



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A  
UN ADOLESCENTE CON ALTERACIÓN  
EN LA NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A:

**ERIKA VALE ALQUICIRA**  
**No. DE CUENTA 09727219-9**



M.C.E. NORBERTA LÓPEZ OLGUÍN  
ASESORA

MÉXICO, DF.

OCTUBRE 2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS.

A Dios:

Gracias Por darme la fuerza  
para salir adelante

A mis padres:

A quienes en los momentos más difíciles me alentaron  
A seguir adelante, para que me preparará para  
Enfrentarme a la vida.  
Gracias por el apoyo, enseñanzas y consejos.

A mi hijo Erick:

Por permitirme robarte mucho del  
tiempo

En el que merecía estar contigo.

A mis hermanos:

Por el apoyo que me han brindado  
Durante todo este tiempo.

A mi abuela y tía

Gracias por sus consejos y apoyo

Ya que siempre han estado junto a mí cuando las necesito.

## ÍNDICE

CONTENIDO	PAGINAS
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. JUSTIFICACIÓN.....	6
3. OBJETIVOS.....	7
3.1 Objetivos general.....	7
3.2 Objetivos específicos.....	7
4. METODOLOGÍA.....	8
5. MARCO TEÓRICO.....	9
5.1 Antecedentes históricos de la enfermería.....	9
5.2 Antecedentes de la rehabilitación.....	11
5.2.1 Integración de la rehabilitación en la educación sanitaria.....	14
5.2.2 Papel de la enfermera en la rehabilitación.....	15
5.3 EL CUIDADO.....	19
5.3.1 Asegurar la continuidad de la vida.....	19
5.3.2 Enfrentarse a la muerte.....	20
5.3.3 Cuidados corporales.....	21
5.3.4 Cuidados entorno a la alimentación.....	21
5.3.5 Valoración social y económica de los cuidados.....	22
6. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	24
7. EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	28
8. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	30
8.1 Valoración de enfermería.....	30
8.2 Valoración de las 14 necesidades básicas	

de Virginia Henderson.....	31
8.3 Identificación de datos objetivos y subjetivos.....	38
8.4 Jerarquización de necesidades.....	42
8.5 Diagnósticos de enfermería.....	43
8.6 Plan de cuidados.....	46
8.7 Plan de alta.....	64
9. CONCLUSIONES.....	65
10. ANEXOS.....	67
11. VOCABULARIO.....	107
12. BIBLIOGRAFÍA.....	111

## **1. INTRODUCCIÓN**

El siguiente trabajo se incluyen diversos capítulos en los que se abordan temas de interés relacionados con el trabajo realizado dentro del marco teórico se encuentran temas como son los antecedentes de la enfermería, antecedentes históricos de la rehabilitación abarcando el área de enfermería la cual es de gran importancia para este tipo de pacientes, el proceso enfermería, el modelo conceptual de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Durante la elaboración del proceso atención de enfermería se realizó la valoración empleando el instrumento de valoración, obteniendo información del paciente, sus padres, del expediente clínico. Una vez recopilada la información se procedió a realizar la revalidación de datos y la identificación de los datos objetivos y subjetivos, para así poder elaborar los diagnósticos de enfermería y dar orden de importancia, seguidos de un plan de cuidados en el que participa un equipo multidisciplinario. Se realizaron las intervenciones y finalmente se evaluaron. De acuerdo con esta evaluación las intervenciones se mantuvieron o se modificaron según el caso.

En la parte final del trabajo se encuentran las conclusiones, bibliografía y anexos que se utilizaron para realizar las valoraciones y conocer mas sobre la patología del paciente.

## **2. JUSTIFICACIÓN.**

El ser humano durante su vida diaria, nace, crece se reproduce y muere. En este curso de la vida todas las personas enfrentan crisis llevaderas, que aunque con alguna dificultad; las resuelven bien, sin embargo, algunas personas experimentan grandes crisis; dificultades paralizantes, que provocan mucho dolor y las etapas del duelo suelen mezclarse y prolongarse. Una de las causas más frecuentes de éste tipo de crisis son los accidentes automovilísticos, que ocupan la tercera causa de muerte en población joven y adulta. Este problema de salud que surge de manera inesperada y súbitamente, provoca grandes dificultades a todos los involucrados, en primer lugar a la persona que sufre el daño directamente, en segundo lugar a sus seres queridos más cercanos, en tercer lugar a su ámbito laboral cuando la persona trabaja y aporta económicamente a la familia y en cuarto lugar afecta a toda la sociedad Mexicana puesto que los gastos son muy fuertes para todos en lo individual y en lo social.

Por tales razones es que se justifica desarrollar un proceso de enfermería a un adolescente con alteración en la necesidad de movilidad y postura. Segura de que enfermería aporta su conocimiento teórico, tecnológico y práctico en beneficio de la mejoría o recuperación de personas con tales dificultades.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo general.**

Desarrollar un proceso atención de enfermería a un adolescente con alteración en la necesidad de movilidad y postura dando cuidados para mejorar su estado de salud.

#### **3.2. Objetivos específicos.**

- ✓ Realizar la valoración de enfermería a un adolescente durante la hospitalización para identificar las necesidades alteradas y las no alteradas de acuerdo a las catorce necesidades de Virginia Henderson
- ✓ Identificar los datos objetivos y subjetivos encontrados en la valoración y realizar revaloraciones subsecuentes.
- ✓ Construir los diagnósticos de enfermería: reales, de riesgo y de salud que estén encaminados a resolver las alteraciones de las necesidades.
- ✓ Planear y ejecutar un plan de cuidados necesarios y encaminados a cada diagnóstico construido.
- ✓ Evaluar la efectividad de los cuidados en relación al logro de los objetivos.



#### **4. METODOLOGÍA**

Para la realización del proceso de Atención de Enfermería fue primordial la elección de un caso clínico en el servicio de cirugía de columna del Instituto Nacional de Rehabilitación, se asistió a cursos monográficos sobre “atención a la persona con lesión medular, para comprender su manejo y ejecutar mejor los cuidados.

El caso clínico se eligió durante su hospitalización en el Instituto Nacional de Rehabilitación, se solicitó autorización a él y a los padres para desarrollar el proceso de atención a Ignacio por ser menor de edad. Después de la aceptación de ambos, se inicio con la aplicación de la valoración ante el cual Ignacio mostró cooperación durante la entrevista y exploración física. Para realizar la valoración se utilizó una guía elaborada con base en las catorce necesidades de Virginia Henderson, Posteriormente se realizo la identificación de datos objetivos y subjetivos y la jerarquizacion de las necesidades alteradas.

El siguiente paso fue la construcción de los diagnósticos de enfermería: reales, de riesgo y de salud con fundamento en los diagnósticos de enfermería de la NANDA.

Posteriormente se inicio la con la planeación y ejecución de cuidados; en ésta etapa se consideraron los objetivos, la fundamentación teórica y la evaluación de los cuidados realizados. Alternadamente se trabajo con el marco teórico a través de la investigación bibliografica, hemerogràfica y de Internet. Para finalizar el trabajo se realizaron las conclusiones.

## **5. MARCO TEÓRICO**

### **5.1 Antecedentes Históricos de la Enfermería**

Los antecedentes de la enfermería se remontan desde los inicios de la humanidad, cuando el cuidado se centró en la preservación de la raza humana. Cuidar era un acto de vida que tenía como finalidad permitir la continuación de la vida, el desarrollo de la persona, el grupo y la especie: de esta manera se luchaba contra la enfermedad y la muerte. En esta época, el cuidado no era propio del hombre o de la mujer, no era un oficio ni una profesión; hombres y mujeres se dedicaban a proveer el cuidado, mas tarde con la consolidación del sedentarismo se estableció la división del trabajo. A partir de este momento en el que las mujeres se dedicaron al hogar, el cultivo de plantas, el cuidado de los animales y de los hijos, por las necesidades propias de su comunidad las mujeres se dedicaron a ayudarse entre ellas. Estos cuidados garantizaron la supervivencia de su comunidad. En tanto que los hombres se dedicaron a la cacería para proveer de alimentos a la familia, esta actividad fue impregnada de valores simbólicos por lo que significaba el desafío de la caza donde los hombres imponían su talento e inteligencia para dominar a los animales que muchas veces eran muy superiores en tamaño. Estos valores simbólicos marcaron la tendencia a sobrevalorar el trabajo de los varones por la sociedad de esa época. Asegurar la vida era y sigue siendo un hecho cotidiano que no se le ha dado la importancia que merece, puesto que cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tiene el propósito y la función de mantener la vida de los seres humanos para permitirles su nacimiento, desarrollo, reproducción y su sobrevivencia, lo cual seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados (Colliere, 1996).

A lo largo de la historia, la enfermería ha ejercido una gran influencia sobre la vida de las personas. A medida que los cambios; algunos lentos y ocasionales y otros rápidos y continuos siguen transformando la profesión de enfermería y el sistema sanitario con el que se encuentra íntimamente ligado, los profesionales de enfermería aprovechan cada vez mas las oportunidades para influir en el bienestar del ser humano. Éstos van de la mano y van ha desarrollarse de forma paralela con la historia de la mujer. Y la historia de la

medicina, en determinadas civilizaciones se llegan a unir y no se diferencian sus elementos.(Kozier, 2005)

El nacimiento de la clínica también tuvo lugar cuando el hombre se hizo sedentario y se enfrento a las creencias de lo bueno y lo malo, este pensamiento duro aproximadamente seis mil años después de la agricultura para extenderse ampliamente hasta la llegada de la Revolución Industrial, época en la que la figura del medico adquirió importancia para librar al hombre del mal; la sociedad inglesa delego a los médicos la curación de los enfermos para asegurar su incorporación a la vida productiva en los talleres y las fabricas este hecho reforzó el reconocimiento del trabajo medico y el trabajo científico en sustitución de los cuidados para el mantenimiento de ayuda por los cuidados curativos fundamentados en descubrimientos científicos. (Colliere, 1996).

A finales del siglo XX los cuidados médicos se orientaban hacia el restablecimiento en la salud y poco a poco la complejidad de la curación del ser humano se fue transformando en un trabajo especializado, con lo cual el campo de los cuidados quedo aislado y separado de las dimensiones sociales y colectivas ante el problema de la vida y la muerte; el cuidado se convirtió en la curación de enfermedades. Los especialistas y los médicos en general no se bastaron por si solos para tratar la enfermedad y necesitaron mano de obra para ocuparse de mucho trabajo y de esta manera ellos tuvieron la posibilidad de dedicar tiempo a la investigación y tratar mejor las enfermedades. (Medina, 1999)

En la actualidad la enfermería aporta conocimientos de: liderazgo, entusiasmo y experiencia tal en la expansión de sus roles, lo que permite una mayor participación, responsabilidad y recompensa, en tanto la enfermería continua evolucionando aun mantiene el antiguo, ferviente y profundo compromiso de *cuidar* . (Kozier, 2005)

## **5.2 Antecedentes de la rehabilitación.**

La Rehabilitación puede definirse como la restauración por medio de los servicios de personal capacitado de los individuos disminuidos hasta alcanzar el máximo de su potencialidad física, mental, social y económica de que sean capaces.

Yesner, la define como un proceso de tratamiento ideado para ayudar a los disminuidos físicos a utilizar al máximo sus capacidades residuales para permitirle obtener la óptima satisfacción y utilidad para ellos mismos, para sus familiares y su comunidad.

Fordyce, como la actividad que concierne específicamente a personas que tienen incapacidades de sufrimiento y de ocupación; la esencia del proceso de rehabilitación es el reconocimiento de lo que ha ocurrido en el afecto del paciente y que continuará afectando muchos aspectos de su vida sobrepasando los límites de la función corporal.

Para la Organización Mundial de la Salud la rehabilitación comprende todas las medidas destinadas a reducir los efectos de las afecciones que producen incapacidad y minusvalidez y permitir al incapacitado y al minusválido que logren su integración social.

La historia de la rehabilitación esta íntimamente ligada al desarrollo de la medicina, la medicina física, al incremento de una conciencia social y del sentido de responsabilidad. En todos los tiempos el incapacitado ha sido ridiculizado, perseguido o ignorado. El hombre primitivo abandonaba al incapacitado basándose en que solo el apto debe sobrevivir.

Cuando se investigo la historia de los métodos de tratamiento y las actitudes de las personas hacia las que sufren deformidades e incapacidades, se vio que se han necesitado siglos para alcanzar las normas que actualmente están en su comienzo.

Hipócrates, describió muchas deformidades y manifestó en su libro sobre la cirugía: "el ejercicio fortalece y la inactividad consume". Principio básico que sirve de fundamento a la rehabilitación.

Se descubrieron varias formas de tratamiento y procedimientos de asistencia, entre ellos la helioterapia, ésta se ha usado desde los días de la mitología, cuando el Sol era adorado como dios por su poder curativo. Otro recurso utilizado como apoyo en la rehabilitación son las muletas. La primera

referencia sobre el uso de las muletas se inscribió en una tumba egipcia en el año 2380 a. c.

Los gimnastas griegos fueron los primeros en enseñar el masaje.

En tiempos de Jesucristo, se hizo uso por vez primera de la electroterapia (Striker, 1974)

La palabra "*rehabilitación*" ha sido utilizada para indicar una filosofía que tiene como objetivo mejorar las condiciones físicas, psíquicas, económicas y sociales de los seres humanos, que han nacido o adquirido una condición de desventaja psíquica o somática, con relación a otros seres humanos.

La rehabilitación ha existido desde que existe el hombre, ya que desde sus orígenes ha padecido de invalidez o incapacidad que ha tratado de solucionar de una u otra manera, realizando así una rehabilitación rudimentaria.

En el siglo XIV se inventó la pólvora y se inició el uso del cañón. Esta invención dio como resultado nuevas clases de lesiones de guerra que requerían un nuevo enfoque. La asistencia de hombres heridos por el fuego de los cañones estimuló el interés por la rehabilitación.

La sociedad a través de las distintas épocas y culturas, ha tomado dos actitudes opuestas frente al problema de los discapacitados, una dirigida a segregarlos o eliminarlos y la otra a asistirlos y rehabilitarlos.

En el siglo XX durante la última década del siglo pasado y la primera del actual, se produjeron importantes acontecimientos que echaron los cimientos de la rehabilitación moderna. La literatura de enfermería muestra pruebas de asistencia de enfermería, a convalecientes y la necesidad de terapéutica por la ocupación. En el Hospital, Belle vue en Nueva York. Se añadieron otras dos dimensiones: el cuidado y la educación en el hogar. El primer servicio de enfermeras visitadoras fue iniciado por Lillian Wald, la primera cátedra de terapéutica física en Estados Unidos de Norteamérica fue desempeñada por R. Tait McKenzie en la Universidad de Pensylvania a principios de 1911.

En los años de la primera guerra mundial, comenzó a usarse el término "rehabilitación", en vez de "reconstrucción física" y "recuperar al inválido", se inauguró el Instituto para Hombres Incapacitados, de la Cruz Roja, para proporcionar a los soldados lesionados una oportunidad de enseñanza vocacional. La parte desafortunada de este programa fue que la rehabilitación fue un fracaso. El índice de mortalidad de los que sufrieron lesiones de la

médula espinal fue muy alto, y para ciertos pacientes la expectativa de vida solo fue de un año. Por consiguiente, puesto que la rehabilitación total no siempre era posible, su importancia se redujo al mínimo.

La necesidad de diseminar la información dio por resultado el primer número de la revista de medicina física y rehabilitación, en 1919. Esta revista se ha convertido desde entonces en el órgano oficial del congreso americano en medicina de rehabilitación formado en 1923 para ser un foro de comunicación entre muchas disciplinas interesadas en la medicina de rehabilitación.

En 1941, el Dr. Frank H. Krusen conocido como el “padre de la medicina física” escribió *Physical Medicine*, el primer texto general sobre métodos de tratamiento. El coronel Howard A. Rusk, jefe del programa de adiestramiento de convalecientes de la Fuerza Aérea del Ejército pudo demostrar que la rehabilitación mejoraría la vida de los hombres hospitalizados desde la primera guerra mundial.(Striker, 1974)

Después de la segunda guerra mundial, continuó el interés por todas las fases de la rehabilitación. Junto con el incremento del número de lesiones producidas en el ambiente industrial, la circulación de más automóviles están produciendo más lesiones.

En rehabilitación las condiciones del inválido son similares a las del enfermo. Esa condición psicósomática puede ser predominantemente somática, las cuales repercuten produciendo una disminución en las actividades físicas. En la invalidez existe una alteración que no puede ser aliviada o curada, o que puede aliviarse o curarse a largo plazo, lo que implica una restricción de las actividades tanto en calidad como en cantidad.

La rehabilitación es aplicada a personas discapacitadas que habitualmente tienen una larga recuperación y durante el cual el tratamiento puede planearse en las etapas de duración muy prolongadas. Si se espera a que el tratamiento dé el máximo de rendimiento para aplicar las medidas rehabilitatorias, se ha perdido un tiempo muy valioso para el enfermo, ya que se le condena a sufrir más invalidez de las que en realidad tiene; esto es una conducta inhumana y va en contra de la rehabilitación.

Para aplicar la rehabilitación es necesario considerar el tipo de discapacidad, clasificándose según la alteración del órgano o sistema.

Comúnmente al hablar de incapacidad se piensa en los paralíticos o ciegos únicamente, olvidándose que todo individuo que presenta un impedimento para realizar las actividades diarias de la vida humana es un discapacitado, no importando cual es su órgano o sistema alterado. (Velasco, 1999)

### **5.2.1 Integración de la rehabilitación en la educación sanitaria.**

Un aspecto de la historia de la rehabilitación, es que ha sido lenta la incorporación a los programas educacionales. Esto ha creado un retraso en los conocimientos, la educación y la practica.

El programa dirigido por un fisiatra manifiesto que requiere de 100 horas para alcanzar sus objetivos, mientras que programas dirigidos por no fisiatras necesitan en promedio 15 horas para alcanzar los suyos. Por tanto, es evidente que en el campo de la educación hay gran variación en la exposición de los principios, técnicas y programas de tratamiento en medicina física y rehabilitación. Aunque no ha habido estudios similares para educación de enfermeras. La mayoría de las enfermeras asisten a cursos y encuentran mucho material nuevo. Esto indica la necesidad de mayor atención en la formación de especialistas en rehabilitación. (Striker, 1974)

### **5.2.2 Papel de la enfermera en la rehabilitación.**

La enfermería es una profesión que tiene su propio cuerpo de conocimientos científicos, fruto de muchos años de estudio e investigación. Ésta considera al hombre como un todo funcional y tiene como objetivo fomentar la interacción de la persona con su medio ambiente, de manera que pueda lograr el mejor estado de salud posible con su energía y facultades.

La medicina física y rehabilitación cuenta con el profesional de enfermería como pionero de la administración del cuidado, y su dedicación las 24 horas del día, lo compromete a conocer, estudiar y aplicar las medidas físicas y terapéuticas que redunden en pro de la mejoría del paciente.

