



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Carrillo Cáceres, DH; Guerrero Cortés, EL. Beneficios que aporta la vinculación de la familia al cuidado de la persona hospitalizada por trauma raquimeular. Biblioteca Lascasas, 2006; 2 (2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0133.php>

**BENEFICIOS QUE APORTA LA VINCULACION DE LA FAMILIA
AL CUIDADO DE LA PERSONA HOSPITALIZADA POR TRAUMA
RAQUIMEDULAR**

**DARWIN HUXLEY CARRILLO CACERES
EDNA LUCIA GUERRERO CORTES**

**UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
TUNJA, 2000**

**BENEFICIOS QUE APORTA LA VINCULACION DE LA FAMILIA
AL CUIDADO DE LA PERSONA HOSPITALIZADA POR TRAUMA
RAQUIMEDULAR**

**DARWIN HUXLEY CARRILLO CACERES
EDNA LUCIA GUERRERO CORTES**

**Monografía para optar el título de:
ENFERMEROS**

**Directora:
OLGA VALERO DE HERNANDEZ
Enfermera**

**UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
TUNJA, 2000**

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	
INTRODUCCION	
1. PROBLEMA	3
2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	4
3. JUSTIFICACION	9
4. OBJETIVOS	13
4.1. OBJETIVO GENERAL	13
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	13
5. MARCO TEORICO	15

5.1. ANTECEDENTES	15
5.2. MARCO CONCEPTUAL	21
5.2.1. Cuidado	22
5.2.2. El cuidado de enfermería	23
5.2.3. Elementos del cuidado de enfermería	26
5.2.4. Profesional de enfermería	27
5.2.5. Rol de la familia en la recuperación de la salud	29
5.2.6. Lesiones de la columna vertebral	34
5.2.6.1. Trauma Raquimedular	34
5.2.6.2. Lesiones de la columna cervical	35
5.2.6.3. Lesiones de la columna dorso lumbar	37
5.2.7. Disfunción Medular	38

5.2.7.1. Clasificación de la disfunción medular	39
5.2.8. Aspectos que influyen en la recuperación de los pacientes con limitaciones físicas.	54
5.2.8.1. Aspecto emocional	54
5.2.8.2. Aspecto familiar	55
5.2.8.3. Aspecto ocupacional	56
5.3. MARCO LEGAL	58
6. DISEÑO METODOLOGICO	63
6.1. TIPO DE ESTUDIO	63
6.2. POBLACION Y MUESTRA	64
6.2.1. Población	64
6.2.2. Unidad muestral	65
6.3. VARIABLES E INDICADORES	66

6.3.1. Familia	66
6.3.1.1. Tipología familiar	66
6.3.1.2. Interrelaciones	67
6.3.1.3. Participación familiar en el cuidado	67
6.3.2. Paciente	67
6.3.2.1. Presencia de beneficios	68
6.3.2.2. Presencia de complicaciones	68
6.3.3. Cuidado	68
6.3.3.1. Impacto	68
6.4. INSTRUMENTOS	69
6.4.1. Historia familiar	69
6.4.2. Apgar familiar	69
6.4.3. Ecomapa	69

6.4.4. Familiograma	70
6.4.5. Observación	70
6.4.6. Talleres	70
6.4.7. Educación ocasional o de oportunidad	70
7. ANALISIS DE DATOS	72
7.1. EDAD	73
7.2. SEXO	74
7.3. PROCEDENCIA	74
7.4. PARTICIPACION DE LA FAMILIA	75
7.5. UNIDAD MUESTRAL	76
7.6. BENEFICIOS DE LA PARTICIPACION	80
CONCLUSIONES	83

SUGERENCIAS	86
ANEXOS	88
BIBLIOGRAFIA	102

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Numero de casos de Trauma Raquimedular por grupo etáreo y sexo en Colombia, 1994-1996.	4
Tabla 2. Pacientes hospitalizados por Trauma Raquimedular en el servicio de Neurocirugía del 15 de octubre de 1999 al 15 de abril del 2000.	72

LISTA DE GRAFICOS

Gráfica 1. Grupos etáreos	73
Gráfica 2. Sexo.	74
Gráfica 3. Procedencia.	74
Gráfica 4. Participación familiar.	75

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Historia familiar	88
Anexo B. Apgar familiar	90
Anexo C. Ecomapa	91
Anexo D. Familiograma	92
Anexo E. Taller 1	93
Anexo F. Taller 2	95
Anexo G. Taller 3	97
Anexo H. Taller 4	100

GLOSARIO

ACCIDENTE: suceso eventual inesperado y generalmente desagradable.

