



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería



Proceso de Enfermería con el referente teórico de Dorothea E. Orem aplicado a un
Adulto Mayor con Escoliosis Dorso Lumbar

Que para obtener el título de Licenciado en Enfermería

Presentado:

Eunice Chávez Martínez

Asesor:

M.E. Ana Celia Anguiano Morán

Morelia, Mich; Enero 2014.

DIRECTIVOS

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Directora

M.E. Ruth Pérez Guerrero

Secretaria Académica

M.C.E. Roberto Martínez Arenas

Secretario Académico

MESA: SINODAL

Asesor: M.E. Ana Celia Anguiano Morán

Vocal 1: M.E. Azucena Lizalde Hernández

Vocal 2: Dra. Ma. Elizabeth Medina Castro

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A MIS PADRES: A mis Padres, a quienes les debo la vida, les agradezco el cariño y su comprensión, a ustedes quienes han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante buscando siempre el mejor camino.

A MI ASESOR: Maestra Ana Celia Anguiano Morán, por su apoyo y tiempo que me dedico, y por los conocimientos que me transmitió para poder realizar este trabajo tan importante para mí, el Proceso de Enfermería, y así poder cumplir una de mis metas titularme.

DEDICATORIA

A MIS PADRES: Por estar siempre a mi lado cuando más los necesito en los momentos buenos y malos de mi vida, y por siempre mostrarme su amor y apoyo incondicional.

A MI HERMANA: Por formar parte de lo más hermoso que tengo mi familia, por comprenderme, por los consejos, por todo su amor y por ser una de las personas más importantes para mí.

ÍNDICE

RESUMEN

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
I. JUSTIFICACIÓN	3
II. OBJETIVOS.....	5
2.1 OBJETIVO GENERAL:	5
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:	5
III. METODOLOGÍA	6
IV. CASO CLÍNICO	7
V. MARCO TEÓRICO.....	9
5.1 PROCESO DE ENFERMERÍA	9
5.2 TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM	13
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO	14
DEMANDA DE AUTOCUIDADO	14
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	15
REQUISITOS DEL DESARROLLO	16
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD	16
TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	17
TEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA.....	18
5.3 “TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM, APLICADO A UN ADULTO MAYOR CON ESCOLIOSIS DORSO LUMBAR”	21
ADAPTACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA. E. OREM A UN ADULTO MAYOR CON ESCOLIOSIS DORSO LUMBAR.....	27
5.4 ADULTO MAYOR	28
5.5 ESCOLIOSIS.....	37
5.6 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	49
VI. APLICACIÓN DEL PROCESO	51
6.1 AGRUPACIÓN DE DATOS.....	51
6.2 RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO	53
6.3 PLANES DE CUIDADOS	54
VII. CONCLUSIONES.....	62
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

IX. BIBLIOGRAFÍA	65
X. GLOSARIO DE TÉRMINOS	66
XI. ANEXOS	75

RESUMEN

La Enfermería ciencia humana práctica cuenta con teorías y modelos. El Proceso de Enfermería, es un método científico que incluye técnicas y procedimientos particulares dirigidos al cuidado de la salud y de las personas. En este trabajo se toma como referente teórico a Dorothea E. Orem con su Teoría General del Déficit de Autocuidado, aplicado a un Adulto Mayor con Escoliosis Dorso Lumbar, ya que es un padecimiento poco común, y del cual hay escasa información bibliográfica e insuficientes especialistas, presentándose con mayor frecuencia en niños y adolescentes. No existe una etiología única ya que es multifactorial, por lo que el tratamiento es multidisciplinario. Se puede decir que es un padecimiento crónico degenerativo postural caracterizado por una curvatura anormal de la columna vertebral que deforma la apariencia física e incapacita a la persona en forma importante produciendo cansancio crónico progresivo, que si no es atendido oportunamente ocasiona una mala calidad de vida y provocar complicaciones que pone en riesgo su vida. Por medio del Proceso de Enfermería se desarrollaron y aplicaron las cinco etapas que lo conforman como es la valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación dirigidas al paciente Adulto Mayor con Escoliosis Dorso Lumbar.

Palabras Claves: Dorothea E. Orem, Escoliosis Dorso Lumbar, Proceso , Método, Geriatría.

ABSTRACT

Nursing practice has human science theories and models. The nursing process is a scientific method which includes specific techniques and procedures aimed at health care and people. This paper takes as a theoretical reference to Dorothea E. Orem with his General Theory of Self-Care Deficit , applied to a Senior Dorso Lumbar Scoliosis , as it is a rare condition , and of which there is little literature and insufficient information specialists , occurring most often in children and adolescents. There is no single etiology is multifactorial as therefore is multidisciplinary treatment. You can say it is a postural degenerative chronic condition characterized by an abnormal curvature of the spine that deformed physical appearance and incapacitates the person as important producing chronic progressive fatigue , which if not addressed timely results in poor quality of life and cause complications threatening her life. Through the Nursing Process developed and implemented the five stages that make it as is the assessment, nursing diagnosis, planning, implementing and evaluating patient-directed Senior Dorso Lumbar Scoliosis.

Key Words: Dorothea E. Orem, Back Lumbar scoliosis, Process, method, Geriatrics.



INTRODUCCIÓN

La Enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos. La Enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo pasado y posee un cuerpo teórico conceptual propio, que sustenta sus principios y objetivos, y que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica; posee además, un método científico propio de actuación el Proceso de Atención de Enfermería que incluye técnicas y procedimientos particulares, dirigidos al cuidado de la salud de las personas. El Proceso de Atención de Enfermería se divide en cinco etapas importantes en el desarrollo y presentación del trabajo inicia con una valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución, y finalmente una evaluación. El propósito fundamental de desarrollar el trabajo es para tener los conocimientos necesarios y aptitudes para poder brindar una atención personalizada y de calidad al paciente

El trabajo realizado es sobre un Adulto Mayor con Escoliosis Dorso Lumbar, por medio de la metodología del proceso atención de enfermería con la referente teórica de Dorothea E. Orem y su Teoría General del Déficit de Autocuidado. Este padecimiento es poco común ya que en la mayoría de los casos se presenta en niños y adolescentes y en muy bajo porcentaje en el adulto mayor por lo que hay



poca investigación, por eso el motivo de realizar el trabajo ya que como profesionales de la salud es importante tener un amplio conocimiento sobre diferentes padecimientos que puedan presentarse en nuestra vida profesional.



I. JUSTIFICACIÓN

La Escoliosis en el Adulto Mayor es una patología que se presenta con menos frecuencia a diferencia de otras enfermedades como la diabetes, hipertensión y obesidad, razón por la que poco personal de salud se especializa en el cuidado y tratamiento de esta enfermedad. Sin embargo se considera que como profesionales de la salud se tiene la obligación de entender ya sea desde su etiología, tratamiento, rehabilitación y sobre todo el aspecto preventivo que se tendrá que actuar en algún momento del ejercicio profesional (enfermería).

Como estadísticas referenciales se mencionan lo siguiente, que aproximadamente un 10% de la población mundial presenta una leve asimetría del tronco, que puede considerarse una variante de la normalidad. Las curvas de más de 10° grados se consideran anormales; y cuando esto se presenta en niños en crecimiento puede progresar ocasionando problemas funcionales y estéticos muy importantes. Ya en forma particular referente al trabajo que se presenta del Adulto Mayor con Escoliosis, las estadísticas dicen que bajan considerablemente hasta un 2.5 %. En general la enfermedad se manifiesta con mayor frecuencia en el sexo femenino. No existen datos exactos para poder emitir un porcentaje referente a la incidencia de este padecimiento en México pues las cifras fluctúan entre 1.5 a 2%; respecto al porcentaje estatal tienden a bajar importantemente 1 a 1.5%, (Souhard, Ollier, 2002). De acuerdo al porcentaje local no existe información confiable.



Sin lugar a dudas uno de los impactos más trascendentes de esta enfermedad es en lo físico ya que se ve disminuido su rendimiento, y su apariencia física alterada por la curvatura de la espalda.

En lo cultural es poca la participación, y no se modifica debido a la enfermedad.

Referente a lo espiritual no existen cambios por motivos de la enfermedad.

En lo social lo afecta al volverse sedentario, con escaso rose social y hasta familiar.

En lo económico presenta cierta desventaja por falta de redimiendo físico a causa de su problema.



II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Mejorar las condiciones de vida del Adulto Mayor con Escoliosis Dorso Lumbar para ofrecer mayores posibilidades de comprensión y bienestar en el proceso de la enfermedad.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Proporcionar información y orientación sobre su estado de salud y aclarar cualquier duda que pueda tener sobre el proceso de la enfermedad.
- Conocer el tratamiento más actual y adecuado que existe para esta patología. Para establecer un plan de cuidados específicos al paciente.
- Elaborar un plan de intervención de enfermería a través de la metodología del proceso atención enfermería, sustentado en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem para atender los problemas que se presenten.
- Mencionar la importancia de las acciones que puede realizar para contribuir en el beneficio de su salud.
- Apoyar y ofrecer confianza en el tratamiento que este indicado.



III. METODOLOGÍA

El presente trabajo Proceso de Enfermería con el referente teórico de Dorothea E. da inicio en el 2011, para lo cual determine un paciente masculino, Adulto Mayor con un problema evidente postural (Escoliosis), las razones son las siguientes: porque se trata de un familiar, me parece poco común esta afección y por qué es importante saber más sobre la enfermedad y así poder ayudar a las personas que tengan este problema. Se informó al paciente sobre si aceptaba participar en el proceso, así como los beneficios que obtendría, se le proporciono el documento de Consentimiento Informado (ver Anexo. 1) en donde firma que está de acuerdo. Se prosiguió a realizar la valoración basada en una guía (ver Anexo. 2) de Dorothea E. Orem. Posteriormente en el marco teórico se describe el proceso de enfermería y sus etapas que comprende, además de la Teoría General de Déficit de Autocuidado de Dorothea E .Orem y sus componentes, también incluye la aplicación de esta teoría al Adulto Mayor con Escoliosis Dorso Lumbar, el concepto de escoliosis y adulto mayor y finalmente la historia natural de la enfermedad. La siguiente etapa es la aplicación del proceso, el paciente informa haber estado en tratamiento para la escoliosis, pero mismo que abandono por sentir poca mejoría y desidia. Este apartado consta de agrupación de datos, razonamiento diagnóstico, planes de cuidados incluyendo intervenciones y resultados, utilizando la Taxonomía de N.A.N.D.A. Una vez concluida la metodología se solicitó la autorización para trámites administrativos y concluir con el trabajo presentado.



IV. CASO CLÍNICO

A.CHZ.M. Masculino, de 69 años, soltero, católico, campesino, actualmente vive en el municipio de Charo, Michoacán, con escolaridad hasta 3º de primaria, no tiene hijos. Padre fallecido a los 77 años de probable peritonitis, madre fallecida a los 85 años, de edad, de accidente vascular cerebral, tercer hijo de 6 hermanos, dos con diabetes mellitus del adulto mayor, y una hermana fallecida de probable cáncer ganglionar. No recuerda haber padecido las infectocontagiosas de la infancia, no hay más datos. No refiere antecedentes patológicos. Cuenta con casa propia, construida de ladrillos, cuenta con los servicios básicos de vivienda y urbanización, el rol que ocupa en la familia es de hermano y tío, vive con su hermano y familia, buena relación y convivencia con la familia pero no social, trabaja de 10am- 5pm de lunes a sábado, su nivel económico es medio. Su alimentación es buena en calidad y cantidad, ingiere alrededor de 1500- 2000ml al día de agua de garrafón no presenta problemas de masticación, Por lo regular evacua de una a dos vez al día sin dificultad. Diuresis, frecuencia y urgencia aumentada por las noches con algo de dolor ocasionalmente. Además muestra estudio de antígeno específico de próstata resultado 5.66ng/ml con valor de referencia de 0-4ng/ml. Duerme de 6 a 7 horas, y cuando despierta refiere que se siente cansado, pero no es porque no pueda conciliar el sueño, sino que ha cambiado su patrón de sueño, a causa de la disuria y urgencia urinaria así como el dolor de espalda, no acostumbra a tomar siestas. No presenta problemas visuales ni auditivos, al observarse se muestra con algo de timidez. Inicia su padecimiento actual hace tres años, el cual se manifiesta con cierta fatiga, e imposibilidad, para



realizar ciertos trabajos, sobre todo para cargar objetos, encorvamiento de la espalda, cansancio en la región lumbar tras haber estado sentado o de pie por largo periodo, que le impiden, un poco realizar sus actividades cotidianas, posteriormente, se agrega dolor, por lo que fue necesario acudir al servicio médico de la secretaria de salud centro de salud de Charo, Mich; y que posteriormente fue canalizado al “ Hospital Civil” Dr. Miguel Silva, en la ciudad de Morelia, donde fue atendido en primera estancia por el médico general, el cual lo transferido al médico especialista en traumatología y ortopedia G.F.C. indicándole tratamiento médico que consistía en pregabalina de 75mg tomar una cada 12hrs vía oral, ibuprofeno de 400mg una cada 12hrs vía oral, complejo B tabletas tomar una al día también se le indico radiografía de columna y cadera APE (antero posterior de columna) , y lateral de cadera dándole como diagnostico medico : Escoliosis Dorso Lumbar en el Adulto Mayor. Posteriormente fue canalizado con el Dr. C.L.A. Que es especialista en medicina física y rehabilitación, indicando un corsé de Tinor, además del Doloneurobiòn una ampolleta diaria por 5 días, Aspirina protec de 100mg una tableta diaria por tres meses, e indicándole rehabilitación que consiste en la Termoterapia y la Electro estimulación cada tercer día en el sistema DIF de Charo, Mich;

Presenta dextrostix: 87mg-dl, T-A: 130-80mmHg, FC: 65x, Tem: 36.1º C, Peso: 53.500, Talla: 1.62mts, IMC: 20.4 *Actualmente hace aproximadamente cinco meses que dejo de su tratamiento médico y de rehabilitación, refiere que es porque sintió poca mejoría en su enfermedad y por desidia.



V. MARCO TEÓRICO

5.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería es un método por el cual se analiza al individuo, a la familia y la comunidad, incluyendo su entorno, de una manera ordenada y sistemática, para poder planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. El proceso de atención de enfermería (PAE) se utiliza una metodología que exige al profesional de enfermería conocimientos en las áreas de las ciencias biológicas, sociales y de comportamiento y, además habilidades para poder valorar, decidir, realizar y evaluar la respuesta humana del sujeto de atención hasta que alcance su potencial máximo de salud.

La importancia del proceso de enfermería es de asegurar la calidad de atención del individuo, familia y comunidad, por ser un método en el que se analiza ordenadamente los aspectos de la salud que están alterados para poder intervenir y luego evaluar el impacto de la intervención de enfermería. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.