En rehabilitación las acciones de enfermería comienzan desde el momento en que se tiene el primer contacto con la persona y no son diferentes a las que realiza en otras áreas de la especialidad. Ellas están enfocadas a: 1) prevenir las complicaciones, 2) promover y enseñar al paciente y a su familia a adquirir independencia y mantenerla, y 3) facilitar su integración al medio social en el cual se desenvuelve.

Las intervenciones para cuidar a un paciente con limitación discapacitante requiere de juicio crítico, clínico y de conocimientos al controlar la evolución del proceso rehabilitatorio de acuerdo a la preparación teórica y práctica de la enfermera(o), además se incluyen las actividades delegadas por otros profesionales.

Para que los pacientes reciban mayor beneficio de un programa de rehabilitación, es necesario que las enfermeras reciban la capacitación en rehabilitación como un proceso que comienza cuando un paciente sufre una enfermedad aguda o un tratamiento.

Las características que debe reunir el profesional de enfermería son las siguientes:

- ✓ Tener convencimiento de que es un recurso en el proceso de salud.
- ✓ Saber trabajar en equipo en forma real, reconociendo y respetando a cada miembro del equipo.
- ✓ Delegar funciones en una forma responsable, estructurada y controlada, teniendo siempre en cuenta las características de las personas o grupos en quienes delega alguna acción.
- ✓ Mantenerse actualizado en los aspectos que intervienen en el proceso de rehabilitación y preocuparse por conocer las posibilidades reales de cada limitación para así no crear falsas expectativas al discapacitado o a su familia.
- ✓ Desarrollar habilidades para escuchar a la persona y a su familia y brindarles ayuda emocional durante el proceso de rehabilitación.
- ✓ Familiarizarse con los problemas y situaciones de la persona y comunidad con la cual trabaja y establecer nexos reales con ello, con el fin de orientar su acción a la interacción adecuada de ambas.



Quienes trabajan en centros de rehabilitación donde los pacientes están gravemente incapacitados es natural que posean mayores conocimientos en este campo de la enfermería. Para lograr un ajuste mas rápido y menos lesivo de la persona que requiere rehabilitación son esenciales: la asistencia temprana durante la fase aguda de una afección y asistencia continua tras un programa de rehabilitación. Teniendo en cuenta esto, se requiere que todas las enfermeras que se vayan a ocupar del cuidado de pacientes limitados; posean por lo menos, cierto grado de conocimiento de rehabilitación.

La función asistencial se realiza en todas las instituciones de salud a través de las actividades la identificación de problemas y necesidades de las persona.

- ✓ Participa en el equipo interdisciplinario en la valoración integral del paciente hospitalizado.
- ✓ Realiza acciones preventivas y de atención de enfermería en rehabilitación desde etapas tempranas de la enfermedad.
- ✓ Asesora a otros profesionales de enfermería y de salud, en las acciones que debe realizar con el paciente hospitalizado para prevenir la incapacidad o invalidez.
- ✓ Promueve la integración exitosa del paciente a su medio socio-familiar mediante el apoyo emocional que brinda al incapacitado y a su familia.
- ✓ Vincula al grupo familiar al proceso de rehabilitación del paciente.
- ✓ Realiza auditoria de las acciones de enfermería en rehabilitación que se llevan a cabo.
- ✓ Realiza la valoración de enfermería a la persona en forma integral, determinando el grado de limitación y las posibilidades de rehabilitación.
- ✓ Realiza protocolos de atención de enfermería a personas que requieren rehabilitación.
- ✓ Coordinar programas de rehabilitación de enlace .
- ✓ Realizar el seguimiento a los usuarios y sus familias, promoviendo su proceso de integración a la comunidad.
- ✓ Interactuar con la comunidad la consecución y adecuación de los recursos necesarios para los programas de rehabilitación.

- ✓ Incorporar el proceso de enfermería en la prevención de las discapacidades.

Hay un área intermedia entre prevenir mayor incapacidad y mantener la capacidad existente. Mantener las capacidades requiere de prevenir lesiones de partes no afectadas, la enfermera puede valorar si necesita o no tratamiento u hospitalización

Restaurar el mayor grado de función posible.

La enfermera trabaja en equipo para ayudar al paciente a recuperar la fuerza, a restaurar el habla, a caminar, a prender nuevamente las actividades de la vida diaria y a aprender nuevas formas de abordar los problemas intestinales y vesicales.

Capacidades de la Enfermera en Rehabilitación.

Ciertos conocimientos, destrezas y actitudes, aunque pertinentes en muchas áreas de enfermería se requiere en mayor profundidad cuando se trabaja con personas que padecen enfermedad crónica o en rehabilitación.

En primer lugar, necesita *comprensión* de los efectos psicológicos de una enfermedad a largo plazo para responder apropiadamente a las necesidades del paciente durante las distintas etapas de adaptación a una incapacidad. En segundo lugar, hay que *estar conciente* de la relación, entre problemas psicosociales y económicos, los cambios radicales que está experimentando la familia como resultado de la enfermedad, ¿el lesionado; es la persona que mantenía a la familia?, la familia ha sido incapacitada por algún accidente o enfermedad? ¿Que modificaciones del medio ambiente se necesitarán?.

Los problemas de rehabilitación son a largo plazo, se requiere adaptación, y el ritmo es lento, se requiere tener *paciencia y comprensión* para ser sensible y adaptar sus cuidados, *animar a la persona en rehabilitación, elogiar* sus logros y su esfuerzo.

El papel de ayuda de la enfermera en rehabilitación difiere del de la asistencia, no es ayudar al paciente, sino *ayudarle a ayudarse a sí mismo*.

Cuando una enfermera trabaja por primera vez con una persona que tiene una incapacidad o enfermedad crónica, debe *conocer especialmente la meta final*: los pacientes deben hacerse independientes en todos los aspectos que permita su incapacidad.

*La coordinación* es un papel clave de la enfermera en rehabilitación porque forma parte del vínculo con otros profesionales sanitarios. Otro rol es la enseñanza a pacientes y familiares a comprender una nueva vida, ha interpretar las diferencias entre metas a corto y a largo plazo, para lo cual requiere de aptitud en comunicación y escucha. (Striker, 1974)

### **5.3 EL CUIDADO**

Los hombres como todos los seres vivos, han tenido la necesidad de cuidados, porque *cuidar es un acto de vida* que tiene por objetivo, permitir que la vida continúe y se desarrolle. La historia de los cuidados gira alrededor de dos grandes ejes: asegurar la continuidad de la vida y enfrentarse a la muerte.

En los países latinos las enfermeras intentaban reconciliarse con el pasado, buscando a través de la historia su relación con corrientes culturales y sociales que les había precedido en la aplicación de cuidados, lo único que encontraron, como principal fuente de referencia, era una iconografía de mujeres cristianas. En la tradición católica, Fabiola fue la mujer el modelo de las primeras practicas curativas. Las prácticas curativas elaboradas y transmitidas por mujeres a lo largo de los siglos eran obligadas por la iglesia y reducidas progresivamente al silencio, mas tarde, sometidas a las prerrogativas de la medicina de los hombres. Las expresiones “ ocuparse de, cuidar de” muestra un conjunto de actividades que intentan asegurar o compensar las funciones vitales como: comer, beber, vestirse, levantarse, andar y comunicarse.

Las actividades curativas proporcionadas por mujeres se organizaban principalmente en torno a dos polos, desde el nacimiento hasta la muerte.

### **5.3.1 Asegurar la continuidad de la vida.**

Es la que se inscribe en la historia de todos los seres vivos desde el principio de la historia de la humanidad: asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie; teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir las funciones vitales. Las tareas se organizaban alrededor de las necesidades fundamentales, la organización de estas tareas dio origen a la división sexual del trabajo, hecho que marco de forma determinante, las culturas y las épocas, el lugar del hombre y de la mujer en la vida social y económica.

*Asegurar la supervivencia era y sigue siendo un hecho cotidiano, de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo: Cuidar de. Era necesario cuidar de las mujeres de parto, cuidar de los niños, cuidar de los vivos, pero también de los muertos.*

“Cuidar” es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.

### **5.3.2. Enfrentarse a la muerte.**

Las precarias condiciones de vida hacen a la muerte omnipresente y siempre terrible. Nacen entonces los primeros discursos sobre el mal. A partir de esta primera orientación y para encontrar todo lo fundamental para el mantenimiento de la vida, surgen preguntas sobre lo bueno o lo malo, hombres y mujeres han descubierto el universo físico. A medida que los grupos humanos ratificaron sus prácticas de cuidados habituales que consistían en cosas permitidas y prohibidas, las establecieron como ritos y surgió el chaman, luego el sacerdote, como guardián de las tradiciones y de todo lo que contribuye a mantener la vida.

Con el nacimiento de la clínica, el médico, descendiente de sacerdotes y clérigos, aparece como un especialista, mediador de los signos y síntomas indicadores de un mal determinado, del que el enfermo es el portador. Recurrir

a un médico es todavía un hecho aislado y sólo concierne a una clase social privilegiada del medio urbano, mientras en el medio rural sigue siendo excepcional.

El hospital, lugar de reagrupamiento de todos aquellos excluidos del orden público, pobres, vagabundos y marginados, hacen posible el ensayo de nuevos instrumentos para el cuidado y los tratamientos, así se transforma este refugio de personas sin hogar; en un lugar de exploración y de tratamiento de la enfermedad, de ésta manera surgen los *cuidados de curación después de haber desplazado a los cuidados para el mantenimiento de la vida*. Este hecho se consolida; porque en esa época los médicos eran los únicos reconocidos como científicos, los cuidados de curación nacieron como producto de los descubrimientos empíricos.

### **5.3.3. Cuidados Corporales.**

Los cuidados corporales tienen como punto de partida el cuerpo de la mujer, cuerpo marcado por la sangre de las reglas y los alumbramientos. El cuerpo objeto de cuidado es introducido por un ritual de iniciación en otra fase de la vida, para convertirse más tarde en instrumento de los cuidados.

Alrededor del cuerpo se elaboran los cuidados de primera necesidad que se perfilan en torno al aseo como un conjunto de estímulos producidos por el tacto al contacto con el agua, por el uso de plantas sedantes; aceites, ungüentos y odoríferas, participado de una relación de ayuda entre quien presta los cuidados y quien lo recibe.

Los cuidados corporales estimulan y utilizan todas las propiedades sensitivas del cuerpo: el olfato y el tacto en particular. El olor permite detectar signos que anuncian un acontecimiento. El olfato sirve para detectar algunas enfermedades y para identificarlas. El tacto por las manos que movilizan fuerzas de vida y el contacto directo con la piel son fuentes de estímulo y movilización. Los cuidados corporales abarcan todo lo concerniente a proteger y mantener el cuerpo en un entorno sano; de aquí proceden todos los hábitos de lavado.

### **5.3.4 Cuidados en torno a la alimentación.**

La cotidianidad de la vida no podría asegurarse sin todo aquello que contribuye a mantenerla y restaurarla. Lo esencial de los recursos alimentarios gira alrededor de la cosecha que proporcionan las mujeres, de este modo la economía alimentaria depende esencialmente de los vegetales y de la existencia de las mujeres, todas estas practicas se transmiten a través de varias civilizaciones, por tradición oral, hasta la edad media en la sociedad occidental no fueron suplantadas por el saber de los chamanes, sacerdotes y de los médicos.

### **5.3.5 Valoración social y económico de los cuidados.**

Los cuidados se reconocieron como un hecho social, que se atribuía inicialmente a las mujeres en función de la antigua división sexual del trabajo, base de la primera economía mixta. El reconocimiento del valor social de los cuidados proporcionados por mujeres se basa en la fama de su experiencia; interiorizada y vivida en su propio cuerpo, de ahí el nombre de “matrona” la que se ha hecho madre al dar a luz. Alrededor de la practica de los cuidados habituales, se fueron modelando poco a poco los cuidados curativos; que tenían por objeto tranquilizar, aliviar, calmar y así es posible mitigar el mal y hacerlo “desaparecer”.

Al dominar los cuidados corporales relacionados con los dos grandes acontecimientos más importantes de la vida, el nacimiento y la muerte, y al conocer las virtudes profilácticas y curativas de las plantas, las mujeres se convirtieron en “el único medico del pueblo”. Los cuidados se dirigían al cuerpo globalmente, ya que no podría estar separado del espíritu.

El valor de los cuidados esta relacionado con la economía de subsistencia, hasta nuestros días, en la sociedad occidental “la mujer que ayudaba no estaba remunerada con dinero, se le pagaba en especie.

Los cuidados proporcionados por mujeres al permanecer ligados a las actividades de las mujeres como la preparación de la comida, la educación de los niños, las tareas domesticas, mantuvieron hasta nuestros días la connotación de valor de uso, perdiendo su reciprocidad y su inserción en un sistema de cambio.

La carrera de la enfermera ha nacido a partir de los instintos y de las leyes que rigen la condición humana. Frente al hombre herido por esta o aquella batalla de la vida, ella mantiene gestos donde se mezclan y se encuentran el sentido maternal, la caridad y el amor.

Los médicos no pueden prescindir de las enfermeras, los cuidados a los enfermos ha dependido siempre de un auxiliar indispensable para él medico: este auxiliar debe tener un corazón de mujer.

La enfermera se inscribe en el orden social tomando el relevo y continuando lo que las religiosas al servicio de los pobres, de los enfermos y de los desamparados atendían. Basa toda su practica profesional en los valores morales y religiosos de la mujer consagrada. Hasta la llegada de Florence Nightigale no se le reconoce el dominio de conocimiento que le pertenece.

En el campo de las actividades médicas sé amplio y utiliza técnicas cada vez mas elaboradas hasta el punto de que él medico necesita delegar poco a poco las tareas rutinarias. El acto medico exige cada vez mas colaboración la mayor parte de esta función incumbe a la enfermera. Por otro lado, nadie está mejor adaptado que la enfermera para desarrollarlo.

Ser enfermera es ser “ servidora de un ideal “, es pues ante todo servir. Servir es la base de la enfermería. Servir a los enfermos, objeto de la finalidad de los cuidados y por consideración hacia ellos.

Ser enfermera es cuidar, aliviar y no querer mas que servir hasta ser egoísta, no por miedo a la responsabilidad, ya que no hay otra mas grande que la de tener la vida de los demás entre las manos sino el deseo de darse, de vencer el dolor. Todas las misiones a las que todas están basadas en un mismo ideal: aliviar el sufrimiento solicita cuidados. Cuidar no consiste en evitar el sufrimiento, sino en estudiarlo. La enfermera debe tener una alma de jefe y poseer ese don indefinible que es la autoridad, a fin de tener poco a poco influencias sobre los enfermos.

Así parece que una buena enfermera debe tener el sentido de la observación muy desarrollado, agudeza psicológica, tacto, educación, un trato agradable. Es conocido que una buena enfermera debe ser para él medico un agente de información y de ejecución, tanto en el domicilio del paciente como en el hospital. Agente de información, observando lo mejor posible y señalando

al médico los acontecimientos susceptibles de ser comunicados sobre la naturaleza y la evolución terapéuticas sean puntualmente aplicadas.



## 6. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri), durante la Primera Guerra Mundial, despertó su interés por la enfermería, así en 1918 ingreso a la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington. Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente.

En 1955 publico en su libro *The Nature Nursing* por primera vez su definición de enfermería: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que llevaría acabo sin ayuda, si contara con la fuerza, voluntado o conocimiento necesario haciéndolo de tal forma que se le ayude a ser independiente lo antes posible" (Marriner, 1999).

En su inicio Henderson no pretendía elaborar una teoría de enfermería, lo que a ella la motivo para desarrollar su trabajo fue la preocupación que la enfermera no-tenia una función propia ya que desde sus inicios durante sus años de estudio y practica se preguntaba ¿ qué es lo que la enfermera podía hacer que los demás profesionales no pudieran realizar?, tras años de estudio llego a al conclusión de que "La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud, su recuperación o a una muerte serena, actividades que realizaría por si mismo si tuviera las fuerza, conocimiento o la voluntad necesaria.

Todo de manera que le ayude a recobrar su independecia de la forma más rápida posible. (Kozier, 2005)

Esta idea se ve impresa en la publicación de 1956 en el libro "The Nature of Nursing".

De esta definición se extrae una serie de conceptos y subconceptos básicos en el modelo de Virginia Henderson:

### 1. La Persona y sus Necesidades

- Necesidad de Oxigenación

- Necesidad de nutrición e hidratación

- Necesidad de eliminación
- Necesidad de moverse y mantener buena postura
- Necesidad de descanso y sueño
- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de termorregulación
- Necesidad de higiene y protección de la piel
- Necesidad de evitar peligros
- Necesidad de comunicarse
- Necesidad de vivir según sus creencias
- Necesidad de trabajar y realizarse
- Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas
- Necesidad de aprendizaje

## 2. La Salud

- Independencia
- Dependencia
- Causas de la dificultad o problema

## 3. Rol profesional

- Cuidados básicos de enfermería
- Relación con el equipo de salud

## 4. Entorno

- Factores ambientales
- Factores socioculturales

# **1. La persona y las 14 Necesidades Básicas**

Estas necesidades son comunes para todos los individuos, así como cada uno tiene la habilidad y la capacidad para satisfacerlas de modo diferente. Cada individuo se configura como ser humano único y complejo, por lo que la satisfacción de las 14 Necesidades están determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de cada uno.

El estudio por separado de cada una de las necesidades no nos permite tener una visión total del ser humano que estamos evaluando y por tanto no

podemos determinar el grado de satisfacción de dependencia o independencia.

## **2. La salud.**

Henderson considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. De forma que buscan y tratan de lograr la independencia con el fin de mantener el estado más óptimo de salud. El concepto de independencia nos dice que es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas.

El modelo satisfacer las propias necesidades así como la forma en que cada uno manifiesta que esta necesidad está satisfecha es totalmente individual.

*Los niveles de independencia* en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo.

*Los criterios de independencia* deben ser considerados de acuerdo a las características específicas de cada persona, las cuales varían según sus aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Todo a su vez modifica sensiblemente los criterios de independencia considerados como parámetros de normalidad en cada caso concreto.

*La dependencia*, puede considerarse como una doble vertiente, ya que se define como la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades, también puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

*Los criterios de dependencia* deben considerarse de acuerdo con los componentes específicos de la persona. Cuando esto no es posible se presenta una dependencia para la cual Henderson las identifica como: las causas de la dificultad, que son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades y las agrupa en 3 grupos.

**Falta de fuerza.** No solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación lo cual está determinado por el estado emocional, de las funciones psíquicas y a la capacidad intelectual.

**Falta de conocimientos.** Sobre las cuestiones esenciales del autocuidado y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

**Falta de voluntad.** Que se entiende como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación, la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas.

La presencia de las tres o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, estos aspectos deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes.

### **3. El Rol profesional.**

Los cuidados básicos son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según sus criterios de suplencia o de ayuda, según el nivel de independencia identificado en la persona.

Los cuidados de enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de necesidades básicas en el sentido de que, “ los cuidados básicos de enfermería, son un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo varían constantemente porque cada persona interpreta de manera distinta sus necesidades, la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, por esto se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona.