ARTRODESIS: fijación de una articulación provocada quirúrgicamente para aliviar el dolor o dotar de apoyo.

CERVICAL: relativo al cuello o a la región del cuello.

COMPRESION: presión sobre un órgano, tejido o aona corporal. Situación en que se produce una intensa presión sobre uno o más troncos nerviosos, dando lugar a la lesión de las fibras y consiguientemente a debilidad o atrofia muscular

CORSÉ: vendaje enyesado rígido para la inmovilización de la columna vertebral. Algunos tipos de corsé son: Articulado, Minerva, Sayre y Chaleco.

CUADRIPLEJIA: trastorno que se caracteriza por parálisis de los brazos, las piernas y el tronco por debajo del nivel de la lesión producida en la médula espinal.

CUIDADO: atención que requiere cualquier persona sana o enferma sea cual fuere el diagnóstico del médico y el tratamiento que se prescriba.

DIAGNOSTICO: identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas y su historia clínica. Nombre de una enfermedad.

DISLOCACION: desplazamiento de cualquier parte del cuerpo de su posición normal, particularmente de un hueso con respecto a su posición.

DORSAL: relativo al dorso o a la parte posterior.

ENFERMEDAD: alteración de la salud o anormalidad en el funcionamiento.

EVOLUCION: proceso gradual ordenado y continuado de cambio de desarrollo desde un estado o condición a otro.

FACTORE DE RIESGO: evento que produce en una persona o grupo un vulnerabilidad particular a un suceso no deseado.

FAMILIA: grupo de personas que constituyen un núcleo en la sociedad compuesto generalmente por padre, madre e hijos.

FRACTURA: lesión traumática de un hueso caracterizada por la interrupción de la continuidad del tejido óseo.

HABITO: costumbre, práctica o forma de conducta en particular.
Dependencia de fármacos o narcóticos.

HEMIPLEJIA: parálisis de un lado del cuerpo. También llamada parálisis unilateral.

HOSPITALIZACION : ingreso de una persona a una institución de salud, con el fin de someterlo a pruebas diagnósticas o medidas terapéuticas.

INCIDENCIA: número de veces que sucede un hecho. En epidemiología hace referencia al número de casos nuevos durante un período de tiempo.

INFECCION: invasión del organismo por microorganismos patógenos que se producen y multiplican, causando un estado morbooso por lesión celular local, secreción de una toxina o al provocar una reacción antígeno – anticuerpo en el huésped.

LAMINECTOMIA: resección quirúrgica de los arcos óseos de una o más vertebrae.

LESION: cualquier alteración local visible de los tejidos corporales, como una herida, úlcera, forúnculo o erupción.

LIQUIDO CEFALORAQUIDEO: es el líquido que fluye a través de los cuatro ventrículos cerebrales, el espacio subaracnoideo y el canal

espinal y que tiene un efecto protector de esas estructuras.

LUMBAR: perteneciente o relativo a la parte del cuerpo situada entre el tórax y la pelvis.

LUXACION: dislocación o desplazamiento permanente de los extremos óseos de una articulación perdiendo contacto las superficies articulares.

MORBILIDAD: frecuencia con la que se produce una enfermedad o anomalía en una determinada población o área.

MORTALIDAD: número de muertes por unidad de población en cualquier región, grupo de edad o enfermedad específica.

PARALISIS: proceso anormal caracterizado por la pérdida de función muscular o de sensibilidad.

PARAPLEJIA: proceso caracterizado por la pérdida de movilidad y sensibilidad en las extremidades inferiores.

PARESIA: parálisis ligera o parcial relacionada en algunos casos con neuritis local.

PATOLOGIA: estudio de las características, causas y efectos de la enfermedad tales como se reflejan en la estructura y función del

organismo.

PREVENCION: cualquier acto dirigido a prevenir la enfermedad, cuyo objetivo es evitar la necesidad de atención primaria, secundaria y terciaria.

