- El impacto del manguito rotador en el arco coraco-acromial después de los 90 grados de elevación o abducción.
- Micro traumas repetitivos son causa de lesión del manguito rotador.
- Levantamiento de peso
- Traumas directos graves (como en un accidente)
- Artritis, que impide la movilidad correcta de la articulación del hombro. (Luna A, 2010)

5.5.7 Diagnóstico y tratamiento:

Pruebas para detectar patología del manguito rotador (anexo 4,7)

Pruebas específicas:

Radiografía simple: son útiles para identificar alteraciones coexistentes o signos indirectos tales como alteraciones en la forma del acromion, procesos deformantes de la articulación acromioclavicular, calcificaciones, alteraciones degenerativas de la articulación glenohumeral o ascenso de la cabeza (Corredor, 2016) .

Ultrasonido: es una técnica apropiada para la valoración del estado del manguito rotador, ya que tiene una buena sensibilidad y especificidad en las lesiones parciales y mejores resultados en la valoración de lesiones totales Tiene ventajas en el sentido de que puede hacerse comparativo si es necesario al hombro contralateral y realizar pruebas dinámicas (J., 2014).

resonancia magnética: es usada ya sea para descartar lesiones del mango rotador cuando ha fallado el tratamiento no quirúrgico o para confirmar la sospecha de su existencia y clasificar la lesión con el objetivo también de planear el acto quirúrgico. La resonancia magnética ha demostrado una gran exactitud para la identificación de rupturas completas y una menor eficacia en las lesiones incompletas, las cuales son más perceptibles en aparatos con mayor potencia (Acevedo, 2014).

Artrografia-resonancia: tiene mayor sensibilidad y especificidad para lesiones parciales que la resonancia magnética simple y puede ser empleada para la búsqueda de lesiones específicas (Acevedo, 2014) .

Tratamiento

Terapia: La fisioterapia suele ser uno de los primeros tratamientos que recomienda el médico. Los ejercicios orientados a la ubicación específica de la lesión del manguito rotador pueden ayudar a restaurar la flexibilidad y a fortalecer el hombro. La fisioterapia también es una parte importante del proceso de recuperación posterior a la cirugía realizada en el manguito rotador

Medicación analgésica: antiinflamatoria no esteroidea, son un tratamiento de fondo para el dolor y la inflamación, la dosificación y su aplicación se realiza según la intensidad del dolor y su ritmo de utilización según la frecuencia de la crisis dolorosa (Latino, 2016).

Infiltraciones: Son una opción terapéutica más, coadyuvante con el resto de las medidas. No están indicadas en todos los casos. A veces, es suficiente con una sola infiltración para conseguir mejorar mucho los síntomas. Puede repetirse al cabo de unas semanas, si es necesario, pero se recomienda no superar el número de cuatro en la misma localización.

Reposo relativo: Es decir, que no realice las actividades que provocan dolor.

Crioterapia: con cold packs o chorros de agua fría por 10 o 15 minutos, en etapas agudas para disminuir la inflamación. Compresas frías locales 10 minutos, tres veces al día.

Vendaje: especial para desgarros

Calor local: luego de la etapa aguda, con compresas húmedas calientes (Valdecia, 2021).

Cirugía de manguito rotador

Uno de los principales objetivos del tratamiento quirúrgico es la reparación de las rupturas del manguito rotador con el objetivo de establecer la continuidad entre músculo y hueso de modo que se pueda recuperar la fuerza y la función.

El tratamiento quirúrgico está indicado en pacientes con enfermedad del manguito rotador que han tenido un tratamiento conservador previo de más de 12 meses, afectación severa o una ruptura del manguito de más de 1 cm² con síntomas tendinosos. Los desgarros agudos del manguito deben repararse de forma urgente, si es posible dentro de las tres primeras semanas para evitar que se produzca retracción, fibrosis y degeneración de los bordes tendinosos y se progrese a la atrofia muscular. En los desgarros crónicos, la cirugía está indicada para aliviar el dolor, mejorar la función y prevenir mayores lesiones tendinosas en el futuro, pero hay que insistir que sobre todo está indicada para aliviar el dolor. No debe operarse un paciente que sólo presente una impotencia funcional. En la mayor parte de los procedimientos de reparación del manguito rotador el paso primordial es la reparación primaria del desgarró, la adecuada descompresión del espacio subacromial, incluidas la bursotomía subacromial, la acromioplastia o la acromiectomía parcial, y la liberación del ligamento coracoacromial. Es probable que en el momento en que se realiza la operación se encuentre que una lesión parcial se ha convertido en completa (Luna A, 2010)

Hay disponibles distintos tipos de cirugía para tratar las lesiones del manguito rotador, que incluyen las siguientes:

Reparación artroscópica del tendón. En este procedimiento, los cirujanos insertan una cámara (artroscopio) y herramientas minúsculas a través de pequeñas incisiones para volver a unir el tendón al hueso.

Reparación abierta del tendón. En algunas situaciones, puede ser mejor reparar de forma abierta el tendón. En este tipo de cirugías, el cirujano hace una incisión más grande para volver a fijar el tendón dañado al hueso.

Transferencia de tendón. Si el tendón desgarrado tiene demasiado daño como para poder unirlo nuevamente con el hueso del brazo, es posible que los cirujanos decidan usar un tendón cercano como reemplazo.

Reemplazo del hombro. Las lesiones extensas del manguito rotador pueden hacer necesaria una cirugía de reemplazo del hombro. Con el propósito de mejorar la estabilidad de la articulación artificial, con un procedimiento innovador (artroplastia inversa del hombro) se instala la parte esférica de la articulación artificial en los omóplatos y la parte de la cavidad en el hueso del brazo (C., 2018)

VI Resumen del caso clínico.

Para el presente caso clínico se realiza una valoración por patrones funcionales, que se presenta más adelante, se hace una integración de la teoría seleccionada “déficit de autocuidado de Dothea Orem”, ya que se considera que como la paciente llevará los cuidados en su casa debe ser capaz de trabajar con el autocuidado, para que aprenda y se le facilite el tratamiento indicado que debe de llevar para recuperación funcional.

Ficha de identificación

- **Nombre:** M.H.S
- **Edad:** 43 años
- **Sexo:** femenino
- **Diagnóstico médico:** síndrome de manguito rotador
- **Escolaridad:** Preparatoria
- **Ocupación:** operaria de producción en zona industrial desde hace 15 años.
- **Estado civil:** viuda
- **Entrevista:** directa: paciente.

Historia clínica

- **Antecedentes heredofamiliares:** padre finado cáncer de próstata, madre diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial.
- **Antecedentes personales no patológicos:** tabaquismo y toxicomanías negadas, alcoholismo ocasional.
- **Antecedentes personales patológicos:** Niega diabetes mellitus e hipertensión arterial.
Intervenciones quirúrgicas previas 1 cesaría + salpingoclasia hace 13 años

- **Alergias:** ninguna conocida; fármacos o alimentos.
- **Padecimiento actual:** síndrome de manguito rotador desde hace 9 meses

Tratamiento actual: (anexo 10)

- Omeprazol 20 mg 1c/24 horas por la mañana.
- Ardonson capsulas 1 c/24 horas x 15 días por la tarde noche (los que sobren cada 3er día.
- Etocoxib 90mg 1c/24 horas x 20 días.
- Paracetamol+ tramadol ½ tableta después de la comida. Por 15 días cuando pasen los 15 días ½ tableta al medio día ½ tableta por la tarde-noche
- Fomentos de agua tibia 20 minutos diarios.
- Terapia física.

Paciente femenino de 43 años con un diagnóstico médico de síndrome de manguito rotador desde hace 9 meses por accidente automovilístico rumbo a su trabajo, se tiene programada cirugía, pero por la pandemia se ha estado recorriendo la fecha en que se realizara. El manejo del dolor se realiza con tratamiento farmacológico y fisioterapia, actualmente está incapacitada, pero ha trabajado durante 15 años en la zona industrial como operadora de producción. Recientemente tuvo dos pérdidas familiares (padre y esposo).

6.1 Valoración Por Patrones Funcionales (anexo 9)

PATRÓN PERCEPCIÓN-MANEJO DE SALUD

Considera su salud en general como malo ya que presenta dificultad para dormir ya que el dolor aumenta durante la noche a pesar de tomar tratamiento farmacológico. Se realiza su baño habitual a diario asegura que se asea la boca a diario 3 veces al día. Refiere no consumir alcohol, tabaco o algún tipo de droga. Niega alergias a alimentos o medicamentos. Presenta proceso de duelo en etapa de aceptación por parte de su padre, pero en etapa de enojo por parte de su esposo, su sistema de apoyo es su familia.