El proceso se organiza en cinco fases cíclicas interrelacionadas y progresivas:

*Valoración: Consiste en la recolección de los datos de la salud de las personas, familia o comunidad de forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería: mediante esta fase se puede identificar problemas reales o potenciales de individuos o grupos y permite plantear los



logros que se requieren en el futuro. La valoración se logra a través de las siguientes etapas:

- Recolección de información
- Registro de los datos obtenidos
- Información general
- Motivo de consulta
- Resumen de la historia clínica médica
- Antecedentes familiares
- Medicación
- Patrones de la vida diaria
- Examen físico

*Diagnóstico de enfermería: Es el enunciado el problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería. El diagnóstico de enfermería se puede considerar tres puntos de vista:

+El diagnóstico como definición: Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de intervenciones del campo de enfermería.



No se puede proponer un plan de acción si antes no se ha clarificado el diagnóstico. El diagnóstico de enfermería no es una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico, ni un tratamiento de enfermería.

+El diagnostico como proceso: Se refiere a la serie de operaciones cognoscitivas que el profesional lleva a cabo conscientemente para que mediante el procesamiento de datos que ha obtenido en la valoración, pueda llegar al punto culminante del diagnóstico o problema.

+El diagnostico como categoría: Este se refiere a los conceptos problemas de salud identificados en los pacientes. Las categorías representan los signos y síntomas típicos de un problema de salud y al mismo tiempo, son un medio para ordenar y codificar datos clínicos.

*Planteamiento del cuidado: La planeación de atención de enfermería incluye las siguientes etapas:

-Establecimiento de prioridades: La determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos.

-Formulación de los resultados esperados: Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.



Los resultados esperados, o metas deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y medibles, además de estar limitadas en tiempo a corto o largo plazo, y ser ajustadas a la realidad.

Las metas pueden abarcar múltiples aspectos de las respuestas humanas (como aspecto físico y funciones del cuerpo), los síntomas, los conocimientos, las habilidades psicomotrices y los sentimientos o estados emocionales.

-Formulación de las intervenciones de enfermería: Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema, o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos: acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería. Las intervenciones tienen que ser específicas e individualizadas, tienen el propósito de dirigir el cuidado que el personal de enfermería da.

-Registro del plan de cuidados.

*Ejecución: Esta etapa se refiere a todas las actividades que la enfermera desarrolla con el paciente y para el paciente con el fin de lograr los resultados esperados. La ejecución consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recolección de datos.

*Evaluación: Última fase, es la evaluación. Esta etapa es un proceso continuo, que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería.



Consiste en la comparación sistemática y planteada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: la evaluación de logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención (De Elorza, Lozada, Niño, 2006).

5.2 TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

Esta teoría tiene como origen la finalidad propia de la enfermería, a saber: “los seres humanos están sometidos a limitaciones a causa de su salud y la enfermera se relaciona con ello para que la persona se ocupe de su cuidado” (Orem, 1993 pag.423).

El objetivo de la Teoría General del Déficit de Autocuidado es exponer posibles relaciones desde la perspectiva de la enfermera para proporcionar cuidados, consecuentemente se constituye en un marco de trabajo para la disciplina ya que identifica variables sobre las relaciones de la persona, el ambiente y la enfermería a partir de la salud. Por lo anterior, se considera una teoría de tipo descriptivo-explicativo.

Orem desarrollo su teoría a partir de los cuatro elementos paradigmáticos de la enfermería: persona, salud, enfermería y entorno.

Se define persona como la unidad sustancial cuyas partes están formadas para la perfección y tiende a diferenciarse de otros durante todo su proceso de desarrollo.



La salud es el estado de integridad y bienestar de la persona durante su crecimiento y desarrollo. Por su parte, entorno implica las condiciones ambientales (psicológicas y físicas) que motivan a la persona a reorientar su conducta hacia las prácticas de salud. La enfermería se establece como un servicio humano de cuidado, cuya acción se traduce en beneficio para la persona.

La Teoría General del Déficit de Autocuidado está constituida por tres subteorías:

La Teoría del autocuidado, Teoría del Déficit de autocuidado, Teoría de Sistemas de Enfermería

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado es una acción propia de las personas maduras o en proceso de maduración, misma que han desarrollado a partir de las capacidades para cuidar de sí mismos en sus condiciones ambientales (Orem, 1993). Tiene como propósito que dicha acción se realice de manera afectiva y eficaz por la propia persona en favor de sí mismo, permitiendo con ello el desarrollo y funcionamiento humano.

A partir de este supuesto se sustenta la Teoría de Autocuidado, misma que incluye conceptos como el agente de autocuidado que se refiere a cualquier persona que se provee de autocuidado.

DEMANDA DE AUTOCUIDADO

Una vez que el individuo ha reconocido sus necesidades, su incapacidad de autocuidado o ambas, se activa la demanda de autocuidado y hace necesaria la intervención de la enfermería, misma que se ve determinada por factores



condicionantes básicos se refieren a las características de todo individuo que incluyen propiedades específicas, las cuales son afectadas por factores ambientales y humanos y son : edad, sexo, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos, estado de desarrollo, estado de salud, factores del sistema familiar (diagnóstico y tratamiento), factores del sistema familiar (composición/rol/relación), patrón de vida, en actividades en las que se ocupa regularmente, orientación sociocultural. La intervención implica la valoración de tres aspectos, estos son los requisitos de autocuidado componentes principales del modelo, también constituyen una parte importante de la valoración del paciente y estos son:

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

Son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas de su ciclo vital y atienden aspectos de edad, sexo, estado de desarrollo, factores ambientales etc. En total son ocho, siendo los siguientes:

- ✓ Mantenimiento de un aporte de aire suficiente
- ✓ Mantenimiento de un aporte de agua suficiente
- ✓ Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente
- ✓ Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción
- ✓ Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
- ✓ Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción
- ✓ Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano



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

Estos requisitos generan acciones que producen condiciones internas y externas que mantienen la estructura y el funcionamiento humano, los cuales a su vez apoyan al desarrollo y maduración.

REQUISITOS DEL DESARROLLO

Están asociados con los procesos de desarrollo humano así como con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital, eventos que pueden afectar adversamente el desarrollo.

Los requisitos de desarrollo son expresiones especializadas de los universales, que han sido particularizados para los procesos de desarrollo o son nuevos, derivados de una condición (p. ej., el embarazo) o asociados a un acontecimiento (p. ej., la pérdida del cónyuge o de un pariente).

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD

Son los que existen para personas que están enfermas o lesionadas, con defectos de constitución corporal, que tienen enfermedades específicas incluyendo malformaciones e incapacidades pero, además están bajo diagnóstico y tratamiento médico.



TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Es el elemento crítico de la teoría, tiene su origen en la finalidad propia de saber cómo los seres humanos son sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella, pueden ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente. Todas las limitaciones de las personas para desempeñar conductas prácticas dentro de su dominio y límites están asociadas con las limitaciones de acción relacionadas con la salud. Éstas los hacen completamente o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes de cuidado para manejar de alguna manera los factores reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo, así como de las personas que dependen de ellos (Ostiguín, Velázquez, 2001).

En la Teoría del Déficit de Autocuidado hay elementos importantes y son:

- Agente de autocuidado: Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

La capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado recibe el nombre de agencia de autocuidado. La agencia de autocuidado existe en forma desarrollada o en proceso de desarrollo.

Se considera que los individuos que saben cómo satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros casos, la agencia de autocuidado esta aun en desarrollándose, como en los niños cuando se les está enseñando el control esfínteriano. En tercer lugar, los individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que, sin embargo, no funcione. Por



ejemplo, una persona puede darse cuenta de que necesita ayuda, ser capaz de buscarla, pero no preferir no hacerlo a causa del temor o la ansiedad.

- Agente de cuidado dependiente: Orem reconoce que hay situaciones en las que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería (Cavanagh, 1993).
- Agencia de autocuidado: Se refiere al acto de conocer y realizar acciones para el cuidado de la salud de forma de liberada. Esto lo lleva a cabo tanto el agente de cuidado dependiente como el agente de autocuidado.
- Demanda de autocuidado terapéutico: Es una entidad construida objetivamente sobre la información que describe a un individuo en cuanto aspectos funcionales, estructurales y de desarrollo; inicia al terminar el requisito de autocuidado comprometido para prescribir la acción del mismo a través de la agencia de autocuidado terapéutico; para el caso, la persona es un profesional de la enfermería.

TEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Marca las pautas que implementan las formas de intervención, en tanto que refiere una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de la persona para regular sus acciones de autocuidado (Ostiguín, Velázquez, 2001).



Esta teoría se subdivide en tres sistemas:

- **Apoyo educativo:** Este sistema de enfermería sería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería; a veces esto puede significar simplemente alentarlos. El sistema puede requerir que la enfermera enseñe al paciente, o que modifique el entorno para ayudar al aprendizaje, quizá reduciendo las distracciones innecesarias. La enfermera puede tener un papel de consultora si sólo requiere información periódica o actualización. El papel de la enfermera en el sistema de enfermería de apoyo educativo es principalmente el de regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado, mientras que el propio paciente realiza su autocuidado.
- **Parcialmente compensatorio:** Este tipo de sistema de enfermería no requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.
- **Totalmente compensatorio:** Tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente.



Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad (Cavanagh, 1993).



5.3 “TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM, APLICADO A UN ADULTO MAYOR CON ESCOLIOSIS DORSO LUMBAR”

Esta Teoría tiene como propósito propio de la enfermera a saber “Los seres humanos están sometidos a limitaciones a causa de su salud y la enfermera debe relacionarse con ello para que la persona se ocupe de su cuidado” (Orem, 1993 pag.423).

Esta gran teoría general, está constituida por tres subteorías: La teoría del autocuidado, Teoría del déficit de autocuidado y Teoría de sistemas de enfermería. De las cuales se tomaron dos la de Teoría del autocuidado y Teoría de sistemas de enfermería, para trabajar y aplicarlas de acuerdo al trabajo que se presenta.

*Teoría del Autocuidado

Se basa en que las personas maduras o en proceso de maduración tiene la capacidad de cuidarse de sí mismos en su ambiente permitiendo con ello su desarrollo y funcionamiento humano. Aplicando la Teoría del Autocuidado al paciente, el realiza sus actividades básicas fundamentales de existencia, así como las actividades de trabajo aunque con algo de dificultad.

*Agente de Autocuidado

Según Orem se refiere a cualquier persona que se provee cuidado. El paciente ejerce al agente de autocuidado ya que a pesar de que tiene dificultades para



realizar algunas de las actividades las lleva acabo como bañarse, vestirse, comer, etc. No ocupa la ayuda de otra persona.

***Demanda de Autocuidado**

Una vez que ha reconocido sus necesidades su incapacidad de autocuidado se activa la demanda de autocuidado y hace necesaria la intervención de la enfermería, esta se va determinar por los factores condicionantes básicos que son las características de todo individuo estas incluyen propiedades especificas las cuales están afectadas por factores ambientales o humanos (Ostiguín, Velázquez, 2001).

Se trata de un Adulto Mayor de sexo masculino, campesino, soltero, menciona que aproximadamente hace cinco años que inicio su padecimiento Escoliosis, aunado a la edad, esto ha ocasionado disminución en sus capacidades de autocuidado, como también cambios importantes y ha traído como consecuencia alteraciones en el patrón del sueño, eliminación urinaria, cansancio, dolor de espalda, estrés, cierta vergüenza y timidez, por el encorvamiento de su espalda, dudas y miedo sobre lo que está sucediendo.

***Agente de Autocuidado Terapéutico**

Se menciona que la enfermera representa al agente de autocuidado terapéutico, por que entra en acción cuando la persona genera demandas de autocuidado terapéutico es decir cuando sabe que requiere un tratamiento por parte de una persona, de los profesionales de la salud. El paciente expresa que ha notado



cambios en su estado de salud y esto le preocupa, es por eso que decide acudir al servicio médico, para recibir información, ayuda y orientación para mejorar su salud. Nuestro deber como profesionales de la salud es informar a la persona sobre los cambios y complicaciones que puedan presentarse ocasionados por su enfermedad, así como los cambios fisiológicos propios del envejecimiento y aclarar cualquier duda que se presente, esto para que comprenda lo que le está sucediendo en el transcurso de la enfermedad, en este caso de la Escoliosis, así como ayudar a la persona por medio de un diagnóstico médico, tratamiento más actual y adecuado y en nuestro caso más específico de la enfermería por medio del método del proceso de enfermería con la referente teórica Dorothea E. Orem, brindar un diagnóstico de enfermería e intervenciones de enfermería y ofrecer apoyo necesario en la rehabilitación y tratamiento indicado.

**Requisitos de Autocuidado en la desviación de la Salud*

Son los que existen para personas que están enfermas o lesionadas, con defectos de constitución corporal, que tienen enfermedades específicas incluyendo malformaciones e incapacidades pero además están bajo diagnóstico y tratamiento médico (Ostiguín, Velázquez, 2001).

Dentro de estos requisitos de autocuidado en la desviación de la salud el paciente tiene demandas adicionales de cuidado.

-Buscar y asegurar ayuda médica apropiada en la exposición a condiciones ambientales.



-Estar consciente de los defectos y resultados en las condiciones y estados patológicos.

-Realizar las medidas diagnosticas terapéuticas y rehabilitación prescrita.

-Estar consciente de los efectos molestos y negativos de las medidas realizadas o prescritas.

-Modificar el auto concepto.

-Aprender a vivir con los efectos de condiciones o estados patológicos así como efectos del diagnóstico y tratamiento (Cavanagh, 1993).

El paciente acudió al servicio médico “Hospital Civil Dr. Miguel Silva”, en Morelia Michoacán, en donde fue atendido en primera estancia por un médico general el cual lo transfirió al médico especialista en traumatología y ortopedia, se le diagnostico Escoliosis Dorso Lumbar en el Adulto Mayor, se indico tratamiento y las acciones y medidas terapéuticas que deberá realizar. Posteriormente fue canalizado con el Dr. Especialista en medicina física y rehabilitación. Inicio su tratamiento y rehabilitación prescitos, pero aproximadamente hace cinco meses que dejo el tratamiento y rehabilitación mencionando que es porque sintió poca mejoría en su enfermedad y por desidia.



*Teoría de Sistemas de Enfermería

Esta teoría marca pautas que implementan las formas de intervención, en tanto que se refiere una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de la persona para regular sus acciones de autocuidado (Ostiguín, Velázquez, 2001).

Trabajando con esta teoría se deberán elegir las intervenciones más específicas y adecuadas para ayudarlo en el mejoramiento, mantenimiento y recuperación de la salud, se eligió que se aplicara y adecuara las intervenciones de apoyo educativo y parcialmente compensatorio.

-Sistema de apoyo educativo: Es apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse, a las nuevas situaciones pero que actualmente necesita ayuda de enfermería a veces esto puede significar simplemente el regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado, mientras que el propio paciente realiza su autocuidado (Cavanagh, 1993). Al paciente se le informa sobre todo el proceso de la enfermedad sobre las acciones que debe seguir y realizar. El papel de la enfermera será el de establecer un plan de intervenciones y cuidados que le sirvan para elevar sus capacidades de autocuidado, y vigilar y apoyar para que realice satisfactoriamente estas actividades establecidas para su mejoramiento.