PROMOCION: acciones de salud pública y servicios básicos para el fomento de la salud.

REHABILITACION: restitución de un individuo o un órgano a la normalidad después de una enfermedad incapacitante, una lesión o un período de adicción.

SECUELAS: cualquier trastorno que se produzca como resultado de una enfermedad, una terapia o una lesión.

SINDROME: complejo de signos y síntomas resultantes de una causa común o que aparecen en combinación como expresión del cuadro clínico de una enfermedad o de una alteración hereditaria.

SUBLUXACION: luxación parcial.

TORAXICA: relativo o perteneciente al tórax.

TRACCION: sistema utilizado para colocar una extremidad, hueso o

grupo muscular baja tensión mediante un juego de pesas y poleas alineando e inmovilizando la zona o aliviando la presión existente en ella.

TRATAMIENTO: cuidado y atenciones prestadas a un paciente con el fin de combatir, mejorar o prevenir la enfermedad, trastorno morbooso o lesión traumática.

TRAUMA: lesión física producida por una acción violenta o por la introducción en el organismo de una sustancia tóxica.

RESUMEN

TITULO BENEFICIOS QUE APORTA LA VINCULACION
DE LA FAMILIA AL CUIDADO DE LA
PERSONA HOSPITALIZADA POR
TRAUMA RAQUIMEDULAR

AUTORES CARRILLO CACERES DARWIN HUXLEY
GUERRERO CORTES EDNA LUCIA

PALABRAS CLAVES Vinculación, Familia, Beneficios, Cuidado,
rehabilitación, Persona con Trauma
Raquimedular, Prevención.

DESCRIPCION

Informe final presentado como requisito para optar el título de Enfermeros.

Este trabajo constituye una experiencia que aporta elementos básicos que se manejan a la hora de lograr resultados en la evolución satisfactoria de un paciente valiéndose de una herramienta fundamental como es la

familia. Fue un trabajo de revisión estadística y bibliográfica y análisis de datos complementado con sesiones educativas.

METODOLOGIA

La presente investigación es un estudio de caso donde se analizaron diversos factores de índole familiar que influyen en la recuperación de un paciente.

La familia se capacitó en aspectos básicos del cuidado y rehabilitación del paciente mediante la realización de diferentes instrumentos siendo la educación personalizada o de oportunidad la principal herramienta.

Se determinaron los beneficios alcanzados en el proceso de recuperación y rehabilitación del paciente, al vincular a la familia directamente en el proceso de cuidado.

INTRODUCCION

Cuando se aborda el tema de las alteraciones de origen neurológico, supone pensar en las secuelas que se acarrean, por ser el blanco de la parte más importante del ser humano desde el punto de vista sensitivo y motor. El propósito del presente es determinar la importancia que tiene la familia en el proceso de salud – enfermedad, al ser vinculada activamente en el cuidado integral del paciente hospitalizado con Trauma Raquimedular. Se pretende demostrar que la participación de la familia apunta a ayudar a la persona en la adaptación a una nueva forma de vida y a asumir un nuevo rol dentro del grupo familiar y dentro de la sociedad.

El paciente con Trauma Raquimedular es una persona que se ve sometida a diversos cambios en los que podemos resaltar el déficit neurológico que se traduce en discapacidad funcional en alguna parte de su organismo. Esto acarrea un desorden emocional producto de la misma ansiedad al sentirse minusválido siendo completamente normal antes del evento, lo cual se traduce en disminución de la autoestima perdiendo el interés de su autocuidado, autoconcepto y autopercepción, apreciaciones hechas por Suchman quien en su libro “Stages of illness and medical care”, describe los estadios de la enfermedad donde define la conducta del rol del enfermo.¹

¹ SUCHMAN, E.A. Stages of illness and medical care.

Para lograr que la vinculación de la familia alcance resultados positivos para el paciente, hay que pensar en brindar una capacitación mediante talleres y educación individualizada que facilite y oriente dicha participación, lo cuál implica tiempo y dedicación por parte del personal de salud, que se sentirá comprometido, en un principio, a tener que asignar una mayor cantidad de tiempo en adiestrar a la familia en el manejo de la persona con Trauma Raquimedular. Esto se verá reflejado, a mediano o largo plazo, en el bienestar que experimenta el paciente y en una disminución notable del tiempo empleado para manipular al mismo por parte del personal.