NUTRICIONAL –METABÓLICO

la paciente pesa 108 Kg, mide 1.57cm, IMC 43.8. (Anexo 3), con una glucosa capilar de 127mg/dl, T/A de 125/90 FC 88x”, FR 18x”, SpO2 93% y temperatura de 36.1°C refiere haber aumentado de peso en los últimos meses pues antes del accidente tenía un peso de 78 kilogramos, al realizar la valoración refiere que su apetito ha aumentado considerablemente, no presenta problemas para la deglución. Su piel es turgente, firme y flexible, estado dental completo presenta caries y desgaste, labios y mucosa oral de color rosada bien hidratada sin presencia de masas o úlceras. Presenta regurgitaciones, da de 5-7 comidas diarias, con un consumo de agua de 1- 1,5 litros (anexo 5), Refiere tener acidez estomacal por los medicamentos refiere que en ocasiones deja de tomarlos.

ELIMINACIÓN

Describe su orina como amarillo claro, las heces blandas en cantidad y olor normal, no transpira a menos que realice algún tipo de actividad física que represente mayor esfuerzo. Sus hábitos de eliminación son 1 evacuación diaria y de 3 a 5 micciones al día.

ACTIVIDAD – EJERCICIO.

No presenta cambios en la función cardiaca, ni en el patrón respiratorio al realizar sus actividades diarias. Presenta parestesias y edema con signo de ++ cruces en miembro superior derecho (brazo afectado por síndrome de manguito rotador), presenta cambios neuro musculares (calambres, dolor, y limitación del movimiento) a partir del accidente. Con limitación al movimiento del brazo. Signos vitales dentro de los parámetros normales refiere que antes del accidente caminaba 4 días a la semana 1 hora y media, pero a partir del accidente dejo de realizar actividad física por lo que ha aumentado de peso considerablemente, esto aumento durante el fallecimiento de su esposo y posteriormente de su padre.

SUEÑO – DESCANSO

La paciente presenta postura de cansancio, bostezos y ojeras durante la entrevista, refiere tener problemas para dormir. Ella duerme de 4-5 horas diarias y una siesta de 1 hora durante la tarde, pero refiere sentir que no descansa ya que por las noches el dolor de hombro

aumenta considerablemente durante el día se siente cansada y somnolienta, no tiene ninguna práctica para conciliar el sueño.

COGNITIVO –PERCEPTUAL

Sin dificultad para escuchar, sin dificultad visual no usa equipos de apoyo. Su ubicación en tiempo, persona y espacio es la adecuada, esta consiente. Afirma no presentar problemas con ningún órgano de los sentidos, pero presenta dolor de hombro en una escala de Eva (anexo 3) de 3 pero este aumenta a un 7 al realizar tareas o actividades diarias sobre todo al dormir. Presenta cambios en el tono de voz al hablar de los cambios en su vida durante los últimos meses (llanto). Considera que es buena para aprender viendo y escuchando a las personas

AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO

Se considera una persona optimista, alegre y responsable, le gusta su personalidad, pero menciona que por los cambios que ha tenido durante los últimos meses, ella refiere sentir un poco de miedo ante la cirugía que tiene programada “me da miedo no despertar de la anestesia y dejar a mis hijos” menciona que ha tenido cambios muy significativos en su vida en los últimos meses su esposo falleció de COVID 19 en enero del año 2021, su padre en marzo del mismo año por Cáncer de próstata. Refiere que en momentos expresa periodos de desmotivación pues cree que su brazo ya no quedará bien y no sabe si podrá regresar a trabajar o bien que al regresar la vayan a despedir. Sus hijos son su mayor motivación para continuar con el tratamiento.

ROL – RELACIONES.

Viuda desde hace 6 meses, con preparatoria terminada es operadora de producción desde hace 15 años, actualmente se encuentra incapacitada desde hace 9 meses, su sistema de apoyo es su familia, pero anteriormente su esposo era quien principalmente la apoyaba pues era el proveedor principal de la casa. Actualmente viven 6 personas incluyéndose ella su hijo el mayor tiene 26 años, seguido de uno de 22, 19,17, y el menor de 13 años. Considera tener una buena relación familiar, actualmente es la proveedora principal de su casa, aunque cuenta con la pensión de su esposo y el sueldo de su hijo más grande.

SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

IVSA: 16 años Menarquia: 13 años ciclo menstrual: irregular duración: 5 días Gestas:5 Partos:4 Abortos: 0 Cesaría: 1 método de planificación familiar: salpingoclasia, Sin pareja Sexual Actualmente.

Afirma sentirse satisfecha con el número de hijos que tiene, se realiza autoexploración mamaria mensual y anualmente se realiza examen cervicovaginal obteniendo resultados negativos ultimo realizado fue en octubre del 2019 ya que por lo del accidente en su brazo no fue el año pasado.

ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRES.

Muestra preocupación relacionada a su enfermedad, situación familiar (fallecimiento de su esposo), económica y empleo. Expresa sus sentimientos con llanto. Refiere estar e ingiriendo más alimentos de los indicados en su dieta diaria.

VALORES –CREENCIAS

Refiere ser católico, pero no practica la religión. “Mis hijos son los que le dan significado a mi vida y por ellos es que le hecho ganas” comenta sentir miedo a morir y dejar a sus hijos solos.

6.2 Deterioro de la movilidad física (00085)

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN																							
<p>Patrón (es): 04 Actividad/reposo</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Presenta parestesias y edema con signo de ++ cruces en miembro superior derecho Presenta cambios neuro musculares (calambres, dolor, y limitación del movimiento) Aumento de peso en los últimos meses <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vida sedentaria 	<p>Dominio: 04 Actividad/reposo</p> <p>Clase: 02 Actividad/ejercicio</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>Deterioro de la movilidad física (00085)</p> <p>Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades</p> <p>Factore(s) relacionado(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> Dolor <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitación de la amplitud de movimientos Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas Limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas 	<p>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</p> <p>Dominio:04 Clase:</p> <p>Criterio de resultado:</p> <p>Movimiento articular Hombro (0219)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicador (es)</th> <th>Puntuación inicial</th> <th>Puntuación final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Desviación grave del rango normal (1) hasta sin desviación normal (5)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21901 flexión hacia delante de 180°</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> </tr> <tr> <td>21902 extensión de 50°</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> </tr> <tr> <td>21903 rotación externa de 90°</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> </tr> <tr> <td>21904 rotación interna de 90°</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> </tr> <tr> <td>21905 abducción de 180°</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> </tr> </tbody> </table>			Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación final		Desviación grave del rango normal (1) hasta sin desviación normal (5)		21901 flexión hacia delante de 180°	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5	21902 extensión de 50°	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5	21903 rotación externa de 90°	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5	21904 rotación interna de 90°	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5	21905 abducción de 180°	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación final																					
			Desviación grave del rango normal (1) hasta sin desviación normal (5)																						
21901 flexión hacia delante de 180°	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5																							
21902 extensión de 50°	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5																							
21903 rotación externa de 90°	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5																							
21904 rotación interna de 90°	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5																							
21905 abducción de 180°	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5																							
<p>INTERVENCIONES (NIC)</p>		<p>FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES /GPC**</p>																							

<p>Campo: 01 fisiológico: básico</p> <p>Clase: A control de actividad y ejercicio.</p> <p>INTERVENCION: Terapia de ejercicios: Movilidad Articular (0224)</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>22401 determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función.</p> <p>22403 determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular</p> <p>22404 explicar al paciente/ familia el objeto y el plan de ejercicios articulares</p> <p>22406 poner en marcha medidas de control de dolor antes de comenzar ejercicios de las articulaciones</p> <p>22414 ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios activos de rango de movimiento</p>	<p>Los estiramientos y ejercicios fortalecedores pueden ayudar a crear fuerza y flexibilidad en el hombro.</p> <p>Es importante tener el consejo de un profesional médico, tal como un fisioterapeuta, sobre qué ejercicios y estiramientos para hacer y cómo hacerlos correctamente.</p> <p>Los ejercicios serán personalizados según la lesión que se tenga. Existen ejercicios que pueden fortalecer los músculos y tendones del manguito de los rotadores para aliviar los síntomas. (anexo 7)</p>
---	--