-Sistema parcialmente compensatorio: La enfermera debe actuar con un papel compensatorio pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acciones. El paciente puede tener algunas



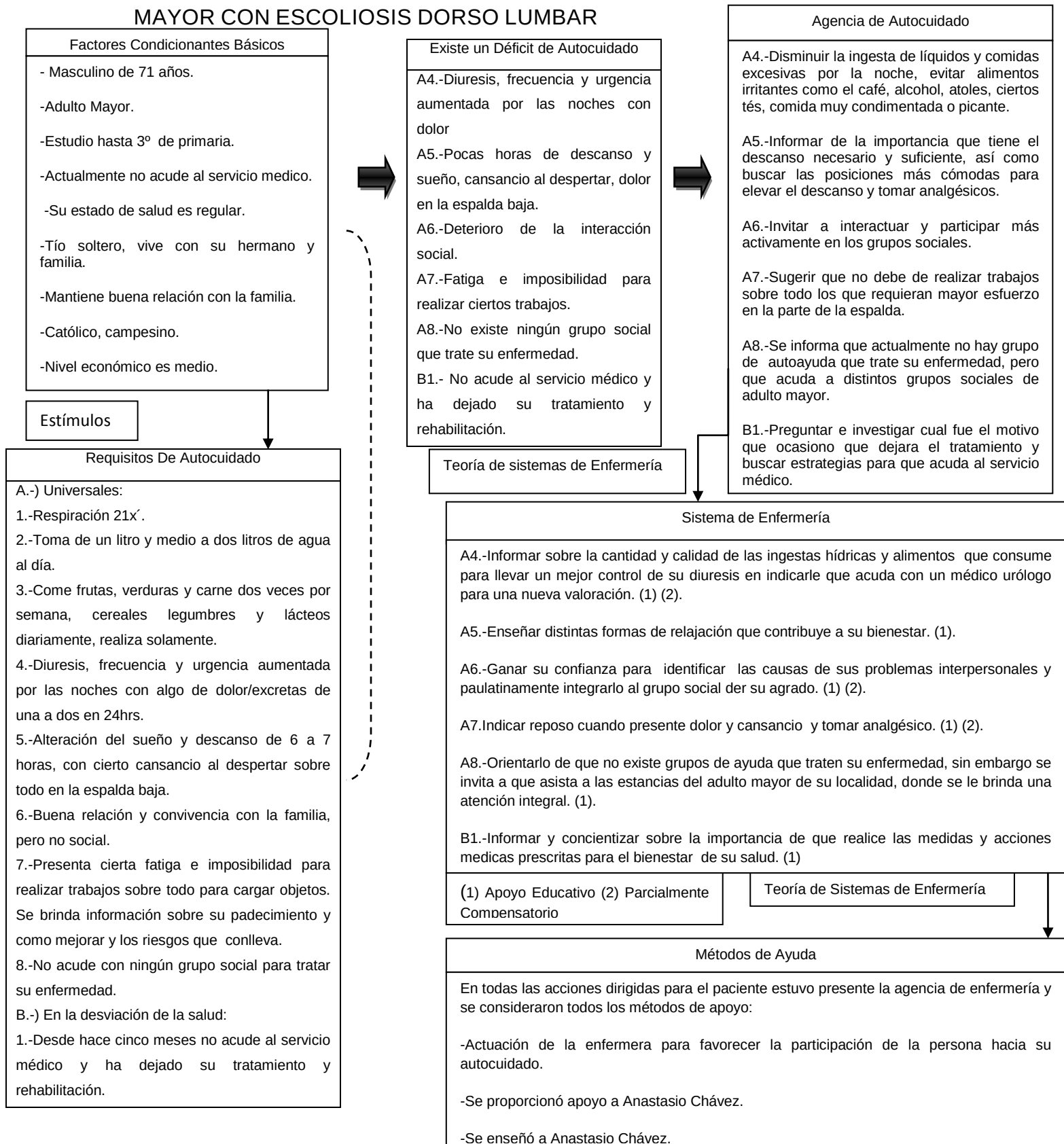
limitaciones de la movilidad o de las habilidades de manipulación, un déficit de conocimiento para satisfacer las demandas de autocuidado, indisposición psicológica para realizar o aprender conductas de autocuidado (Cavanagh, 1993).

El paciente es un Adulto Mayor, que tiene una enfermedad, y que a causa de ello se le ha complicado realizar algunas de su actividades diarias, esto puede ser por su edad más agregado lo de su padecimiento actual, a pesar de esto no ha dejado de realizarlas.

Nuestra responsabilidad es de ofrecer ayuda, guiar al paciente para, satisfacer y elevar sus capacidades de cuidado, brindarle la información y conocimiento de que requiere la intervención de nosotros los profesionales de la salud.



ADAPTACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA. E. OREM A UN ADULTO MAYOR CON ESCOLIOSIS DORSO LUMBAR





5.4 ADULTO MAYOR

En México existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta. Existe un crecimiento promedio anual de 180mil adultos mayores y se prevé un aumento de 27millones de este año y hasta el 2050 el 80% de dicho aumento comenzara a partir del 2020.

Según la OMS, las personas de 60 a 70 años son consideradas de edad avanzada de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.

Durante el proceso de envejecimiento se producen cambios fisiológicos tanto en la esfera orgánica como en la mental. Dichos cambios, que son normales, con el paso de los años predisponen a una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a presentar variadas enfermedades.

Cambios Generales

Entre los 30 y los 40 años se alcanza el máximo de altura, disminuyendo luego 5 mm por año a partir de los 50; este cambio es más acentuado en las mujeres. Se explica por cambios posturales (mayor flexión de cadera y rodillas), disminución de la altura de los cuerpos vertebrales y alteración de los discos intervertebrales.

El peso alcanza su máximo a los 50 años y luego disminuye. El compartimento de tejido graso sufre un aumento de 15 a 30% entre los 40 y 55 años para luego disminuir a aproximadamente un 20% promedio.



Piel

Por su extensión, la piel es el órgano más susceptible de recibir daño ambiental a través de los años, en adultos mayores presentan púrpura senil. Sistema Músculo Esquelético Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular.

Dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad. La fuerza muscular disminuye asimismo con los años, ya que las fibras tipo II (rápidas) disminuyen más que las fibras tipo I y las unidades motoras reducen su densidad.

Se produce osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémures y vértebras. También puede aparecer especial por la acción de la luz solar. Con el tiempo se hace más delgada, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica, arrugada y de tinte amarillento.

La dermis pierde parte de su contenido colágeno, produciéndose arrugas; la pérdida de la elastina e incremento de los glicosaminoglicanos inducen la formación de pseudoelastina, que causa el color amarillento a la piel. La hipodermis se ve adelgazada por la disminución del tejido graso. Los folículos pilosos se atrofian y disminuyen su densidad, se pierde la producción de pigmentos por el decremento de los melanocitos.



Las uñas reducen su velocidad de crecimiento, aumentan su grosor y se vuelven opacas y más duras por aumento proporcional de la queratina, llegando a presentar onicogrifosis.

El tejido conectivo disminuye su contenido de colágeno y los fibroblastos reducen su recambio. Por pérdida del soporte elástico, los traumatismos pueden provocar la ruptura de vasos capilares apareciendo trasvasación de sangre, con menor degradación. A los 90 años el 70% de los adultos mayores presentan púrpura senil.

Sistema Músculo Esquelético

Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular. Dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad. La fuerza muscular disminuye asimismo con los años, ya que las fibras tipo II (rápidas) disminuyen más que las fibras tipo I y las unidades motoras reducen su densidad.

Es la estructura de sostén del cuerpo, protege algunos órganos importantes y es el que permite el movimiento. Está constituido por huesos, músculos, articulaciones y cartílagos. En el proceso de envejecimiento puede haber disminución del tono, fuerza y elasticidad del tejido muscular.

Se produce osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémures y vértebras. También puede aparecer osteomalacia (falla en la calcificación de la matriz ósea y acumulación de hueso no calcificado) lo cual se asocia a déficit de vitamina D.



Sistema Nervioso

Se afecta de manera importante con el paso del tiempo. El peso cerebral disminuye con la edad y el flujo sanguíneo cerebral se reduce en un 20%, produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación de flujo. Existe pérdida de neuronas inhomogénea; por ejemplo la circunvolución temporal superior pierde la mitad de su masa neuronal, mientras que la inferior sólo un 10%.

Los reflejos osteotendíneos disminuyen en intensidad de respuesta. La arquitectura del sueño se altera con reducción de la fase 3 y en especial de la fase 4 de sueño profundo, con lo cual se observa dificultad en la conciliación del sueño, despertar precoz, reducción del número de horas de sueño y disminución del efecto reparador del mismo.

Oído y Audición

En el oído externo se produce acumulación de cerumen que dificulta la audición. A nivel de oído medio se produce adelgazamiento de la membrana timpánica y pérdida de su elasticidad, así como disminución de la eficiencia en la conducción del sistema de huesecillos; estos cambios provocan pérdida de audición por alteración de la conducción que afecta principalmente las tonalidades bajas.

Ojo y Visión

La órbita pierde contenido graso y produce efecto de ojos hundidos. La córnea pierde transparencia y depósitos de lípidos producen el "arco senil". La pupila



reduce su diámetro y el iris disminuye la capacidad de acomodación por fibrosis de sus elementos musculares. El cristalino aumenta su tamaño y se vuelve más rígido, frecuentemente aparecen cataratas por depresión en la actividad de los fenómenos de deshidratación del lente.

Sistema Endocrino

Pituitaria. Sólo hay tendencia a la formación de adenomas, la ADH se encuentra más activa frente a fenómenos de alteración osmótica, mientras que la renina disminuye y la aldosterona aumenta. La hormona del crecimiento (GH) disminuye su actividad, la prolactina no sufre mayores cambios.

Glucosa e Insulina. No hay disminución de la secreción pancreática de insulina, pero se observa mayor resistencia de los tejidos periféricos a su acción, el ciclo de Krebs se encuentra preservado mientras que la vía de glicolisis anaeróbica se ve mucho menos activa. La secreción y efecto del glucagón están conservados.

Tiroides. Con los años el tiroides se vuelve más fibroso y nodular. Disminuye la secreción de T4 pero su depuración también disminuye hasta un 50%. Con los años aumenta la incidencia de fenómenos autoinmunes contra el tiroides.

Paratiroides. El nivel de hormona paratiroidea se encuentra incrementado para mantener los niveles de calcio. Por otro lado, aunque la calcitonina disminuye su concentración, mantiene su actividad.

Suprarrenales. El envejecimiento provoca incremento en la proporción de tejido conectivo y lipofucsina, apareciendo pérdida del contenido de esteroides en la



zona fasciculada y disminución de la secreción de hormonas esteroidales, las que se mantienen en el plasma por decremento de su metabolización.

Se pierde la capacidad de tolerar el estrés por disminución de la secreción de glucocorticoides.

Sistema Inmune. La inmunidad del anciano presenta cambios que se traducen en efectos clínicos mediados por su respuesta frente a los agentes infecciosos.

El timo se transforma en un órgano vestigial, aunque puede presentar a edades avanzadas algunos nódulos funcionales; en general no hay otros cambios en los órganos linfoides. Estos cambios se traducen en un aumento de la tasa de infecciones, alteraciones autoinmunes diversas e incapacidad de ejercer control adecuado de clones celulares malignos.

Sistema Renal y Vías Urinarias

Los riñones sufren importantes cambios con el envejecimiento, los cuales no se hacen notorios dada la gran reserva funcional de estos órganos; sin embargo, situaciones de estrés para la actividad excretora de este sistema, tales como hipoperfusión, uso de nefrotóxicos o patologías que afecten directamente a un riñón pueden provocar la aparición de insuficiencia renal.

Cerca de un 50% de los nefrones desaparecen entre los 30 y 70 años y la tasa de filtración glomerular decae en 8 ml/min cada 10 años. Es probable que la disminución normal del flujo renal, que equivale a un 10% por década en los adultos, la mayor permeabilidad de la membrana glomerular, la menor superficie



disponible de filtración y el aumento de uso de nefrotóxicos con la edad sean los factores que expliquen la disminución de la función renal.

Las vías urinarias se ven afectadas por una mayor tendencia a la producción de cálculos, por los cambios producidos por la caída de los estrógenos en mujeres y por la presencia de obstrucción prostática por crecimiento normal de la glándula en los hombres.

Sangre y Coagulación

Aunque la anemia se asocia al envejecimiento, una adecuada nutrición y la ausencia de enfermedades que lleven a esta condición deberían evitar su aparición. Por el momento es controvertido que la edad per se esté ligada al aumento de la ferritina o a la disminución de la hemoglobina.

Sistema Cardiovascular

Es sumamente difícil discernir entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas enfermedades que se manifiestan a través de los años. Por otra parte, estos cambios afectan de manera variable otros órganos que dependen estrechamente del sistema cardiovascular para su funcionamiento.

El corazón aumenta su tamaño y peso, presentando alrededor de los 70 años aumento del grosor de ambos ventrículos como respuesta a la resistencia periférica elevada del adulto mayor.

El endocardio se adelgaza difusamente, las válvulas presentan calcificaciones. El tejido excitoconductor tiene pérdida progresiva de su actividad marcapasos; por



ejemplo, a los 75 años sólo hay un 10 a 15% del número de células marcapaso del nodo sinoauricular que normalmente tiene una persona de 20 años, por lo tanto es mucho más frecuente la aparición de arritmias en el adulto mayor.

Aparece una mayor activación intracardiaca de angiotensina lo que derivaría en cambios estructurales con mayor fibrosis cardíaca. El corazón del anciano es en términos generales capaz de mantener adecuadamente un gasto cardíaco suficiente para suplir las necesidades, pero su adaptación al estrés se reduce paulatinamente con el paso de los años. El consumo de O₂ máximo disminuye, así como las frecuencias máximas en ejercicio.

Las arterias se comprometen por depósitos de lípidos, lo que deriva en cambios aterotrombóticos y riesgo de cardiopatía coronaria y eventos embólicos. El incremento de las presiones sistólicas y diastólicas con la edad es un hecho cuestionable, este fenómeno se observa en varios estudios de poblaciones de países desarrollados y se atribuye a una disminución de la elasticidad arterial.

Sistema Respiratorio

Junto al envejecimiento aparecen alteraciones anatómicas y funcionales del sistema respiratorio. Los cartílagos costales presentan calcificaciones y la columna a menudo presenta cifosis marcada, con aumento del diámetro anteroposterior del tórax, por lo que la distensibilidad de la caja torácica disminuye.

Disminuye la elastina de la pared bronquial, así como el colágeno. Hay aumento de la secreción mucosa con un aumento relativo de las células caliciformes. El



esfuerzo espiratorio independiente de la voluntad disminuye por pérdida de elasticidad del pulmón, el esfuerzo espiratorio dependiente de la ventilación disminuye en la medida que se pierde fuerza muscular de los músculos respiratorios. Todos estos cambios repercuten en una disminución de la PaO₂.