Si la familia se encarga del cuidado a conciencia y con dedicación se notarán importantes aportes en el fortalecimiento del vínculo afectivo y por ende la recuperación y rehabilitación del paciente.

1. PROBLEMA

¿Cuales son los beneficios de la vinculación de la familia en el cuidado de la persona hospitalizada por Trauma Raquimedular?

2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La incidencia de pacientes neurológicos que se atienden a nivel institucional, principalmente aquellos con Trauma Raquimedular, ha aumentado en los últimos años, según los datos estadísticos obtenidos en el Ministerio de Salud en el listado que se titula: *Número de egresos hospitalarios según la lista nacional de 183 causas por grupo de edad y sexo en Colombia*, el cual muestra una incidencia de casos por año según el sexo y la edad, tomados desde 1994 hasta 1996 (último dato consignado hasta la fecha).

AÑO DE ESTUDIO	Número de casos por grupo etáreo					
	<1 año	1 – 4	5 – 14	15 – 44	45 – 59	60 o +
1994	1	9	92	857	115	48
1995	3	24	153	982	207	85
1996	6	26	115	1165	212	100
	SEXO			NUMERO DE CASOS		
	MASCULINO		FEMENINO			
1994	837		285		1122	
1995	977		475		1454	
1996	1172		452		1624	

Tabla 1: Número de casos de trauma raquimedular por grupo etáreo y sexo en Colombia, 1994 – 1996.

El trauma raquimedular es un evento que afecta principalmente a la población masculina con mayor ocurrencia en el grupo etáreo de los 15 – 44 años (adultos jóvenes); comprobándose el aumento progresivo año por

año. Lo cual demuestra que esta lesión ocupa un lugar importante dentro de las causas de morbi – mortalidad a nivel nacional.

Se debe tener en cuenta el entorno social al que se está expuesto; el aumento en la violencia intra y extra familiar, el aumento en el manejo de maquinaria que determina un riesgo para la ocurrencia de accidentes, los hábitos inadecuados de los cuales hace uso la población (conducir a altas velocidades, practicar deportes de manera imprudente sin normas ni técnicas de seguridad, etc.), son factores que contribuyen a acrecentar la ocurrencia de este evento.

La persona que sufre una alteración neurológica como el trauma raquímedular experimenta ansiedad y depresión derivados del cambio en el estilo de vida. Los patrones que anteriormente le regían como alimentación, ejercicio, eliminación, independencia, marcha, hábitos de interrelación , manejo del estrés, entre otros, se han modificado significativamente.

Ahora, la persona debe asumir el rol de enfermo lo cual implica la aceptación de la lesión, la hospitalización, los tratamientos y, lo que es más traumático para este tipo de pacientes, asumir el rol de enfermo dependiente, tanto de la ayuda profesional durante la hospitalización , como de su familia durante la rehabilitación en el hogar después del alta.

Sin embargo, todos los miembros de la familia experimentan ansiedad ante una enfermedad que genera incapacidad permanente, ya que esta tiene implicaciones escolares, económicas y para las necesidades futuras. Por esto, se evidencia la necesidad de la participación de la familia en la recuperación y rehabilitación de la persona, fomentando el autocuidado y el fortalecimiento del vínculo familiar que se verá reflejado en una óptima calidad de vida para la persona enferma.

Es necesario tomar en consideración dentro del proceso de salud – enfermedad el rol que cumple la familia en el cuidado del paciente, su recuperación y rehabilitación en el hogar, ya que la alteración en el bienestar de alguno de sus miembros es una crisis que afecta la totalidad del núcleo familiar, al presentarse desorganización a medida que los miembros abandonan sus actividades habituales y centran sus esfuerzos en restablecer el equilibrio familiar. Los roles y responsabilidades previamente asumidos por la persona enferma se delegan a otros miembros de la familia o dichas funciones pueden quedarse sin hacer mientras que dura la enfermedad.