6.3 Diagnostico Dolor Crónico (00133)

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN																	
<p>Patrón (es): 06 Cognitivo-perceptivo</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dolor (medido por escala de Eva) (anexo 3) <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llanto Dificultad para dormir 	<p>Dominio: 12 Confort</p> <p>Clase: 01 confort físico</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p style="text-align: center;">Dolor Crónico (00133)</p> <p>Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses.</p> <p>Factore(s) relacionado(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> Incapacidad física crónica <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas. Atrofia de los grupos musculares implicados 	<p>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Dominio:04 conocimiento y conducta de salud.</td> <td style="width: 50%;">Clase: Q Conducta de Salud.</td> </tr> </table> <p>Criterio de resultado:</p> <p style="text-align: center;">Control del dolor. (1605)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Indicador (es)</th> <th style="width: 30%;">Puntuación inicial</th> <th style="width: 30%;">Puntuación final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>160501 reconoce factores causales</td> <td>Desde nunca demostrado (1) hasta siempre demostrado (5) • 1 2 3 4 5</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> </tr> <tr> <td>160502 reconoce el comienzo del dolor</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> </tr> <tr> <td>160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> </tr> <tr> <td>160505 utiliza los analgésicos de forma apropiada</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> </tr> </tbody> </table>	Dominio:04 conocimiento y conducta de salud.	Clase: Q Conducta de Salud.	Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación final	160501 reconoce factores causales	Desde nunca demostrado (1) hasta siempre demostrado (5) • 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5	160502 reconoce el comienzo del dolor	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5	160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5	160505 utiliza los analgésicos de forma apropiada	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5
		Dominio:04 conocimiento y conducta de salud.	Clase: Q Conducta de Salud.																
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación final															
160501 reconoce factores causales	Desde nunca demostrado (1) hasta siempre demostrado (5) • 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5																	
160502 reconoce el comienzo del dolor	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5																	
160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5																	
160505 utiliza los analgésicos de forma apropiada	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5																	

	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el patrón del sueño • Escala de medida • Expresa dolor 	<p>160509 Reconoce síntomas asociados al dolor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 2 3 4 5 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 2 3 4 5
<p>INTERVENCIONES (NIC)</p>		<p>FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (GPC)</p>		

Campo: 01 fisiológico: básico

Clase: E Fomento de la Comodidad Física

INTERVENCION: Manejo de Dolor (1400)

ACTIVIDADES:

- 14001 realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- 140002 observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- 140003 asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- 140007 determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones de trabajo y responsabilidad de roles).
- 140008 explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
- 140029 utilizar medidas de control del dolor antes de que este sea muy intenso.

El manejo del dolor incluye medicamentos y terapias para tratar el dolor de una cirugía, lesión o enfermedad. El dolor puede provocar cambios en la salud física y emocional, como problemas de depresión y de insomnio. Por ello se realizará una valoración detallada física y completa, así como pruebas clínicas especiales, auxiliares de laboratorio y gabinete que nos permitan llegar a un diagnóstico final real. (Berman, 2013)(anexo 9)

Utilizar la Escala Visual Analógica (EVA) (anexo 3) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente. La paciente describe tener un dolor de 3 aumentado a 7 al realizar actividades o dormir lo cual nos indica de dolor leve a moderado (medlineplus, 2019)

Se indicarán analgésicos no esteroideos (AINES) como primera alternativa de tratamiento. (Berman, 2013)(anexo 10)

Se evaluará a la paciente mediante la valoración por patrones funcionales de M. Gordon, identificando los patrones con alteraciones en su salud. (Isabel, 2016)

El dolor en esta enfermedad se presenta predominantemente durante el sueño. (Guías Clínicas, 2013). Las terapias como crioterapia, terapia de calor favorecen a reducir la inflamación y dolor. (Valdecia, 2021)

Deberá seguir las indicaciones médicas acorde a su tratamiento farmacológico y no farmacológico que ha sido indicado durante las revisiones.

6.4 Diagnostico Duelo

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN																							
<p>Patrón (es): 08</p> <p>Rol Relaciones</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Viuda desde hace 6 meses Preparatoria terminada Trabaja desde hace 15 años</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Perdida inesperada de su esposo</p>	<p>Dominio: 09 Afrontamiento tolerancia al estrés Clase: 02 Respuesta de Afrontamiento</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>Duelo (00136) Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales, e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una perdida real, anticipada o percibida.</p> <p>Factore(s) relacionado(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muerte de una persona significativa <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en el patrón de los sueños • Alteración del nivel de la actividad • Sufrimiento. 	<p>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</p> <table border="1"> <tr> <td>Dominio: 03 Salud psicosocial</td> <td>Clase: N Adaptación psicosocial</td> </tr> </table> <p>Criterio de resultado: Resolución de la aflicción. (1304)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicador (es)</th> <th>Puntuación inicial Desde NUNCA demostrado (1) hasta SIEMPRE demostrado (5)</th> <th>Puntuación final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>130401- expresa sentimientos sobre la perdida</td> <td>1 2 3 4 5</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> </tr> <tr> <td>130405- describe el significado de la perdida.</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> </tr> <tr> <td>130413- mantiene el cuidado e higiene.</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> </tr> <tr> <td>130414- refiere sueño adecuado.</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> </tr> <tr> <td>130415- refiere una ingestión nutricional adecuada.</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> </tr> <tr> <td>130418- comparte la perdida con otros seres queridos</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> <td>• 1 2 3 4 5</td> </tr> </tbody> </table>	Dominio: 03 Salud psicosocial	Clase: N Adaptación psicosocial	Indicador (es)	Puntuación inicial Desde NUNCA demostrado (1) hasta SIEMPRE demostrado (5)	Puntuación final	130401- expresa sentimientos sobre la perdida	1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5	130405- describe el significado de la perdida.	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5	130413- mantiene el cuidado e higiene.	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5	130414- refiere sueño adecuado.	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5	130415- refiere una ingestión nutricional adecuada.	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5	130418- comparte la perdida con otros seres queridos	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5
		Dominio: 03 Salud psicosocial	Clase: N Adaptación psicosocial																						
		Indicador (es)	Puntuación inicial Desde NUNCA demostrado (1) hasta SIEMPRE demostrado (5)	Puntuación final																					
130401- expresa sentimientos sobre la perdida	1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5																							
130405- describe el significado de la perdida.	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5																							
130413- mantiene el cuidado e higiene.	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5																							
130414- refiere sueño adecuado.	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5																							
130415- refiere una ingestión nutricional adecuada.	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5																							
130418- comparte la perdida con otros seres queridos	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5																							
INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES																								

Campo: 03
conductual

Clase: R Ayuda para el afrontamiento

INTERVENCION:

Facilitar el duelo (5290)

ACTIVIDADES

529001 identificar la perdida

529004 fomentar la expresión de sentimientos acerca de la perdida.

529005 escuchar las expresiones de duelo

529010 explicar las fases del proceso de duelo

529011 apoyar la progresión a través de los estadios personales de duelo.

Hay que explicar que el duelo es la respuesta emocional de una persona ante la experiencia de una pérdida y que las reacciones frecuentes del duelo incluyen sentimientos, pensamientos, sensaciones físicas y comportamientos complicados que varían de acuerdo con la persona afectada.

Dar a conocer las 5 etapas del duelo que son la negación, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación. Y así identificar en qué etapa se encuentra.

Escucharemos y valoraremos las expresiones que tiene el paciente al hablar acerca de su perdida. (cancer, 2018)

Se explicará el significado de la palabra resiliencia **Jordi Grané y Anna Forés**, definen la misma como “la capacidad de un grupo o de una persona para enfrentar las adversidades, sobreponerse y salir fortalecido y transformado” o en otras palabras “la capacidad para continuarse proyectando hacia el futuro a pesar de cruzarse con sucesos desestabilizadores, encontrarse en condiciones difíciles y sufrir traumas graves.”