Sistema Digestivo

Se produce una disminución de la capacidad de percibir los sabores dulces y salados. Los dientes presentan retracción de los recesos gingivales, reducción de la pulpa dental por mala perfusión y consecuente reducción de la innervación. Hay una disminución fisiológica de la producción de saliva y atrofia de la mucosa periodontal, lo que lleva a mayor facilidad de traumatismo y lesiones dentales.

A nivel de todo el tubo digestivo se produce una tendencia a la aparición de dilataciones saculares o divertículos, esto es especialmente frecuente en el colon de personas que sufren de constipación.

Un 10% de los octogenarios pierde la coordinación de los músculos esofágicos por alteraciones de los plexos entéricos.

El debilitamiento del diafragma hace más frecuente la existencia de hernias hiatales. La reducción de elasticidad de la pared del recto y la disminución de la motilidad general del intestino puede conducir a la presencia de constipación y génesis de fecalomas. A nivel de esfínter anal hay disminución de la elasticidad de las fibras lo cual puede derivar en incontinencia fecal.



La presencia de enfermedad ateromatosa es causa de isquemias mesentéricas o de colon. A nivel gástrico la incidencia de *Helicobacter pylori* aumenta, lo que sumado a una reducción de los mecanismos de defensa de la mucosa hace más frecuente la existencia de úlceras.

La capacidad de metabolización hepática es menor, provocando cambios en la farmacocinética de muchas drogas (Gac, 2000).

5.5 ESCOLIOSIS

Definición

La palabra escoliosis deriva del griego “*scolios*”, que significa curvatura. La escoliosis es una deformidad de la columna que se conoce desde tiempos remotos. El primero que la describió fue Hipócrates (460-370 a.C.) en su *Corpus Hippocraticum*, pero fue Galeno (131-201 d.C.) quien acuñó las palabras de xifosis, lordosis, y escoliosis.

La escoliosis es una deformación morfológica tridimensional de la columna vertebral. Que muestra una flexión lateral a la izquierda o/y la derecha, una rotación de las vértebras flexionadas y una rectificación del perfil sagital. En otras palabras, la curva fisiológica de la cifosis torácica está rectificadas (Tejada, 2011).

En la escoliosis tridimensional característica, las vértebras se inclinan en el plano frontal, giran en el plano axial (con las apófisis espinosas hacia la concavidad) y se sitúan en posteroflexión en el plano sagital (aplanamiento de la cifosis dorsal).



Las escoliosis se definen por su convexidad. Una escoliosis dorsal derecha (torácica derecha), lumbar izquierda presenta, por lo tanto, una convexidad dorsal en la derecha, lumbar en la izquierda.

La escoliosis puede tener una curva o varias. Para cada curva, las vértebras más inclinadas se llaman vértebras límite. La vértebra situada en la mitad de la curva, que es la más desviada lateralmente, se llama vértebra apical y es a su nivel donde se encuentra la rotación más importante. Las escoliosis se clasifican de distinta forma. Basándose en dos fuentes es posible clasificar las escoliosis de la forma siguiente, en función de número de curvas y de su localización.

+Escoliosis de una curva:

-Cervicotorácica

-Torácica

-Toracolumbar

-Lumbar

+Escoliosis de varias curvas:

La curva más irreducible y la más importante a la vez en la lateroflexión y en rotación se llama mayor. Se denomina curva primitiva, se observan las formas:

-Cervicotorácica

-Doble torácica (Moe)

-Toracolumbar



-Dorsal y toracolumbar

La literatura distingue, por otro lado, las escoliosis infantiles (hasta los tres años), juveniles (de tres años hasta la pubertad), de la adolescencia (después de la pubertad) y del adulto (Souchart, Ollier, 2002).

Etiología

Las causas de la escoliosis son extremadamente variadas. Sin embargo se pueden identificar cinco orígenes principales:

-Las Escoliosis de adaptación: Una rotación de la pelvis, un tortícolis, una pierna corta, etcétera, obligaran a la columna vertebral a colocarse en una situación de compensación.

-Las Escoliosis por malformación: Tienen origen congénito. Este tipo de escoliosis es resultado de asimetría en el desarrollo de las vértebras, secundario a anomalías congénitas (hemivértebras, fallas de segmentación). Este tipo de escoliosis generalmente se manifiesta en niños pequeños o antes de la adolescencia.

-La Escoliosis neurológicas y distróficas: En ésta, la deformidad de la escoliosis ocurre en pacientes con patologías de origen neurológico o musculo esquelético, tales como en el mielomenigocele, la distrofia muscular, la parálisis cerebral, distrofias musculares o asimetría en la longitud de las extremidades pélvicas. En estos casos debemos recordar que la mayoría de las personas presentamos



asimetría en la longitud de las extremidades pélvicas, principalmente de menos de 1 cm, lo cual no influye en desarrollar una escoliosis. Y cuando ésta se desarrolla, La asimetría generalmente es mayor de dos centímetros. La presencia de escoliosis de origen neuromuscular es el resultado de un desbalance muscular y la consecuente pérdida del control del tronco. En este tipo de escoliosis se pueden encontrar curvas estructuradas y no estructuradas.

La escoliosis no estructurada no tiene un componente rotacional en estos casos y puede estar relacionada a vicios posturales de los adolescentes, a diferencia de más de dos centímetros en la longitud de las extremidades, o con presencia de dolor (se le llama en estos casos escoliosis antiálgica); se le puede encontrar en casos de infección pulmonar o empiema.

En la mayoría de los casos de escoliosis neuromuscular, el paciente regularmente presenta otros síntomas de la enfermedad subyacente, que ayudan a esclarecer el diagnóstico.

-Las Escoliosis antiálgicas, a menudo llamadas, de forma justificada, falsas escoliosis. Se deben a la organización de mecanismos automáticos de defensa en los que el objetivo es evitar el dolor. En la escoliosis antiálgica el dolor suele ser de origen lumbar o sacroilíaco.

-Las Escoliosis esenciales o idiopáticas: Se define así una escoliosis donde no se encuentra una causa específica que explique el desarrollo de la deformidad. Regularmente es un diagnóstico de exclusión, es decir, cuando se han descartado otros orígenes de la patología. Este tipo de escoliosis se subdivide a su vez en tres categorías, basándonos en la edad en la que fue detectada la deformidad:



Infantil. De 0 a 3 años.

Juvenil. De 4 a 9 años.

Del adolescente. A partir de los 10 años.

Las formas infantiles y juvenil en ocasiones se toman en conjunto y se denominan “escoliosis idiopática de presentación temprana”, en tanto que la escoliosis del adolescente es llamada “escoliosis idiopática de presentación tardía”; la escoliosis del adolescente es la forma más común de presentación, siendo de aproximadamente 80 a 85% de los casos.

-Escoliosis del adulto: Se considera como escoliosis del adulto a las curvas mayores de 10° en pacientes mayores de 20 años o que han alcanzado la madurez esquelética. Engloba diferentes tipos de curvas: curvas no descubiertas durante la infancia, escoliosis conocidas y no tratadas, escoliosis tratadas ortopédicamente, escoliosis tratadas quirúrgicamente o escoliosis que se forman por lesiones degenerativas intervertebrales (escoliosis de novo) después de la madurez esquelética.

-Las Actitudes escolióticas: Se clasifica así inclinación lateral de las vértebras, sin rotación de las apófisis espinosas hacia la concavidad pero, esta vez, sin causa aparente.



Esto confirma igualmente que es la rotación vertebral, de las apófisis espinosas hacia la concavidad, lo que caracteriza a la escoliosis verdadera. La actitud escoliótica tradicionalmente se considera reducible en decúbito.

Se consideran que se debe a un problema de propiocepción y del equilibrio, también debido a una afectación de la glándula pineal, anomalía del tejido colágeno de los discos y de los cuerpos vertebrados, quizás factores hormonales, retracción asimétrica de los músculos espinales es decir la escoliosis es una enfermedad del sistema neuro-musculo-esquelético, también involucra, una desorganización postural, últimamente se sabe que también está involucrado, el sistema vestibular, por la pérdida de balance en las personas.

Se ha estimado que aproximadamente un 65% de los casos de escoliosis son idiopáticos, aproximadamente un 15% son congénitos y otro 10% son secundarios a enfermedades neuromusculares. Sin embargo, se ha comprobado el origen hereditario multifactorial (las formas familiares pueden alcanzar el 43%) (Tejada, 2011).

Epidemiología

La escoliosis suele manifestarse en la adolescencia y tiene tendencia a progresar hasta el término del crecimiento físico. La mayoría de las escoliosis se detectan entre los 10 y 12 años. Pero la deformación empieza entre los 5 y 8 años.

En 2-4% de la población existe una escoliosis con una curva de más de 10º grados. Una curva inferior a 10º no se considera escoliosis.



La enfermedad se manifiesta con mayor frecuencia en el sexo femenino, en una relación de 4:1 con respecto al sexo masculino.

Miembros de la familia que hayan tenido escoliosis, ya que es una enfermedad hereditaria.

La causa de la manifestación y el momento de su inicio se desconocen. Como los pacientes no sufren dolor, la escoliosis pocas veces llega a detectarse en la fase inicial. Sin embargo, el diagnóstico precoz es importante ya que cuanto antes se diagnostica tanto mejor es el pronóstico.

Signos y Síntomas

Los pacientes raras veces refieren molestias. Lo más frecuente es el dolor de espalda, sobre todo durante o después de realizar trabajos pesados, así como en el deporte de alto rendimiento.

Otras características externas de la escoliosis:

Hombros desnivelados

Caderas desniveladas

Triángulos asimétricos entre tronco/pelvis y brazos colgantes

Escápula prominente y al lado de la convexidad mayor

Gibosidad torácica

Los pacientes que han alcanzado la madurez esquelética son menos propensos a tener una condición severa. Algunos de los casos graves de escoliosis pueden dar



lugar a la disminución de la capacidad pulmonar al ejercer presión sobre el corazón, por ende restringiendo las actividades físicas del paciente.

Diagnostico

*Historia clínica completa. Los pacientes con escoliosis se examinan para determinar si existe una causa subyacente de la deformidad. Durante el examen físico, se evalúa el siguiente:

Piel, en busca de manchas café con leche, signo indicativo de neurofibromatosis.

Pies, en caso de deformidad cavovarus.

Reflejos abdominales.

El tono muscular para medir la espasticidad.

Durante el examen, al paciente se le pide que se quite su camisa y se incline hacia adelante. A esto se le conoce como la prueba de flexión hacia delante de Adams y se realiza a menudo en estudiantes escolares. Si se nota una prominencia, se considerará que la escoliosis es una posibilidad y se deberán tomar radiografías al paciente para confirmar el diagnóstico. Alternativamente, se puede utilizar un escoliómetro para diagnosticar la enfermedad. También se evalúa la marcha del paciente, se examinan los posibles signos de otras anomalías (por ejemplo, la espina bífida, evidenciada por hoyuelos, zonas cubiertas de vello, lipomas, o hemangiomas). También se puede realizar un examen neurológico completo.



*Estudios de laboratorio y gabinete. (RX Para el diagnóstico de la escoliosis es imprescindible disponer de radiografías). Es habitual que cuando se sospecha de escoliosis, se tomen radiografías del tórax en planos anteroposterior/coronal, y lateral/sagital, para evaluar las curvas de la escoliosis, además de las curvas normales de cifosis y lordosis, ya que estas también pueden estar afectadas en personas con escoliosis. Los rayos X de la columna en un paciente de pie, son el método estándar para evaluar la severidad y progresión de la escoliosis, y si es de naturaleza congénita o idiopática.

En individuos en crecimiento, las radiografías seriales se obtienen en intervalos de 3-12 meses para seguir la progresión de la curvatura, y en algunos casos, se necesita además de resonancia magnética para examinar la médula espinal.

Generalmente, una curva se considera importante si es mayor de 25 a 30 grados. Las curvas que exceden 45 a 50 grados se consideran graves.

El método estándar para evaluar cuantitativamente la curvatura es la medida del ángulo de Cobb, el cual es el ángulo entre dos líneas, dibujado perpendicularmente a la placa terminal superior de la vértebra más superior involucrada y la placa terminal inferior de la vértebra más inferior afectada. Para los pacientes que tienen dos curvas, los ángulos de Cobb se siguen para ambas curvas. En algunos pacientes, se obtienen rayos X con inclinación lateral para evaluar la flexibilidad de las curvas o las curvas primaria y de compensación.



*Pruebas genéticas. Mediante estudios de asociación de genoma, los genetistas han identificado marcadores de polimorfismo de nucleótidos en el ADN, los cuales se asocian significativamente con la escoliosis idiopática del adolescente. Cincuenta y tres marcadores genéticos han sido identificados. La escoliosis se ha descrito como una deformidad biomecánica, cuya progresión depende de fuerzas asimétricas también conocidas como ley de Heuter Volkmann.

Tratamiento

El tratamiento depende de muchos factores:

La causa de la escoliosis

La localización de la curvatura en la columna

El tamaño de la curvatura

Si su cuerpo todavía está creciendo

La mayoría de las personas con escoliosis idiopática no necesitan tratamiento. Sin embargo, un médico lo debe examinar más o menos cada 6 meses. Los corsés para la espalda funcionan mejor en personas de más de 10 años y no funcionan para aquellas personas con escoliosis congénita o neuromuscular.

Algunas veces, se necesita cirugía.

La cirugía para la escoliosis consiste en corregir la curvatura lo más que se pueda.



Las vértebras se sostienen en el lugar con una o dos varillas de metal que se sujetan con ganchos y tornillos hasta que el hueso sane.

La cirugía puede hacerse con un corte a través de la espalda, el área abdominal o debajo de las costillas.

Después de la cirugía, es posible usar un corsé por un tiempo mientras mantiene la columna vertebral quieta.

En la escoliosis del adulto mayor el tratamiento, en la mayoría de los casos se trata con métodos no-quirúrgicos. Estos pueden incluir:

- Terapias para los tejidos blandos
- Medicamentos para el dolor y antiinflamatorios
- Ejercicios de la espalda para la postura y la fuerza
- En algunos casos pueden usarse órtesis (pero sólo para controlar el dolor, no para corregir la deformidad)

La corrección quirúrgica de la escoliosis degenerativa del adulto no es común. Sin embargo, puede ser necesaria bajo las siguientes condiciones:

- Cuando los métodos de tratamiento no-quirúrgicos han fallado y el dolor persiste
- La curvatura es progresiva o excesiva (curvas de más de 45 grados)



- Hay evidencia de problemas cardiopulmonares (del corazón y los pulmones) causados por la curvatura

El tratamiento de la escoliosis también puede abarcar:

Apoyo emocional. Algunos niños, sobre todo los adolescentes, pueden sentirse avergonzados al usar un corsé para la espalda.

Fisioterapia y ortopedia. Y otros especialistas para ayudar a explicar los tratamientos y verificar que el corsé ajuste correctamente.

