



PASIÓN POR EDUCAR

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA

NOMBRE DEL ALUMNO(A): María Fernanda Sol Calvillo

MATERIA: Fundamentos de enfermería

GRADO: Primer cuatrimestre

CARRERA: Lic. Enfermería

DOCENTE: LIC. Hilaria Hernández Moreno

ACTIVIDAD: Ensayo



MOVILIDAD

MOVILIDAD está relacionada con el movimiento físico, incluidos los movimientos motores gruesos simples y los movimientos motores finos más complejos, junto con la coordinación que se asocia con esos movimientos. La movilidad física requiere suficiente fuerza muscular y energía, además de la estabilidad esquelética, la función articular y la sincronización neuromuscular adecuadas. Cualquier cosa que altere este proceso integrado puede provocar deterioro de la movilidad o bien inmovilidad.

¿Quién corre el riesgo?

Aunque en cualquier persona puede producirse un deterioro de la movilidad, aquellas personas con enfermedades agudas o crónicas, lesiones traumáticas o dolor crónico corren mayor riesgo de experimentar deterioro de la movilidad y complicaciones relacionada. Los procesos de enfermedad que afectan directamente a la movilidad incluyen trastornos de los sistemas nerviosos central y periférico, trastornos musculoesqueléticos y neuromusculares. Entre las enfermedades del sistema nervioso que pueden deteriorar la movilidad pueden citarse parálisis cerebral, esclerosis múltiple y enfermedad de Parkinson. Entre los trastornos musculoesqueléticos que reducen la movilidad cabe citar distrofia muscular, osteoartritis y artritis reumatoide. Otros trastornos que pueden deteriorar la movilidad son las deformidades congénitas, como la osteocondrodisplasia y las enfermedades que contribuyen al agotamiento físico, como la insuficiencia cardíaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Las lesiones ortopédicas, de la cabeza y de la columna traumáticas pueden reducir enormemente la movilidad.

Múltiples riesgos

El deterioro de la movilidad tiene consecuencias negativas para casi todos los sistemas corporales. Si se prolonga, la inmovilidad conduce a un mal estado físico y a la pérdida de la funcionalidad. Los efectos psicosociales de la inmovilidad se manifiestan por cambios afectivos y en el estado de ánimo. Los pacientes con movilidad reducida pueden experimentar aburrimiento, ansiedad, luto, enfado y alteración de los patrones de comunicación verbal/no verbal. El cambio en el estado de movilidad también puede alterar la imagen corporal del paciente, lo que provoca una baja autoestima y una sensación de impotencia. El paciente puede evitar la interacción social, lo cual exacerbará aún más los efectos del aislamiento. Evalúe la capacidad del paciente para moverse y la necesidad de asistencia (incluso el uso de dispositivos de asistencia).

Evaluaciones de enfermería relacionadas con la movilidad

Puesto que los problemas de movilidad están directamente relacionados con trastornos musculoesqueléticos, es fundamental una evaluación exhaustiva de este sistema y sus efectos sobre el estado de movilidad del paciente. Evalúe la masa, el tono, la fuerza y la coordinación musculares. La inmovilidad puede afectar negativamente a la perfusión tisular, por lo que lleve a cabo una evaluación cardiovascular exhaustiva que incluya los tonos cardíacos, la presión arterial, los pulsos apicales y periféricos, y el tiempo de relleno capilar. Evalúe la existencia de edema en las extremidades inferiores. La evaluación del sistema respiratorio debe incluir los sonidos pulmonares, el movimiento y la simetría de la pared torácica, así como el ritmo, la profundidad y el esfuerzo de las respiraciones. La evaluación de enfermería del sistema gastrointestinal incluye la auscultación de los ruidos intestinales y la palpación del abdomen si existe distensión o malestar. Para evaluar los problemas genitourinarios, evalúe la existencia de anomalías de las vías urinarias, como dolor suprapúbico, disuria, urgencia o frecuencia e incontinencia urinarias.