Henderson afirma que todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que su misión consiste en “asistir” a esta persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera en el desarrollo, se perderá gran parte de los esfuerzos del equipo.

### **4. Entorno**

Se analiza el contenido del modelo de Virginia Henderson y vemos que menciona la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico, para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados: familia, grupo, aprendizajes, factores ambientales.

## 7. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El Proceso de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución ) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación ); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

El término adquirió más legitimidad en 1973, cuando la American Nurses Association (ANA) publico la *Standards Nursing Practice*, que describe las cinco fases del proceso de enfermería. El cual es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona, es un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona necesitada de cuidados reciba el mejor cuidado de enfermería posible. Los pasos para realizar el proceso de atención de enfermería son cinco que a continuación se enuncian. (Brunner, 2002)

La **VALORACIÓN**. Durante esta fase se encuentra ante un problema de cualquier tipo y es necesario reunir información con el fin de identificar los problemas de salud y comprenderlos con mayor claridad ya sean problemas reales o potenciales..

El **DIAGNOSTICO**. En cuanto la información que se ha recopilado es correcta, se procede a analizarla en relación con los siguientes objetivos: identificar problemas, diagnósticos de enfermería reales o potenciales, identificar la causa o etiología de los problemas, identificar el estilo de vida habitual del paciente y su forma de afrontar los problema, determinar que problemas pueden ser tratados de forma independiente por la enfermera y cuales requieren que esta busque asesoramiento o dirección por parte de otros profesionales del cuidado de la salud.

La **PLANEACIÓN**. Una vez que ya se han identificado los problemas, se elaborara un plan de acción tendiente a reducir o eliminar los problemas y promover la salud, el plan de acción debe incluir: establecimiento de prioridades, es decir, los de mayor importancia, fijación de objetivos, que es lo que se pretende conseguir, descripción de actividades de enfermería. Las acciones tanto de enfermería como del paciente que facilitaran el logro de los objetivos establecidos.

La **EJECUCIÓN**. Es el momento de llevar a la practica el plan establecido. En el que se realizarán las siguientes actividades y acciones de enfermería fijadas en la fase anterior. Y se deberá registrar y comunicar el estado de salud y la respuesta del paciente a las actividades de enfermería.

La **EVALUACIÓN**. Se debe determinar como ha funcionado el plan de cuidados y si es necesario introducir alguna modificación.

Es conveniente utilizar el proceso atención de enfermería ya que contribuye un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería, además de que aumenta la calidad de los cuidados y fomenta el establecimiento y planificación de objetivos mutuos (enfermera-paciente) ya que esto es parte importante para el paciente ya que lo estimula a participar en las decisiones relativas al cuidado de su propia salud, además de que nos permite crear un plan de cuidados centrado en respuestas humanas, para tratar a la persona como un todo.

Beneficios de la aplicación del proceso atención de enfermería

- Constituye un método organizado para proporcionar cuidados de enfermería
- Impide omisiones y repeticiones innecesarias
- Permite una mejor comunicación
- Se centra en la respuesta humana única del individuo
- Favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados.
- Estimula la participación del paciente

- Aumenta la satisfacción de las y los enfermeros ante la consecución de resultados



## **8. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA A UN CASO CLÍNICO**

### **8.1 Valoración de enfermería**

Ficha de identificación.

Se trata de Ignacio de 15 años de edad, estudiante de 3° de secundaria, soltero, originario y residente del Estado de Guerrero. Hospitalizado desde el día 26/05/06 en el 4° piso del Instituto Nacional de Rehabilitación..

Con diagnóstico de Lesión medular incompleta en escala B de ASIA a nivel de C4.

Ignacio inicio su padecimiento el día 25/05/06 al salir proyectado de vehículo en movimiento abriéndose accidentalmente la puerta del copiloto cayendo al pavimento golpeándose la cabeza y el cuello, su padre indica que Ignacio no perdió el conocimiento e identifico sangrado en la cabeza, fue levantado y llevado a clínica particular donde fue suturada su herida, es donde se percatan de que no puede movilizar las 4 extremidades motivo por el cual lo trasladan al hospital General de Ometepec, donde no pudo ser intervenido por falta de instrumental, posteriormente fue trasladado al Instituto Nacional de Rehabilitación para su tratamiento con un tiempo de 18 hrs.

A su ingreso inicio tratamiento para la lesión medular incompleta en ASIA nivel B a nivel neurológico de C4. siguiendo el siguiente plan:

1er. Tiempo colocación de halo cefálico y tracción esquelética hasta lograr reducción.

2do. Tiempo fijación posterior con sistema INO y tornillos

3er. Tiempo Reducción abierta con fijación interna, con abordaje anterior y colocación de placa cervical.

Ignacio es elegido el día 15 de junio de 2006 con diagnóstico de lesión medular incompleta de C4, PO de Fijación anterior y posterior de fractura luxación de C4-C5, es decir en su 3er tiempo quirúrgico.

### **8.2 VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE ACUERDO CON VIRGINIA HENDERSON.**

## **NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.**

Durante la primera semana de postoperatorio, cuenta con apoyo respiratorio, refiere molestias para la respiración relacionados con la intervención quirúrgica, también tiene dificultad para expectorar secreciones, niega tabaquismo.

A la exploración física se observan movimientos torácicos simétricos, campos pulmonares bien ventilados, ligera palidez de tegumentos, presenta secreciones hialinas en abundancia, tiene mascarilla con oxígeno a 3 litros por minuto, con signos vitales dentro de límites normales: FR 18x' TA 120/80 FC 84x'.

## **NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN**

Tiene indicada dieta blanda alta en fibra, líquidos a libre demanda, Ensure una lata de 250 ml en el desayuno y la comida para asegurar el aporte proteico y contrarrestar el riesgo de desnutrición secundario a su estado depresivo por los daños y pérdidas que ha experimentado en su cuerpo. Se le enfatiza a su mamá y a su papá que le insistan a Ignacio para que consuma sus alimentos, debido a que él ésta renuente.

Ignacio consume la dieta que le dan en el instituto, niega alergias, refiere dificultad para tragar los alimentos ya que tenía dolor y miedo a que se le abriera la herida de la región anterior del cuello.

Ignacio verbaliza la dificultad que tiene para comer, por no tener fuerza para tomar los utensilios por sí mismo y comer; si no que le tienen que dar de comer en la boca, refiere no poder masticar, aunque en su condición fisiológica sí debería masticar y deglutir.

### **Laboratorios**

Química sanguínea: Glucosa en sangre 81.9 Mg / dl, urea 24 Mg / dl, creatinina serica .5 Mg / dl, cloro 108.9 meq / l, sodio en suero 141.2 meq / l

Biometría Hemática, Leucocitos 8.0 miles / nl, Eritrocitos 4.04million /nl, Hemoglobina 11.7 g / dl y Hematocrito 34.3%

## **NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

Sus papás informan que Ignacio evacua 1 vez a día de características: blanda y abundantes en el pañal, tiene sonda transuretral de silastic a derivación con flujos urinarios entre 1000 a 1200 ml por turno. A la exploración física se identifica sensibilidad y falta de control de esfínteres.

A la auscultación se observa abdomen blando depresible, sin dolor a la palpación, con peristalsis disminuida.

## **NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN**

Ignacio se adapta con facilidad a los cambios de temperatura, aunque prefiere lo fresco, su piel se observa hidratada, se percibe transpiración moderada, ha presentado picos febriles de 37.7 a 38.9° C, durante éstos días la transpiración fue abundante al grado de mojarse la bata y la sabana de base. El ambiente físico es fresco, limpio y con adecuada ventilación. Se toma muestra para hemocultivo el cual resulta negativo. Se maneja con antibióticos: amikacina, cefalotina, y meropenem.

## **NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.**

En este rubro Ignacio resulto seriamente afectado por el accidente automovilístico, presento lesión medular incompleta.

A la exploración física se encuentra consciente, postrado en cama con movilización en bloque y uso de collarín rígido a permanencia para asegurar la inmovilidad del cuello como parte de los cuidados postoperatorios, con disminución de fuerza muscular y falta de coordinación. Tórax sin compromiso, extremidades superiores sin fuerza y sin tono muscular con movimiento mínimo, sensibilidad presente ante estímulos dolorosos y táctiles. En tronco dificultad para el movimiento, ya que las extremidades inferiores se encuentran con ausencia de movilidad, fuerza y disminución del tono, sensibilidad presente al tacto ligero, se observa dificultad para identificar toque-piquete, con fuerza muscular ausente

Con Diagnostico neurológico de: Síndrome de Neurona motora inferior de etiología traumática con cuadriparesia flácida.

Diagnostico Rehabilitatorio. Deficiencia sensitiva y motora de las 4 extremidades que condiciona a una discapacidad severa para la marcha y sus AVDH relacionadas con su rol social, familiar y laboral lo cual lo pone en desventaja con sus congeneres de la misma edad y sexo.

### **NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**

Ignacio menciona que después de su cirugía, la mayor parte del tiempo se la pasa dormido y descansa un poco ya que le es incomodo el uso del collarín y lo tienen que mover cada dos horas. Dos semanas después de la cirugía ya se muestra atento y tranquilo con respuesta a estímulos verbales y táctiles.

### **NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.**

Desde se ingreso al Instituto usa bata hospitalaria, requiere ayuda para vestirse y desvestirse, las personas que más frecuentemente lo ayudan son; su papá, su mamá, las enfermeras, los camilleros y a veces los mensajeros. De recién ingresado al hospital se mostraba penoso durante su cambio de ropa, esto ocurría más cuando sus papás lo cambiaban y por no saber como hacerlo en ocasiones lo exponían desnudo ante los demás. Posteriormente ya no ocurrió porque los papás ya aprendieron a cambiarlo sin exponerlo. Otro hecho ocurrido es que Ignacio ya lleva internado 25 días; lo que ha permitido, que el personal de la institución lo conozca bien, por otra parte Ignacio ha tratado muy de cerca a todo el personal que comúnmente lo ayuda.

### **NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.**

Se le realiza baño en camilla con cambio de bata diario, aseo bucal después de cada alimento.

Ignacio se encuentra limpio, con uñas de manos y pies cortas, su cabello es negro y sedoso, se observan puntos de presión en tobillos por el uso de aparatos de ortesis, se protegen las salientes óseas y se moviliza en cama

cada dos horas para evitar zonas de presión con el apoyo de niños, almohadas.

Se utiliza crema corporal para lubricar la piel después del baño y después de cada cambio de pañal.

## **NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

Vive con su familia: Padre, Madre y dos Hermanas menores que él, conoce las medidas de seguridad en casa, en el trabajo, la escuela, y la vía pública y el hospital.

Tiene riesgo de infección por heridas quirúrgicas de región anterior y posterior a la columna cervical, riesgo de infección de vías urinarias secundario a la inmovilidad, de presentar puntos de presión y que estos evolucionen a úlceras por presión y riesgo de desnutrición, a la segunda semana de postoperatorio y superada la depresión, este riesgo desapareció.

## **NECESIDAD DE COMUNICARSE**

Vive con su familia: Padre, Madre y dos Hermanas menores que él, Por el momento esta bloqueada la comunicación con su familia, se observa en Ignacio un fuerte shock emocional manifestado por la negación, y la ira secundaria al darse cuenta que su movilidad y sensibilidad estaba muy deteriorada. Se le observa apático, inapetente, y se la pasa dormido la mayor parte del día, dio la indicación a sus papás de no permitir la visita a nadie, con frecuencia pregunta a sus papás acerca de la opinión de los médicos tratantes sobre su tratamiento, su evolución y su egreso. Situación que está limitada a esperar y así transcurren dos semanas, cabe mencionar que el tratamiento de Ignacio es multidisciplinario, participan; enfermeras, médicos especialistas en columna, trabajadora social, nutricionista, psicóloga, médicos de rehabilitación, licenciados en rehabilitación física y ocupacional.

Todos los profesionales lo visitan, lo tratan, le proporcionan cuidados, lo apoyan y lo ayudan en lo que considera pertinente cada uno de ellos potenciando al máximo su avance para superar las alteraciones en su estado físico, psicológico, familiar, social y espiritual; todos los días y en cada turno. El

esfuerzo se ha hecho evidente en su mejoría puesto que a partir de la tercera semana su estado de ánimo mejora, se mantuvo alerta, mostró una actitud de aceptación del problema y de valentía para superar la adversidad, acepto su alimentación, se le continuo en ensure. Su comunicación mejoró al interesarse por sus hermanas y su familia. Su familia siempre lo ha apoyado, no iban a la visita porque él se negaba a recibirlos, sin embargo a partir de la tercera semana sus tíos y primos lo visitan diario se van turnando.

### **NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.**

Es de religión católica y sus principales valores; son la familia, la responsabilidad, la honestidad. Refiere haber hecho una manda que consiste en representar a Jesús en un aniversario de su muerte en semana santa, para que dios le ayude a recuperar su salud lo mas pronto posible.

Ignacio es muy dispuesto en la realización de procedimientos, ejercicios y para acatar las prescripciones que le indican en el afán de mejorar su tratamiento y rehabilitación.

### **NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.**

No trabaja a raíz de su accidente y depende completamente de sus padres, lo cual le causa gran preocupación ya que él, es el mayor de dos hermanas. Cuando estaba sano trabajaba como mandadero en una carnicería y en una tienda; su sueldo era para ayudar a su familia con los gastos del hogar ya que su papá tiene un sueldo de 90.00 al día. El está empeñado en recuperarse para volver a trabajar y regresar a la escuela para cursar tercero de secundaria.

### **NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.**

A su ingreso al Instituto se mostraba con apatía para hacer las cosas ya que no se podía mover por el halo cefálico que tenía, a partir de la segunda semana de internamiento se intereso en ver televisión ya que coincidió con los

partidos de football durante el mundial. También le gusta platicar con su familia, toma siestas después de la comida.

Tiene limitaciones de movimiento motivo por el cual no puede realizar actividades por si solo, se le da terapia física aceptándola adecuadamente, realizándola a sus posibilidades con apoyo del terapeuta, la enfermera y su familiar

## **NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

Cursaba el 3er año de secundaria cuando tuvo el accidente, no presenta limitación cognitiva, sabe leer y escribir.

Durante la terapia física se muestra muy atento para hacer los ejercicios de rehabilitación y pide que se le realicen como deben ser, se identifica un gran interés por aprender para la rehabilitación y el cuidado de sí mismo.

### 8.3 IDENTIFICACIÓN DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS.

NECESIDADES	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
1. Oxigenación	Dificultad para expectorar, secreciones hialinas abundantes.	Apoyo ventilatorio durante el postoperatorio mediato con mascarilla de oxígeno a 3 Lx', T/A 120/80 mm Hg F C 84x' F R 18 x'
2. Nutrición e Hidratación	Dificultad para tomar sus alimentos solo	Tiene dieta blanda alta en fibra mas complemento alimenticio una lata de 250 ml de Ensure en el desayuno y la comida, presenta problemas para la masticación y la deglución.
3. Eliminación		Presenta 1 evacuación al día de características blandas abundantes, usa pañal desechable, tiene instalada sonda transuretral de silastic a derivación con flujos urinarios entre los 1000-1200ml por turno. Hay presencia de sensibilidad pero no controla esfínteres
4. Termorregulación		Presenta picos febriles por la tarde de 37.7-38.9° C, se toma muestra para hemocultivo con resultado negativo, se ministra tratamiento con antibiótico terapia (amikacina, cefalotina, meropenem)
5. Moverse y mantener buena postura	No mueve las piernas pero si tiene sensibilidad, en los brazos le cuesta trabajo movilizarlos pero si hay	El se mantiene con collarín rígido a permanencia, con movilización en bloque en cama. A la exploración física se observan extremidades superiores sin fuerza y sin tono muscular con movimiento mínimo, sensibilidad



	sensibilidad	presente ante estímulos dolorosos y táctiles. Extremidades inferiores se encuentran con ausencia de movilidad, fuerza y disminución del tono, sensibilidad presente al tacto ligero, se observa dificultad para identificar toque-piquete, con fuerza muscular ausente.
6. Higiene y protección de la piel	Las extremidades superiores las siente cansadas y siente que esta muy mojado ya que suda mucho.	Se realiza baño en camilla, con cambio de bata diario, se observan zonas de presión en tobillos, se lubrica la piel con crema corporal, se colocan ortesis y se protegen salientes óseas con la ayuda de niños, se lubrica la piel en cada cambio de pañal, se mantiene la piel seca ya que se observa sudoración excesiva
7. Descanso y sueño	Duerme la mayor parte del tiempo posterior a su cirugía, ya que le es difícil descansar por completo ya que le molesta el collarín y se le tiene que realizar movilización cada dos horas	Al inicio se mantenía en decúbito dorsal por la tracción cefálica que tenía y no se podía movilizar lo cual le dificultaba mas el poder descansar, después de su tercer tiempo quirúrgico se observa tranquilo, aunque refiere molestias en la región cervical y reacciona a los estímulos verbales y táctiles, ahora le es más cómodo el descanso.
8. Uso de prendas de vestir	Al inicio refería sentir pena ya que no le gustaba que lo desvistieran sus papas, ya que lo dejaban expuesto, ahora ya le es	Requiere que le ayuden a vestirse y desvestirse esto lo realiza la enfermera y sus papás, una vez que se les enseñó como cambiarle la ropa para no exponerlo ante los demás pacientes.

	normal ya que sus papas ya saben como cambiarlo y se siente en confianza	
9. Evitar peligros		Presenta riesgo de infección por las heridas quirúrgicas en región cervical anterior y posterior ya que presenta sudoración excesiva lo cual se mantiene bajo control por la limpieza de las mismas, y el cabello lo mantiene largo, se observan puntos de presión en talones los cuales pueden evolucionar a úlceras, riesgo de infección de vías urinarias, desnutrición la cual es superada a la tercer semana.
10. Comunicarse	Refiere sentir preocupación por su estado de salud	Durante las dos primeras semanas se observa con apatía, inapetente, renuente a la visita de sus familiares, a la tercer semana se muestra muy sociable y cooperador ya permite las visitas de sus familiares y muestra interés por recuperarse
11. Creencias y Valores	A raíz de su accidente hizo la promesa de salir en la representación del aniversario de la muerte de Jesús en semana santa en su pueblo	Se muestra tranquilo y pone mucho de su parte para recuperarse. Y poder cumplir con su promesa.
12. Trabajo y Realización	Su preocupación es la situación económica de su	

	familia ya que él trabajaba para ayudarlo a su familia con los gastos de su casa	
13. Jugar y Participar en actividades recreativas	Actualmente su pasa tiempo en el hospital es ver la televisión; los partidos de mundial y que cuando llegan los de rehabilitación realiza sus ejercicios	Es cooperador en sus terapias de rehabilitación.
14. Aprendizaje		No presenta alteraciones para aprender los ejercicios que se le enseñan, pone demasiada atención a ellos.