La prevención

Al desconocerse la causa de la enfermedad, tampoco existen recomendaciones para prevenir la escoliosis (Binder, 2012).



5.6 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Escoliosis Dorso Lumbar

Escoliosis Dorso Lumbar	
PERIODO PREPATOGENICO	PERIODO PATOGENICO
AGENTE: Referente al agente etiológico, tenemos que la escoliosis, la causa es multifactorial, pero se ha observado, que las formas, heredofamiliares, pueden alcanzar hasta un 43%, algunos consideran que se debe a un problema de propiocepción y del equilibrio, también debido a una afectación de la glándula pineal, anomalía del tejido colágeno de los discos y de los cuerpos vertebrales, quizás factores hormonales, retracción asimétrica de los músculos espinales es decir la escoliosis es una enfermedad del sistema neuro-musculo-esquelético, también involucra, una desorganización postural, últimamente se sabe que también está involucrado, el sistema vestibular, por la pérdida de balance en las personas. HUESPED: Se considera como susceptible la edad, y ciertas actitudes corporales viciosas, así como una adecuada orientación, postural en la cual la educación, el grado de escolaridad, es importante, y las costumbres el estado anímico, que impide, el caminar erguido. AMBIENTE: Estar sometido a ciertas cargas de trabajo propio (labores del campo), el estar sólo por largos periodos del día, y cierta vergüenza y retracción a la convivencia con las demás personas.	MUERTE
	INVALIDEZ Ò ESTADO CRONICO: Todas estas alteraciones y complicaciones pueden evolucionar hacia la cronicidad, pero también en casos extremos, pueden ocasionar una insuficiencia respiratoria, complicaciones neurológicas y digestivas que pudiera contribuir con otras alteraciones y poner en riesgo la vida del paciente
	COMPLICACIONES Ò SECUELAS: Cuando más pronunciada es la curva mayor es la tendencia que evolucione, ya que la compresión de las articulaciones vertebrales, constante conlleva a un acortamiento y una rigidez y una deformación del cuerpo, y la falta de movimiento, y pudiera ocasionar cierta dificultad, en el proceso de respiración
	MANIFESTACIONES CLINICAS ESPECÍFICAS: Dolor persistente, cierta fatiga e imposibilidad para realizar ciertos trabajos sobre todo para cargar objetos, hombro derecho más alto que el izquierdo, presencia de una cadera más amplia que la otra
	MANIFESTACIONES CLÍNICAS INESPECÍFICAS: Cierta cansancio generalizado, fatiga y adormecimiento en la espalda alta, a dolorimiento en zonas sometidas a tensión, como el ángulo lumbrosacro
	CAMBIOS ESTRUCTUROFUNCIONALES: La retracción, ofensiva, de los músculos espinales de un lado, responde, la retracción ofensiva de los espinales del otro lado. La proyección lateral apical, lejos del paso de la línea de la gravedad, en este lugar a los músculos de la convexidad un aumento de la movilización defensiva. La suma de los efectos, rotadores, se manifiesta entonces, en las vértebras más desviadas lateralmente ocasionado como consecuencia, esa torsión característica escoliotica conocida. Todos estos cambios estructurales, traen como consecuencia alteraciones funcionales importantes que van desde la fatiga en la región lumbar y cierta dificultad en el proceso de la respiración, impidiendo en ocasiones realizar actividades cotidianas básicas
	IMPLANTACIÓN CAMBIOS TISULARES: Se trata de una deformación morfológica de carácter macroscópica y una retracción de los músculos espinales, que esto trae como concepción una reacción asimétrica de los músculos espinales, ya que la escoliosis es una patología de adaptación que responde a las reglas de los mecanismos automáticos de adaptación ò de defensa. Son las funciones de erección y de equilibrio de tensiones reciprocas, las que están particularmente afectadas a nivel vertebral (Souhard, Ollier, 2002).



Prevención primaria		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN TERCIARIA
Promoción Y Fomento	Protección Especifica	Dx. Precoz Y Tx. Oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación
Al desconocerse la causa de la enfermedad, tampoco existen recomendaciones para prevenir la escoliosis, ya que es multifactorial.	No hay vacunas No existe inmunidad Control de posturas en cuanto se sospeche del problema.	Historia clínica completa Estudios de laboratorio y gabinete Pruebas genéticas Observar los síntomas y signos que pueden evolucionar hacia un problema postural en grupos más vulnerables (niños y adultos mayores) Cuando se descubra cualquier síntoma y signo de un problema postural actuar inmediatamente ya sea indicando maniobras de postura que mejoren y recomendar que acuda al servicio médico para la intervención de un profesional de traumatología y ortopedia.	Dx. precoz Tx. oportuno	Retardar consecuencias y complicaciones como digestivas, neurológicas y respiratorias, por medio del tratamiento médico y la rehabilitación adecuada.



VI. APLICACIÓN DEL PROCESO

6.1 AGRUPACIÓN DE DATOS

Datos Objetivos	Datos Subjetivos	Diagnóstico de Enfermería
Sexo masculino. Edad 71 años. Adulto mayor. Respiración: 21x.´ T/A: 130m /80. FC: 65 x.´ Llenado capilar: 2 segundos. Peso: 53.500kg. Talla: 1.62cm. IMC: 20.4. Cintura: 85cm. Glicemia: 87mg/dl. Temperatura Corporal: 36.1° C. Temperatura ambiental: 25° C. Soltero. Campesino. Originario de Charo, Michoacán. Escolaridad 3° de primaria. Católico. 3° hijo de 6 hermanos. 2 hermanos con diabetes mellitus del adulto mayor. Hermano y tío en el rol familiar. Buena relación y convivencia con la familia, pero no social. Casa propia. Servicio básicos de vivienda. Trabaja de 10am-5pm de lunes a sábado. Su nivel económico es medio. Alimentación buena en cantidad y calidad. Masticación sin problemas. Evacuación de una a dos al día.	No tiene hijos. No refiere antecedentes patológicos. Una hermana fallecida de posible cáncer ganglionar. Se observa algo de timidez.	Aislamiento social (00053)



Datos Objetivos	Datos Subjetivos	Diagnóstico de Enfermería
1500 a 2000ml de agua al día de garrafón. Diuresis, frecuencia y urgencia aumentada por las noches. Estudio de antígeno específico de próstata resultado 5.66ng/ml con valor de referencia de 0-4ng/ml. Duerme de 6 a 7 hrs. No presenta problemas visuales ni auditivos. Inicio de padecimiento hace 5 años. Encorvamiento de la espalda. Presenta cierta fatiga e imposibilidad para realizar trabajos sobre todo para cargar objetos. Acude a la secretaria de salud transferido al médico especialista. Realiza estudios de gabinete. Se diagnostica Escoliosis Dorso Lumbar en el Adulto Mayor. Recibe tratamiento médico y de rehabilitación. Desde hace cinco meses no acude al servicio médico y ha dejado su tratamiento.	Refiere algo de dolor al orinar ocasionalmente. Al despertar refiere que se siente cansado ha cambiado su patrón de sueño. Cansancio y dolor en la región lumbar al estar sentado o de pie por largos periodos. Refiere que es porque sintió poca mejoría en su enfermedad y por desidia.	Deterioro de la eliminación urinaria (00016) Trastorno del patrón del sueño (00198) Dolor crónico (00133) Fatiga (00093) Gestión ineficaz de la propia salud (00078)



6.2 RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Dominio, Clase, Requisito de autocuidado involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y síntomas) S
Encorvamiento de la espalda. Cansancio y dolor en la región lumbar al estar sentado o de pie por largos periodos.	Dominio 12: Confort Clase 1: Confort físico <u>REQUISITO UNIVERSAL:</u> Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	(00133) Dolor Crónico	Incapacidad física crónica.	Atrofia de los grupos musculares implicados. Cambios en el patrón de sueño. Fatiga. Respuestas medidas por el sistema nervioso simpático (cambios en la posición corporal). Informe verbal de dolor.
Presenta cierta fatiga e imposibilidad para realizar trabajos sobre todo para cargar objetos.	Dominio 4: Actividad/reposo Clase 3: Equilibrio de la energía <u>REQUISITO UNIVERSAL:</u> Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	(00093) Fatiga	Estado de enfermedad. Mal estado físico.	Disminución en la ejecución de las tareas. Incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física. Aumento de las quejas físicas. Falta de energía. Cansancio.
Diuresis, frecuencia y urgencia aumentada por las noches. Refiere algo de dolor al orinar ocasionalmente. Estudio de antígeno específico de próstata resultado 5.66ng/ml con valor de referencia de 0-4ng/ml.	Dominio 3: Eliminación e intercambio Clase 1: Función Urinaria <u>REQUISITO UNIVERSAL:</u> Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos.	(00016) Deterioro de la eliminación	Obstrucción anatómica. Deterioro sensitivo-motor.	Disuria. Frecuencia. Nicturia. Urgencia.
Duerme de 6 a 7 hrs. Al despertar refiere que se siente cansado. Ha cambiado su patrón de sueño a causa de la disuria y urgencia urinaria así como el dolor de espalda.	Dominio 4: Actividad/reposo Clase 1: Sueño/reposo <u>REQUISITO UNIVERSAL:</u> Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	(00095) Insomnio	Malestar físico dolor, urgencia urinaria.	Insatisfacción con el sueño (habitual). Falta de energía. Sueño no reparador.
Buena relación y convivencia con la familia pero no social. Se observa algo de timidez.	Dominio 12: Confort Clase 3: Confort social <u>REQUISITO UNIVERSAL:</u> Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.	(00053) Aislamiento social	Alteración del aspecto físico. Alteración del bienestar.	Enfermedad. Falta de contacto ocular. Búsqueda de la soledad. Mutismo. Retraimiento. Inseguridad en público.
Desde hace cinco meses no acude al servicio médico y ha dejado su tratamiento y rehabilitación. Refiere que es porque sintió poca mejoría en su enfermedad y por desidia.	Dominio 1: Promoción de la salud Clase 2: Gestión de la salud <u>REQUISITO DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD:</u> Realiza las medidas diagnósticas terapéuticas y rehabilitación prescritas.	(00078) Gestión ineficaz de la propia salud	Déficit de conocimiento. Percepción de la gravedad. Percepción de los beneficios.	Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria.



6.3 PLANES DE CUIDADOS

VALORACIÓN	Dominio V: Salud percibida Clase V: Sintomatología RESULTADO ESPERADO: NIVEL DE DOLOR						
REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. - Encorvamiento de la espalda. - Cansancio y dolor en la región lumbar al estar sentado o de pie por largos periodos.	PUNTUACIÓN DIANA: Mantener a: 8 Aumentar a: 15						
	INDICADORES	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5	
	Dolor referido			X		0	
	Duración de los episodios de dolor			X		0	
	Tensión muscular		X			0	
AGENCIA DE AUTOCUIDADO: Agente de Autocuidado, Agente de Autocuidado terapéutico DEMANDA DE AUTOCUIDADO: Parcial-Apoyo Educativo SISTEMA DE ENFERMERIA: Parcialmente Compensatorio y de Apoyo Educativo							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dominio 12: Confort Clase 1: Confort Físico Dolor crónico, relacionado con incapacidad física crónica, manifestado por atrofia de los grupos musculares implicados, cambios en el patrón de sueño, fatiga, respuestas medidas por el sistema nervioso simpático (cambios en la posición corporal), informe verbal del dolor.	INTERVENCIÓNES: ❖ MANEJO DEL DOLOR Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable. ❖ FOMENTAR LOS MECANISMOS CORPORALES Facilitar el uso de posiciones y movimientos en las actividades diarias para evitar la fatiga y la tensión o las lesiones musculo esqueléticas.		FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA El control del dolor es un componente fundamental para mantener una relajación, una mejor movilidad física así como un bienestar general. Enseñar y desarrollar mecanismos corporales para mantener el equilibrio, movimiento y funcionamiento correcto armónico del aparato musculo esquelético en coordinación con el sistema nervioso y así prevenir complicaciones musculo esqueléticas.				
	ACCIONES DE ENFERMERÍA:		EJECUCIÓN				
	✓ Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. ✓ Explorar con el paciente los factores que alivian/ empeoran el dolor. ✓ Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia de dolor (fatiga).		-Confirmar diariamente por medio del interrogatorio al paciente si se están llevando a cabo los cuidados indicados (toma de analgésicos, no cargar objetos pesados, no estar mucho de pie o sentado posturas cómodas y adecuadas). -Preguntando y observando al paciente que actividades o situaciones empeoran o alivian su dolor. -Enseñar y explicar al paciente por medio de sesiones (platicas), a evitar estar de pie o sentado por largos periodos de tiempo, caminar cierta distancia que le produzca fatiga y cargar objetos pesados. Continúa página siguiente.				



ACCIONES DE ENFERMERÍA:	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
✓ Ayudar a mostrar las posiciones correctas para dormir. ✓ Ayudar a evitar sentarse en la misma posición durante períodos de tiempo prolongados. ✓ Enseñar a cambiar el peso de un pie al otro al estar de pie.	-Mostrar e incorporar progresivamente las posiciones de más confort y adecuadas para dormir y que consiste en: *Colocarse en posición de cubito supino sobre el colchón de soporte. *Sostener la cabeza y el cuello con una almohada. *Colocar almohadas o rollos de toalla en la parte baja de la espalda y en el área alrededor de las caderas y cintura para apoyar la columna vertebral. *Añadir almohadas extras o rollos de toalla en el lado elevado o curvado del cuerpo. Descansar los antebrazos y las manos sobre una almohada. Y comentar que cuando se canse de esta posición recurrir a la posición de cubito lateral izquierdo o derecha de su preferencia. -Explicar el porqué es importante tomar una posición correcta al permanecer sentado por periodos prolongados y mostrar la forma correcta de hacerlo y consiste en: *Mantener la espalda erguida y alineada repartiendo el peso en la región glútea con los talones y las puntas de los pies apoyados en el suelo, las rodillas en ángulo recto con las caderas. Utilizar un cojín o una toalla enrollada para la parte inferior de la espalda. Sentarse lo más atrás posible apoyando la columna firme contra el respaldo. *Para levantarse primero apoyar las manos en el borde del asiente, muslos y rodillas, luego desplazarse hacia el borde anterior del asiento, retrasando ligeramente uno de los pies que sirve para apoyarse e impulsarse para levantarse.(ver Anexo.3) -Explicar y practicar periódicamente con el paciente la técnica al estar de pie por periodos prolongados consiste en: *Poner siempre un pie más adelantado que el otro y cambiar a menudo de posición. *No estar de pie parado, si se puede estar andando. *Caminar con buena postura con la cabeza y el tórax erguidos. *Utilizar calzado cómodo.	EVALUACIÓN Se logra aumentar de una puntuación Diana de 8 a 11, el objetivo se cumple parcialmente, por lo cual se mantiene las intervenciones de enfermería y se espera llegar a 15 puntos en un mediano plazo.