Intervenciones de enfermería

Si bien muchas intervenciones dependen de la causa subyacente de la inmovilidad del paciente, las intervenciones de enfermería se centrarán en aspectos de los cuidados relacionados con la movilidad en sí. Para evitar o minimizar las complicaciones de la inmovilidad, movilice al paciente tan pronto como sea posible y en la mayor medida posible. Los esfuerzos de movilización, como balancearse, sentarse y la deambulación inmediata, dependen de las circunstancias exclusivas de cada paciente durante la hospitalización, como el proceso de enfermedad, los procedimientos realizados y el tipo de cirugía. Por ejemplo, la movilización temprana puede producirse en un paciente de 24 a 36 horas después de haber sufrido un accidente cerebrovascular isquémico agudo. Un paciente con un cateterismo cardíaco puede ser movilizado al cabo de unas horas del procedimiento, mientras que un paciente intervenido por artroplastia total de rodilla puede comenzar a moverse 24 horas después de la cirugía. Controle las constantes vitales antes y después de la actividad física. Ponga en marcha estrategias apropiadas de prevención de caídas, según lo indicado, como realizar una ronda cada hora para atender las necesidades del paciente. Anime al paciente a llevar a cabo las actividades de la vida diaria tan independientemente como sea posible y a cumplir la fisioterapia prescrita para mejorar la movilidad. Realice ejercicios de exhibilidad articular (activos o pasivos dependiendo de la capacidad del paciente y su estado clínico).

Evaluación continua y cuidados de enfermería

El estado nutricional afecta tanto a la posibilidad de que el paciente presente complicaciones relacionadas con la inmovilidad como a la capacidad del paciente de recuperar la movilidad. Compruebe el consumo de alimentos del paciente y el tamaño de las raciones, el peso diario, el balance hídrico y el nivel de actividad. Cuando sea necesario, ayude al paciente a comer, hable sobre las preferencias alimentarias con el paciente/ la familia y consulte a un dietista. Verifique los valores de laboratorio relacionados con la nutrición, como la albúmina sérica, proteína sérica, glucemia y electrolitos clave, como sodio, potasio, magnesio y calcio. Los pacientes debilitados son más propensos a la infección; por tanto, controle los signos como fiebre y leucocitosis. Pida al paciente que comunique si tiene náuseas, vómito o dolor abdominal. Puesto que la inmovilidad puede aumentar el riesgo de estreñimiento, controle los movimientos intestinales para averiguar si hay regularidad y cuáles son las características. Anime al paciente a que ingiera líquidos y siga una dieta rica en fibra, a menos que esté contraindicado, para que prevenga el estreñimiento. Al registrar el balance hídrico, anote la cantidad y las características de la orina. Los resultados de las pruebas de laboratorio, incluyendo la osmolalidad y la densidad de la orina, así como los valores de urea en la sangre, pueden ayudar a determinar el estado del volumen del líquido del paciente. Compruebe el estado emocional del paciente en cada turno y esté atenta ante cualquier cambio de comportamiento o de humor. Ofrezca apoyo y empatía, y deje que el paciente exprese sus sentimientos sin emitir ningún juicio. Si identifica algún problema, debe comunicarlo y verificarlo para garantizar la salud psicológica continua del paciente.

VALORACION DEL PATRON DE MOVILIDAD

Valoración del estado cardiovascular: Frecuencia cardiaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG que reflejen isquemia o arritmia, etc. Valorar antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente laboral, disnea, molestias de esfuerzo, tos nocturna, expectoración, indicación verbal de disnea, etc. Tolerancia a la actividad: Fundamentalmente en pacientes cardiacos y respiratorios

Valoración de la movilidad: Debilidad generalizada, cansancio, grado de movilidad en articulaciones, fuerza, tono muscular. Actividades cotidianas: mantenimiento del hogar, Capacidad funcional (test de Katz o Barthel) Estilo de vida: Sedentario, activo. Ocio y actividades recreativas: El énfasis está en las actividades de mayor importancia para la persona; tipo de actividades y tiempo que se le dedica.