#### 8.4 JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

NECESIDADES	JERARQUIZACIÓN
1. Oxigenación	Necesidad de Moverse y mantener buena postura
2. Nutrición e Hidratación	Necesidad de Higiene y protección de la piel
3. Eliminación	Necesidad de Eliminación
4. Termorregulación	Necesidad de Evitar peligros
5. Moverse y mantener buena postura	Necesidad de Nutrición e Hidratación
6. Higiene y protección de la piel	Necesidad de Aprendizaje
7. Descanso y sueño	Necesidad de Termorregulación
8. Uso de prendas de vestir	Necesidad de Oxigenación
9. Evitar peligros	Necesidad de Comunicarse
10. Comunicarse	Necesidad de Descanso y sueño
11. Creencias y Valores	Necesidad de Jugar y Participar en

	actividades recreativas
12. Trabajo y Realización	Necesidad de Uso de prendas de vestir
13. Jugar y Participar en actividades recreativas	Necesidad de Creencias y Valores
14. Aprendizaje	Necesidad de Trabajo y Realización

## 8.5 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Necesidad	Diagnósticos de enfermería
Moverse y mantener buena postura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro de la movilidad física, relacionada con la disminución de la fuerza y tono muscular manifestado por limitación de movimiento de las 4 extremidades</li> <li>• Riesgo de síndrome de desuso relacionado con inmovilidad.</li> </ul>
Higiene y protección de la piel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con inmovilización y alteración en la sensibilidad.</li> <li>• Déficit de autocuidado para su higiene, relacionado con deterioro músculo-esquelético, manifestado por la incapacidad para realizar las actividades de baño e higiene personal.</li> </ul>
Necesidad de Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incontinencia fecal relacionado con pérdida de control del esfínter rectal, manifestado por incapacidad para reconocer la sensación de defecar.</li> <li>• Deterioro de la eliminación urinaria relacionada con deterioro sensitivo y motor, manifestado por retención urinaria.</li> <li>• Riesgo de estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal y reposo prolongado.</li> </ul>
Necesidad de Evitar peligros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de disreflexia autónoma relacionada con factores gastrointestinales, neurológicos, urológicos, estímulos cutáneos, músculo-esqueléticas y estímulos situacionales.</li> <li>• Riesgo de infección relacionada con procedimientos invasivos como: heridas quirúrgicas y sonda transuretral.</li> </ul>
Necesidad de Nutrición e Hidratación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de autocuidado para su alimentación relacionado con deterioro músculo esquelético, manifestado ansiedad, falta de motivación e incapacidad para manejar los utensilios y llevarse la comida a la boca.</li> </ul>

Necesidad de Aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de conocimientos relacionados con falta de información, manifestada por solicitud de información constante.</li> <li>• Disposición para mejorar los conocimientos sobre su tratamiento y rehabilitación, manifestado por mostrar interés sobre el aprendizaje.</li> </ul>
Necesidad de Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Termorregulación ineficaz relacionada con alteración del centro termorregulador del cerebro, manifestado por fluctuaciones de la temperatura por encima y por abajo de límites normales, piel caliente al tacto, taquicardia</li> </ul>
Necesidad de Oxigenación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con manipulación de estructuras a nivel cervical por vía anterior manifestado por agitación, palidez, alteraciones en el ritmo y profundidad de los movimientos respiratorios</li> </ul>
Necesidad de Uso de prendas de vestir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de autocuidado para su vestido, relacionado con deterioro músculo-esquelético, manifestado por la incapacidad para vestirse y desvestirse.</li> </ul>
Necesidad de Descanso y sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro del patrón del sueño relacionado con la posición, manifestado por verbalización de no sentirse bien descansado.</li> </ul>
Necesidad de Jugar y Participar en actividades recreativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de actividades recreativas relacionadas con hospitalización prolongada e inmovilidad, manifestado por aburrimiento y sueño fisiológico.</li> <li>• Riesgo de intolerancia a la actividad, relacionada con inexperiencia en las actividades o terapias de rehabilitación.</li> </ul>
Necesidad de Creencias y Valores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja autoestima situacional relacionada con el deterioro músculo-esquelético, manifestado por expresiones de inutilidad.</li> <li>• Disposición para mejorar el bienestar espiritual, manifestado por deseos de participar en actividades religiosas</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad relacionado con la lesión y futuro incierto, manifestado por preguntas constantes sobre su evolución</li> </ul>
Necesidad de Comunicarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro de la comunicación verbal, relacionada con condiciones emocionales, falta de información, manifestado por no querer hablar y dificultad para expresar lo que piensa.</li> <li>• Disposición para mejorar la comunicación manifestada por la expresión de sus pensamientos, sentimientos y por compartir información e ideas sobre su mejoramiento.</li> </ul>
Necesidad de Trabajo y Realización	Disposición para mejorar el afrontamiento familiar relacionado con el uso de amplia gamma de estrategias orientadas a resolver los problemas económicos.

## 8.6 PLAN DE CUIDADOS.

**El plan de cuidados del 15 de junio al 25 de Julio de 2006.**

Necesidad afectada: Necesidad de moverse y mantener buena postura.

- Diagnóstico de riesgo: Deterioro de la movilidad física, relacionada con la disminución de la fuerza y tono muscular manifestado por limitación de movimiento de las 4 extremidades

Objetivos	Planeación y ejecución	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar la aparición de complicaciones de la inmovilidad.</li> <li>• Mantener la fuerza y la movilidad de las articulaciones.</li> <li>• Ignacio será</li> </ul>	<p>a) Se mantendrá la alineación anatómica del cuerpo en cama, de acuerdo a la posición en la que encuentre, con el apoyo de almohadas, rollos, niños y aparatos de ortesis, siendo revalorado en cada contacto con él.</p> <p>b) Se colocaran aparatos de ortesis para prevenir la deformación de pie prono, también con el apoyo de almohadas, férulas o botas protectoras, para mantener un ángulo de 90 ° con respecto a las piernas. Se realiza la colocación de un rollo trocantereo desde la</p>	<p>a) Con frecuencia las deformidades y contracturas se evitan mediante la alineación anatómica.</p> <p>b) Los factores que contribuyen en la aparición del pie péndulo son el reposo prolongado en cama, la inactividad una posición incorrecta en el lecho, el peso de la ropa de cama. El pie péndulo se caracteriza por la aparición de la flexión plantar de toda la zona, el tobillo forma un ángulo en la dirección de la planta del pie y se cuelga en posición de extensión.</p>	<p>Los objetivos fueron alcanzados gracias a la oportuna y adecuada realización de los cuidados proporcionados por el personal durante las 24 hrs. del día que se deben manejar los cuidados.</p>



<p>capaz de moverse dentro de su entorno</p>	<p>cresta iliaca hasta la región media del muslo de ambos lados. Para prevenir la rotación externa de la cadera.</p> <p>c) Se recordara a los padres, realicen los ejercicios de amplitud de movimiento de acuerdo con lo aprendido en las sesiones de rehabilitación consideradas en el plan de ejercicios específicos para su hijo. Considerando que su hijo ha tolerado de dos a tres sesiones en la tarde.</p>	<p>c) Las personas que se mantienen largos periodos de tiempo e cama puede presentar una deformación por rotación de la cadera. La articulación coxofemoral es una hidartrosis y tiende a girar hacia fuera cuando la persona esta en decúbito dorsal, si el rollo es colocado correctamente hace la función de una cuña mecánica.</p> <p>d) En cuanto más pronto se inicie la rehabilitación del refuerzo de los músculos menores serán las oportunidades de que se presenten cambios osteoporoticos de los huesos largos. Los ejercicios involucran la actividad de los músculos, nervios y articulaciones, así como la intervención de los aparatos cardiovascular y respiratorio</p>	<p>En lo que se refiere a la movilidad dentro de su entorno se comienzan a ver resultados ya que la rehabilitación es demasiado larga.</p>
--	--	--	--

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Necesidad afectada: Necesidad de Higiene y protección de la piel.

Dx. Riesgo. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con la inmovilización, la alteración en la sensibilidad y las prominencias óseas

Objetivos	Planeación y ejecución	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aliviar las zonas de presión</li> <li>• Mejorar la movilidad</li> <li>• Aumentar la percepción sensorial</li> <li>• Mejorar la perfusión histica</li> <li>• Mejorar el estado nutricional</li> <li>• Minimizar la fricción y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cambio de posición cada dos horas, esto con ayuda del camillero y del familiar a quien al mismo tiempo se le enseña como hacerlo, ya que posteriormente el lo realizara en casa</li> <li>• Las posiciones que se le dieron dependieron de su tolerancia y estas fueron: decúbito lateral izquierdo y derecho y semifowler.</li> <li>• Durante los cambios de posición se evaluaron las condiciones de la piel tales como la coloración, la humedad, y la temperatura.</li> <li>• Se verifico la ausencia de arrugas en las sabanas y signos de humedad</li> <li>• Se eliminaron los puntos de presión con el</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los cambios de posición alivian y redistribuyen la presión sobre la piel, evitando que se prolongue la reducción del flujo sanguíneo en la piel y tejidos subcutáneos lo cual permite que la sangre fluya de nuevo a las áreas isquemicas y ayude a los tejidos a recuperarse de la presión.</li> <li>• Las arrugas de las sabanas incrementan la presión sobre la piel y hacen que disminuya la circulación.</li> <li>• Las estrategias para mejoramiento cognitivo</li> </ul>	<p>Ignacio no presento mas que una zona de presión debido a los aparatos de ortesis.</p> <p>Se mantuvo la movilidad.</p> <p>Desarrollo hipersensibilidad desde el muslo hasta el pie y le ayudo para la recuperación de movilidad</p> <p>La perfusión</p>

<p>fuerzas de cizallamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener superficies secas en contacto con la piel.</li> <li>• Sanar la ulcera por presión si se presenta</li> </ul>	<p>apoyo del colchón de presiones alternas el cual lo tiene a permanencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La enfermera ayudó a la persona a visualizar, reconocer y compensar las alteraciones en la percepción sensorial inspeccionando las áreas de presión potenciales y con ayuda de un espejo descubrir la aparición de zonas de presión. Este cuidado tuvo doble finalidad: mantenerlo libre de lesiones y capacitarlo para su autovaloración.</li> <li>• Se anima a Ignacio para que consumiera los alimentos prescritos por el servicio de nutrición.</li> <li>• Se dio posición de Williams modificado para reducir la fricción y las fuerzas de deslizamiento</li> </ul>	<p>sensorial incluye aumentar sus propios conocimientos en el ambiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La nutrición e hidratación adecuado a las necesidades de la persona, mantiene un estado saludable y repara los tejidos dañados.</li> <li>• Las fuerzas de deslizamiento se presenta cuando el paciente se levanta o se mueve apoyando sus talones o codos en el colchón, elevar la cabeza del colchón, incluso por algunos centímetros aumenta la fuerza de deslizamiento sobre el área sacra.</li> </ul>	<p>hística se mantuvo.</p> <p>No hubo úlceras La piel se mantuvo en condiciones saludables.</p>
---	--	--	---

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Necesidad afectada: Necesidad de Eliminación.

Diagnostico real: Incontinencia fecal relacionado con la perdida del control del esfínter rectal, manifestado por la incapacidad para reconocer la sensación de defecar.

Objetivos	Planeación y ejecución	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover hábitos regulares para la defecación.</li> <li>• Prevenir complicaciones intestinales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establece un programa de entrenamiento para los hábitos de defecación.</li> <li>• Se realiza el registro de los horarios de defecación, las características de las heces y la ingesta nutricional.</li> <li>• Se harán intentos para realizar evacuaciones por si mismo en un periodo de 15 min. A la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa de entrenamiento tiene que aprovechar los reflejos naturales del paciente, la regularidad, el horario, la nutrición, la ingesta de líquidos, el ejercicio y una correcta posición, promueven la defecación en forma previsible.</li> <li>• El análisis de estos registros ayudan a diseñar un programa de defecación en casos de incontinencia fecal.</li> <li>• La dieta para personas con poca movilidad incluye la ingesta de alimentos altos en fibra lo que estimula la peristalsis.</li> <li>• Los reflejos gastrocólicos naturales se presentan aproximadamente 30 minutos después de cada comida.</li> <li>• El masaje abdominal facilita el movimiento de las heces por el intestino delgado.</li> </ul>	<p>Aun no presenta control de esfínteres, pero comienza a detectar con horario.</p> <p>No se presento impactación fecal.</p> <p>La enseñanza a los padres fue buena ya que ellos ya realizan estas actividades.</p>

misma hora todos los días.

- Se enseña a sus papás la manera de realizar el masaje a marco cólico.

## DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Necesidad afectada: Necesidad de Eliminación

Diagnostico real: Deterioro de la eliminación urinaria relacionada con deterioro sensitivo y motor, manifestado por retención urinaria

Objetivos	Planeación y ejecución	Fundamentación científica	evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar la aparición de infección de vías urinarias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mantuvo la sonda foley a permanencia.</li> <li>• Se mantuvo el circuito cerrado de la sonda foley una vez instalada.</li> <li>• Se verificó la posición de la bolsa recolectora, no estuvo en contacto con el piso, se evitaron las acodaduras, se verifico la ausencia de sedimentos</li> <li>• Se verificó, el flujo urinario libre y se mantuvo libre la extensión de la bolsa colector.</li> <li>• Se mantuvo en condiciones higiénicas la regios genital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La retención urinaria es una fase que aparece después de la lesión medular, en esta fase la vejiga es contráctil y arreflexica.</li> <li>• La sonda debe ser colocada cuidadosamente para evitar desencadenar una contracción refleja del esfínter estriado o realizar una vía falsa.</li> <li>• Se requiere de un sistema de drenaje urinario cerrado y estéril para evitar la contaminación.</li> <li>• La elevación de la bolsa recolectora, provoca retorno urinario ya que la orina fluye por acción de la gravedad.</li> <li>• El acodamiento favorece la acumulación de orina en el trayecto del tubo colector y en la</li> </ul>	<p>Se mantuvo la eliminación urinaria por sonda.</p> <p>No hubo datos de infección</p>

	<p>después de cada deposición</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mantuvo libre de secreciones el meato urinario.</li> <li>• Se movilizó gentilmente la sonda con movimientos circulares.</li> <li>• Se vació cada 8 horas la bolsa colectora y antes cuando fue necesario su movilización o desplazamiento</li> <li>• Se realizaron las anotaciones sobre las características de la orina.</li> <li>• Se estimuló la una ingesta de líquidos abundantes.</li> </ul>	<p>vejiga, situación que puede favorecer el desarrollo de microorganismos por éstasis.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La movilización de la sonda, ayuda a prevenir que se adhiera a las paredes del trayecto uretral.</li> <li>• El vaciamiento de la bolsa disminuye el riesgo de proliferación de microorganismos.</li> <li>• Llevar un registro proporciona información adicional de la función renal y el drenaje urinario.</li> <li>• La ingesta de líquidos de 2000 a 3000 ml, en 24 horas, para favorecerla limpieza natural.</li> </ul>	
--	--	--	--

## DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Necesidad afectada: Necesidad de Eliminación

Diagnostico riesgo: Riesgo de estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal y reposo prolongado

Objetivos	Planeación y ejecución	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"><li>• Prevenir la aparición de estreñimiento</li><li>• Mantener las defecaciones</li><li>• Prevenir la impactación fecal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verificar la ingesta de su dieta alta en fibra.</li><li>• Verificar la ingesta de 2-3 litros de agua en 24 horas.</li><li>• Valorar todos los días las características de las evacuaciones</li><li>• Ante la presencia de estreñimiento se proporcionó Lactulax (senósidos A-B) en una ocasión</li><li>• Se enseñó a sus papás a realizar el masaje a marco cólico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La fibra ayuda a prevenir el endurecimiento de las heces y estimula la peristalsis.</li><li>• Los líquidos ayudan a mantener hidratadas las heces fecales.</li><li>• El uso de laxantes ayuda al ablandamiento y favorece la defecación.</li><li>• El masaje abdominal facilita el movimiento de las heces a través del trayecto intestinal.</li></ul>	<p>En un periodo de un mes presento estreñimiento en una ocasión</p> <p>Se mantuvo la eliminación intestinal</p> <p>No hubo impactación</p>



## DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Necesidad afectada: Necesidad de Evitar peligros

Diagnostico real: Riesgo de disreflexia autónoma relacionada con factores gastrointestinales, neurológicos, urológicos, estímulos cutáneos, músculo-esqueléticas y estímulos situacionales.

Objetivos	Planeación y ejecución	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar la aparición de alguna disreflexia .</li> <li>• Enseñar al paciente, al familiar a identificar los de una disreflexia</li> <li>• Dar tratamiento de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mantuvo bajo vigilancia estrecha, las 24 horas, al paciente sobre los factores desencadenantes.</li> <li>• Se enseñaron tanto al paciente como al familiar cuales son los datos o signos de la disreflexia: cefaleas; sensación de martilleo, sudoración por encima de la lesión, escalofríos, visión borrosa, congestión nasal, palidez por debajo de la lesión, manchas rojas en la piel por encima de la lesión, sabor metálico en la boca, piloerección (piel de gallina)</li> <li>• Gastrointestinales. Se comprobó la ausencia de fecalomas, verificando la presencia de evacuaciones, de no ser de no ser así se inicia el masaje a marco cólico, se emplean laxantes o la extracción manual de la materia fecal.</li> <li>• Urológicas. Se verifico que la sonda foley no se</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La disreflexia autónoma, es una urgencia ya que es un síndrome que ocurre en enfermos con lesiones medulares a la altura de T6 o por arriba de este,</li> <li>• Es una respuesta simpática desinhibida del sistema nervioso ante un estímulo nocivo que pone en peligro la vida.</li> <li>• El masaje a marco cólico facilita el movimiento de las heces a través del intestino delgado.</li> <li>• El empleo de laxantes</li> </ul>	<p>El plan de cuidados dio buenos resultados ya que no se presento ningún dato de disreflexia. Tanto Ignacio como sus papas lograron identificar y mencionar los signos de</p>

<p>urgencia en caso de la aparición de la disreflexia autónoma</p>	<p>encontrará acodada o cerrada, valorando la ausencia de distensión vesical, y las características macroscópicas de la orina.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estímulos cutáneos. Se verificó que no se presentaran puntos de presión como el enrojecimiento de la zona en especial, en las prominencias óseas y se aliviaron las zonas de presión</li> <li>• Estímulos situacionales. Se verifico la ausencia de arrugas tanto en las sábanas como en la ropa del paciente, así mismo se evito la ropa ajustada y los cambios bruscos de temperatura.</li> <li>• En caso de la aparición de datos de disreflexia emplear tratamiento de urgencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Eleva la cabecera o coloca al paciente en posición sedente.</li> <li>-Buscar y eliminar el factor causal.</li> <li>-Avisar al médico tratante.</li> </ul> </li> </ul>	<p>favorece el ablandamiento de las heces.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La infección de vías urinarias es un indicador que podría agravar la aparición de una disreflexia</li> <li>• Los cambios de posición alivian y redistribuyen la presión sobre la piel, evitando que se prolongue la reducción del flujo sanguíneo en la piel y tejidos subcutáneos lo cual permite que la sangre fluya de nuevo a las áreas isquémicas y ayude a los tejidos a recuperarse de la presión</li> <li>• Las arrugas hacen que incrementen la presión sobre la piel.</li> </ul>	<p>alerta.</p>
--	--	--	----------------