El profesional de enfermería relega un poco la influencia de la familia dejándolo en un plano secundario para dedicarse más de lleno a la realización de una valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería, lo cual no ayuda en el proceso de adaptación. A la hora de planificar las intervenciones, los profesionales tienen que centrarse no solo en los problemas sino también

en las fuerzas y recursos familiares como parte del plan de cuidado de enfermería; cuidado encaminado a satisfacer necesidades básicas de la persona, evitar complicaciones respiratorias, digestivas, de la integridad de la piel, entre otras.

La falta de implementación de programas formales de capacitación dirigidos al personal de la salud orientados a crear conciencia de la importancia que tiene el involucrar a la familia en el cuidado directo que se le da al paciente, se ha convertido en un obstáculo más para alcanzar beneficios significativos que la desinstitucionalización temprana acarrea.

Después de salir del hospital la recuperación del paciente se continúa en el hogar con la participación de la familia y la aplicación del autocuidado, por esta razón, es importante que la familia este enterada acerca de cómo debe orientar su atención con el fin de prevenir reingresos hospitalarios secundarios a complicaciones del evento o del cuidado inadecuado.

3. JUSTIFICACION

Las alteraciones neurológicas son un problema que afecta las personas de todos los países del mundo, ya que con la ampliación y avance de las vías de comunicación hay mayor exposición a los riesgos que se pueden generar de los accidentes de tránsito, como también se pueden desprender de otras causas probables como los accidentes deportivos, accidentes de tránsito (motos y vehículos), heridas provocadas por balas o armas blancas en riñas callejeras, accidentes industriales y agrícolas, sin contar con los conflictos armados nacionales e internacionales.

Las alteraciones neurológicas por su complejidad, tratamiento prolongado y cuidado permanente, demandan dedicación personalizada, mayores tiempos de hospitalización, alta tecnología, asesoría familiar y largos periodos de rehabilitación. Todo esto genera grandes costos para las instituciones: EPS, IPS, SOAT, ARP, ARS, ESS, ESE y, por supuesto, para la familia. Además, la permanencia en el hospital San Rafael de Tunja ha permitido observar que existe una limitación a nivel institucional que tiene una relevancia significativa, y consiste en que no se cuenta con programas formales de capacitación dirigidos al personal de enfermería que les ayude a involucrar efectivamente a la familia en el cuidado integral de los pacientes con alteraciones de orden neurológico.

Se debe destacar que la familia es un núcleo fundamental dentro de la sociedad, ya que cumple funciones trascendentales como la formación y protección física y emocional de sus miembros, lo cual se trasmite de padres a hijos enseñando la forma de suplir necesidades básicas y socializar algunos hábitos y costumbres saludables. Igualmente le es inherente el desarrollo psico - afectivo de los integrantes que se basa en el fomento del afecto, el respeto y el amor; de tal forma que el estado de salud - enfermedad de uno de ellos afecta a todo el grupo y esto hace necesario crear estrategias de participación que lleven al equilibrio del grupo familiar.

El cuidado de la persona enferma no es responsabilidad exclusiva del personal de salud; El cambio en el estilo de vida que secunda al proceso de la enfermedad, implica que el paciente asuma su propio autocuidado. Como la familia atraviesa también por un proceso de cambio generado por la crisis, se hace indispensable la formulación de un programa conjunto familia – paciente, donde el personal de salud guíe, asesore y eduque a la familia en un proceso de cuidado planeado para que los roles dentro del grupo familiar no afecten significativamente la armonía de este núcleo social.

Miryam Patricia Pardo Torres en su escrito “Familia y cuidado”² cita a Margareth Neuman quien a través de unos ejemplos nos muestra como la familia entera se compromete ante un problema de salud de alguno de sus

² PARDO TORRES Miryam Patricia. Familia y cuidado.

miembros, ofreciéndole de esta manera asistencia a las actividades de la vida diaria, acompañamiento de los servicios de salud, aunque esto resulte muchas veces una tarea interminable.