6.5 Diagnostico Insomnio (00095)

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN	
<p>Patrón (es): Sueño- reposo</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Duerme de 4-5 horas diarias</p> <p>Presenta postura de cansancio, bostezos y ojeras</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Refiere sentir que no descansa</p> <p>Refiere tener sueño no reparador</p>	<p>Dominio:04</p> <p>Actividad/ Reposo</p> <p>Clase: 01</p> <p>Sueño/reposo</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>Insomnio (00095)</p> <p>Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.</p> <p>Factore(s) relacionado(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> Malestar físico (dolor) <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Expresa dificultad para conciliar el sueño. Expresa tener sueño no reparador. <p>Expresa dificultad para permanecer dormido.</p>	<p>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</p>	
		<p>Dominio: 01</p> <p>Salud funcional</p>	<p>Clase: Clase: A</p> <p>Mantenimiento de la energía</p>
		<p>Criterio de resultado:</p> <p>Sueño (0004)</p>	
		<p>Indicador (es)</p> <p>401- horas de sueño</p> <p>404- calidad del sueño.</p> <p>405- eficiencia del sueño</p> <hr/> <p>421- dificultad para conciliar el sueño</p> <p>425- dolor</p>	<p>Puntuación inicial Desde gravemente comprometido (1) hasta no comprometido. (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 <hr/> <p>Desde grave (1) hasta ninguno (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5

INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES
<p>Campo:01</p> <p>Fisiológico: Básico</p> <p>Clase: F</p> <p>Facilitación del Autocuidado</p> <p>INTERVENCION: Mejorar el sueño (1850)</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>185001 determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.</p> <p>185004 determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón del sueño.</p> <p>185007 observar registrar el patrón de sueño y número de horas de sueño del paciente.</p> <p>185014 ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran a la hora de irse a la cama.</p> <p>185016 enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.</p> <p>185026 comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.</p> <p>185019 disponer siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades del sueño.</p>	<p>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.</p> <p>Las perturbaciones del sueño más frecuentes son: la somnolencia y el cansancio, el insomnio y los trastornos del ritmo de los ciclos del sueño- vigilia.</p> <p>Las horas indicadas de descanso en la edad adulta son de 7 a 8 horas de descanso. Hay toda una serie de productos que dificultan el sueño bien sea por su efecto estimulante o bien porque son de digestión más pesada.</p> <p>Algunos de los alimentos que deben ser evitados durante la noche son: chocolate y café, comida picosa o grasosa, dulces o carbohidratos.</p> <p>Se recomiendan las siguientes técnicas no farmacológicas para mejorar el sueño. Tomar baños de agua a temperatura corporal por su efecto relajante, La terapia de relajación muscular progresiva intenta que el paciente alcance una relajación mental mediante una profunda relajación física. (anexo 7) Se puede disponer de 1 siesta al día de 30 min sin exceder el tiempo pues podría influir en la pérdida de sueño durante la noche. (Medina C, 2009)</p>

6.6 Diagnostico Desequilibrio Nutricional: ingesta superior a las necesidades. (00001)

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es):</p> <p>Nutricional- metabólico</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Peso 108kg</p> <p>Talla: 1.57</p> <p>IMC: 43.8</p> <p>Glucosa capilar 127mg/dl</p> <p>T/A 125/90</p> <p>Fr:18x"</p> <p>Fc:88x"</p> <p>spO2:93%</p> <p>Temperatura:36.1</p> <p>Caries y desgaste dental</p> <p>Aumento de apetito</p> <p>Aumento de 30 kg de peso en los últimos meses</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Acidez estomacal</p> <p>Presenta regurgitaciones</p>	<p>Dominio: 02</p> <p>Nutrición</p> <p>Clase:01</p> <p>Ingestión</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>Desequilibrio Nutricional: ingesta superior a las necesidades. (00001)</p> <p>Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.</p> <p>Factore(s) relacionado(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> Aporte excesivo Con relación a la actividad física (gasto calórico) <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Comer en respuesta a claves internas distintas al abre (ansiedad) Estilo de vida sedentario 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: 04 conocimiento y conducta de salud		Clase: S Conocimientos sobre salud	
		Criterio de resultado: Conocimiento: Manejo del peso (1841)			
		Indicador (es)	Puntuación inicial Desde ningún conocimiento (1) hasta conocimiento extenso (5)	Puntuación Final	
184101- peso personal optimo	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5			
184102- índice de masa corporal optimo	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5			
184103- estrategias para conseguir el peso optimo	• 1 2 3 4 5	• 1 2 3 4 5			

	<ul style="list-style-type: none"> • Peso Corporal superior en un 20% al ideal según la talla y constitución corporal. 	<p>184106- riesgo de salud relacionada con el sobrepeso.</p> <p>184109- prácticas nutricionales saludables.</p> <p>184110- ingesta adecuada de líquidos</p> <p>184113- estados emocionales que desencadenan una alimentación no saludable</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 2 3 4 5 • 1 2 3 4 5 • 1 2 3 4 5 • 1 2 3 4 5 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 2 3 4 5 • 1 2 3 4 5 • 1 2 3 4 5 • 1 2 3 4 5
INTERVENCIONES (NIC)		FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES		

<p>Campo: 01 Fisiológico- básico</p> <p>Clase: D Apoyo Nutricional</p> <p>INTERVENCION: Manejo de peso (1260)</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>126002- comentar con el individuo las condiciones médicas que pueden afectar al peso.</p> <p>126004- comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable</p> <p>126006- determinar el peso corporal ideal del individuo.</p> <p>126011- animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.</p> <p>126014- ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético.</p>	<p>Explicar al paciente que la obesidad puede causar múltiples enfermedades, por ejemplo:</p> <p>Glucosa (azúcar) alta en la sangre o diabetes.</p> <p>Presión arterial alta (hipertensión).</p> <p>Nivel alto de colesterol y triglicéridos en la sangre (dislipidemia o alto nivel de grasas en la sangre).</p> <p>Ataques cardíacos debido a enfermedad cardíaca coronaria, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular.</p> <p>Problemas óseos y articulares, el mayor peso ejerce presión sobre los huesos y articulaciones.</p> <p>Informar a la paciente que está en grado de obesidad III(anexo 3) ya que conforme a su talla y edad ella debería tener un peso de 56 kg. (C. D. , 2019)</p> <p>Informar al paciente que el agua es fundamental para el correcto funcionamiento de nuestro organismo la cantidad de agua deberá de ser de 8 vasos al día (condes, 2019).</p> <p>Una alimentación balanceada es de vital importancia para nuestro bienestar físico, mental y emocional, es por ello por lo que daremos a conocer el plato del buen comer a la paciente para que conozca los alimentos que debe incluir en cada una de sus comidas. (Pesquera, 2019) (anexo 5,6)</p>
---	---

VII PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: M.H.S

Edad: 43 años SEXO: Femenino

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: Síndrome del manguito Rotador

FECHA DE ELABORACIÓN: 08/09/2021

ASPECTO PARA DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN	Instituto Mexicano del seguro Social.
URGENTE	Dolor intenso, se deberá valorar el dolor de acuerdo con la escala de EVA enseñada recientemente En dolores intensos del hombro se recomienda el uso de inmovilizadores por un periodo breve de tiempo (1 a 2 días)
INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	Se deberá informar al paciente acerca de la naturaleza de su condición, los riesgos que sus actividades cotidianas le provocan, las medidas de prevención y la meta terapéutica inicial. Se enfatizará en la responsabilidad del paciente en el plan de tratamiento.
DIETA (Información relativa a la nutrición)	Llevar una dieta balanceada y mantenerse bien hidratado conforme al plato del buen comer y jarra del buen beber.
AMBIENTE (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)	Realizar actividades en familia, por ejemplo <ul style="list-style-type: none"> • Tener al menos, una comida a la semana todos juntos sin televisión. • Informen a todos los miembros de la familia de los gastos e ingresos de la familia y platicar sobre la situación actual que está pasando la familia. • Cada integrante de la familia deberá expresar cómo se siente con los cambios que ha tenido su familia.

RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE	<ul style="list-style-type: none"> • Dar un paseo, salida al campo etc., en familia
MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> • Omeprazol 20 mg 1c/24 horas por la mañana. • Ardonson capsulas 1 c/24 horas x 15 dias por la tarde noche (los que sobren cada 3er día. • Etocoxib 90mg 1c/24 horas x 20 dias. • Paracetamol+ tramadol ½ tableta después de la comida. Por 15 dias cuando pasen los 15 dias ½ tableta al medio día ½ tableta por la tarde • Fomentos de agua tibia 20 minutos diarios. • Terapia física. (anexo 10)
ESPIRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)	Acudir al departamento de psicología donde podrá llevar a cabo el proceso con su duelo y de igual manera expresar sus sentimientos hacia los cambios que ha tenido su vida.

VIII Conclusiones

Está claro que el Síndrome del Manguito rotador representa uno de los principales motivos de dolor en el hombro y es una de las causas más frecuentes de visita al médico general.

Este síndrome causa diversos y variables grados de afectación al paciente, originando consecuencias que impactan en su calidad de vida, derivando modificaciones en el estado emocional, en las relaciones personales y especialmente en la capacidad física del individuo, dando como resultado la alteración en las actividades familiares y laborales.

Las lesiones de manguito rotador pueden ocurrir por una razón concreta, por ejemplo: levantar o arrastrar un objeto que es demasiado pesado, o levantarlo de la manera inadecuada, ya que puede causar la distensión o el desgarramiento de un músculo o tendón de manguito rotador, caer sobre una mano extendida para limitar una caída puede desgarrar o distender un músculo o tendón de manguito rotador.