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Necesidad afectada: Necesidad e Evitar peligros

Diagnostico de riesgo: Riesgo de infección relacionada con procedimientos invasivos como: heridas quirúrgicas y sonda Transuretral

Objetivos	Planeación y ejecución	Fundamenta científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar la aparición de signos o datos de infección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mantuvieron en condiciones higiénicas, las heridas quirúrgicas</li> <li>• Se realizó el cambio de la sonda foley, en los tiempos establecidos y con la técnica estéril y tomando muestra de urocultivo</li> <li>• Se estimuló a Ignacio para que ingiera abundantes líquidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La humedad es fuente propicia para la proliferación de microorganismos.</li> <li>• Se requiere de un sistema de drenaje urinario cerrado y esterilizado, previamente ensamblado, el cual no debe desconectarse de ninguna de sus partes, para preservar la prevención de una contaminación.</li> <li>• La ingesta de líquidos favorecerla limpieza natural</li> </ul>	<p>Se cumplió por completo nuestro objetivo.</p>

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Necesidad afectada: Necesidad de Oxigenación

Diagnostico Real: Deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con manipulación de estructuras a nivel cervical por vía

anterior manifestado por agitación, palidez, alteraciones en el ritmo y profundidad de los movimientos respiratorios

Objetivos	Planeación y ejecución	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mantendrán limpias y permeables las vías aéreas.</li> <li>• Eliminar patrones inútiles no coordinados de la actividad de los músculos respiratorios</li> <li>• Reducir el trabajo de la respiración</li> <li>• Fortalecer el diafragma que es el músculo principal de la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se proporcionó fisioterapia respiratoria por parte del área de rehabilitación</li> <li>• Se enseñó tanto al paciente, como a sus papás la técnica para el apoyo de la realización de la tos asistida</li> <li>• Se colocó O2 por mascarilla de Venturi a 3 litros por minuto, con nebulizaciones por horario</li> <li>• Se dio drenaje postural y técnica de vibración</li> <li>• Se enseña al paciente la respiración diafragmática</li> <li>• Se le enseña la respiración de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El buen funcionamiento de la mascarilla dependerá de la mezcla de las cantidades suficientes de aire y O2, el uso de broncodilatadores ayuda a movilizar las secreciones retenidas.</li> <li>• El drenaje postural hace que por acción de la fuerza de gravedad ayude a eliminar las secreciones. En tanto que la vibración es una técnica manual que ayuda a aflojar las secreciones.</li> <li>• La respiración diafragmática ayuda al paciente a poder respirar de forma controlada durante las actividades</li> <li>• La respiración de labios fruncidos aumenta la presión intrabronquial y ayuda a conservar los bronquios abiertos y la presión intraalveolar. Además de prolongar la fase espiratoria de la respiración facilitando la</li> </ul>	<p>Las vías aéreas se mantuvieron limpias y permeables.</p> <p>Se alcanzo un buen manejo en la respiración aprendiendo las técnicas de respiración.</p>

respiración • Disminuir el uso de los músculos accesorios de la respiración	labios fruncidos.	salida de aire de los pulmones y la eliminación de bióxido de carbono.(Coslada, 2002)	
--	-------------------	---	--

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Necesidad afectada: Necesidad de Higiene y protección de la piel; nutrición e hidratación; uso de prendas de vestir.

Diagnostico Real: Déficit para el autocuidado para su higiene, alimentación, y vestirse, relacionado con deterioro músculo-esquelético, manifestado por la incapacidad para cubrir dichas necesidades.

Objetivos	Planeación y ejecución	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ignacio se adaptará a los cambios que se realizarán.</li> <li>• Enfermería realizará las actividades necesarias para cubrir sus necesidades.</li> <li>• Sus familiares aprenderán a realizar las actividades que cubren estas necesidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le realizó baño en camilla o de esponja a diario.</li> <li>• Se cambiaron durante el turno la ropa de la cama y la de Ignacio. las veces que fuera necesario</li> <li>• En cada cambio de pañal se mantuvo limpia el área genital.</li> <li>• Se enseñó a sus familiares a realizar las técnicas de baño, alimentación y vestido.</li> <li>• Se ayudo a identificar los límites que presenta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La limpieza de la zona genital ayuda a prevenir la contaminación de la flora bacteriana, evitando así la proliferación de microorganismos</li> <li>• La consistencia en la enseñanza y ayuda proporcionada por la enfermera facilitan el aprendizaje.</li> </ul>	<p>Ignacio comprendió que era necesario este tipo de cuidados en ese momento.</p> <p>Sus papas aprendieron a realizar las actividades para cubrir las necesidades requeridas</p>

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Necesidad afectada: Necesidad de Aprendizaje y Creencias y Valores

Diagnostico Real: Déficit de conocimientos relacionados con falta de información, manifestada por solicitud de información constante. Ansiedad relacionado con la lesión y futuro incierto, manifestado por preguntas constantes sobre

su evolución. Baja autoestima situacional, relacionada con el deterioro músculo- esquelético, manifestado por expresiones de inutilidad

Objetivos	Planeación y ejecución	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanto el paciente como la familia recibirán información adecuada y oportuna de su padecimiento.</li> <li>• Despejaran las dudas que les hayan surgido.</li> <li>• Se proporcionara un ambiente de confianza</li> <li>• Se mantendrá una buena comunicación con el personal de enfermería y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se les informo cual era la finalidad de cada procedimiento realizado.</li> <li>• Se le informo cual era el programa de rehabilitación que se llevaría a cabo</li> <li>• Se le puso en contacto con el equipo multidisciplinario para que cada uno le despejara las dudas que le competían y dar seguimiento a su tratamiento.</li> <li>• Se mantuvo abierto el dialogo con el equipo multidisciplinario, en especial con medico, psicólogo y enfermería.</li> <li>• Se mantuvo abierta la comunicación con Ignacio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La información oportuna y verídica disminuye la ansiedad, la incertidumbre y preocupación tanto del paciente como de sus familiares lo cual ayuda a prevenir que el paciente presente depresión.</li> <li>• El estar informado es un derecho que tienen todos los pacientes, además de que ellos también tienen el derecho de aceptar o no algún tratamiento.</li> </ul>	<p>Los objetivos fueron alcanzados gracias a la colaboración del equipo multidisciplinario que trabaja con el paciente</p>

sicología.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se aviso a sicología de los cambios en el estado de animo que presentaba durante el día.</li></ul>		
------------	--	--	--

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Necesidad afectada: Necesidad de Termorregulación



Diagnostico Real: Termorregulación ineficaz relacionada con alteración del centro termorregulador del cerebro, manifestado por fluctuaciones de la temperatura por encima y por debajo de los límites normales, piel caliente al tacto, taquicardia.

Objetivos	Planeación y ejecución	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mantendrá la temperatura dentro de límites normales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizó control de temperatura registrando los resultados en la hoja de control de signos vitales.</li> <li>• Se colocaron medios físicos como las compresas frías, y las bolsas de hielo.</li> <li>• Se tomó muestra de hemocultivo para valorar posible infección.</li> <li>• Se empleó el protocolo de antibiótico-terapia de la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un control adecuado nos permite valorar el manejo de antipiréticos, prescritos.</li> <li>• El empleo de medios físicos facilitan el control evitando así el uso de más fármacos.</li> <li>• La muestra de hemocultivo valora la presencia de posible infección ya que la elevación de la temperatura es un medio de defensa del propio organismo.</li> <li>• El protocolo consta del empleo de varios antibióticos durante cinco a siete días.</li> </ul>	<p>Se mantuvieron temperaturas limítrofes</p>

## **8.7 PLAN DE ALTA**

Se aplico el proceso de enfermería del 15 de Junio al 25 de julio del 2006. Fue dado de alta el día 25 de julio fecha en que se dio por terminado el trabajo. Después de considerar el siguiente plan de alta.

Se recomienda a Ignacio a sus papás den continuidad a sus cuidados que el requiere tomando como referencia las enseñanzas y recomendaciones previas.

Continuar con los cuidados relacionados con la movilidad y posturas, atendiendo a las prescripciones que le den en el servicio de rehabilitación física.

Continuar con los cuidados relacionados con la eliminación vesical e intestinal, retomando las prescripciones que continúen dl médico urólogo y de los terapistas físicos.

Continuar con los cuidados de higiene y protección de la piel.

Continuar con los cuidados para la prevención de disreflexia y para la resolución de la misma en caso de que ocurra.

Ante el desconocimiento y la necesidad de resolver algún cuidado usted puede llamar al servicio de enfermería de cirugía columna al teléfono 59991000 Ext. 12507 o a los terapistas.

Se recomienda pasar al servicio de terapia ocupacional para dar inicio a esta actividad.

## 9.CONCLUSIONES

El trabajar con una persona con lesión medular me causo gran impacto por las limitaciones físicas tan radicales que experimenta la persona tenga la edad que tenga.

Vivir con ellos las diferentes etapas del duelo, me resulto muy difícil puesto antes del accidente las personas tenían todas sus capacidades: movimiento, independencia, libertad, trabajo, diversiones etc. Y después del accidente las personas y yo nos enfrentamos a grandes limitaciones: falta de movimiento, enfrentar la vergüenza, el dolor, el miedo, la desesperación, la incertidumbre, la impotencia, el desconocimiento y por otra parte la gran necesidad de esperanza, fe, fortaleza, espíritu de lucha, el apoyo de todos y la necesidad de hacer trabajo de equipo.

El desarrollo del proceso de atención de enfermería, me permitió reafirmar la importancia de contar con un modelo que guíe la practica de enfermería, tal es el caso del pensamiento de Virginia Henderson, y el instrumento de valoración de las catorce necesidades que ayuda a la realización de un cuidado mas integrador que acerca a lo que señala el holismo.

Se logro la identificación de los problemas y necesidades de una persona con lesión medular, así como la planeación y ejecución de los cuidados de curación y para el mantenimiento de la vida.

Se consolido el trabajo interdisciplinario y se clarifico la función de la enfermera en rehabilitación integrando intervenciones dirigidos al cuidado del cuerpo, de la mente y del espíritu, considerando a la persona y su entorno.

Después del temor y la sensación de impotencia para ayudar a la persona con lesión medular, también descubrí la satisfacción de alcanzar metas; superar el dolor emocional, aprender a vivir como de esté, lograr la auto aceptación, el recuperar el movimiento de una mano, indicios de recuperación del control de esfínteres.

Por último este trabajo me ha permitido reconocer la necesidad de trabajar todos los días para desarrollarme como profesional porque esto no resulta automático ahora lo descubro como un proceso gradual.

## 10. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

### INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA NECESIDADES HUMANAS

ACADEMIA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO I Y II

#### Ficha de identificación:

Nombre \_\_\_\_\_ del paciente:  
Edad \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Escolaridad \_\_\_\_\_ Fecha de admisión \_\_\_\_\_ Edo. civil \_\_\_\_\_  
Procedencia \_\_\_\_\_ Fuente de información \_\_\_\_\_  
Fiabilidad (1-4) \_\_\_\_\_ Miembro de la familia / persona significativa \_\_\_\_\_  
No. De cama \_\_\_\_\_ No. De registro \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_

#### 1. Necesidad de oxigenación

Subjetivo (información que proporciona el paciente/ familiar)

Dificultad para respirar, debido a: \_\_\_\_\_  
Tos productiva/ seca: \_\_\_\_\_ Caract. De las secreciones \_\_\_\_\_  
Dolor asociado con la respiración \_\_\_\_\_ Fumador \_\_\_\_\_ Tiempo \_\_\_\_\_  
Cantidad de cigarrillos: \_\_\_\_\_  
¿De acuerdo al estado emocional varia la cantidad de cigarrillos?  
\_\_\_\_\_

Objetivo: (valoración que realiza el alumno)

Presencia de: Disnea \_\_\_\_\_ sin esfuerzo \_\_\_\_\_ con esfuerzo \_\_\_\_\_  
Tos: productiva / seca: \_\_\_\_\_  
Características de las secreciones: \_\_\_\_\_  
Hialinas: \_\_\_\_\_ amarillo verdosas: \_\_\_\_\_ hemoptisis: \_\_\_\_\_ otras: \_\_\_\_\_  
F.R. \_\_\_\_\_ T/A \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_  
Dolor asociado a la inspiración o espiración: Tabaquismo positivo/negativo: \_\_\_\_\_  
Síndrome de abstinencia: \_\_\_\_\_  
Uso de O2 puntas nasales: \_\_\_\_\_ mascarilla: \_\_\_\_\_ Ventilador: \_\_\_\_\_  
Parámetros del ventilador: \_\_\_\_\_

Presencia de cánula endotraqueal/traqueostomía:

Coloración de piel, lechos ungueales y peribucal: Palidez: \_\_\_\_\_ cianosis: \_\_\_\_\_  
rubicundez: \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_ Llenado capilar: \_\_\_\_\_

Resultados de laboratorio:

Gasometría:

Ph \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ enzimas  
cardíacas \_\_\_\_\_  
PO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_  
HCO<sub>3</sub> \_\_\_\_\_  
Déficit de base \_\_\_\_\_  
Sat.O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_  
B.H \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_  
Fármacos específicos \_\_\_\_\_

## 2. Necesidad de Nutrición e Hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual \_\_\_\_\_  
número de comidas al día \_\_\_\_\_ Trastornos  
digestivos: \_\_\_\_\_  
Intolerancia alimentaria / alergias:  
Problemas de masticación y deglución:  
Aumento de peso: \_\_\_\_\_ Pérdida de peso: \_\_\_\_\_  
Realiza ejercicio: \_\_\_\_\_  
Uso de suplemento alimenticio: \_\_\_\_\_ Uso de fármacos:  
Ingestión de sustancias que reducen el apetito:  
Otros: \_\_\_\_\_

Objetivo

Dieta indicada: \_\_\_\_\_  
Coloración de piel: Ictericia: \_\_\_\_\_ Pálida: \_\_\_\_\_ Grisácea:  
Estado de piel: Turgente: \_\_\_\_\_ Hidratada: \_\_\_\_\_ Seca:  
Estado de mucosas: Integras: \_\_\_\_\_ Hidratadas: \_\_\_\_\_ Deshidratadas:  
Constitución: Endomorfa: \_\_\_\_\_ Ectomorfa:  
Características de cabello y uñas:  
\_\_\_\_\_

Aspecto de dientes y encías: Edoncia: \_\_\_\_\_ Adantulia:

Afecciones y manifestaciones de tubo digestivo:

Parámetros de PVC. \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Resultados de laboratorio:

Q.S \_\_\_\_\_

Bilirrubina: \_\_\_\_\_  
Pruebas de funcionamiento hepático. \_\_\_\_\_

B.H \_\_\_\_\_

Electrolitos sericos:

Cl \_\_\_\_\_

Na \_\_\_\_\_

K \_\_\_\_\_

P \_\_\_\_\_

capilar \_\_\_\_\_

MG \_\_\_\_\_

Guayaco \_\_\_\_\_

Proteínas \_\_\_\_\_

Ca \_\_\_\_\_

Fármacos específicos \_\_\_\_\_

Enzimas séricas:

Transaminas \_\_\_\_\_

DLH \_\_\_\_\_

Glucemia

Otros \_\_\_\_\_

### 3. Necesidad de eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales \_\_\_\_\_  
Características de las heces:

Orina: \_\_\_\_\_ Menstruación:

Antecedentes de afecciones renales, hemorrágicas u otras:

Uso de laxantes o sustancias que favorecen la orina:

Presencia de hemorroides \_\_\_\_\_ Dolor al evacuar \_\_\_\_\_

Prurito \_\_\_\_\_ sangrado \_\_\_\_\_

Dolor al orinar \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

Objetivo.

Características del abdomen (ruidos intestinales) \_\_\_\_\_

Estomas \_\_\_\_\_ Auscultación del  
abdomen \_\_\_\_\_  
Palpación \_\_\_\_\_ percusión del  
abdomen \_\_\_\_\_  
Palpación de vejiga urinaria \_\_\_\_\_ volumen  
urinario \_\_\_\_\_  
Características de la  
orina \_\_\_\_\_  
características de las  
evacuaciones \_\_\_\_\_  
presencia de edema \_\_\_\_\_ catéteres de  
drenaje \_\_\_\_\_

resultados de laboratorio:

EGO \_\_\_\_\_  
Urea \_\_\_\_\_  
Creatinina \_\_\_\_\_  
BUN \_\_\_\_\_  
Osmolaridad serica \_\_\_\_\_  
Coproparasitoscópico \_\_\_\_\_  
Coprocultivo \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_  
Fármacos específicos \_\_\_\_\_

#### 4. Necesidad de Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de  
temperatura \_\_\_\_\_  
Temperatura ambiental que le es  
agradable \_\_\_\_\_

Objetivo:

Temperatura corporal \_\_\_\_\_  
Características de la piel: Fría \_\_\_\_\_ Caliente \_\_\_\_\_ Húmeda \_\_\_\_\_  
Transpiración \_\_\_\_\_ Condiciones del entorno  
físico \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

Resultados de laboratorio

Formula blanca: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Pruebas febriles \_\_\_\_\_  
Urocultivo \_\_\_\_\_  
Cultivo de secreciones \_\_\_\_\_  
Hemocultivo \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_



Fármacos  
específicos \_\_\_\_\_

5. Necesidad de Moverse y mantener buena postura.

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana:

Funcionamiento \_\_\_\_\_ neuro \_\_\_\_\_ muscular \_\_\_\_\_ y  
esquelético \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ejercicio, \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ y  
frecuencia \_\_\_\_\_

Uso \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ prótesis \_\_\_\_\_ y  
ortesis \_\_\_\_\_

Objetivo:

Nivel de conciencia \_\_\_\_\_  
Estado del sistema neuro-muscular y esquelético( estado del sistema  
Nervioso) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fuerza \_\_\_\_\_ Tono \_\_\_\_\_ Motricidad \_\_\_\_\_

Sensibilidad \_\_\_\_\_ Ayuda \_\_\_\_\_ Postura \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ de  
ambulación \_\_\_\_\_

Presencia \_\_\_\_\_ de  
temblores \_\_\_\_\_

Como influyen las emociones en la movilidad y  
postura \_\_\_\_\_

Resultados de laboratorio:

Otros \_\_\_\_\_  
Patrón de rehabilitación específico de acuerdo al  
caso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fármacos \_\_\_\_\_ específicos:

6. Necesidad de Descanso y sueño.

Subjetivo.

Horario de descanso \_\_\_\_\_ Horario de  
sueño \_\_\_\_\_  
Siesta \_\_\_\_\_ Alteración del  
sueño \_\_\_\_\_  
¿A que considera que se deba la alteración del sueño?

\_\_\_\_\_ ¿Se siente cansado al levantarse?  
\_\_\_\_\_

Objetivo

Actitud: Ansioso \_\_\_\_\_ Angustiado \_\_\_\_\_ Irritable \_\_\_\_\_  
Ojeras \_\_\_\_\_ Atención \_\_\_\_\_ Bostezos \_\_\_\_\_ Concentración \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Apatía \_\_\_\_\_ Cefalea \_\_\_\_\_  
Respuesta a  
estímulos \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_  
Fármacos específicos \_\_\_\_\_

7. Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas.