Esta apreciación se complementa con la afirmación que hace Barbara Kozier en su escrito conceptos y temas en la práctica de la enfermería donde sostiene que la familia actual se preocupa por llevar una vida sana, productiva y satisfactoria y que cuando se presenta la enfermedad en alguno de los miembros del núcleo familiar, aparece una crisis que modifica la estabilidad del grupo y los obliga a desarrollar mecanismos de adaptación y así hacer frente a tensiones o cambios.³

Dada la efectividad de la participación familiar en el cuidado de la persona enferma se deben tener en cuenta otros factores del cuidado que favorecen el manejo integral del paciente en el aspecto humano, económico, técnico y de roles para el grupo familiar, la sociedad y las entidades promotoras y prestadoras de servicios de salud, que se manifiestan en beneficios físicos, psicológicos, económicos, sociales y culturales tales como: disminución de las limitaciones fisiológicas esenciales, y en caso de limitaciones permanentes, mejor adaptación a la incapacidad; disminución en la aparición de enfermedades iatrogénicas, fortalecimiento del autoestima y autoconcepto, disminución de la estancia hospitalaria y por ende de los costos de los tratamientos institucionales; permitiendo el goce del ambiente familiar y la

³ KOZIER, Barbara. Conceptos y temas en la práctica de la enfermería. México 1995 Segunda edición. P 331.

satisfacción de dicho grupo al involucrarse en el cuidado del enfermo.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los beneficios de la vinculación de la familia en el cuidado de la persona hospitalizada por Trauma Raquimedular en el Hospital San Rafael de Tunja en el periodo comprendido del 15 de octubre de 1999 al 15 de abril del 2000.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ◇ Reconocer las capacidades funcionales, físicas, emocionales y sociales del paciente hospitalizado por trauma raquimedular.
- ◇ Identificar en la familia del paciente hospitalizado por trauma raquimedular, su capacidad funcional y sistemas de apoyo.
- ◇ Sensibilizar y motivar a la familia hacia la vinculación en el cuidado de la persona hospitalizada por trauma raquimedular.
- ◇ Elaborar talleres de capacitación dirigidos al personal de enfermería sobre la importancia de la vinculación de la familia proceso de

atención, cuidado y rehabilitación de la persona hospitalizada por trauma raquímedular.

- ◇ Proponer herramientas de educación dirigidas a la familia encaminadas a fomentar el cuidado de la persona hospitalizada por trauma raquímedular y el fortalecimiento del vínculo familiar.

5. MARCO TEORICO

5.1. ANTECEDENTES

Es importante recalcar que la enfermería de hoy es muy diferente de la enfermería que se practicaba hace cincuenta años, y la visión de cómo cambiará la profesión de enfermería en los próximos cincuenta años en un mundo en perpetuo cambio requiere una imaginación viva. Para comprender la enfermería actual y al mismo tiempo, prepararse para la enfermería del mundo del mañana, uno debe entender no sólo los acontecimientos del pasado sino también el ejercicio actual de la enfermería y los factores psicológicos que la afectan.

Barbara Kozier, en su escrito “Conceptos y temas en la práctica de la enfermería”⁴, hace un recuento histórico de la evolución de esta profesión citando a varios autores entre los cuales tenemos a Florence Nightingale, quien definió la enfermería de hace cien años como ‘el acto de utilizar el ambiente del paciente para ayudarlo en su

⁴ ibid., p. 3-5.

recuperación'. Nightingale consideró que un ambiente limpio, bien ventilado y tranquilo era esencial para la recuperación.

En el mismo escrito se cita a Virginia Henderson quien fue una de las primeras enfermeras modernas en definir la enfermería. En 1960 escribió: la función propia de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en el desempeño de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a la recuperación (o a una muerte apacible).

En la segunda mitad del siglo veinte, una serie de teóricas de la enfermería desarrollaron sus propias visiones acerca de esta profesión. Ciertos temas son comunes a muchas de esas definiciones: que la enfermería es cuidadora, adaptativa, individualizada, holística, interrelacionada con la familia y la comunidad; que implica la educación y los servicios directos e indirectos; y que es una ciencia además de un arte, preocupada por la promoción, el mantenimiento y el restablecimiento de la salud, y el cuidado de los moribundos.

Ahora bien; desde la década de los 80, el rol tradicional de la enfermera fue el del cuidado humanístico, la crianza, el consuelo y el apoyo. A esto deben añadirse las características específicas de la verdadera profesionalidad, como la educación, un código de ética, el dominio de un arte, el ser un miembro informado implicado en la profesión organizada y la responsabilidad por las acciones.⁵

⁵ Ibid., p, 4 – 5.