Algunos de los factores que pueden aumentar la probabilidad de tener una lesión son: la edad a partir de los 40 años, se tiene mayor riesgo de lesiones de manguito rotador, puesto que tus tendones empiezan a desgastarse con la edad y son más propensos a lesiones, las enfermedades musculoesqueléticas, tales como artritis reumática, pueden hacer que tus músculos de manguito rotador se debiliten y hagan más probable tener una lesión.

El tratamiento de una lesión de manguito rotador depende del tipo de lesión que se haya tenido y cuán grave es y va desde tratamiento farmacológico y no farmacológico hasta la cirugía.

Es un hecho que el síndrome del manguito rotador causa cambios en la salud y, por lo tanto, afecta el desenvolvimiento de la vida cotidiana por ello se recomienda seguir las recomendaciones ofrecidas en este proceso cuidado enfermero.

IX Referencias Bibliográficas.

Sigüenza Cristina & Cadena Luz Prevalencia del síndrome del manguito rotador y factores de riesgo, cuenca ecuador, recuperado Abril 15, 2017 Revisar en:

<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26957/1/PROYECTO%20DE%20INV ESTIGACI%C3%93N.pdf>

Charles E. & Robert C. (2018) Rehabilitación y Ortopedia clínica, Elsevier España, S.L.U, 4ta edición.

Osma J & Carreño F. Manguito de los rotadores: epidemiología, factores de riesgo, historia natural de la enfermedad y pronóstico. Octubre 2016, Bogotá, Colombia. de Elsevier. Revisar en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-ortopedia-traumatologia-380-articulo-manguito-los-rotadores-epidemiologia-factores-S0120884516300578>

Harry B. & Patrick J. (2014) Diagnóstico y Tratamiento en Ortopedia, Quinta edición, México, D.F, McGraw-Hill Interamericana de editores, S.A de C.V.

Erb, Glenarora., Kozier, Barbara (2002) Fundamentos de Enfermería, Conceptos Proceso y Práctica Tercera Edición. México, DF. McGraw-Hill Companies.

Reina G. Nadia Carolina el proceso de enfermería instrumento para el cuidado umbral científico, Diciembre 2010, pp. 18-23 universidad manuela Beltrán Bogotá, Colombia. Revisar en:<https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, vol.16 no.4 Ciudad de México oct./dic. 2019 Revisar en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400374

Jose máximo Torres Acevedo, (2014) El Manguito de los Rotadores, Volumen 10 Numero 3, Guadalajara, Jalisco, México Revisar en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2014/ot143b.pdf>

Instituto mexicano del seguro Social, Guías Clínicas (2013) Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome Del Manguito Rotador. México Revisar en:

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/617GER.pdf>

Berman, Audrey, Snyder, Shirlee. (2013) *Kozier y Erb. Fundamentos de Enfermería, Conceptos Proceso y Práctica*, Novena Edición, Volumen I. Madrid, España. Pearson.

González, M.G., Monroy, A. Proceso enfermero de tercera generación. Artículos de innovación para la práctica. Cd de México, Enero 2016, de Scielo. Revisar en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200124

Jose Ángel Córdova Villalobos Diario Oficial de la Federación, Acuerdo por el que se crea la comisión permanente de Enfermería, Ciudad de México, DF a 4 de enero 2007 Revisar en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/somos/docs/acuerdo_CPE.pdf

Juárez, Paula., García, María de Lourdes *La importancia del cuidado de Enfermería*. Yucatán, México. Recuperado el: 15 de julio de 2021, de Medigraphic. Revisar en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2009/eim092j.pdf>

MSCBS, Metodología Aplicable a las Normas, Capitulo 4, México D.F recuperado el 30 de julio 2021. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/07Capitulo4.pdf>

José Luis Álvarez Suarez Fernanda del Castillo Arévalo Delia Fernández Fidalgo Montserrat Muñoz Meléndez, Manual de Valoración Por Patrones Funcionales, noviembre 2010 Revisar en; <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>

Alejandro Rodriguez Puerta. Noviembre 5 de 2020. Marjory Gordon y los Patrones Funcionales (Enfermería). Lifeder. Recuperado de:

<https://www.lifeder.com/marjory-gordon/>

Zhingri Carpipulla María Isabel, Teoría de Margori Gordon, Machala el oro, 29 de febrero 2016. Revisar en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/3780/1/CD000086-TRABAJO%20COMPLETO-PDF.pdf>

Karla Navarrete Latino, (2016) Síndrome del Manguito Rotador, Managua, Nicaragua. Revisar en: <https://repositorio.unan.edu.ni/7780/1/t883.pdf>

Carlos Eduardo Ugalde Ovares, Daniel Zúñiga Monge, Ricardo Barrantes Monge, actualización del síndrome de hombro doloroso, lesiones del manguito rotado, Costa Rica, vol. 30 marzo 2013 Revisar en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v30n1/art06v30n1.pdf>

Luna Jordán Alejandra, Mendoza Tapia Marbella, Rodríguez Viesca Martha, Plan de Tratamiento para el Manguito Rotador, Junio 26 del 2010 Revisar en:

<https://www.efisioterapia.net/sites/default/files/pdfs/448-tto.manguito-postcirugia.pdf>

Fernando Ortiz Corredor, (2016) Medicina física y Rehabilitación, 1era edición Bogotá: el Manual Moderno p.814.

Hospital Universitario Marqués de Valdecia , Enfermedad del Manguito Rotador, Recuperado en Agosto 16 del 2021

<http://www.humv.es/docus/infoSalud/Manguito%20rotadores%20de%20hombro.pdf>

Ma. Isabel Mármol López, (2013) Cuidados de Enfermería, Moncada, Valencia Revisar en:

<https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/804/TESIS%20MARIBEL%20MA%CC%81RMOL.pdf>

Zaider Gloria Triviño Vargas, Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados de enfermería, Tomo I. Ciudad de México, Julio 2015. Revisar en:

<https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/2545/Cap%C3%ADtulo%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mayo Clinic Family Health Book, Lesion del Manguito Rotador, Septiembre 03 del 2019

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/rotator-cuff-injury/diagnosis-treatment/drc-20350231#:~:text=Lesi%C3%B3n%20del%20manguito%20rotador%201%20Diagn%C3%B3stico.%20Durante%20el,a%20un%20m%C3%A9dico%20especializado%20en%20medicina%20del%20deporte.>

Escala visual analógica EVA, recuperado en agosto 05 del 2021, Revisar en:

<https://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf>

Medilineplus, Comunicación con los pacientes, Octubre 01 del 2019, Revisar en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000456.htm>

David C. Dugdale, III, MD, Professor of Medicine, Division of General Medicine, Department of Medicine, University of Washington School of Medicine, Riesgos de la obesidad para la Salud, Agosto 05 del 2019.

Revisar en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000348.htm>

Clínica los condes, importancia de tomar agua, marzo 01 del 2019. Revisar en: <https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Gastroenterologia/importancia-agua#:~:text=Por%20qu%C3%A9%20tomar%20agua&text=Regula%20y%20mantiene%20la%20temperatura,Lubrica%20y%20amortigua%20las%20articulaciones.>

Procuraduría Federal del Consumidor, Gobierno de Mexico, la jarra del buen beber, noviembre 01 de 2017 revisar en: <https://www.gob.mx/profeco/documentos/la-jarra-del-buen-beber-la-importancia-de-mantenerte-bien-hidratado?state=published>

Servicio de Información Agroalimentaria y Pesquera, el plato del bien comer, Fecha de publicación abril 10 de 2019. Revisar en: <https://www.gob.mx/siap/es/articulos/el-plato-del-bien-comer>

Medina Cordero, A., Feria Lorenzo., Oscoz Muñoa, G., Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso, octubre 2009 Revisar en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005

Junta Editorial de Cancer, tEntender el duelo y la perdida Marzo 10 del 2018. Revisar en: <https://www.google.com/search?q=Junta+Editorial+de+Cancer.Net%2C+03%2F2018&og=Junta+Editorial+de+Cancer.Net%2C+03%2F2018&aqs=chrome..69i57&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Academia de Enfermería Clínica, Guía de valoración de Enfermería para la persona adulta según patrones funcionales de salud de M. Gordon, agosto 2019.

[GUIA-DE-VALORACION-DE-ENFERMERIA-PERSONA-ADULTA-PFS-2019.pdf \(unison.mx\)](#)

Diario Oficial de la Federación Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria, 22 de enero del 2013.

dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=&fecha=31/12/1969

Instituto mexicano del seguro Social, Guías Clínicas Diagnóstico y tratamiento del síndrome de hombro doloroso en primer nivel de atención, 2016

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/085GRR.pdf>

Dorothea Orem: Teoría del déficit de autocuidado, noviembre 28 del 2020

[Hi-Quality | Q&A \(pizzeriaddonaregina.com\)](#)

Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey, Modelos y teorías de enfermería, séptima edición (2011), Barcelona España

Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), sexta edición Barcelona, España. 2014

Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) quinta edición, 2014 Barcelona; España.