Subjetivo

Elige su vestuario en forma  
personal \_\_\_\_\_  
Necesita ayuda para vestirse y  
desvestirse \_\_\_\_\_  
Sus prendas de vestir incluyen accesorios  
completos \_\_\_\_\_  
Utiliza pañal \_\_\_\_\_

Objetivo:

Acepta el uso de bata  
hospitalaria \_\_\_\_\_  
Capacidad psicomotora para vestirse y  
desvestirse \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo

Frecuencia de baño y aseo de  
cavidades \_\_\_\_\_

Cuantas veces se lava los dientes al  
día \_\_\_\_\_

Aseo de manos, antes y después de comer \_\_\_\_\_

Después de eliminar \_\_\_\_\_ cada cuanto los realiza corte de uñas \_\_\_\_\_ tiene creencias personales que limiten sus hábitos higiénicos \_\_\_\_\_

Objetivo

Aspecto general con relación a su higiene \_\_\_\_\_

Olor corporal: \_\_\_\_\_ presencia de halitosis \_\_\_\_\_ higiene y características de las uñas \_\_\_\_\_

Estado del pelo y cuero cabelludo \_\_\_\_\_ lesiones dérmicas:

ulceras por decúbito: \_\_\_\_\_ Intervención quirúrgica: \_\_\_\_\_

micosis \_\_\_\_\_ puntos de presión en salientes óseas: \_\_\_\_\_ zona de \_\_\_\_\_

injerto \_\_\_\_\_ lesiones por quemaduras(espesor) \_\_\_\_\_ % SCQ \_\_\_\_\_

otros \_\_\_\_\_

Anotar en el diagrama el sitio de ubicación de la lesión dérmica:

Claves:

Herida quirúrgica (tipo de incisión)

Úlcera por decúbito

Bolsa de drenaje

Quemadura

Micosis

Injerto

Presión en salientes óseas

Fármacos

específicos \_\_\_\_\_

9. Necesidad de evitar peligros

Subjetivo

¿Vive solo o con su familia? \_\_\_\_\_ ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? \_\_\_\_\_ en caso de ser afirmativo, mencione cuales:

Hogar \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_

Vía pública \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_

¿Realiza controles periódicos de salud cada año?

¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en la vida diaria? Auto concepto, auto imagen, autoestima

Mencione las causas que considera que le pueden provocar peligro: dificultad para: escuchar hablar ver desplazarse uso de aparatos ortopédicos otros

Objetivo

Afecciones corporales detectadas y grado de afección

Métodos

invasivos  
Condiciones del ambiente de la unidad del paciente: iluminación ventilación humedad del piso higiene otros  
Fármacos específicos

10. Necesidad de comunicarse

Subjetivo

Estado civil años de relación vive con

Causas de preocupación/estrés

¿Manifiesta estas preocupaciones? ¿a quien? rol en la estructura familiar

Comunica sus problemas debido a su afección o estado?

¿Cuánto tiempo pasa solo?

¿Tiene contactos sociales en la actualidad?

¿Con frecuencia?

Objetivo

Habla claro Confuso dificultades en la visión

Dificultad en la audición Comunicación verbal / no verbal

\_\_\_\_\_ con la familia \_\_\_\_\_ otras personas significativas \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

### 11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores

#### Subjetivo

Creencias religiosas \_\_\_\_\_ ¿sus creencias le general conflictos personales \_\_\_\_\_ ¿ de que tipo? \_\_\_\_\_

Principales valores personales \_\_\_\_\_

¿Es congruente su forma de pensar, con su forma de vivir? \_\_\_\_\_

¿ Que creencias tiene acerca de la vida y la muerte? \_\_\_\_\_

—

#### Objetivo

Hábitos específicos de vivir (grupo social, religioso) \_\_\_\_\_

¿Permite la exploración física? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún objeto indicativo, valores o creencias? \_\_\_\_\_

Demanda la atención de algún guía espiritual? \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

### 12. Necesidad de trabajar y realizarse

#### Subjetivo

Fuente de ingreso (jubilado, pensionado, otro) \_\_\_\_\_

¿Su ingreso le permite cubrir sus necesidades básicas? \_\_\_\_\_

Que actividades le hace sentirse útil y satisfecho? \_\_\_\_\_

¿Cómo influye en sus estado emocional, la incapacidad que presenta para trabajar? \_\_\_\_\_

#### Objetivo

Estado emocional del paciente: calmando \_\_\_\_\_ ansioso \_\_\_\_\_ enfadado \_\_\_\_\_

Retraído \_\_\_\_\_ temeroso \_\_\_\_\_ irritable \_\_\_\_\_ inquieto \_\_\_\_\_ eufórico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ otras manifestaciones \_\_\_\_\_

### 13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

#### Subjetivo

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre \_\_\_\_\_

¿Cómo influyen los estados de estrés en el juego y la recreación? \_\_\_\_\_

¿Participa en alguna actividad lúdica o recreativa \_\_\_\_\_

#### Objetivo

Presenta alguna afección en el sistema neuromuscular que le limite realizar actividades lúdicas o recreativas? \_\_\_\_\_

¿Rechaza las actividades recreativas? \_\_\_\_\_

Se observan cambios en el estado de ánimo al realizar actividades lúdicas o recreativas? \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

### 14. Necesidad de aprendizaje

#### Subjetivo

Grado académico \_\_\_\_\_ problemas de aprendizaje \_\_\_\_\_ limitación cognitiva \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_ preferencias:  
leer \_\_\_\_\_ Escribir \_\_\_\_\_ otras \_\_\_\_\_

¿Desea aprender a resolver problemas relativos a su salud \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

#### Objetivo

¿Presenta alguna afección del sistema nervioso que influya en su aprendizaje? \_\_\_\_\_

Estado de los órganos de los sentidos \_\_\_\_\_

¿Cómo influyen su estado emocional para el aprendizaje?  
Ansiedad \_\_\_\_\_ dolor \_\_\_\_\_ apatía \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ memoria:  
reciente \_\_\_\_\_  
Remota \_\_\_\_\_  
Otras \_\_\_\_\_

## **Lesiones Medulares..**

Al lesionado medular se le suele denominar de diferentes formas: minusválido, inválido, discapacitado, parapléjico. Sin embargo nosotros creemos que existen diferencias significativas que hay que distinguir para poder emplear cada uno de los términos con propiedad y no suscitar errores.

Unidad de Lesionados Medulares.

La Unidad de Lesionados Medulares es el lugar donde se reciben, se controlan, se cuidan y se rehabilitan a las personas que han sufrido una lesión medular. Una serie de aspectos a tener en cuenta y que afectan directamente a la rehabilitación son:

- Disponer del espacio físico suficiente para las camas, evitando la masificación.
- Personal suficiente para evitar el exceso de trabajo ya que esto puede repercutir negativamente a los pacientes.
- Personal capacitado, especializado y motivado.
- Aparatos y tecnología adecuados.
- Criterios de alta con buen margen de seguridad, tanto física como psicológicamente.

- Buena iluminación y aireado.
- Acceso rápido y fácil.

Además de estos aspectos, habrá que tener en cuenta el aspecto humano de la Unidad. Podemos diferenciar tres grupos que van a actuar tanto aislada como conjuntamente. Estos grupos son:

□ Pacientes: Grupo relativamente homogéneo en cuanto a la patología que representan, pero distinto en cuanto al sexo, la edad, causa de la lesión. En todos ellos se van a dar una serie de condiciones que hacen que la labor psicológica vaya encaminada a paliar las anomalías producidas por dichos factores. Estos son: dependencia, pérdida de control, cambio en las normas de comportamiento

miedo, preocupación por las respuestas de otras personas.

Además de estos factores hay que tener en cuenta otras reacciones que se dan en el lesionado medular. Estas son: shock emocional, negación, angustia, depresión, ajuste.

□ Familiares: Es donde se forma la personalidad del individuo. Cada familia tiene sus propias reglas y leyes, aceptando de distintas maneras la enfermedad del sujeto. A este respecto podemos definir dos tipos de familias:

Familia tipo 1: o familia flexible y abierta. Este tipo reconoce el problema y trata de adaptarse al problema lo más rápido posible.

Familia tipo 2: o familias rígidas y cerradas. Pueden crear situaciones de rechazo ante el sujeto y la enfermedad si se ve amenazado el equilibrio familiar. Suelen incluir el problema dentro de la estructura familiar, convirtiéndose este en la base.



Independientemente de estos dos tipos, en los primeros días de ingreso, los familiares pueden mostrar una desesperanza mayor que la del propio enfermo. Es entonces cuando necesitan mayor apoyo psicológico. A grandes rasgos se diferencian dos tipos de comportamientos familiares:

- Preocupación excesiva
- Huida del hospital como medio para evitar la angustia.

Por todo esto es muy importante el trabajo psicológico con las familiares, puesto que de ello dependerá en gran parte la evolución y desarrollo de la enfermedad del sujeto y de su recuperación.

- Personal asistencial: se incluye aquí al conjunto de personas que trabajan y colaboran en la atención y cuidados del paciente. Es muy importante la labor aquí del psicólogo debido a las tensiones que se pueden producir en tal ambiente. Por ello deberá tener una estrecha relación con el equipo médico de rehabilitación este grupo lo conforman: Personal médico, Personal de enfermería, Fisioterapeutas, Terapeutas ocupacionales, Asistentes sociales, Auxiliares de enfermería,

### **Clasificación de las lesiones medulares**

1. Lesiones completas: Inicialmente, las lesiones completas no fueron subdivididas excepto en términos de cuadriplejía y paraplejía, pero las lesiones parciales fueron subdivididas en varios síndromes.

Cuadriparesia y paraparesia han sido y siguen siendo términos aceptables para indicar parálisis motora incompleta. La selección del síndrome de lesión medular incompleta se hace de acuerdo con el área medular más gravemente afectada.

2.Síndrome medular posterior: Están respetando unos pocos tractos anteriores, y por esta razón solo se mantiene la sensibilidad táctil grosera, conducida por el tracto espinotalámico anterior.

3.Síndrome medular anterior: El daño es principalmente en los dos tercios anteriores de la médula espinal, quedando las columnas posteriores intactas. En estos pacientes existe parálisis motora, un nivel sensitivo, pero respeto de las columnas posteriores que conducen la sensación de posición, propiocepción y la sensibilidad vibratoria.

4.Síndrome medular central: Comúnmente se observa en pacientes con espondilosis cervical preexistente y que, al sufrir una hiperextensión, sufren compresión medular anterior por osteofitos y posterior por la protusión del ligamento amarillo. La mayor parte del daño medular ocurre en la sustancia gris central, que es más susceptible a la lesión. Se produce un déficit neurológico parcial que afecta a la sustancia gris y blanca central, y que se caracteriza por la pérdida de la función motora en brazos y manos con respeto de la función en cierto grado de la musculatura de las extremidades inferiores. Proximales de la médula lumbar, presentando incapacidad para elevar las piernas estando sobre la camilla de examen, pero puede mover los dedos de los pies puede tener cierto grado de tono anal.

5.Síndrome medular parcial: Menos frecuente; conocido también como hemisección medular o síndrome de Brown-Séquard, en donde existe el daño de una mitad de la médula con respeto de la otra mitad. En estos casos existe parálisis de la función motora y pérdida de la sensación de posición y de la propiocepción en un lado, y pérdida de la sensibilidad térmica y dolorosa en el otro.

6. Síndrome radicular: Cualquier raíz de las áreas cervicales o lumbares, o de ambas, puede resultar afectada. En los niveles dorsales son más raras las lesiones radiculares aisladas.

En el área cervical lo común es que exista compromiso de las raíces quinta o sexta con parálisis aislada del deltoides o bíceps, respectivamente, o bien de la séptima con debilidad tricpital. En raros casos se ha observado parálisis deltoidea bilateral secundaria a una luxación cervical al nivel de C4 o C5, sin daño medular. Sin embargo, lo más típico es el déficit unilateral.

### **Clasificación de los síndromes traumáticos medulares**

En la literatura americana se utilizaron los términos neurológicos estándares, pero en la literatura europea, se utilizaron diferentes letras y números para graduar la lesión medular y evaluar la recuperación:

Lesión grado 0 ó A: corresponde a una lesión completa sin función neurológica, por debajo de la lesión medular.

Lesión grado 1 ó B: no existe función motora, pero hay cierta conservación de la sensibilidad.

Lesión grado 2 ó C: inutilidad motora.

Lesión grado 3 ó D: utilidad motora.

Lesión grado 4 ó E: funcionalidad motora.

Lesión grado 5 ó F: examen neurológico normal.

Ducker creó un registro para la evaluación de los pacientes con lesión medular aguda, basándose principalmente en la función motora. Fueron clasificando en dos grupos de lesiones completas, tres grupos de lesiones parciales y una subdivisión para daño radicular aislado.

### **Lesiones completas:**

Lesión medular transversa completa: LME en un segmento sin ninguna función por debajo del área lesionada

Lesión completa graduada: Es aquella lesión en la que el daño puede ser a nivel de C5 o C6, con cierto grado de función motora en niveles medulares inferiores, C7 y C8.

**Lesiones parciales:** se dividen de acuerdo con el estado de los segmentos caudales de la médula, es decir, gran debilidad, gran fortaleza o estado similar al segmento medular lesionado.

*Lesión parcial con debilidad:* es una lesión medular cuya única evidencia de lesión parcial es un movimiento mínimo de los dedos de los pies.

*Lesión parcial con fuerza caudal:* es similar a la lesión medular central.

**Lesiones radiculares aisladas:** son poco frecuentes y se clasifican como pérdidas neurológicas sin daño medular.

Clasificación de la lesión medular de acuerdo con el examen neurológico. La escala más aceptada universalmente de función motora es la que va de 0 a 5.

0.- Función motora nula

1.- Trazos de función motora

2.- Función motora mala

3.- Función motora regular

4.- Función motora buena

5.- Función motora normal

Con esta escala puede documentarse en el tiempo la recuperación muscular, ya sea de uno o de varios músculos.

Existen raros casos de *síndrome medular central más distal*, con afección de la columna dorsal y lumbar; en estos casos el paciente presenta marcada debilidad en los segmentos

### **Aspectos psicológicos.**

La depresión ha sido una de las reacciones más citadas en la literatura como concomitante a una lesión de médula espinal (L.M.E). Sin embargo, los estudios contemporáneos no han encontrado una relación significativa entre la L.M.E y depresión.

Una lesión localizada en un determinado nivel de la médula espinal podría afectar tanto a la transmisión de información sensorial y motora del segmento correspondiente, cuanto a la transmisión de información de los tractos largos que, al quedar interrumpida, desconectaría los niveles a la lesión del resto del SNC. Muchas enfermedades, en particular la compresión extrínseca de la médula, resultan reversibles. Sin embargo, la mayoría de las enfermedades de la médula espinal resultan devastadoras, causando incapacidad neurológica grave y permanente (Rooper A. H. y Martin J. B., 1996). Los síndromes de la médula espinal se describen de acuerdo con el segmento afectado. Las lesiones por arriba de C5 causan cuadriplejía e insuficiencia respiratoria. Las lesiones en T1 y por debajo causan paraplejía; el nivel se determina basándose en el grado de pérdida sensorial.

Las principales causas de la paraplejía son accidentes de tráfico, caídas y heridas; las principales de la cuadriplejía son también accidentes de tráfico, accidentes deportivos. Las complicaciones que se pueden generar son pérdida

de sensación, pérdida de control de esfínteres, insuficiencia respiratoria, entre otras muchas. La intensidad y variabilidad de estos síntomas físicos y limitaciones se determinan por la localización y alcance de la lesión, que frecuentemente limitan o alteran las posibilidades de interacción social, la autoestima y la propia integración social, laboral, familiar y marital.

Es por todo ello, y por la presunta implicación de correlatos psicológicos por lo que en los últimos 40 años los profesionales de las Ciencias de la Salud y de la Conducta han dedicado un gran esfuerzo a analizar las secuelas psicológicas de las LME. La Depresión ha sido, con diferencia, la reacción consecuente más informada de la literatura (Nagler, 1950; Wittkower, Gingras, Mergler, Wigdor y Lepine, 1954; Nemiah, 1957; Siller, 1969;

### **LME y Depresión.**

Debido a la presunta contingencia entre LME y Depresión, nos plantearemos una serie de interrogantes que intentaremos responder:

¿Es realmente la Depresión una consecuencia inevitable en las LME?

Los primeros planteamientos acerca de la depresión post LME especulan, basándose en descripciones psicológicas, sobre la ocurrencia de un episodio depresivo, de carácter reactivo y temporal. Asimismo, Wittkower presentó en 1954 un estudio que servirá de muestra elemental para esta concepción, según la cual todos los elementos de la muestra evidenciarán depresión profunda en los primeros meses tras la lesión. La depresión se presenta así como una respuesta normal en las LME.

En la misma línea se enmarcan los modelos que plantean una progresión sistemática a través de distintas etapas psicológicas, considerándose la

depresión como una de ellas. Sin embargo, promulgar una respuesta universal, invariable tras la lesión, es harto peligrosa y se sustenta en una concepción tradicional del modelo médico, según la cual el lesionado debe mostrarse “paciente” puesto que, independientemente de su personalidad, apoyo social,... se reacción se limitará a un proceso evolutivo irreversible (Elliot, Godshall, Herrick, Witty y Spruell, 1991; Wortman y Silver, 1989) Asimismo, las pocas investigaciones sistemáticas de que disponemos no han sido capaces de demostrar la inevitabilidad de la depresión consecuente con una pérdida.

Para finalizar, debemos advertir que la dificultad en la contractibilidad de los resultados de las investigaciones, tanto tradicionales como contemporáneas, se debe a la falta de acuerdo en los criterios diagnósticos y en la utilización de medidas evaluativas estandarizadas semejantes que proporcionen estabilidad a los resultados.

Del mismo modo, muchas de las investigaciones tradicionales que han determinado la depresión como un factor coadyuvante de la lesión quizás hayan identificado un estado de *aflicción*, que difícilmente puede entenderse como sinónimo de depresión clínica.

¿Realmente el experimentar depresión inmediatamente a la lesión es señal de confrontación de la misma y un handicap necesario para el proceso rehabilitador?

Aquellos sujetos que experimentan un periodo de depresión deberían presentar una adaptación a largo plazo, coincidiendo con el proceso rehabilitador, mayor que la de los sujetos que no han evidenciado ningún episodio depresivo. Por ello, Tucker en 1980, creía que los pacientes que experimentaban una depresión inicial tenían un mejor pronóstico para la

rehabilitación. Pero los resultados no mostraron esto sino todo lo contrario: los sujetos que manifiestan un padecimiento mayor después de la lesión tendrían más problemas para la recuperación.

Por otro lado, Dinardo en 1971, con una muestra de 26 sujetos con lesión medular destacó como aquellos sujetos que padecían estados depresivos tras la lesión estaban menos ajustados durante la rehabilitación.

Los resultados corroboraron los planteamientos de Dinardo: la depresión era contraproducente para la rehabilitación.