Se debe tener en cuenta que a través de la historia, los autores manejan el concepto de profesional de enfermería relacionándolo de manera trascendental con la familia. Ultimamente, ha habido un resurgir del interés por la unidad familiar y su impacto en la salud, los valores y la productividad de los distintos miembros de esta. En la profesión de enfermería este interés de familia como unidad, se ha expresado por la aparición de la enfermería centrada en la familia que; “considera la salud de este núcleo, como unidad, además de la salud de cada uno de sus miembros.”⁶

Conforme la estructura familiar se ha hecho cada vez más diversa, ha sido necesario definir la familia de una forma amplia, para englobar la variedad de aspectos que se ven en la sociedad actual. Para que exista una flexibilidad en el estudio de las familias, Friedman define a la familia de la siguiente manera: “La familia está compuesta por personas (dos o más) emocionalmente implicadas entre sí y que viven en una estrecha proximidad geográfica”⁷. La implicación emocional se demuestra a través del afecto y del compromiso de un propósito común.

Resulta difícil describir la familia actual de otra forma diferente a afirmar que es especialmente variada. Las mejoras en los estados sanitarios han hecho que personas más sanas vivan más tiempo y lleven una vida más productiva.

⁶ Ibid., p, 331.

⁷ FRIEDMAN M. Family nursing: Theory and assessment. Norwalk. 1981. p. 8.

Por otra parte, se hace un recuento histórico del trauma raquimedular y su tratamiento para establecer las variaciones ocurridas a través del tiempo.

Hace unos 500 años se describen los daños de la columna vertebral y el cordón espinal como molestias que no pueden ser tratadas. Las afirmaciones hechas acerca de este tema hacían preveer un mal pronóstico a los pacientes con diagnóstico de Trauma Raquimedular, los cuales estuvieron vigentes hasta que apareció la propuesta de reducción y alineación vertebral, mediante la aplicación de fuerza exterior aplicada a la espina. “En 1940 se realiza la última reforma existente a este dispositivo adjuntándole un cabestro para mantener la fuerza estable y garantizar la alineación de la dislocación.”⁸ Esta técnica se usa aún en la actualidad, y es la comúnmente llamada tracción cervical esquelética.

Posteriormente, se exploraron otras formas de tratamiento como la utilización de inmovilización interna y la cirugía reconstructiva que prevenía lesiones comprometedoras de médula espinal.

“Para determinar la severidad y ubicación de una lesión de espina y cordón espinal se lleva a cabo la introducción de la radiología a mediados del siglo XX, que permitió facilitar la ubicación y complejidad de las fracturas. La reciente innovación introduce otras técnicas más efectivas como la neuroimagen, la resonancia nuclear magnética y la

⁸ YOUNG, Julián R. Neurological Surgery. WB Saunders company. 4ª ed. Philadelphia. 1996, p 1940.

tomografía axial computarizada (T.A.C.).”⁹ La aparición de ésta tecnología facilitó el manejo médico que se le da a los pacientes neurológicos, debido a la exactitud en la visualización de la lesión sea ósea o nerviosa.

La promoción y prevención tiene importancia especial. Duffy, en sus escritos, revisó la investigación actual sobre promoción de la salud para la familia y sugiere directrices para la investigación futura. La autora repaso tres revistas de enfermería: *Nursing research, research*

⁹ Ibid., p. 1940.

in nursing and health, Western journal of nursing studies; donde encontró una gran escasez de investigación de enfermería sobre promoción de la salud en la familia.¹⁰

Utilizó los datos procedentes de estos estudios, así como otra bibliografía sobre investigación, para desarrollar futuras directrices o áreas de estudio. Estas directrices estudian el ambiente externo e interno de la familia.

Las áreas relativas al entorno interno de la familia son:

- ◇ Definiciones que hace la familia de salud y promoción de la salud
- ◇ Descripciones de conductas actuales de promoción de la salud y aquellas practicadas de vez en cuando
- ◇ Toma de decisión
- ◇ Métodos de intervención eficaces a la hora de fomentar la promoción de la salud.