Vademecum. dirigida a los profesionales sanitarios, concedida en diciembre 03 del 2010.

[★ Tramadol y paracetamol \(vademecum.es\) ARDOSONS - Medicamento - PR Vademecum Etoricoxib - Principio Activo - PR Vademecum](#)

Ydalsys Naranjo HernándezI, José Alejandro Concepción Pacheco, Miriam Rodríguez Larreynagall. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem, Cuba, diciembre 2017

http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

Téllez O. & García F., 2012 Recuperado por:
<https://www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-I-PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA.pdf>

2. Kassandra A. T. y Elda G. Ramírez L. El Proceso de Enfermería, Julio 07 del 2014
[Marjory Gordon – El proceso de Enfermería \(wordpress.com\)](#)

X Glosario

Abducción: acto de separar una parte del eje del cuerpo; acto de volver hacia afuera

Acromioplastía: resección quirúrgica de la porción anterior del acromion.

Aducción: movimiento activo o pasivo que acerca una extremidad u otro órgano al plano medio; contrario a la abducción.

Artroplastía: operación quirúrgica con la cual se pretende restablecer, mejorar o embellecer la forma de una articulación o modificar favorablemente una alteración morbosa subyacente a ella.

Artroscopía: examen directo del interior de una articulación mediante un instrumento denominado artroscopio. Cirugía de mínima invasión, realizada con instrumental óptico-mecánico

Bursectomía: resección quirúrgica de la Bursa subacromial.

Extensión: movimiento activo o pasivo de una extremidad u órgano hacia la porción posterior del cuerpo. Acción y efecto de extender o extenderse.

Flexión: movimiento activo o pasivo de una extremidad u órgano hacia la porción anterior del cuerpo. Acción y efecto de doblar el cuerpo.

Lesión: daño o alteración morbosa, orgánica o funcional, de los tejidos

Manguito rotador: estructura anatómica, conformado por la porción tendinosa distal de los músculos: supraespinoso, redondo menor, subescapular.

Movimiento: acción y efecto de los cuerpos mientras cambian de lugar o de posición.

Neumoartrografía: estudio de gabinete invasivo, consistente en la aplicación de un medio de contraste hidrosoluble y aire, dentro de la articulación para la descripción visual de las articulaciones

Rehabilitación: restablecimiento total o parcial de la anormalidad de la función en un individuo o en una de sus partes después de haber sufrido una enfermedad o lesión incapacitante.

Resonancia Magnética Nuclear: exploración diagnóstica basada en la propiedad de algunos átomos de absorber energía cuando son sometidos a un campo magnético. Permite la obtención de imágenes tomográficas de gran calidad a través del procesamiento por ordenador.

Rotación: movimiento activo o pasivo de una extremidad u órgano de girar sobre su mismo eje. Acción y efecto de rotar / girar.

XI Anexos

Anexo 1.

CUADRO I: ETIOLOGÍA DE LAS LESIONES DEL MANGUITO ROTADOR

Causa extrínseca	Causa Intrínseca
Atrapamiento primario <ul style="list-style-type: none">▪ Forma del acromion▪ Inclinação del acromion▪ Osificación del acromion▪ Síndrome de salida torácica	Degenerativa <ul style="list-style-type: none">▪ Edad▪ Hipovascularización▪ Desgarro intrasustancia
Atrapamiento secundario <ul style="list-style-type: none">▪ Factores capsuloligamentosos▪ Factores traumáticos▪ Factores degenerativos▪ Disfunciones neuromusculares▪ Enfermedades inflamatorias▪ Procesos yatrogénicos	Traumática <ul style="list-style-type: none">▪ Aguda:<ul style="list-style-type: none">○ Macrotrauma▪ Crónica:<ul style="list-style-type: none">○ Sobrecarga○ Fracaso de la fuerza intensional del MR
	Reactiva <ul style="list-style-type: none">▪ Calcificación

Anexo 3.

Apéndice Normativo C. Clasificación del estado nutricio según el IMC, perímetro de cintura y el riesgo asociado de enfermedad, para mayores de 20 años*

IMC					
Clasificación	Riesgo de Comorbilidad	Riesgo de comorbilidad* en relación al perímetro de la cintura aumentado: Hombres = 90 cm Mujeres = 80 cm	Puntos de corte principales	Puntos de corte adicionales	
Bajo Peso	Bajo de peso con riesgo para otros problemas clínicos		< 18.50	Norma Oficial Mexicana NOM 008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad (Diario Oficial 4-ago-2010)	
Delgadez severa			< 16.00		
Delgadez moderada			16.00 – 16.99		
Delgadez leve			17.00 – 18.49		
Intervalo normal		Aumentado	18.50 – 24.49	En población adulta general	En adultos de estatura baja Mujer < de 1.50 m y Hombres < 1.60 m
Sobrepeso	Aumentado	Alto	≥ 25.00	> 25.00 – 29.99	23 – 25
Pre-obesidad			25.00 – 29.99		
Obesidad	Alto	Muy alto	≥ 30.00	≥ 30.00	≥ 25.00
Obesidad grado I			30.00 – 34.99		
Obesidad grado II	Muy alto	Extremadamente alto	35.00 – 39.99		
Obesidad grado III	Extremadamente alto		≥ 40.00		

* Riesgo de padecer Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión y enfermedad cardiovascular. El perímetro de cintura aumentado puede ser un marcador para un riesgo mayor incluso en personas con peso normal.

Referencia:

Diario Oficial de la Federación. (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de Salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Obtenido de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013

Anexo 4.

Pruebas de exploración de hombro

Prueba	Maniobra	Positivo	Indica
Prueba de Neer	Flexión pasiva del hombro, con este en rotación interna.	Dolor a nivel subacromial	Pinzamiento subacromial y pinzamiento del MSE
Prueba de Hawkins	Con el hombro y codo en flexión de 90°, realizar una rotación interna del hombro.	Dolor a nivel subacromial	Pinzamiento subacromial y pinzamiento del MSE
Prueba de Jobe	Hombro en abducción de 90° en el plano escapular, (flexión anterógrada de 30°) y rotación interna máxima. Se debe mantener la posición ante la aplicación de una fuerza de descenso en los brazos	Dolor o incapacidad de mantener la posición.	Proceso inflamatorio o degenerativo del MSE
Prueba de caída del brazo	El hombro en 90° de abducción y llevarlo lentamente a posición neutra.	Incapacidad para soportar el peso del brazo o dolor considerable.	Desgarro del MR, principalmente del MSE
Prueba de Patte	Hombro en abducción a 90° y flexión de codo 90°, realizar rotación externa contra resistencia por parte del examinador	Dolor a nivel posterolateral del acromion	Proceso inflamatorio o degenerativo del M. Infraespinoso.
Prueba de Liff off Test	Rotación interna del hombro, con flexión del codo, de modo que el dorso de la mano contacte con la espalda. El paciente separa la mano contra resistencia del dorso.	Dolor o incapacidad para separar la mano contra resistencia	Proceso inflamatorio o degenerativo del M. Subescapular.

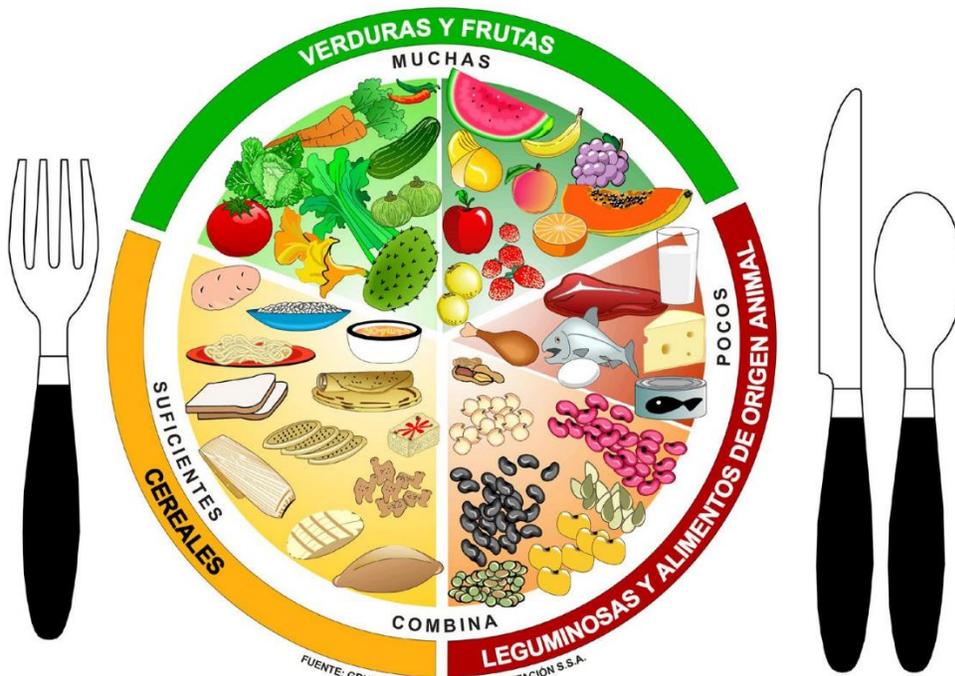
Anexo 5.