VALORACIÓN	Dominio I: Salud funcional Clase A: Mantenimiento de la energía RESULTADO ESPERADO: RESISTENCIA					
REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano. Presenta cierta fatiga e imposibilidad para realizar trabajos sobre todo para cargar objetos.	PUNTUACIÓN DIANA: Mantener a : <u>17</u> Aumentar a : <u>24</u>					
	INDICADORES	Gravemente Comprometido 1	Sustancialmente Comprometido 2	Moderadamente Comprometido 3	Levemente Comprometido 4	No Comprometido 5
	Realización de la rutina habitual			X		0
	Actividad			X		0
	Resistencia muscular		X			0
	Recuperación de la energía con el descanso			X		0
	INDICADORES	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
	Agotamiento			X		0
	Fatiga			X		0
	AGENCIA DE AUTOCUIDADO: Agente de Autocuidado, Agente de Autocuidado terapéutico DEMANDA DE AUTOCUIDADO: Parcial-Apoyo Educativo SISTEMA DE ENFERMERÍA: Parcialmente Compensatorio y de Apoyo Educativo					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dominio 4: Actividad/reposo Clase 3: Equilibrio de la energía Fatiga, relacionado con Estado de enfermedad, Mal estado físico, manifestado por disminución en la ejecución de las tareas, incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física, aumento de las quejas físicas, falta de energía, cansancio.	INTERVENCIÓN: ❖ MANEJO DE LA ENERGIA Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones. ❖ FOMENTAR LOS MECANISMOS CORPORALES Facilitar el uso de posiciones y movimientos en las actividades diarias para evitar la fatiga y la tensión o las lesiones musculo esqueléticas.			FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA El control y conservación de la energía es fundamental para ejercer la fuerza necesaria en la realización de funciones. Enseñar y desarrollar mecanismos corporales para mantener el equilibrio, movimiento y funcionamiento correcto armónico del aparato musculo esquelético en coordinación con el sistema nervioso y así prevenir complicaciones musculo esqueléticas.		
	ACCIONES DE ENFERMERÍA: ✓ Determinar los déficits en el estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo. ✓ Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga utilizando combinaciones de categoría farmacológica y no farmacológica. ✓ Ayudar al paciente a identificar las tareas que pueden ser realizadas por los familiares y amigos en casa para evitar o aliviar la fatiga.			EJECUCIÓN -Informar al paciente sobre la perdida de energía que presenta esta es ocasionada por su edad y estado físico en que se encuentra y esto genera fatiga. -Indicar el uso de analgésicos (ácido acetil salicílico, antineuríticos, diclofenaco y tiamina), analgésicos tópicos en el área afectada, y fisioterapia como posturas y posiciones adecuadas y cómodas, masajes y ejercicios de relajación muscular. -Preguntar y observar que actividades o tareas que él realiza provocan fatiga como (levantar, cargar y desplazar objetos), para poder pedir la ayuda necesaria.		
				Continúa página siguiente.		



ACCIONES DE ENFERMERÍA:	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
✓ Instruir al paciente sobre la necesidad de corregir posturas para evitar fatigas, tensiones o lesiones. ✓ Enseñar a utilizar posturas y mecanismos corporales para evitar lesiones si realiza cualquier actividad física	-Enseñar al paciente por medio de dibujos y carteles las posturas correctas y los beneficios que se obtienen, para que no presente fatiga, tensión y lesiones.(ver Anexo.3) -Mostrar por medio de ejercicios posturas y mecanismos corporales correctos si hace alguna labor física para prevenir lesiones. *Al inclinarse para recoger algo de suelo no curvar la columna hacia adelante, sino más bien agacharse flexionando las rodillas manteniendo la espalda recta. *Levantar y transportar peso doblar las rodillas no la espalda, tener un apoyo de pies firme , levantarse con las piernas y sostener los objetos junto al cuerpo, levantar los objetos solo hasta la altura del pecho, no hacerlo por encima de los hombros, cuando la carga es muy pesada buscar ayuda, no hacer cambios de peso repentinos.(Ver Anexo.3)	EVALUACIÓN Se logra aumentar de una puntuación Diana de 17 a 23, el objetivo se cumple parcialmente por lo cual se mantienen las intervenciones de enfermería y se espera llegar a 24 puntos en un mediano plazo.



VALORACIÓN	Dominio II: Salud Fisiológica Clase F: Eliminación RESULTADO ESPERADO: Eliminación Urinaria					
REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL: Provisión de cuidados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos. • Diuresis, frecuencia y urgencia aumentada por las noches. • Refiere algo de dolor al orinar ocasionalmente . • Estudio de antígeno específico de próstata resultado 5.66ng/ml con valor de referencia de 0-4ng/ml.	PUNTUACIÓN DIANA: Mantener a: 13 Aumentar a : 25					
	INDICADORES	Gravemente Comprometido 1	Sustancialmente Comprometido 2	Moderadamente Comprometido 3	Levemente Comprometido 4	No Comprometido 5
	Patrón de eliminación	X				0
	Reconoce la urgencia	X				0
	INDICADORES	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
	Chorro de la orina sin dolor	X				0
	Chorro de la orina con urgencia	X				0
	Nicturia	X				0
	AGENCIA DE AUTOCUIDADO: Agente de Autocuidado, Agente de Autocuidado terapéutico DEMANDA DE AUTOCUIDADO: Parcial-Apoyo Educativo SISTEMA DE ENFERMERIA: Parcialmente Compensatorio y de Apoyo Educativo					
	INTERVENCIÓNES: ❖ MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo. ❖ ADMINISTRACIÓN DE ANALGESICOS Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA Se mantiene el equilibrio hídrico, la filtración de desechos celulares, algunas toxinas y el exceso de agua y nutrientes, todo esto para evitar molestias y complicaciones a largo plazo. La administración de analgésicos da como resultado relajación muscular y analgesia todo esto provocado por la inhibición de la síntesis de prostaglandinas.				EVALUACIÓN Se logra aumentar de una puntuación Diana de 13 a 18, el objetivo se cumple parcialmente, por lo cual se mantienen las intervenciones de enfermería y se espera llegar a 20 puntos en un mediano plazo.
ACCIONES DE ENFERMERÍA: ✓ Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. ✓ Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia. ✓ Restringir los líquidos. ✓ Instruir para que solicite la medicación según necesidades para el dolor antes de que el dolor sea severo.	EJECUCIÓN -Evaluar cantidad, consistencia, color y olor de la orina cada 24hrs por una semana, y pedir al paciente que informe sobre su frecuencia urinaria. -Explicar por medio de una plática de la importancia que tiene la expulsión inmediata de la orina. -Indicar no exceder en la ingesta de líquidos sobre todo por la noche. -Indicar que asista con el médico urólogo para que reciba el tratamiento adecuado.					



VALORACIÓN	Dominio I: Salud Funcional Clase A: Mantenimiento de la Energía RESULTADO ESPERADO: SUEÑO					
REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. - Duerme de 6 a 7 hrs. - Al despertar refiere que se siente cansado. - Ha cambiado su patrón de sueño a causa de la disuria y urgencia urinaria así como el dolor de espalda.	PUNTUACIÓN DIANA: Mantener a : 13 Aumentar a 24					
	INDICADORES	Gravemente Comprometido 1	Sustancialmente Comprometido 2	Moderadamente Comprometido 3	Levemente Comprometido 4	No Comprometido 5
	Patrón del sueño		X			0
	Calidad del sueño		X			0
	Eficiencia de sueño		X			0
	INDICADORES	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
	Sueño interrumpido		X			0
	Nicturia		X			0
	Dolor			X		0
	AGENCIA DE AUTOCUIDADO: Agente de Autocuidado, Agente de Autocuidado terapéutico DEMANDA DE AUTOCUIDADO: Parcial-Apoyo Educativo SISTEMA DE ENFERMERÍA: Parcialmente Compensatorio y de Apoyo Educativo					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dominio 4: Actividad/reposo Clase1: Sueño/reposo Insomnio, relacionado con malestar físico urgencia urinaria y dolor, manifestado por insatisfacción con el sueño (habitual), falta de energía, sueño no reparador.	INTERVENCIÓN: ❖ MEJORAR EL SUEÑO Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.		FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA El sueño y descanso deber ser suficiente, reparador y de calidad para tener la energía necesaria para una buena concentración, ejecución de actividades y salud.		EVALUACIÓN Se logra aumentar de una puntuación diana de 13 a 20, el objetivo se cumple parcialmente, por lo cual se mantienen las intervenciones de enfermería y se espera llegar a 24 puntos en un mediano plazo.	
	ACCIONES DE ENFERMERÍA: ✓ Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso. ✓ Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran en el sueño. ✓ Disponer/llevar a cabo medidas agradables masajes, colocación y contacto afectuoso. ✓ Disponer siestecillas durante el día para cumplir con las necesidades de sueño.		EJECUCIÓN -Recomendando que disminuya las actividades que le provoquen cansancio excesivo como: caminar distancias largas, cargar objetos, permanecer de pie o sentado por mucho tiempo. -Informar de la importancia que tiene el modificar los hábitos alimenticios por la noche: *Indicar que la última comida del día sea entre 6:30pm y 7pm. *Disminuir la ingesta de alimentos líquidos (atoles, té, café). *Disminuir comidas muy condimentadas o picantes. -Explicar de los beneficios que se genera por medio de las medidas establecidas , y realizar: *De tres a cuatro sesiones por semana, durante 15 días, con un horario de una hora por sesión 7pm a 8pm. -Explicando lo necesario que es tomar un descanso durante el día de 15 a 30min.Para recuperar y cumplir con las horas de sueño adecuado, y comentarle que debe reducir el tiempo de ocupación para poder realizar esta indicación.			



VALORACIÓN	Dominio II : Salud Psicosocial Clase M: Bienestar Psicológico RESULTADO ESPERADO:IMAGEN CORPORAL					
REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social. - Buena relación y convivencia con la familia, pero no social. - Se observa algo de timidez.	PUNTUACIÓN DIANA: Mantener a: <u>10</u> Aumentar a: <u>16</u>					
	INDICADORES	Nunca Positivo 1	Raramente Positivo 2	A veces Positivo 3	Frecuentemente Positivo 4	Siempre Positivo 5
	Descripción de la parte corporal afectada		X			0
	Satisfacción con el aspecto corporal		X			0
	Adaptación cambios en el aspecto físico			X		0
	Adaptación a cambios en el estado de salud			X		0
	AGENCIA DE AUTOCUIDADO: Agente de Autocuidado, Agente de Autocuidado terapéutico DEMANDA DE AUTOCUIDADO: Parcial-Apoyo Educativo SISTEMA DE ENFERMERÍA: Parcialmente Compensatorio y de Apoyo Educativo					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dominio 12: Confort Clase 3: Confort Social Aislamiento social, relacionado con alteración del aspecto físico y alteración del bienestar, manifestado por enfermedad, falta de contacto ocular, búsqueda de la soledad, mutismo, retraimiento, inseguridad en público.	INTERVENCIÓN: ❖ PONTENCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Mejora de las percepciones y actitudes conscientes del paciente hacia su cuerpo.		FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA Trabajar y fortalecer la imagen corporal es de gran trascendencia ya que contribuye en la salud mental y salud física.		EVALUACIÓN Se logra aumentar de una puntuación Diana de 10 a 14, el objetivo se cumple parcialmente, por lo cual se mantienen las intervenciones de enfermería y se espera llegar a 16 puntos en un mediano plazo.	
	ACCIONES DE ENFERMERÍA: ✓ Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía. ✓ Ayudar al apaciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal. ✓ Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social. ✓ Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.		EJECUCIÓN -Por medio de pláticas y ganando la confianza del paciente para que exprese su dudas e inquietudes respecto a su enfermedad, y dar solución. -Informar que el problema físico que actualmente presenta nada tiene que ver con su esencia como persona, que tiene igual valía que los demás, y ejemplificando con personas que han pasado por una situación similar y que han salido adelante. -Cuestionarlo sobre si su problema físico ha alterado la interacción social que tenía, y así tomar las medidas necesarias. -Indicando y trabajando sobre: *Mantenerse lo más erguido posible. *Mejorar posturas de descanso, como al estar sentado. * Higiene corporal adecuada. *Ropa de acuerdo a sus necesidades físicas actuales. *Y una actitud positiva frente a la vida.			



VALORACIÓN	Dominio IV: Conocimiento y Conducta de Salud Clase S: Conocimiento sobre Salud RESULTADO ESPERADO: CONOCIMIENTO REGIMEN TERAPEUTICO					
REQUISITO DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD: Realiza las medidas diagnósticas, terapéuticas y rehabilitación, prescritas. - Desde hace cinco meses no acude al servicio médico y ha dejado su tratamiento y rehabilitación. - Refiere que es porque sintió poca mejoría en su enfermedad y por desidia.	PUNTUACIÓN DIANA: Mantener a : 8 Aumentar a: 20					
	INDICADORES	Ningún Conocimiento 1	Conocimiento Escaso 2	Conocimiento Moderado 3	Conocimiento Sustancial 4	Conocimiento Extenso 5
	Proceso de la enfermedad		X			0
	Responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual		X			0
	Efectos esperados del tratamiento		X			0
	Beneficios del tratamiento de la enfermedad		X			0
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dominio 1: Promoción de la Salud Clase 2: Gestión de la Salud Gestión ineficaz de la propia salud relacionada con, déficit de conocimientos, percepción de gravedad, percepción de beneficios, manifestada por, fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria.	AGENCIA DE AUTOCUIDADO: Agente de Autocuidado, Agente de Autocuidado terapéutico DEMANDA DE AUTOCUIDADO: Parcial-Apoyo Educativo SISTEMA DE ENFERMERÍA: Parcialmente Compensatorio y de Apoyo Educativo					
	INTERVENCIÓN: ❖ ENSEÑANZA:PROCESO DE ENFERMEDAD Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.		FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA Es de gran importancia el conocimiento y entendimiento de la enfermedad por parte del paciente, concientizar para la colaboración en el proceso de la enfermedad y así elevar las posibilidades de recuperación.		EVALUACIÓN Se logra aumentar de una puntuación diana de 8 a 12, el objetivo se cumple parcialmente, por lo cual se mantienen las intervenciones de enfermería y se espera llegar a 16 puntos en un mediano plazo.	
ACCIONES DE ENFERMERÍA: ✓ Describir el proceso de la enfermedad. ✓ Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado. ✓ Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapias /tratamiento. ✓ Describir las posibles complicaciones crónicas. ✓ Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas		EJECUCIÓN -Por medio de una plática con carteles donde se explique del proceso de enfermedad. -Por medio del dialogo, cuestionar que tanto sabe de su estado actual de enfermedad, como lo interpreta y si esta consiente de él. -Informar que el tratamiento que se le indico es para quitar el dolor, relajar y sentirse mejor de ahí la importancia de no suspenderlo. -Enseñando de forma sencilla y clara para él las posibles complicaciones crónicas y el riesgo que conlleva estas podría ser: *Digestivas *Respiratorias *Neurológicas - Tener un descanso adecuado, buenas posturas, actitud positiva y no suspender el tratamiento y rehabilitación.				