En definitiva, muchas personas con LME sí cumplen con criterios de desorden afectivo, pero un episodio depresivo no deviene necesariamente tras una lesión de forma generalizada y universal. Solo se ha demostrado que “la depresión va asociada a dificultades mayores en la recuperación y en el ajuste social” (Elliot, 1991).

¿Los sujetos con LME que en un periodo inmediato no desarrollen una depresión tendrán, inevitablemente que pasar por esta fase a largo plazo?

Existe individuos que no muestran sentimientos de angustia ante una lesión. Esto puede ser perjudicial, ya que la negación demuestra poca adaptación, mientras que la depresión es beneficiosa. Pero al mismo tiempo, la ausencia de depresión indicaría que no se ha reconocido la pérdida.

Sin embargo, la investigación empírica ha demostrado que la negación se asocia a expectativas internas de control y a menores alteraciones psicológicas. Wortman y Silver (1989) sugieren que la falta de aflicción no es necesariamente una problemática.

Algunos sujetos que no muestran aflicción ante la pérdida parece ser que desvían su atención a otras fuerzas tales como la autoestima, orientación



religiosa, recursos de *coping*,. Elliot, Witty y Herrick (1991) señalan la negación como una estrategia cognitiva por parte del sujeto en los primeros momentos tras la lesión.

¿La aflicción es sinónimo de depresión?

La distinción entre una depresión clínica y un estado de malestar parecido a la depresión es importante, del mismo modo que es importante asegurar la efectividad, en los resultados de las investigaciones, el diferenciar entre sintomatología depresiva, cuadro clínico de la depresión y síndrome depresivo. La *depresión como síntoma anímico* puede estar presente en una gran variedad de cuadros clínicos y en trastornos transitorios, prácticamente en todos los desordenes psicológicos. La *depresión como síndrome* equivale a un número de síntomas que concurren, recibiendo el nombre de “episodio”. El *cuadro clínico* incluye la presencia del síndrome con la ausencia de otro tipo de psicopatologías. El trastorno depresivo entra a formar parte del estado anímico.

La evaluación de la depresión en las LME, presente en la investigación, mantiene limitaciones importantes que contribuyen a un detrimento a nivel metodológico: por una parte, se pueden aumentar artificialmente los resultados respecto al hallazgo de sujetos con depresión; es decir, podemos encontrarnos con una variabilidad de falsos positivos, dado que la sintomatología que se evalúa en medidas de autoinformes como indicativo de depresión es asociada, en la mayoría de los casos, a la misma discapacidad, lo que nos invita a reflexionar sobre la necesidad de contrastar los resultados de las medidas de autoinformes con medidas conductuales y psicofisiológicas adecuadas. Por otra parte, el considerar la lesión medular como un acontecimiento aislado y

único puede inducir a error, puesto que la “depresión” no tiene porque asociarse a la lesión medular.

En el estudio del efecto de las LME en el individuo, debe considerarse la depresión como una variable continua más que como una condición patológica presente-ausente. Los individuos que sufren una LME están sometidos a estrés continuo y, en ocasiones vital, por lo que es absurdo hablar de las LME como un acontecimiento único que plantea una crisis limitada en el tiempo que requiere solamente una respuesta de adaptación inmediata.

No se requiere dar un salto importante en la lógica para inferir que este estado de aflicción, parecido a la depresión, es probablemente una manifestación de un estilo ineficaz en salir delante de los estresores.

□ *Conclusiones.*

Como síntesis de las respuestas a las preguntas anteriores analizadas cabe decir que la expectativa de que los individuos deban atravesar un periodo de padecimiento pueda hacer que muchos cuidadores sanitarios lleguen a provocar tal reacción, incluso si esta no iba a tener lugar. Del mismo modo, el mito de que los individuos se recobrarán de una pérdida irrevocable en un periodo de tiempo determinado puede provocar reacciones negativas ante aquellos sujetos que no se recuperen.

No podemos hablar de estresores universales ni por lo tanto de reacciones universales. Como hemos dicho anteriormente, no debemos olvidar que la depresión es una emoción o por lo menos tiene un gran apoyo emocional, por lo que no puede ser tratada como un impulso unidireccional.

Las formas de enfrentamiento centradas en el problema y no en la emoción aparecen más habitualmente cuando los encuentros se valoran como

modificables. En este sentido es primordial el papel que desempeña la rehabilitación, así como la comunicación verbal y no verbal, entre el Personal Sanitario y el Enfermo. Sin olvidar que la relación entre emoción y afrontamiento en situaciones de estrés es bidireccional.

#### *4. Variables que modulan el impacto de la discapacidad.*

Aquellos individuos que se perciben a sí mismos como capaces de regular su emociones y encarar sistemáticamente los problemas pueden ser capaces de enfrentarse con más efectividad a su incapacidad física (Elliot, 1991).

La incapacidad para el acceso y utilización efectiva de los sistemas de apoyo puede contribuir al desajuste físico y psicológico.

Mayores alteraciones psicosociales secundarias a la lesión evidencian un pero pronóstico.

Las personas que han adquirido traumáticamente la lesión pueden experimentar periodos de melancolía y pena (Coyne, 1976; Kleck, 1969; Frank, 1987).

Las características del sujeto: edad, sexo,... han sido consideradas, aunque son escasos los estudios experimentales en torno a dichas variables.

Se necesitan más estudios que clarifiquen la posible implicación de la gravedad de la lesión-depresión.

En cuanto a la relación personal sanitario-enfermo podemos decir que los miembros del personal rehabilitador tienden a considerar que quien sufre una LME es más depresivo de lo que podrían serlo ellos mismos. Por el contrario, se ha señalado la importancia del impacto del personal sanitario en la

utilización de refuerzos positivos para el desarrollo de un comportamiento favorable a la salud.

En relación al tiempo tras la lesión, son necesarios estudios que evidencien fundamentalmente el desarrollo de la respuesta emocional y la influencia del transcurso del tiempo. Parece ser que los índices más altos de estrés se dan en la admisión y en el alta. Los niveles más bajos de depresión y ansiedad aparecen un año después del alta.

Parece ser que los sujetos que se sienten responsables, muestran menos dificultades en el proceso de adaptación (Malec, 1985; Mawson, 1986).

Teniendo en cuenta que un gran número de LME se deben a acontecimientos traumáticos por accidente de tráfico y que, estos a su vez, se producen en su mayoría por exceso de velocidad, se hace necesario la consideración de esta variable como moduladora del proceso. Las características de personalidad que implican un mayor autocontrol y una disposición a hacer las cosas con calma, un mayor apoyo familiar y menos estrategias de coping de evitación predicen menores niveles de depresión en un periodo de cuatro años (Holahan y Moos, 1991).

Parece cada vez más emerger claramente un patrón de personalidad proclive a la buena salud y caracterizado por el optimismo, sensación de control y capacidad de adaptación. En base a ello, aquellos pacientes con atribuciones internas de control informan de menores periodos de depresión y demuestran mayores actitudes adaptativas durante la rehabilitación (Rosembaum y Raz, 1977)

En definitiva, los síntomas depresivos pueden quedar moderados, o mediados en su caso, por un grupo de variables tales como: los recursos personales y el apoyo social.

### 3.1 Etapas psicológicas tras la LME.

#### 1. *¿Cuáles son las primeras reacciones emocionales tras sufrir una LME?*

No existe una personalidad y/o formas de reaccionar únicas del lesionado medular. Es decir, cada individuo reaccionará a su lesión según su personalidad, la cual está en función de su infancia, herencia y medio que le rodea. La lesión rompe el ritmo de vida, equilibrio y proyectos que el individuo había establecido, surgiendo la creencia de que la vida, tal y como se conoce, no se puede continuar y esto genera tristeza y pensamientos de que es mejor morir que esta situación. Las primeras reacciones emocionales son: ansiedad, angustia y miedo, siendo estas reacciones psicológicas normales y esperadas, frente a cualquier lesión grave que implique secuelas. La persona no tiene expectativas de futuro, no sabe que va a hacer con su vida, y tiene miedo a perder a la persona amada, a que no la amen, al rechazo social, a la pérdida del trabajo,... Además se produce una pérdida de la autoestima, sentimientos de no valer para nada, de no poder realizar las actividades que antes realizaba, sintiéndose desvalorizado ante él mismo y ante los que le rodean. Otro problema muy importante es la dependencia de otra persona (fundamentalmente el tetrapléjico) para las actividades de la vida diaria: aseo personal, vestirse, trabajo,... necesitando a esta tanto física como psicológicamente, lo cual le hace sentirse como un niño, que no puede hacer casi nada solo, perdiendo su intimidad e independencia. Todas estas reacciones provocan en el lesionado sentimientos de inferioridad, injusticia,

discriminación, inseguridad, cobardía, miedo,... que le llevan a aislarse de la sociedad e incluso de su entorno. La depresión aparecerá tarde o temprano, ya que sus pérdidas son reales y permanentes: y su intensidad variará desde la tristeza hasta las formas más graves, que incluyen ideas o intentos de suicidio.

*2. En términos generales, ¿cuáles son las principales etapas por las que atraviesa un lesionado medular en el proceso de rehabilitación psicológica?*

Es útil enfocar la rehabilitación psicológica como un proceso dentro del contexto de la adaptación a una pérdida; si bien hay que tener en cuenta que cada paciente es un caso único por sí mismo, luchando a su manera, para recobrar su perdido equilibrio. Las etapas por las que atraviesa un LME son:

- **Etapa de shock:** después del accidente, pasa un tiempo en el cual el individuo no es consciente de lo que ocurre a su alrededor. El paciente se centra en la pérdida de la movilidad y la sensibilidad en algunas zonas de su cuerpo, y en el temor a que el dolor persista. La falta de información sobre lo que le pasa, también le asustará. Muchas veces se presenta una desconexión con la realidad que puede llevar a una desorientación tanto en el tiempo como en el espacio. Lo más destacado es la pérdida de interés por parte del paciente, siendo la preocupación del estado orgánico lo que predomina, acompañado de una gran demanda afectiva, con petición reiterada de ver y estar con la familia.

- **Etapa de negación:** la negación es entendida como una defensa inconsciente de la realidad y constituye una reacción humana muy común ante noticias desagradables (“a mi no”) y es positiva, ya que concede tiempo al individuo para pensar en su nueva situación, reduciendo el riesgo de una desintegración de la personalidad. La negación da como resultado una

distorsión completa o parcial de la realidad de cara a un estrés y una ansiedad abrumadores. No debe mantenerse mucho tiempo ya que interferiría con la realidad y en consecuencia con la rehabilitación.

□ **Etapa de protesta:** el paciente presenta una captación parcial de la realidad, poca tolerancia, sentimiento de injusticia, y falta de colaboración con el tratamiento, ya que deja en manos de los médicos su curación. Existe una crítica de la medicina, de los médicos, del personal del hospital,... El paciente pasa de la etapa del “yo no” al “por que yo”. Considera su limitación como una injusticia y le parece difícil imaginar un futuro, dada la alteración física de su estatus. Un peligro importante durante esta etapa consiste en que la cólera continuada pueda alejar al paciente tanto del personal sanitario como de la familia, en el momento que más ayuda necesita. Es necesaria una gran comprensión y sensibilidad en esta etapa. El problema principal de esta etapa esta en que el paciente quede permanentemente clasificado como colérico, hostil y no cooperativo, lo cual puede provocar una disminución en la calidad de los cuidados y la incapacidad por parte del personal médico para reconocer en el paciente una posterior evolución favorable en su carácter, comportamiento y motivación para la rehabilitación.

□ **Etapa de intento adaptativo:** pasada la etapa de protesta, el paciente intenta conseguir una adaptación generalmente manifestada por un exceso de interés en la rehabilitación física, dando una valoración que casi podríamos decir obsesiva al gimnasio, tomando el resto de la rehabilitación un papel secundario. Dado que generalmente las expectativas de recuperación no son muy ajustadas a la realidad en el tiempo de conseguirlas o en el grado de recuperación, esto lleva a tres posibles evoluciones: a) Vuelta a la etapa de

protesta o agresividad. b) Paso a la etapa depresiva. Estas dos supondrían un fracaso del intento adaptativo. c) Etapa adaptativa no pasando por la etapa depresiva. Esta última significaría un éxito del intento.

□ **Etapa depresiva:** captación subjetiva de la realidad, con una tendencia al polo negativo o pesimista, sin que el paciente vea salida. En esta etapa el paciente necesita más apoyo por parte del médico y del personal que le atiende, al igual que de su familia y amigos. En cierto momento de la rehabilitación se debe esperar la presencia de dicha depresión, cuyos síntomas de aparición podrían ser: pérdida de apetito, insomnio, pérdida de interés en actividades de ocio y placer, pérdida de energía y fatiga, sentimientos de culpa, de no valer para nada, de suicidio, disminución de la capacidad de concentración,... La ausencia de algún síntoma de depresión en un individuo con una lesión reciente sugiere que psicológicamente existe un fallo. Si la depresión es estrictamente reactiva se puede esperar que desaparezca con el tiempo y la comprensión. La depresión en pacientes con lesiones recientes se considera natural y legítima. En esta etapa el paciente requerirá mucha atención y comprensión por parte del equipo rehabilitador. Se debe permitir al paciente expresar y expresar sus sentimientos con el fin de facilitar el proceso depresivo. Por otra parte no está solo la expresión verbal de estos sentimientos, sino también mediante algunos síntomas psicósomáticos orgánicos. La depresión llevará al paciente a actitudes como no valorarse a sí mismo, no colaborar en la rehabilitación, miedo al futuro.

□ **Etapa de identificación:** se asume la limitación y se vive de forma positiva su realidad, desarrollando sus propias potencialidades y buscando soluciones a problemas concretos. Lo importante no es lo que queda sino lo



que hacemos con lo que nos queda. Estas etapas se suceden dentro de un proceso, el cual no siempre se concluye, pudiendo quedar el paciente fijado en cualquiera de ellas, o bien regresar a etapas anteriores que ya han sido superadas. Hay que señalar también que existe un paralelismo evolutivo de los familiares en estas etapas, aunque suele existir un desfase en el tiempo con respecto a la etapa que vive el paciente. Esto es debido a la gran rapidez del proceso en la familia, por conocimiento de la lesión y pronóstico de la misma.

El conocimiento de estas etapas es imprescindible para todas las personas que traten de alguna manera con este tipo de pacientes, a fin de comprenderlos mejor y facilitar su relación con ellos.

## **Accionar de Enfermería y Aplicación del Índice de Barthel a Pacientes Lesionados Medulares en la Clínica Raquimedular del CIREN**

*La enfermera constituye un eslabón importante del equipo multidisciplinario en la restauración neurológica, desempeñando múltiples funciones en su accionar en pacientes con lesiones medulares. Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo transversal de 30 pacientes con paraplejía postraumática ingresados en la Clínica de Lesiones Raquimedulares del Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN) en el período comprendido desde Noviembre del 2004 hasta Febrero del 2005. Se exponen las acciones de enfermería más utilizadas en estos pacientes usándose como instrumento de evaluación la aplicación del Índice de Barthel al ingreso y egreso. Se obtiene como resultado logros en la reeducación vesical de los pacientes, no se producen lesiones ni traumas en los mismos. Se crea una base de datos y la información se procesa, se plasman los resultados en gráficos para su mejor comprensión.*

### Introducción

La lesión de la médula espinal produce un cuadro incapacitante con alteraciones neurológicas. Se caracteriza por disturbios neurovegetativos de los segmentos corporales por debajo de la lesión, alteraciones de la motricidad y de la sensibilidad. Durante el *shock* medular la parálisis es flácida y después de resolución del choque medular se hace espástica.

Entre las causas externas que causan la lesión raquímedular tenemos los accidentes por arma de fuego, automovilísticos, caídas de altura e inmersión de cabeza en aguas poco profundas.

Aproximadamente en 3 a 10% de los casos, ocurre una segunda lesión por manipulación e inmovilización inadecuada del accidentado, por ausencia de un servicio de rescate especializado para la atención prehospitalaria.

La lesión de la médula espinal sucede a personas jóvenes, predominantemente del sexo masculino (5 hombres para 1 mujer), entre 18 y 40 años de edad. La principal etiología es traumática y su incidencia ha aumentado de manera significativa en los últimos 20 años.

La atención de manera segura y correcta de los lesionados medulares puede representar la dicotomía entre la vida y la muerte, entre la incapacidad leve temporal y la incapacidad grave permanente.

La mortalidad de personas con lesiones de la médula espinal es de 80 % en la vida militar y un poco menos en la vida civil. El pronóstico se ensombrece cuando la lesión tiene lugar en la región cervical superior debido a las complicaciones respiratorias que se producen. Las lesiones por debajo de C5, en cambio, tiene un mejor pronóstico, pero después ocurren complicaciones tardías como úlceras por presión e infección urinaria.

El descubrimiento de los antibióticos y el tratamiento mejorado del *shock* han hecho posible que estos pacientes sobrevivan al tratamiento inicial y puedan ser rehabilitados

Los cuidados de enfermería constituyen en el paciente parapléjico uno de los factores determinantes en el éxito del programa de neurorehabilitación que

tiene como objetivo que el paciente logre la mayor independencia y su inserción en la vida social.

Las metas de la rehabilitación de los pacientes están establecidas conjuntamente en el equipo multidisciplinario de atención formado por el médico, el enfermero, el rehabilitador y demás especialistas, con el paciente y su familia, considerando las expectativas de ellos.

En cuanto al personal de enfermería, es preciso que este vea a la persona con lesión medular en el contexto de la familia como alguien productivo y que precisa reinsertarse en la sociedad.

Aunque la tendencia de la investigación en enfermería en rehabilitación revela la predominancia de estudios clínicos que abordan cuantitativamente la incontinencia urinaria, la constipación intestinal, las úlceras por presión y la epidemiología del trauma, el referencial teórico y el escenario de las referidas investigaciones se remiten a las cuestiones de la inclusión social en el abordaje cualitativo del estilo de vida de estos pacientes.

El índice de Barthel es una medida ampliamente usada para medir el resultado funcional de la terapia que se ha utilizado en varios desórdenes neurológicos y sirve para establecer el grado de independencia del paciente. Es una escala extensamente usada con una alta validación de confiabilidad y de construcción. Abarca 10 acápites que miden el desempeño al comer, bañarse, vestirse, alimentarse, en la micción, en el control del intestino, de la vejiga, en las transferencias de la silla, la deambulaci3n y al subir la escalera. Una puntuaci3n m3xima de 100 es lo normal. Esta puede ser aplicada por cualquier profesional de la salud y su puntaje se puede obtener de discutir el cuestionario con el paciente, la familia o las enfermeras.

Al aplicar el índice de Barthel a estos pacientes en nuestra clínica se pone de manifiesto el grado de incapacidad de cada uno para realizar las diferentes actividades básicas de la vida diaria. Se le aplicó a 30 pacientes con paraplejía postraumática al ingreso y al egreso en la Clínica Raquimedular del CIREN. Se obtuvo como resultado que 9 pacientes eran independientes (tienen gran autovalencia), 10 tenían incapacidad moderada y 11 eran totalmente dependientes es decir con poco o ninguna autovalencia.