La jarra del buen beber



Anexo 6.

El Plato del Bien Comer



CUADRO 7. EJERCICIOS DE RAHABILITACIÓN EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PARA EL HOMBRO DOLOROSO

Ejercicios de Codman

Flexione el cuerpo desde la cintura hasta que el tronco se encuentre paralelo al suelo. Deje que el brazo doloroso cuelgue como un péndulo enfrente de usted y balancéelo lenta y suavemente en pequeños círculos. A medida que el músculo se caliente, haga los círculos cada vez más grandes. Práctiquelo durante un minuto.

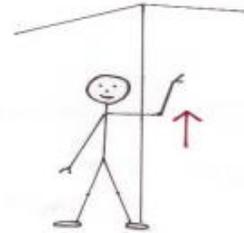


Ejercicios de Estiramiento

A. Coloque la mano del brazo doloroso sobre el hombro opuesto. Con la otra mano tome el codo desde abajo y empújelo hacia arriba con suavidad hasta donde sea posible sin que esto le produzca dolor. Mantenga esa posición durante unos segundos y luego lleve el brazo con suavidad hasta la posición inicial. Repítalo 10-15 veces.



B. Colóquese de pie con el hombro doloroso a unos 60-90 cm. de la pared. Extienda el brazo, coloque la yema de los dedos sobre la pared y súbalos suavemente hasta donde sea posible. A continuación, acérquese a la pared y vea si puede subir los dedos un poco más. El objetivo es alcanzar el punto en donde el brazo se encuentre extendido hacia arriba contra la pared. Cuando usted haya llegado lo más alto posible, mantenga esa posición durante unos cuantos segundos y luego baje los dedos por la pared. Repítalo 5-10 veces.



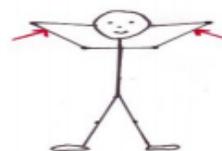
C. Manténgase erguido y coloque el dorso de la mano del lado afectado sobre su espalda. Con la otra mano, lance el extremo de una toalla de baño sobre el hombro sano y tómelo con la mano que se encuentra atrás de la espalda. Jale con suavidad la toalla con la mano sana, elevando el brazo doloroso. No jale la toalla con violencia, hágalo hasta donde sea posible sin que la maniobra le produzca dolor. Mantenga esa posición durante unos cuantos segundos y vuelva lentamente a la posición inicial. Repítalo 10-15 veces.



D. Coloque la mano del brazo doloroso atrás de su cintura. Con la palma dirigida hacia la espalda, trate de levantar la mano sobre su espalda hasta donde sea posible, como si los dedos caminaran hacia arriba por la columna vertebral. Mantenga esa posición durante unos segundos y luego permita que la mano se deslice hacia la cintura. Repítalo 5-10 veces



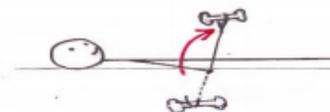
E. Sitúese con la espalda apoyada en la pared. Con las palmas frente a frente, entrelace los dedos y coloque las manos en la nuca. Trate de mover los codos hacia atrás hasta que toquen la pared. Manténgalos ahí durante unos segundos y luego muévalos hacia delante. Repítalo 10-15 veces



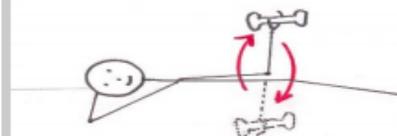
Ejercicios de Fortalecimiento

Necesitará unas pesas de 0.5 - 2.5 Kg. para ejecutar estos ejercicios; las latas de alimentos son útiles, pero es más fácil sostener las pesas de gimnasia.

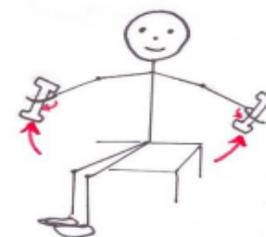
A. Acuéstese sobre su espalda con el codo junto al costado y flexionado a 90 grados, de manera que el antebrazo se dirija hacia fuera. Levante lentamente la mano que sostiene la pesa, hasta que ésta apunte hacia el techo; luego regrese a la posición inicial Repítalo 10 veces. A medida que el hombro se fortalezca, repítalo hasta 20 veces.



B. Acuéstese sobre su costado y mantenga el codo cerca del cuerpo y flexionado a 90 grados, como en el ejercicio 1. Levante lentamente la mano que sostiene la pesa, hasta que ésta apunte hacia el techo; luego bájela. Repítalo 10 veces, hasta llegar a 20 veces a medida que el hombro se fortalezca.



C. En posición de pie o sentado, sostenga las pesas en ambas manos y gire las manos hasta que los pulgares apunten hacia el piso. Extienda los brazos unos 30 grados hacia delante, levántelos suavemente hasta que se encuentren un poco abajo del nivel del hombro y luego bájelos. (No los eleve por arriba del nivel del hombro porque esto puede perjudicar a los músculos y a los tendones por esfuerzo excesivo). Repítalo 10 veces y aumente el número de repeticiones en forma gradual hasta llegar a 20.



PLAN PERSONALIZADO para problemas de HOMBRO(Orthotherapy)



Paciente: _____ (Evaluación general, actualizaciones y enlaces en www.cortobata.es/pacientes/...)

1. **MODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:** reposo del hombro en fases de gran dolor. De modo habitual evitar, en lo posible, actividades repetitivas en las que la mano trabaje sobre el nivel del hombro (y en general las actividades que desencadenen el dolor). Si el problema es una inestabilidad evitar posiciones de riesgo.

2. **CALOR:** en fases de dolor es útil el calor húmedo (ducha caliente, paños calientes...) y/o seco (bolsa de agua caliente, manta eléctrica, lámpara...) 20 minutos 3 ó 4 veces al día; incluso electroterapia (calor profundo con: onda corta, ultrasonidos,...). Aplicar el calor antes de cada tanda de ejercicios.

3. **ANTIINFLAMATORIOS:** Según la intensidad de las molestias recurrir a pautas cortas de 2 ó 3 semanas de antiinflamatorio oral (dosis plenas): p.ej. Ibuprofeno 600 mg / 8 h (D-A-C). Tomar, si precisa, protección gástrica p.ej. Omeprazol: 1 comp (20 mg)/24h (Desayuno). Intentar tomar el antiinflamatorio y a los 20 -30 min hacer una tanda de ejercicios. Si no tolera los antiinflamatorios puede tomar Metamizol 575mg o Paracetamol 1gr.

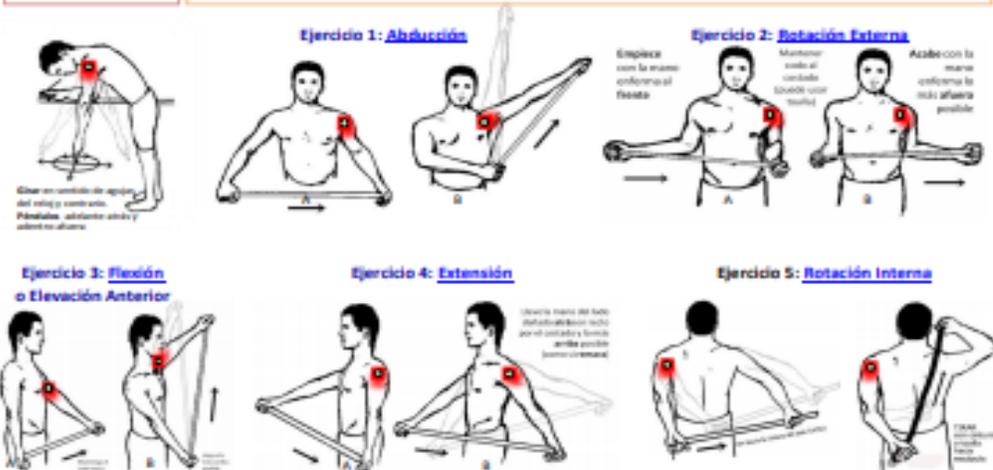
4. **EJERCICIOS:** Es la base del éxito a largo plazo. Deben hacerse fuera de las fases de dolor, comenzarse de forma suave y progresiva. Evitar que los ejercicios sean dolorosos. **TODOS LOS DIAS.** Este plan general consta de 3 **FASES (A, B y C):**

a) Si hay cierta **rigidez** (la mano no alcanza la nuca ni la espalda tan lejos como el lado sano), se debe hacer primero una fase de varias semanas (hasta conseguir el mismo rango de movimiento que el sano) de 2 a 4 sesiones diarias de **Ejercicios de Estiramiento: Son la 1ªFASE** (3 -6 semanas) (van los de esta cara de la hoja, en ambas caras haga clic sobre el ejercicio para ver video)

1ª "calentar" con "Ejercicio 0" o de **PÉNDULO**
Circulando en arco.
2 minutos, 2 veces al día

Después 5 ejercicios básicos con palo o bastón de 1 metro.