Resultado del patrón: El patrón está alterado si existe: Síntomas respiratorios: frecuencia respiratoria alterada, disnea, cianosis, tos inefectiva, tiraje, uso de oxígeno domiciliario. Problemas circulatorios: Alteración de Tensión arterial y FC en respuesta a la actividad, pulsos periféricos inexistentes, edemas, claudicación intermitente Problemas de salud limitantes, incapacidad para la actividad habitual. La presencia de síntomas físicos: cansancio excesivo, hipotonía muscular, inmovilizaciones, claudicación intermitente, pulsos periféricos disminuidos, parálisis, parecias. Deficiencias motoras. Problemas de movilidad Problemas de equilibrio, inestabilidad. Capacidad funcional alterada, ver aclaraciones Incapacidad de ocio habitual, aburrimiento manifestado por la persona. Aclaraciones: TA: la presencia de una TA ($\geq 140/90$) no es suficiente para considerar el patrón alterado, estaría alterado si condiciona la práctica de ejercicio.

MECANICA CORPORAL

La mecánica corporal estudia el equilibrio y movimiento de los cuerpos aplicado a los seres humanos. La mecánica corporal se encarga de estudiar el equilibrio y movimiento de los cuerpos aplicado a los seres humanos y se conceptualiza como la disciplina que trata del funcionamiento correcto y armónico del aparato musculoesquelético en coordinación con el sistema nervioso. El personal de enfermería aplicará la mecánica corporal en todas las acciones que realice consigo misma y con el paciente, esto reducirá los riesgos de lesión y evitará fatigas innecesarias. Cabe mencionar que la realización de la mecánica corporal comprende normas fundamentales que deben respetarse al realizar movilización o transporte de un individuo por parte del profesional. La finalidad de la mecánica corporal es aumentar o restablecer la capacidad corporal de un individuo o de cualquier parte de su cuerpo para realizar actividades funcionales, mejorar su aspecto físico, evitar o disminuir desequilibrios físico psicosociales y favorecer su independencia hasta donde sea posible, precisa de un trabajo en equipo para coordinar y dirigir no sólo la alineación corporal, sino también para lograr una estimulación neuromusculoesquelética mediante masaje; ejercicios con fines deportivos, de diagnóstico o terapéuticos; movilización para lograr descanso y efectos biológicos o psicológicos progresivos; transferencia o desplazamiento de un lugar a otro; y uso de elementos o dispositivos de apoyo y seguridad. La aplicación de la mecánica corporal al efectuar alineación del cuerpo, masaje, movilización y transferencia de pacientes, requiere de algunas normas las cuales pueden consultarse en el Manual de Procedimientos Generales de Enfermería.

OBJETIVOS

- Disminuir el gasto de energía muscular.
- Mantener una actitud funcional y nerviosa.
- Prevenir complicaciones musculo esqueléticas.

CUIDADOS EN PACIENTES CON PROBLEMAS DE MOVILIDAD

- Valoración de conformación exterior.
 - Definición de planos corporales.
 - Reducción de tensión excesiva sobre articulaciones que soportan el peso corporal.
- Posiciones Sedentes

Fowler elevada: Paciente sentado en silla o cama con el tronco en posición vertical y extremidades inferiores apoyados sobre un plano resistente.

Indicaciones: Exploración física de región anterior del cuerpo, alimentación, favorecer exhalación respiratoria adicional, disminuir tensión muscular abdominal y lumbar, aplicación de algunos tratamientos o intervenciones quirúrgicas en cabeza o cara, descanso.

Fowler: Paciente sentado en cama con elevación de la cabecera a 45° y ligera flexión de extremidades inferiores.

Indicaciones: Similares a la anterior a excepción de la tercera indicación, favorecer la respiración.