VII. CONCLUSIONES

Mediante la aplicación del Proceso de Enfermería con el referente teórico de Dorothea E. Orem retomando la Teoría General del Déficit de Autocuidado, se logró mejorar las condiciones de vida del Adulto Mayor con Escoliosis Dorso Lumbar, brindando intervenciones y acciones precisas para optimizar sus condiciones de salud, proporcionando información y orientación adecuada sobre su estado actual y el seguimiento de su tratamiento para mantener un estado óptimo de vida.

Para los profesionales de Enfermería la implementación de la Metodología del Proceso de Enfermería debe ser un instrumento necesario que le permita brindar una atención de calidad y una mejor comprensión de los problemas de salud, su aplicación desde los aspectos práctico y teórico traen consigo beneficio al paciente y al mismo tiempo oportunidad al personal de enfermería para ofrecer un cuidado personalizado con conocimientos actualizados.



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Binder, Rudolf. (2012, Febrero). La escoliosis. *Medical Excercise*. Recuperado 07 de Diciembre de 2012, Disponible en: http://www.medical_excercise.com/patologías/escoliosis.php

De Elorza Martínez, Gustavo., Lozada Posada, Nuria Elvira. Y Niño Martínez, Ricardo. (2006). *Manual de Enfermería Zamora*. Bogotá Colombia: Zamora. p. 6-13.

Gac Espiándola, Homero. (2000). Algunos cambios Asociados al envejecimiento. *Boletín de la Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile*. 29(1-2), p.3. Recuperado 29 de Octubre de 2012, Disponible en: <http://escuela.med.pvc.cl/publ/boletín/geriatria/Algunos cambios.htm>

Cavanagh, Stephen. J. (1993). *Modelo de Orem aplicación práctica*. Barcelona: MASSON-SALVAT. p. 11-16, 27-30.

Orem, Dorothea Elizabeth. (1993). *Conceptos de Enfermería en la práctica*. Barcelona España: Mosby-Year. p.423.

Ostiguín Meléndez, Rosa María. Y Velázquez Hernández, Silvia María de la Luz. (2001). *Teoría General del Déficit de Autocuidado Guía Básica Ilustrada*. México: Editorial El Manual Moderno. p.4, 11, 17, 24, 25, 27, 28, 29.

Souchard, Philippe. Y Ollier, Marc. (2002). *Escoliosis: su tratamiento en fisioterapia y ortopedia*. Madrid: Médica Panamericana. p.15-17.



Tejada Barreras, Martín. (2011, Abril). Escoliosis: concepto, etiología y clasificación. *Mediagraphic*, 7(2), p.75-78. Recuperado el 10 de Diciembre de 2012, Disponible en: http://www.mediagraphic.com/pdfs/ot_2011/ot112dpdf



IX. BIBLIOGRAFÍA

Koehler, Sandra. (2012, Diciembre). Como dormir con Escoliosis. *eHow*. Recuperado 09 de Octubre de 2013, Disponible en: http://www.ehowenespanol.com/dormir-escoliosis-como_32651/.

León Román, Carlos Agustín. (2006). Enfermería Ciencia y Arte del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 22 (4), p.7. Recuperado 11 de Junio de 2013, Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm

Marrier Tomey, Ann. & Raile Alligood, Martha. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería*. (7ª ed.). España: Elsevier-Mosby. p.265-280.

Rodríguez Sánchez, Bertha Alicia. (2001). *Proceso Enfermero*. México: Cuellar. p.29- 32.

Rosales Barrera, y Reyes Gómez, Eva. (1999). *Fundamentos de Enfermería*. (2ª ed.). México: El Manual Moderno. p.6-11.

Ruano, Miguel Ángel. (2012, Febrero). Medidas de Higiene Postural para la Columna Vertebral. *Asociación Zamorana de traumatología y cirugía ortopédica (AZACOT)*. Recuperado 09 de Octubre de 2013, Disponible en: <http://www.traumazamora.org/ortoinfantil/columna2/columna2htm>.

Suros Forns, Juan. (1980). *Semiología médica y técnica exploratoria*. (6ª ed.). Barcelona: SALVAT. p.761, 762, 895, 896.



X. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Adulto mayor. La expresión tercera edad es un término antrópico-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas. En esta etapa el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de vejez y de ancianidad. Se trata de un grupo de la población que tiene entre 65-70 años de edad o más. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término personas mayores, y adulto mayor (en América Latina). Es la séptima y última etapa de la vida (prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez o ancianidad) aconteciendo después de esta la muerte.

Agente de autocuidado. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

Agencia de autocuidado. La agencia de autocuidado existe en forma desarrollada o en proceso de desarrollo. Se refiere al acto de conocer y realizar acciones para el cuidado de la salud de forma de liberada. Esto lo lleva a cabo tanto el agente de cuidado dependiente como el agente de autocuidado.

Agente de cuidado dependiente. Son las personas que cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería.

Apoyo educativo. Este sistema de enfermería sería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería; a veces esto puede significar simplemente alentarlos.



Colágeno. El colágeno es una molécula proteica o proteína que forma fibras, las fibras colágenas. Estas se encuentran en todos los animales. Son secretadas por las células del tejido conjuntivo como los fibroblastos, así como por otros tipos celulares. Es el componente más abundante de la piel y de los huesos, cubriendo un 25% de la masa total de proteínas en los mamíferos.

Demanda de autocuidado. Una vez que el individuo ha reconocido sus necesidades, su incapacidad de autocuidado o ambas, se activa la demanda de autocuidado y hace necesaria la intervención de la enfermería, misma que se ve determinada por factores condicionantes básicos.

Demanda de autocuidado terapéutico. Entra en acción cuando la persona genera demandas de autocuidado terapéutico es decir, cuando sabe que requiere un tratamiento por parte de una persona con conocimientos específicos de salud.

Dermis. La dermis es la capa de la piel situada bajo la epidermis y firmemente conectada a ella. Desempeña una función protectora, representa la segunda línea de defensa contra los traumatismos (su grosor es entre 20 y 30 veces mayor que el de la epidermis).

Dorothea E. Orem. Una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore Maryland en 1914, y muere en el 2007 en Georgia. Creadora de la Teoría General del Déficit de Autocuidado.

Enfermería. Como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis



lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.

Escoliosis dorso lumbar. La palabra escoliosis deriva del griego “scolios”, que significa curvatura. La escoliosis es una deformidad de la columna que se conoce desde tiempos remotos. El primero que la describió fue Hipócrates (460-370 a.C.) en su *Corpus Hippocraticum*, pero fue Galeno (131-201 d.C.) quien acuñó las palabras de xifosis, lordosis, y escoliosis.

Factores condicionantes básicos. Se refieren a las características de todo individuo que incluyen propiedades específicas, las cuales son afectadas por factores ambientales y humanos. Los factores condicionantes son 10.

Fisioterapia. La fisioterapia (del griego *physis*, “naturaleza”, y *therapía*, “tratamiento”), es una rama de las ciencias de la salud que consiste en apelar a elementos naturales o a acciones mecánicas, como movimientos corporales y ejercicios físicos.

Glicosaminoglicanos. Los glicosaminoglicanos, también llamados mucopolisacáridos, son cadenas largas y no ramificadas de heteropolisacáridos, compuestas generalmente por una unidad repetitiva de disacárido con la fórmula general (azúcar ácido - amino azúcar).

Metodología. La metodología (del griego de *μετά* *metá* “más allá, después, con”, *odós* “camino” y *logos* “razón, estudio”), hace referencia al conjunto de



procedimientos racionales utilizados para alcanzar una gama de objetivos que rigen en una investigación científica, una exposición doctrinal o tareas que requieran habilidades, conocimientos o cuidados específicos. Alternativamente puede definirse la metodología como el estudio o elección de un método pertinente para un determinado objetivo.

Modelo. Modelo es el resultado del proceso de generar una representación de sistemas a fin de analizar esos fenómenos o procesos.

Neurofibramatosis. Las neurofibromatosis son trastornos genéticos del sistema nervioso que afectan principalmente al desarrollo y crecimiento de los tejidos de las células neurales (nerviosas). Estos trastornos ocasionan tumores que crecen en los nervios y producen otras anormalidades tales como cambios en la piel y deformidades en los huesos.

OMS. La Organización Mundial de la Salud (OMS), es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

Onicogrifosis. La onicogrifosis u onicogriposis es el aumento exagerado del grosor de las uñas y éstas se acaban curvando. Aunque es más frecuentemente en las uñas de los pies, afecta sobre todo a los grandes dedos de los pies o las manos. Las uñas se espesan, se alargan y se curvan. Suele ocurrirles más frecuentemente a personas ancianas, aunque también puede afectar jóvenes.



Ortopedia. El término "ortopedia" proviene de las palabras griegas orthos que significa 'recto o derecho' y paideia que significa 'educación o formación'. La ortopedia es una especialidad médica dedicada a corregir o de evitar las deformidades o traumas del sistema musculoesquelético del cuerpo humano, por medio de cirugía, aparatos (llamado órtesis u ortesis) o ejercicios corporales.

Osteoporosis. La osteoporosis es una enfermedad que afecta a los huesos y está provocada por la disminución del tejido que lo forma, tanto de las proteínas que constituyen su matriz o estructura como de las sales minerales de calcio que contiene. Como consecuencia de ello, el hueso es menos resistente y más frágil de lo normal, tiene menos resistencia a las caídas y se rompe con relativa facilidad tras un traumatismo, produciéndose fracturas o microfracturas.

Osteotendineos. Reflejo osteotendinoso. El reflejo miotático, de estiramiento o monosináptico, es un reflejo medular.

Paradigmáticos. El término paradigma significa "ejemplo" o "modelo". En todo el ámbito científico, religioso u otro contexto epistemológico, el término paradigma puede indicar el concepto de esquema formal de organización, y ser utilizado como sinónimo de marco teórico o conjunto de teorías.

Glándula paratiroides. Las glándulas paratiroides son glándulas endocrinas situadas en el cuello, por detrás de los lóbulos tiroideos. Estas producen la hormona paratiroidea o paratohormona (PTH). Por lo general, hay cuatro glándulas paratiroides, dos superiores y dos inferiores, pero de forma ocasional puede haber cinco o más.



Parcialmente compensatorio. Este tipo de sistema de enfermería no requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.

Glándula pituitaria. La hipófisis o glándula pituitaria es una glándula endocrina que segrega hormonas encargadas de regular la homeostasis incluyendo las hormonas trópicas que regulan la función de otras glándulas del sistema endocrino, dependiendo en parte del hipotálamo el cual a su vez regula la secreción de algunas hormonas.

Proceso de enfermería. El proceso de atención de enfermería es un método por el cual se analiza al individuo, a la familia y la comunidad, incluyendo su entorno, de una manera ordenada y sistemática, para poder planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. El proceso se organiza en cinco fases cíclicas interrelacionadas y progresivas: Valoración, Diagnostico de Enfermería, Plan de intervención, Ejecución y evaluación.

Purpura senil. Se presenta en adultos mayores y se manifiesta como una serie de manchas de formas irregulares y de color violeta que por lo general desaparecen rápido, aunque también pueden convertirse en zonas permanentes de color pardo sobre la piel. Aparecen sobre todo en los antebrazos y en las manos de los ancianos.



Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud. Son los que existen para personas que están enfermas o lesionadas, con defectos de constitución corporal, que tienen enfermedades específicas incluyendo malformaciones e incapacidades pero, además están bajo diagnóstico y tratamiento médico.

Requisitos de autocuidado universal. Son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas de su ciclo vital y atienden aspectos de edad, sexo, estado de desarrollo, factores ambientales etc. En total son ocho.

Requisitos del desarrollo. Están asociados con los procesos de desarrollo humano así como con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital, eventos que pueden afectar adversamente el desarrollo.

Sistema endocrino. El sistema endocrino o también llamado sistema de glándulas de secreción interna es el conjunto de órganos y tejidos del organismo, que segregan un tipo de sustancias llamadas hormonas, que son liberadas al torrente sanguíneo y regulan algunas de las funciones del cuerpo.

Glándulas suprarrenales. Las glándulas suprarrenales son dos estructuras retroperitoneales, la derecha de forma triangular y la izquierda de forma semilunar, ambas están situadas encima de los riñones. Su función es la de regular las respuestas al estrés, a través de la síntesis de corticosteroides (principalmente cortisol) y catecolaminas (sobre todo adrenalina).

Teoría. Una teoría es un sistema lógico-deductivo constituido por un conjunto de hipótesis, un campo de aplicación (de lo que trata la teoría, el conjunto de cosas



que explica) y algunas reglas que permitan extraer consecuencias de las hipótesis de la teoría. En general las teorías sirven para confeccionar modelos científicos que interpreten un conjunto amplio de observaciones, en función de los axiomas o principios, supuestos y postulados, de la teoría.

Teoría del autocuidado. El autocuidado es una acción propia de las personas maduras o en proceso de maduración, misma que han desarrollado a partir de las capacidades para cuidar de sí mismos en sus condiciones ambientales. Tiene como propósito que dicha acción se realice de manera afectiva y eficaz por la propia persona en favor de sí mismo, permitiendo con ello el desarrollo y funcionamiento humano.

Teoría del déficit de autocuidado. Es el elemento crítico de la teoría, tiene su origen en la finalidad propia de saber cómo los seres humanos son sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella, pueden ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente. Éstas los hacen completamente o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes de cuidado para manejar de alguna manera los factores reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo, así como de las personas que dependen de ellos.

Teoría general de déficit de autocuidado. Esta teoría tiene como origen la finalidad propia de la enfermería, a saber: "los seres humanos están sometidos a limitaciones a causa de su salud y la enfermera se relaciona con ello para que la persona se ocupe de su cuidado".



Teoría de sistemas de enfermería. Marca las pautas que implementan las formas de intervención, en tanto que refiere una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de la persona para regular sus acciones de autocuidado.

Timo. El timo es un órgano del sistema linfático, responsable de la maduración de los córtex profundo (o paracorteza) y médula, tiñéndose el córtex superficial de color oscuro, y la médula de color claro tras realizar una tinción.

Totalmente compensatorio. Tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado.



XI. ANEXOS

ANEXO. 1

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para participantes en el Proceso de Enfermería con el referente Teórico de D. Orem.

Yo A.CHZ.M. doy mi consentimiento para participar en la metodología de intervención de enfermería, que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, fundamentada en la teoría de Dorotea Orem y estructurar un trabajo académico, con fines de titulación, para obtener el grado de licenciado en Enfermería a través del cual se me brindarán cuidados integrales que beneficiarán mi estado de salud.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de la metodología de intervención, así como de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencido que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento, sin obligación y conciente, sin recibir ninguna remuneración económica. Enterado (a) que el responsable de dicho proceso de enfermería es el (la) PLE Eunice Chávez Martínez doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

Amatucio Chavez Montero *[Signature]*
Acepto participar

Eunice Chavez Martinez *[Signature]* Rosa M. Martinez *[Signature]*
PLE Testigo

Morelia, Mich. a 21 de Noviembre 2011.