Como se ve, se trata de estirar el brazo enfermo (se ilustra el **movimiento** marcado) hasta el punto máximo no doloroso haciendo la fuerza con el sano durante **5, 10 ó 20 segundos** en las distintas posiciones y repetir cada ejercicio **5 ó 10 veces** antes de pasar al siguiente ejercicio de estos 5.



En cada ejercicio se dibuja la posición de partida (A) y a la derecha la posición final (B) salvo el de rotación interna que se muestra con palo y con correa (se dibuja en gris la dirección del estiramiento llegando hasta donde pueda sin dolor). Tras una operación su cónyuge concertará cuáles puede ir haciendo: los 1^{er} suelen ser los de péndulo y flexión y rotación externa tendido. Abajo se añaden otros ejercicios de estiramiento (los 3 1^{er} son fáciles de hacer en casa).

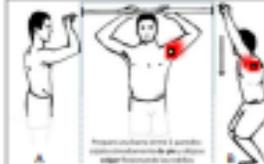
Caminar por Pared y Colgarse de Puerta



Estiramiento Posterior



Colgarse de Barra



Estiramiento con Polea



En la versión on-line puede hacer clic en cada dibujo o palobca.es/aula/subrayada para ir al enlace a los videos que explican esta hoja.

Más Ejercicios "complementarios de estiramiento": clic aquí...

Anexo 8.

Diagnóstico y tratamiento del síndrome de hombro doloroso en primer nivel de atención

CUADRO 4. EXPLORACIÓN FÍSICA DEL HOMBRO

Inspección	<p>Paciente de pie o sentado con el tórax y hombros descubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Comparar y apreciar asimetrías, anomalías morfológicas, posturales o relieves. <p>Postura anti-álgica:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Hombro en rotación interna y aducción▪ Mano doblada sobre el abdomen, para disminución de la hipertensión articular. <p>Signos inflamatorios locales</p>
Palpación	<ul style="list-style-type: none">▪ Puntos dolorosos<ul style="list-style-type: none">- Articulación esterno-clavicular: artritis, artrosis- Articulación acromio clavicular: Artritis, artrosis y luxaciones- Tuberosidad mayor y menor del humero con los signos de fricción- Corredora bicipital: tendinitis bicipital▪ Masas musculares▪ Contracturas▪ Atrofias musculares▪ Puntos de gatillo
Exploración de movilidad: <ul style="list-style-type: none">▪ Activa▪ Pasiva▪ Cotreresistencia Exploración de fuerza y sensibilidad	<p>Ver</p> <p>Cuadro 5. Maniobras especiales para detectar lesiones del hombro</p>

**GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PARA PERSONA ADULTA
SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE M. GORDON**

INSTRUCCIONES:

1. Este instrumento contiene datos relacionados con el estado de salud necesarios para integrar la valoración del usuario adulto.
2. La guía se presenta organizada en cuatro secciones que al conjuntarse permiten obtener una visión completa del usuario. Las secciones son: I. Historia de Enfermería (Datos Subjetivos), II. Examen Físico (Datos Objetivos) III. Resultados de Exámenes de Laboratorio y Gabinete (Datos Objetivos de Fuentes Secundarias) y IV. Documentación.
3. La entrevista se llevará a cabo cuando el estado de salud del usuario lo permita, simultáneamente validar la información con los familiares y otros profesionales de la salud.
4. Si el usuario no está en condiciones de ser entrevistado debido a su estado de salud, esta guía podrá ser aplicada a alguna persona cercana al usuario como un familiar (fuente secundaria).
5. En esta guía aparece la frase: "No Aplica" deberá elegir esta opción cuando por las condiciones de salud del usuario, la característica de que se trate NO SEA VALORABLE.
6. Llenar los espacios con una **X** en los datos (objetivos y subjetivos) que se encuentren presentes en la valoración, ampliar o describir en aquellos que se requiere especificar.
7. En cada patrón usar las escalas de valoración necesarias para validar la información obtenida durante la anamnesis.
8. Considerar los aspectos bioéticos en la valoración que incluyen: confidencialidad y consentimiento informado.

I. HISTORIA DE ENFERMERÍA (Datos subjetivos):

Fecha: _____ Hora: _____

Datos básicos de ingreso

Nombre: (siglas) _____ Género: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Persona para contactar (siglas): _____ Lugar de origen: _____ Reside en (ciudad): _____ Domicilio (señalar geográficamente el punto) _____ Vive Solo: _____ Con familia: _____ Especificar: _____ Llegada por su propio pie: sí ___ no ___, motivo de hospitalización y/o solicitud de atención actual: _____ Fecha de ingreso previo al hospital _____ Motivo: _____

Antecedentes personales:

Patológicos y tratamientos recibidos (desde su infancia tanto médicos y/o quirúrgicos indicados)

No patológicos (como acontecimientos de importancia del nacimiento y/o su crecimiento)

Heredo familiares: de los padres, hermanos, abuelos, (sobre todo enfermedades no trasmisibles padecidas como DM, HTA, Obesidad, Sobrepeso, etc. y/o causas de defunción o relacionados con el motivo de su hospitalización o solicitud de atención de enfermería y especificar edad de defunción)

Anexo 10.

Tratamiento	Reacciones adversas
<ul style="list-style-type: none"> • Omeprazol <p>No superar 20 mg/día Inhibe la secreción de ácido en el estómago. Debe administrarse preferentemente por las mañanas</p>	<p>Cefalea; dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, flatulencia, náuseas/vómitos; pólipos gástricos benignos.</p> <p>A dosis altas y en tratamiento prolongado, aumenta el riesgo de fractura de cadera, muñeca y columna, sobre todo en ancianos o en presencia de otros factores de riesgo, asegurar ingesta de Ca y vitamina D si hay riesgo de osteoporosis.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ardonson (Indometacina, betametasona, metocarbamol.) <p>Casos agudos y exacerbaciones de pacientes con artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, osteoartritis. Alivio del dolor y la inflamación de artritis gotosa aguda, bursitis aguda y subaguda, tendinitis, sinovitis.</p>	<p>está contraindicado en enfermos con infecciones micóticas sistémicas o infecciosas, en pacientes diabéticos o con hipertensión arterial; en sujetos con úlcera péptica o con insuficiencia renal.</p> <p>La presencia de la indometacina puede provocar náusea y vómito, anorexia, malestar epigástrico, dolor abdominal, estreñimiento y diarrea; asma y erupción cutánea. Puede provocar visión borrosa, cefalea, mareo, somnolencia. El uso prolongado puede provocar aumento de la presión arterial, aumento de peso, cara de luna, hirsutismo, acné, hiperglucemia, incremento de la susceptibilidad a infecciones, osteoporosis, miopatía, alteraciones conductuales, cataratas, interrupción del crecimiento.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Etoricoxib <p>Antiartrítico. Analgésico. Es una droga antiinflamatoria no esteroide (AINE)</p>	<p>Las principales reacciones adversas incluyen astenia, fatiga, mareo, edema de miembros inferiores, hipertensión, dispepsia, pirosis, náusea, cefalea, aumento de enzimas hepáticas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tramadol y Paracetamol. <p>Tratamiento sintomático del dolor moderado a intenso</p>	<p>Mareo, somnolencia, cefalea, temblores; confusión, alteraciones del estado de ánimo (ansiedad, nerviosismo, euforia), trastornos del sueño; náuseas, vómitos, estreñimiento, sequedad de boca, diarrea, dolor abdominal, dispepsia, flatulencia, sudoración, prurito.</p>