La labor de enfermería estuvo encaminada a apoyar al paciente de manera psicológica y emocional, lograr una reeducación vesical a través de la técnica de cateterismos intermitentes y de estimulación suprapúbica, pues algunos orinan por rebalse y pueden presentar infecciones urinarias a repetición, lo cual en un futuro puede causar daño renal.

Se les brindaron cuidados de la piel encaminados a evitar las úlceras por presión y se evitaron lesiones y traumas. Además se apoyó el tratamiento de neurorehabilitación, lo cual es importante para que tengan una mejor autovalencia garantizando así una mejor calidad de vida y que logren incorporarse de forma rápida a la vida social.

Al egreso se les aplicó nuevamente el índice de Barthel obteniéndose como resultado que 15 de ellos fueron evaluados como independientes, 12 pacientes mantuvieron una discapacidad moderada y solo 3 fueron evaluados como dependientes.

#### Acciones de enfermería

- Vigilar el estado neurológico del paciente.

- Se debe observar estrictamente la función respiratoria y la aparición de complicaciones como neumonía. Por esto es importante cambiar al paciente de posición frecuentemente y ordenarle que respire profundamente y tosa para que expulse las secreciones de las vías respiratorias. Si es necesario se le debe aplicar fisioterapia respiratoria.
- Observar la presencia de complicaciones potenciales en los pacientes como: tromboflebitis, hipotensión ortostática, hiperreflexia disautonómica
- Evaluar el grado de espasticidad.
- Vigilar la aparición de infecciones urinarias, respiratorias y úlceras por presión.
- Realizar movilizaciones articulares de los pacientes para evitar deformidades de las articulaciones.
- Realizar ejercicios pasivos para mantener los ángulos de movimiento, prevenir contracturas, mejorar la circulación y evitar la atrofia muscular.
- Observar las características y evolución del dolor neuropático, si lo presentan.
- Observar las características de la orina y las heces fecales y llevar una hoja de control miccional.
- Realizar y enseñar técnica de cateterismo intermitente. Cuando el paciente aprenda a realizarse el cateterismo, verificar que se realice la técnica de forma adecuada y en el tiempo requerido.
- Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia.
- Verificar que el paciente cumpla con la dieta indicada.

- Enseñar al paciente lesionado medular la forma de evaluar y registrar el ingreso de líquidos, hábitos de micción, volumen de orine residual después del sondeo y sus características.
- Brindarle confort y seguridad.
- Proteger de lesiones y traumas.
- Controlar temperatura del agua antes del baño para evitarle lesiones al paciente.
- Cooperar en las actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, acicalarse, alimentarse, etc.).
- Detectar presencia de trastornos disautonómicos y espinas irritativas que pueden incrementar la espasticidad.
- Orientar al paciente y su acompañante sobre: a) evitar la deambulación por terrenos irregulares y b) usar calzado adecuado, que no sea resbaladizo.
- Brindar orientación para la actividad sexual.

El paciente con lesión de la médula espinal necesita la asistencia de los miembros del equipo multidisciplinario para adquirir un nivel funcional mayor.

La enfermera constituye un eslabón importante del equipo multidisciplinario en la restauración neurológica desempeñando múltiples funciones con su accionar en pacientes que presentan lesiones medulares. El tratamiento de enfermería se orienta hacia la identificación de las necesidades concretas del paciente, el reconocimiento y la prevención de complicaciones, la asistencia del paciente para ayudarlo a adaptarse a sus incapacidades y la preparación del mismo para el programa activo de rehabilitación que cumplirá.

Al aplicar el índice de Barthel al ingreso se obtuvo como resultado que 9 pacientes eran independientes, 10 tenían incapacidad moderada y 11 eran totalmente dependientes, es decir con poca autovalencia o ninguna. Al egreso se les volvió a aplicar el índice de Barthel obteniéndose como resultado que 15 de ellos fueron evaluados como independientes es decir que lograron mejorar aún más su autovalencia, 12 pacientes mantuvieron una discapacidad moderada y sólo 3 fueron evaluados como dependientes.

### LESIÓN MEDULAR TRAUMÁTICA. CAUSAS EXTERNAS.

La incidencia de lesión de la médula espinal viene aumentando de manera significativa en los últimos 20 años.

En Brasil, aunque no hay datos epidemiológicos nacionales organizados, la incidencia de la lesión medular viene aumentando principalmente en los grandes centros urbanos.

La lesión de la medula espinal sucede a personas jóvenes, predominantemente del sexo masculino (5 hombres para 1 mujer), entre 18 y 40 años de edad, siendo la principal etiología, la lesión medular traumática.

Las causas externas que causan el TRM son accidentes por arma de fuego (FAF), accidentes automovilísticos o de tránsito, caídas de altura y lanzamiento desde gran altura en aguas poco profundas.

Cabe resaltar que las heridas penetrantes por armas de fuego producen lesiones graves con pérdida de sustancia, fístulas, infecciones y meningitis.



El proyectil causa daños a los tejidos por medio de tres mecanismos: directo con destrucción total de los tejidos nerviosos, ondas de choque, cavidades temporarias.

Es oportuno esclarecer que los accidentes por lanzamiento al agua en sitios de poca profundidad son comunes en el Brasil dada su exuberante hidrografía y clima caliente.

En cuanto a las caídas de altura, sobre todo en la región sudeste, estas están relacionadas con la construcción civil y con las construcciones artesanales en la periferia de la ciudad. También, accidentes domésticos como la caída del tejado, del muro, del árbol, son responsables de lesiones medulares.

Los accidentes de tránsito envuelven colisión entre vehículos y atropellamientos, principalmente en las metrópolis. El uso obligatorio del cinturón de seguridad trajo resultados más satisfactorios.

Actualmente, con el desarrollo creciente de deportes tradicionales y los considerados deportes radicales, hemos verificado la ocurrencia de trauma raquimedular entre atletas.

El aumento del número de personas con lesión medular traumática apunta para la urgente necesidad de instituir cuidados precoces volcados en la prevención de complicaciones decurrentes de la lesión neurológica.

## **SÍNDROME DE LESIÓN RAQUIMEDULAR Y EL PROCESO DE REHABILITACIÓN.**

La rehabilitación es un proceso, con comienzo, medio y fin, el cual busca el desarrollo de las capacidades restantes, frente a los límites impuestos por la deficiencia.

El trabajo en rehabilitación es esencialmente multi e interdisciplinario, holístico, enfocando el binomio paciente-familia y/o cuidador familiar.

Las metas para la rehabilitación de la persona con lesión medular son establecidas conjuntamente entre el enfermero y demás terapeutas con el paciente y su familia, considerando las expectativas de éste, el papel desempeñado en la familia y el estilo de vida del paciente.

Este proceso debe ser lo más precoz posible, con atención especial desde la fase prehospitolaria de asistencia con la manipulación e inmovilización adecuadas de la víctima, como en la fase aguda, después de la ocurrencia del trauma en el hospital.

La fase aguda de la lesión medular es relevante para la rehabilitación más tardía, ya que es en este momento que deben ser instituidos cuidados preventivos, evitando la formación de úlceras por presión por el eficaz cambio de decúbito, uso adecuado de recursos materiales que favorezcan los diferentes decúbitos y posicionamientos en el lecho y en la silla de ruedas. Se debe considerar que el enfermero debe conocer los factores de riesgo relacionados con las posibles complicaciones. Los factores de riesgo para la úlcera por presión en lesiones medulares son subsidios para la prevención de heridas. La totalidad de los pacientes con lesiones medulares, en rehabilitación y principalmente en la fase aguda de la lesión, presentan potencial perjuicio en la integridad de la piel, siendo los factores de riesgo: alteraciones de la

motricidad y sensibilidad, incontinencia urinaria, alteraciones en la tersura y en la elasticidad de la piel, historia previa de úlceras por presión.

La participación de la familia y del cuidador familiar es decisiva e importante en los cuidados preventivos, pues ellos señalizan al enfermero rehabilitador sus reales límites, posibilidades y su involucramiento con la rehabilitación general del paciente.

Tan importante como la mantención de la integridad de la piel es la prevención de deformidades de los segmentos paralizados, siendo necesaria la aplicación de los conocimientos de ergonomía, con vistas a la prescripción de silla de ruedas y del posicionamiento en el lecho.

Los disturbios vasomotores son otras importantes complicaciones de la lesión medular principalmente la trombosis venosa profunda (TVP).

Conocer los factores de riesgos ligados a los daños neurológicos de la lesión medular, aliado a la monitorización del pulso periférico y de las señales de la TVP, son fundamentales para la prevención y tratamiento de los disturbios vasomotores.

La hipotensión ortostática y la crisis autonómica reflexiva, son también alteraciones vasomotoras comunes, las cuales merecen atención especial del enfermero rehabilitador. La primera aparece cuando el paciente inicia la postura sentada ya en la fase aguda de la lesión medular, por la deficiencia del reflejo vasomotor que no mantiene niveles presóricos compatibles con una buena irrigación cerebral.

La elevación gradual del tronco, el uso de medias elásticas y fajas abdominales pueden prevenir la hipotensión ortostática.

La disreflexia autonómica es una manifestación decurrente de la liberación del sistema nervioso autónomo observada en las lesiones medulares encima del nivel torácico T5<sup>(10)</sup>. Se caracteriza por inicio súbito de cefalea y hipertensión arterial en pacientes con lesión encima de T6. Las causas más comunes son la distensión intestinal y vesical, úlcera por presión o cualquier estímulo nocivo. La remoción de la causa y el tratamiento de emergencia de la crisis hipertensiva son medidas seguras y adecuadas al control de la situación.

Investigaciones en enfermería sobre las alteraciones urinarias y fecales con vista al mejor control y adaptación fueron realizadas recientemente en San Pablo.

El enfermero rehabilitador debe, precozmente, implementar conductas de enfermería que componen la reeducación del paciente y cuidador para la eliminación urinaria y fecal.

La incontinencia urinaria es uno de los problemas mas frecuentes en los pacientes con lesión medular.

El papel expresivo del enfermero de rehabilitación viene siendo conducido por importantes investigaciones realizadas.

Un estudio realizado en Londrina (Paraná - Brasil) sobre la técnica limpia del autocateterismo vesical intermitente con lesionados medulares de ambos sexos, en sus domicilios, reveló que la mayoría de ellos no utiliza guantes tanto para introducir como retirar el catéter, que el 86,4% hacen la higiene de las manos con agua y jabón antes del procedimiento y el 81,82% después del mismo.

La mayoría de ellos (73,0%) reutiliza el catéter, siendo que 81,25% reutiliza hasta 30 veces el mismo catéter. La limpieza del catéter es hecha

predominantemente con agua, complementando con la ebullición y acondicionamiento en paño limpio.

Las alteraciones de la eliminación intestinal, también fueron investigadas por TONELLO (1999) y PADULA (2003), ambas investigadoras verificaron las respuestas de pacientes con lesión medular en rehabilitación, así como la aplicación de un Programa para la reeducación intestinal.

Siendo la constipación la alteración más frecuente, las investigaciones apuntan que el referido programa debe abordar el entrenamiento para el vaciamiento intestinal considerando “ patrón de horarios para evacuaciones, posicionamiento, sea en el vaso sanitario o en la cama, manipulación digital alrededor del ano, maniobra de Rosing, incentivo a la ingestión de líquidos y adecuación de la alimentación cuanto al tipo de alimento y horario para las refecciones.”

## **11. VOCABULARIO**

☺ **AVDH:** Actividades de la Vida Diaria Humanas

- ☺ **Columna vertebral:** Estructura flexible que forma el eje longitudinal del esqueleto. En el adulto, incluye 26 vértebras dispuestas en línea recta desde la base del cráneo hasta el cóccix. Las vértebras se encuentran separadas por los discos intervertebrales. En ellas se insertan diversos músculos, como el iliocostal dorsal y el dorsal largo, que proporcionan fuerza y flexibilidad a la columna. En el adulto, las cinco vértebras sacras y las cuatro coccígeas se fusionan para formar el sacro y el cóccix. El conducto vertebral discurre a lo largo de la columna vertebral y en su interior se encuentra la médula espinal. Este conducto está formado por los arcos posteriores de las vértebras.
- ☺ **Datos históricos:** antecedentes, son hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo
- ☺ **Datos objetivos:** están constituidos por información real, observable, se pueden medir por cualquier escala o instrumento.
- ☺ **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son los que expresa la persona. Lo dice sentir o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (Sentimientos).
- ☺ **Diagnóstico de Enfermería:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. Consta de tres partes, de acuerdo con el formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos / síntomas (S).
- ☺ **Diagnostico Alto Riesgo:** es un juicio clínico, de que es más probable que una persona sea más vulnerable a desarrollar el problema que otros en situación similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores de riesgo (E).
- ☺ **Diagnostico de bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. No contienen factores

relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es una persona que comprenda que, puede lograr un nivel funcional más elevado si lo desea o sí, es capaz.

- ☺ **Diagnostico Posible:** son enunciados que describen un problema que se sospecha, por lo cual se necesitan datos adicionales y la enfermera debe confirmar o excluir.
- ☺ **Diagnostico Real:** el problema es actual y las manifestaciones son observables.
- ☺ **Entorno:** Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo
- ☺ **Hemiplejía:** parálisis de una pierna y un brazo del mismo lado.
- ☺ **L.M.E** Lesión de Médula Espinal
- ☺ **Lesión medular.** La médula espinal es una parte del SNC que se encuentra organizada en forma fija intervando los miembros y el tronco de manera segmental a través de 31 pares de nervios espinales.
- ☺ **Medula espinal :** Estructura larga casi cilíndrica, alojada en el conducto vertebral y que se extiende desde el agujero magno en la base del cráneo hasta la parte superior de la región lumbar. Componente importante del sistema nervioso central, la médula del adulto tiene un diámetro aproximado de 1 cm, con una longitud media de 42 a 45 cm y un peso de 30 g. La médula conduce impulsos sensitivos y motores al encéfalo y desde el encéfalo y controla numerosos reflejos. En la médula tienen su origen 31 nervios raquídeos: 8 cervicales, 12 dorsales, 5 lumbares, 5 sacros y 1 coccígeo. Tiene un núcleo central de sustancia gris formado principalmente por células nerviosas, y está rodeada por tres membranas protectoras (meninges): duramadre, aracnoides y

piamadre. La médula es una prolongación del bulbo raquídeo y termina cerca de la tercera vértebra lumbar.

- ☺ **Monoplejía:** parálisis limitada a un solo miembro.
- ☺ **Paraparesia:** igual que la anterior pero solo afecta a las extremidades inferiores.
- ☺ **Paraplejía incompleta:** igual que la anterior, pero solo afecta a los miembros inferiores.
- ☺ **Paraplejía:** Se emplea comúnmente para designar la parálisis de miembros inferiores, pero sería más correcto la parálisis más o menos completa de las partes simétricas. El parapléjico es una persona que sufre una parálisis de la musculatura situada por debajo de la lesión medular, con pérdida de sensibilidad al tacto, al dolor, al calor y una pérdida de las funciones vegetativas (vejiga, intestino, función sexual,...). Sus causas pueden ser desde traumatismos vertebrales y craneo encefálicos, hasta infecciones y tumores. Dentro de los pacientes parapléjicos podemos distinguir dos tipos, según la altura de la lesión. Son:
  - **Paraplejía:** parálisis bilateral de las extremidades inferiores. Según la altura de la lesión puede extenderse a gran parte del tronco, pelvis, piernas y pies.
  - **Tetraplejía:** afecta a las cuatro extremidades. La médula espinal se halla lesionada a nivel de la columna cervical.
- ☺ **Persona:** Individuo que necesita asistencia para alcanzar salud de independencia o una muerte tranquila, el paciente y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal, física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables.
- ☺ **Rol Profesional:** Acciones que lleva a cabo la enfermera, actuando según el nivel de dependencia identificados en el paciente.



- ☺ **Salud:** Es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con mayor efectividad y alcanzar el nivel mas alto de satisfacción en la vida.
- ☺ **Tetraparesia:** lesión no completa que afecta solamente a algún grupo muscular en las cuatro extremidades, pero no así a la sensibilidad.
- ☺ **Tetraplejia incompleta:** la lesión no es completa y solo están afectados algunos grupos musculares de las cuatro extremidades.

### 13. BIBLIOGRAFÍA

- ❑ Alfaro Rosa Linda. **Aplicación del proceso de enfermería guía práctica**, Segunda Edición Mosby-Doyma, 1992.
- ❑ Brunner Y Suddarth, **Manual de la enfermera**, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 2002.
- ❑ Brunner Y Suddarth, **Tratado De Enfermería Medico Quirúrgica**, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 2002.
- ❑ Brunner, R. Nancy, **Ortopedia para enfermeras, sistema de postgrado**, Ed. LIMUSA, México, 1987
- ❑ García, González, Maria de Jesús, **El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson**, propuesta para la enseñanza y la practica de enfermería. Ed progreso, México, 1997
- ❑ <http://cientec.or.cr/equidad/nightingale.htm>
- ❑ [http://html.rincondelvago.com/lesiones-medulares\\_1.html](http://html.rincondelvago.com/lesiones-medulares_1.html)
- ❑ <http://www.aibarra.org/apuntes/Historia/default.htm>
- ❑ <http://www.efdeportes.com/efd73/cervical.htm>
- ❑ <http://www.medwave.cl/enfermeria/2005/noviembre/1.act>
- ❑ <http://www.sermef.es/historia.htm>
- ❑ <http://www.surmefi.org.uy/historia.htm>
- ❑ <http://www.um.es/eglobal/3/03b07.html>
- ❑ Hughes, Sean, **Ortopedia y traumatología**, Ed. Salvat, Barcelona,1990.
- ❑ Kossier Bárbara, **Enfermería Fundamental**, Interamericana Mc Graw-Hill, ed. 4°, España, 1993
- ❑ Koziar, Bárbara, **Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y practica**, 7ª. Edición Vol. 1 Ed. Mc Graw-Hill / Interamericana, España, 2005
- ❑ Marriner, TA, Raile, **AM. Modelos y teorías de enfermería**. 4ª Edic. Editorial Harcourt Brace, España, 1999. 555 pp.
- ❑ Mosby **Diccionario CD**, 2002
- ❑ NANDA. **Diagnósticos Enfermero definiciones y clasificación 2005–2006**, Elsevier, Madrid, España 2006.

- ☐ Personal Sanitario de la Unidad del Lesionado Medular Hospital Asepeyo Coslada, **Enfermería y Lesionado Medular, un texto sencillo para un cuidado complejo**, Coslada, Madrid 2002
- ☐ Rosales Barrera S. Y Reyes Gómez E. **Fundamentos de Enfermería**, Manual Moderno, 2004.
- ☐ Rosales, B. Susana, **Fundamentos de enfermería**, 2<sup>a</sup>. Edición, el manual moderno, 1999.
- ☐ Ruth Striker, **Enfermería de Rehabilitación** Ed. Interamericana, México, 1974
- ☐ Siles, José, **historia de la enfermería**, Ed. Aguaclara, 1999.
- ☐ Valls, Jorge E. **Ortopedia y traumatología**, Ed El ateneo, México, 1986