ANEXO.2

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO FACULTAD DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA DE CELAYA MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

GUIA DE VALORACIÓN

(DOROTHEA ELIZABETH OREM)

I.FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

a) Descriptivos de la persona

Fecha: 25-11-11 Nombre: A.CHZ.M. Sexo: Masc. (x)

Fem. () Edad: 69 Religión: Católica Edo. Civil: Soltero Escolaridad: 3º de primaria Lugar de residencia: Charo, Michoacán Domicilio actual (calle, numero, colonia): Ignacio López Rayón 279, Barrio San Bartolo

Características de vivienda:

Renta: _____ Propia: x Otros: _____

Material de construcción:

Adobe: _____ Ladrillo: x Otros: _____

Cuenta con los servicios de vivienda:

Agua potable: x Luz eléctrica: x Drenaje: x

Pavimentación: x

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos

Alumbrado Público: (x) Recolección de basura: (x)



Drenaje y alcantarillado: (x)

Rol que ocupa en la familia:

Padre: () Madre: () Hijo: () Esposo/o: () Hermano (x) Tío (x)

Cuantos hijos tiene:

0: () 1: () 2: () más de 3: ()

Como es su relación con la familia:

Buena: (x) Regular: () Mala: ()

Nivel de educación:

Analfabeta: () Primaria: (x) Secundaria: () Bachillerato: () Licenciatura: ()
Otros: _____

Ocupación: Campesino Horario: 10am-5pm

Antecedentes laborales: Ninguno Ingreso económico Familiar:

Menos de 1S.m. () 1-2 S.m: (x) más de 3 S.m. ()

Dependencia económica:

Si: () No: (x)

De quien: () padres: () Esposo /a: () Otros: _____

b) Patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

Sociales: () Culturales: () Deportivas: () Religiosas: () Otras: Ninguna

¿Qué hace usted para cuidar su salud? No excediéndome en comer grasas y caminando



c) Estado de sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno: () Regular: () Deficiente: (x)

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente?

IMSS: () ISSTE: () SALUBRIDAD: (x) Particular: ()

Otros: _____

Diagnostico Medico: Escoliosis Dorso Lumbar en el Adulto Mayor

Estado de salud: Grave: () Delicado: () Estable: (x)

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente: Si

d) Estado de desarrollo

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico?

Si: (x) No: ()

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones? Ninguno

¿Quién autoriza su tratamiento médico? El Dr. LL.

II REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSAL

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia respiratoria: 21x ' Llenado capilar: 2 segundos Cianosis: No

Tabaquismo: Si: () No: (x) Especifique: _____

¿Cocino con leña? Si: () No: (x) ¿Cuánto tiempo? _____

Alergias: Si: () No: (x)

Especifique: _____



Tipo de respiración:

Normal: (x) Disnea: () Bradipnea: () Taquipnea: () Polipnea: ()

Otros:

Nariz:

Desviación del tabique: () Pólipos: () Secreciones: () Dolor: () Edema: ()

Otro: Normal

Tórax:

Tonel: () En quilla: () En embudo: () Otros: Normal

Ruidos respiratorios:

Estertores: () Sibilancias: () Murmullo vesicular: () Normal: (x)

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si: () No: (x)

Cardiovascular:

T/A: 130/ 80 FC: 65 Soplos: () Arritmias: ()

Otras alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si: () No: (x)

Apoyo

ventilatorio:



b) Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Valore datos de deshidratación:

Mucosa oral: seca: () hidratada: (x)

Piel: seca: () escamosa: () normal: (x)

Turgencia: normal: (x) escasa: ()

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

300-500ml: () 500-1000ml: () 1500-2000ml: (x) más de 2000ml: ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave publica: () Pipa: () Entubada: () Garrafón: (x)

Otros: _____

Utiliza algún método para purificar el agua:

Si: () No: (x)

Especifique: _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si: () No: (x)

Especifique cantidad: _____

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique: _____



c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos:

Peso: 53.500kg Talla: 1.62 IMC: 20.4 Cintura: 85 Glicemia: 87mg/dl

Ha observado variaciones en el peso:

Si: () No: (x)

Perdida: () Ganancia: ()

1-3kg: () 4-6kg: () 7-9kg: () más de 10kg: ()

Dentadura:

Completa: () Faltan piezas: (x) Prótesis fija: (x) Prótesis extraíble: ()

Especifique: _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si: () No: (x)

Especifique:

Lengua en tónica: () Estomatitis: () Xerostomía: () Tumor oral: ()

Leucoplaquia: () Edema: () Lesión oral: () Drenaje purulento: () Gingivorragia: ()

Ulceraciones: () Otros: Normal

Alteraciones en cara y cuello: Ninguno

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia: () Disminuido: () Aumentado: () Normal: (x)

Distensión Abdominal: () Otros: _____



Presenta algún problema en la alimentación:

Si: () No: (x)

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si: () No: (x)

Cuál: Acidez: () Náuseas: () Vómito: () Hematemesis ()

Disfagia: () Pirosis: () Regurgitación: () Polidipsia: () Polifagia: ()

Bulimia: () Anorexia: () Reflujo: () Sialorrea: () Saciedad: ()

Eructos: () Otros: _____

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse

Si: () No: ()

Especifique: _____

Tipo de nutrición:

Oral: (x) Sonda Nasogástrica: () Sonda Nasoyeyunal: ()

Gastroclisis: () Nutrición parenteral: () Enteral: ()



Que tan frecuente usted como:

1= cada día 2= una vez a la semana 3= una vez al mes 4=nunca

Alimento frecuencia	1	2	3	4
Leche	x			
Deriv.de la leche		2 veces a la semana		
Carnes		2-3 veces a la semana		
Cereales	x			
Verduras		2 veces a la semana		
Frutas		2 veces a la semana		
Huevos		2 veces a la semana		
Pescado			x	
Pastas y harinas	x			

¿Con que guisa los alimentos?

Aceite: (x) Manteca: () Otros: _____



¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones: (x) Diabética: () Hiposódica: () Hipoproteica: ()

Otros: _____

d) Provisiones de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos

Grupo de evacuación intestinal:

Presencia de:

Estoma intestinal: () Colostomía: () Ileostomía: ()

Hemorroides: () Pólipo rectal: () Rectorragia: () Otros: Ninguno, normal

Alteración al evacuar:

Tenesmo: () Pujo: () Cólico: () Otros: Ninguno normal

Apoyo para la eliminación intestinal:

Movilización: () Medicación: () Higiene: () Otros: Ninguno, normal

Evacuación intestinal:

Espontánea: () Estreñimiento: () Diarrea: () Otros: Normal

Características de las heces fecales:

Café: (x) Acolia: () Melena: () Otros: _____

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa: () Semipastosa: () Líquida: () Semilíquida: () Dura: (x)

Grupo de eliminación vesical:

Presencia de: Incontinencia: () Retención urinaria: () Tenesmo: ()



Disuria: (x) Alteraciones Uretero-vesicales: Diuresis, frecuencia y urgencia aumentada por las noches

Alteraciones en la micción: Polaquiuria: (x) Oliguria: () Anuria: ()

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización: () Cateterismo vesical: () Higiene: () Otros: Ninguno

Características de la micción: Ámbar: (x) Coluria: () Hematuria: ()

Turbia: () Otros: _____

Grupo respiración:

Cambio en los patrones normales de sudoración:

Disminuida: () Ausente: () Aumentada: () Normal (x)

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: 36.1° C Dolor: () Alt. Emocionales: ()

Temperatura ambiental: 25° C Otros: _____

e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

Menos de 6hr: () 6-8hr: (X) 8-10hr: () Mas de 10hr: ()

¿Cómo se encuentra al despertar? Refiere que se siente cansado que ha cambiado su patrón de sueño a causa de la disuria y urgencia urinaria así como el dolor de espalda

Cansado: (x) Descansado: () Fatigado: ()

Otros: _____



¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si: () No: (x)

¿Ha sufrido algún cambio en el patrón de sueño?

Si: (x) No: ()

¿Desde cuándo?

1 semana: () 15 días: () 1 mes: () Mas de un mes: (x)

Presencia de: Bostezos: () Insomnio: () Hipersomnio: () Pesadillas: ()

Alucinaciones: () Ojeras: () Ronquido: (x) Enuresis: () Sonambulismo: ()

Terrores nocturnos: ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño: _____

¿Acostumbra a tomar siestas? Si: () No: (x)

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño? Si: () No: (x)

ACTIVIDAD

Sistema músculo esquelético:

Presencia en articulaciones de: Dolor: (x) Rigidez: () Inflamación: ()

Limitaciones: () Contracturas: () Especifique: Dolor a nivel de la cintura

Tratamiento: Toma analgésicos “ácido acetil salicílico vía oral 100mg c/24, Neurobión I.M. c/3”

¿Alguna actividad física le produce dolor? Si (x) No ()

Especifique: El caminar largas distancias, el permanecer de pie o sentado por mucho tiempo, cargar objetos y últimamente algunas actividades normales



¿Realiza algún tipo de ejercicio? Si: () No: (x)

Cual: _____

Frecuencia / Duración: _____

f) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción

Sistema Auditivo:

Presenta problemas de audición: Si: () No: (x)

Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar: Si: () No: (x)

Presencia de: Mareo: () Vértigo: () Acufenos: () Malformaciones: ()

Tumoraciones: () Lesiones: () Ninguno

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales: Si: () No: (x)

Especifique: _____

Utiliza lentes: Armazón: () Contacto: () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares: Si: () No: (x)

Especifique: _____

¿Con quienes convive diariamente? Familia: (x) Amigos: () Compañeros de trabajo: ()

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena: (x) Regular: () Mala: ()

¿A quiénes recurre para platicar de sus problemas? Familia: (x) Amigos: ()



Nadie: () Otros: _____

Observar: Seguridad : () Timidez: (x) Introversión: () Apatía: () Extraversión: ()
Otros: _____

Razones que le impiden socializar: Lejanía: () Enfermedad: ()

Rechazo: () Miedo: () Dificultad para la comunicación: () Otros: La timidez

g) Prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar

Sistema neurológico:

Estado de conciencia: Consiente: (x) Inconsciente: () Sopor: () Estupor: ()
Confusión: () Coma : () Glasgow: _____

Problemas con: Concentración: () Razonamiento: ()

Especificar: Ninguno

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la deambulación?

Bastón: () Silla de ruedas: () Andador: () Otros: No

Antecedentes heredo familiares patológicos: Si: () No: (x)

Especifique: _____

Toxicomanías: Si: () No: (x) Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si: () No: (x)

Especifique: _____

h) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su aspecto físico? Si: () No: (x)



Especifique: Por el encorvamiento de su espalda debido a su enfermedad

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si: () No: (x)

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas? Si: () No: (x) Especifique: _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva? Si: (x) No: ()

Especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales? Si (x) No ()

Depresión: () Ansiedad: () Vergüenza: (x) Temor: (x)

Desesperanza y negatividad: ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante? Culpa: () Negación: ()

Inadaptación: () Irritabilidad: (x) Agresión: () Cólera: ()

III REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

a) Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo

1. Etapas del ciclo vital.

Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente a su salud en alguna de las siguientes etapas de su vida

Niñez: Si: () No: (x)

Especifique: _____

Edad escolar: Si: () No: (x)

Especifique: _____



Adolecente: Si: (x) No: ()

Especifique: Ciertos miedos

Adulto joven: Si: () No: (x)

Especifique: _____

Edad fértil: Si: (x) No: ()

Especifique: Continúa con Ciertos miedos y timidez

Adulto maduro: Si: (x) No: ()

Especifique: Su enfermedad el encorvamiento y cansancio

2. Salud sexual

Sistema Reproductor:

Ha recibido educación sexual: Si: () No: (x)

Especifique: _____

Cuál es su orientación sexual: Poca

Con que frecuencia tiene actividad sexual: No refiere

Está satisfecho con su vida sexual: Si: () No: () Porque: No refiere

Número de parejas sexuales: No refiere

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales: No refiere

Si: () No: () Especifique/tratamiento: _____

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si: () No: (x)

Especifique/tiempo: _____



Número de hijos: Ninguno

Tiene problemas de infertilidad: Si: () No: ()

Especifique: No se tiene conocimiento

Causa/tratamiento: _____

Presenta alguna enfermedad transmisión sexual: Si: () No: (x)

Especifique: _____ Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor: Si: () No: (x)

Especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen próstata- testicular? Si: (x) No: ()

Frecuencia: Única revisión hace seis meses antígeno específico de próstata resultado 5.66ng/ml con valor de referencia de 0-4ng/ml

¿Presenta problemas de erección? Si: () No: (x)

Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz? Si: () No: (x)

IV REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

¿Con que frecuencia se realiza usted chequeos de salud?

4-6 meses: () 6-12meses: (x) más de 12 meses: () No se realiza: ()

Especifique: _____

¿Sabe usted de que está enfermo? Si: (x) No: ()



¿Qué conoce acerca de su enfermedad? Que es una enfermedad que invalida y deforma la el cuerpo

¿Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, usted acude? Si: (x) No: ()

¿En qué caso de déficit o incapacidad física, cuál es su sentimiento respecto a su situación? Me pone triste

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si: (x) No: ()

Especifique: Sí la rehabilitación, termoterapia, masoterapia, 3 veces por semana y uso de corsé para la espalda y ejercicios

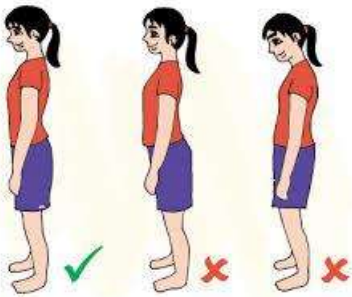
¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación? No

Ambientales: () Familiares: () Personales: ()

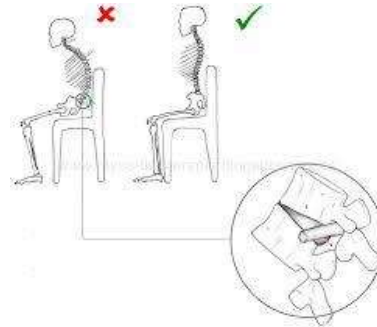
Especifique:

ANEXO.3

POSTURAS CORRECTAS PARA LA ESPALDA



Al estar de pie



Al estar sentado y al levantarse

Figura 7

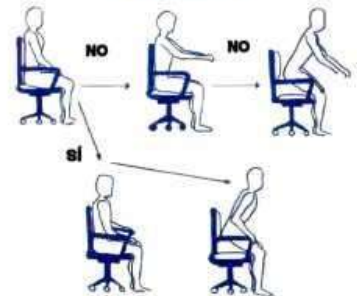


Figura 2

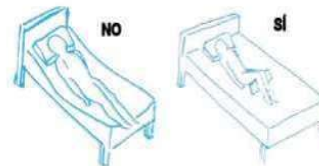


Al recoger y cargar un objeto

Figura 4



Figura 5



Al dormir

Figura 6