Semifowler: Paciente sentado en cama con elevación de a cabecera a 30° y ligera a flexión de extremidades inferiores.

Indicaciones: Similares a la posición de Fowler.

Yacente o en Decúbito Dorsal con piernas elevadas: Paciente en decúbito dorsal o supina con extremidades inferiores elevadas sobre almohadas o piecera de la cama.

Indicaciones: Favorecer relajación muscular, disminuir edema de extremidades inferiores.

Decúbito Dorsal o Supina: Paciente acostado sobre su región posterior, extremidades superiores a los lados del cuerpo y las inferiores ligeramente flexionadas.

Indicaciones: Exploración física de región anterior del cuerpo, relajación muscular, aplicación de tratamientos específicos en región anterior del cuerpo, en laparotomías.

Dorsosacra: Paciente en decúbito dorsal o supina con separación de rodillas y pies apoyados sobre un plano resistente.

Indicaciones: Similares a las anteriores.

Ginecológica o litotomía: Paciente en decúbito dorsal con región glútea apoyada en el borde de la mesa de exploración, extremidades inferiores flexionadas y separadas por medio de piñeras.

Indicaciones: Atención al parto, en intervenciones médicas y quirúrgicas de órganos pélvicos.

Rossier: Paciente en decúbito dorsal con almohada por debajo de los hombros para producir hiperextensión de cuello.

Indicaciones: Favorecer la ventilación pulmonar, exploración e intervenciones quirúrgicas en el cuello.

Trendelenburg: Paciente en decúbito dorsal con elevación de piecera de cama entre 30 a 45°, de tal manera que la cabeza se encuentre en un plano más bajo que los pies.

Indicaciones: Favorecer drenaje postural, incrementar riego sanguíneo cerebral, intervenciones quirúrgicas de vejiga y colon, favorecer retorno venoso.

Decúbito ventral o Prona: Paciente acostado sobre región anterior del cuerpo, cabeza de lado, extremidades superiores en extensión a los lados del cuerpo y las inferiores en extensión.

Indicaciones: Exploración de región posterior del cuerpo, aplicación de tratamientos en región posterior del cuerpo, recuperación posanestésica.

Prona de Urgencia: Paciente en decúbito ventral con cabeza fuera del borde de la cama y extremidad superior correspondiente sobre un banco de altura.

Indicaciones: Evitar la broncoaspiración por expulsión de vómito en proyectil o secreciones de vías respiratorias, favorecer drenaje postural.

Genucubital: A partir de la posición prona, el paciente descansa sobre brazos y rodillas, con la cabeza de lado.

Indicaciones: Exploración de región pélvica, exploración sigmoidoscopia, en tratamientos rectosigmoideos.

Genupectoral o de Bozeman: A partir de la posición prona, el paciente descansa sobre la cara anterior del tórax y rodillas; cabeza lateral y las extremidades superiores alrededor de ésta.

Indicaciones: Similares a la genucubital.

De Kraske o navaja sevillana: Paciente en decúbito ventral con inclinación de muslos formando un ángulo de 90° y piernas apoyadas sobre la parte inferior de la mesa de exploración. Inclinación de la parte superior de la mesa o cama, de tal forma que las caderas queden más elevadas que el cuerpo.

Indicaciones: Exploración e intervenciones quirúrgicas en recto, aplicación de tratamientos en recto.

Decúbito Lateral: Paciente acostada sobre el lado derecho o izquierdo, extremidades superiores en ligera flexión y la inferior del lado opuesto ligeramente flexionada sobre la otra.

Indicaciones: Favorecer la relajación muscular, recuperación pos anestésica, aplicación de varios tratamientos.

De Sims: Paciente en decúbito lateral izquierdo con extremidades superiores ligeramente flexionadas, extremidad inferior izquierda ligeramente flexionada y la derecha flexionada hasta casi tocar el abdomen.

Indicaciones: Aplicación de enemas, exploración de recto, relajación muscular.