La investigación del entorno externo comprende:

- ◇ Normas sociales que facilitan o dificultan conductas de promoción de la salud
- ◇ Efectos de las instituciones sociales en la práctica de la salud¹¹

¹⁰ DUFFY, M.A Nursing Outlook. Tercera edición. 1982. P 468 – 73.

¹¹ Ibid., p 474.

5.2. MARCO CONCEPTUAL

La enfermería es “un proceso terapéutico que implica la interacción mutua entre la enfermera, el paciente y la familia, quienes colaboran para conseguir la máxima salud posible”¹². Esta interacción emplea el proceso de enfermería para identificar los objetivos de salud, las energías y limitaciones del paciente y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud.

El profesional de enfermería brinda la asistencia esencial a las personas que presentan alguna alteración en la salud, valiéndose del diagnóstico de enfermería. Este “es un paso necesario en el plan de cuidados ya que proporciona una oportunidad de identificar las alteraciones en la salud de los individuos en una forma sistemática y concisa, además que describe también la situación particular del individuo como ser singular”¹³.

El proceso de enfermería basa su actuación en el cuidado. Por esta

¹² CARPENITO Lynda. J. Diagnóstico de enfermería. España. 1987. p. 14.

¹³ Ibid., p, 25.

razón, se toma este concepto y se integra al profesional de enfermería y a la familia, con el fin de lograr una complementariedad en la actuación de estos miembros.

5.2.1. Cuidado

“Mientras que el cuidado y los tratamientos tradicionales puedan y quizá deban estar presentes cuando se requiera curar, sin lugar a dudas el cuidado tiene que estar presente cuando la curación haya fracasado y la muerte sea el último resultado. El cuidado humano es al mismo tiempo un lugar en el cual nosotros como profesionales de salud no sólo podemos vivir, vivimos y debemos vivir aún cuando no haya cura posible”.¹⁴

El cuidado humano debe darse hasta el último momento. Cuidado que en el caso de pacientes con lesiones de columna vertebral involucra más la parte emocional de la familia y el personal de enfermería; pues, “el cuidado es un proceso interpersonal que fundamenta la respuesta ética en las personas, es un comportamiento ético y no una estructura subyacente que lo motiva. Es un proceso recíproco que posee unas particularidades de quien es cuidado, es decir, el cuidado se da entre el cuidador y la persona que es cuidada.”¹⁵ El cuidado en la forma en que se brinda es individual y diferente de acuerdo a las personas involucradas (cuidador y

¹⁴ WATSON M, Jean. Nursing Theories in practice. Publicación # 15-2350, 1990. P, 277-278.

¹⁵ DURAN de Villalobos María Mercedes. El cuidado Transpersonal. Facultad de Enfermería.

cuidado), y a las circunstancias que los rodea. Sin embargo cabe anotar que en su fin y características es global.

5.2.2. El cuidado de enfermería

Los términos *cuidado de enfermería* y *cuidar* han sido utilizados por las enfermeras durante más de un siglo. Leininger afirma: “El cuidado es la esencia y el campo central, unificador y dominante que caracteriza a la enfermería: es una necesidad humana esencial para el completo desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo... sin embargo, los cuidados no han recibido el mismo grado de atención de los profesionales y el público que la curación ”.¹⁶

Ha habido falta de definiciones y una clara comprensión de los términos cuidado y cuidar. Se necesita una investigación sistemática para describir las conductas relacionadas con los cuidados, los valores y la práctica en la enfermería para que este conocimiento pueda incorporarse a las áreas de enseñanza y ejercicio de la enfermería.

Leininger identifica varios conceptos relacionados con cuidar y con los cuidados de enfermería. Algunos ejemplos son: consuelo, compasión, preocupación, conductas de afrontamiento, empatía, facilitación, implicación, actos de salud, amor, alimentación, presencia, compartir,

¹⁶ LEININGER. M. Care. The essence of nursing and helth. Philadelphia 1984. P 4-6.

ternura, contacto y confianza.¹⁷ Una responsabilidad grande de la familia es hacerse partícipe en cada uno de estos conceptos para alcanzar el bienestar y el equilibrio del núcleo familiar.

La meta del personal dedicado a los cuidados sanitarios debe ser trabajar en pos de una comprensión del cuidado y la salud de las diferentes culturas para que el cuidado, los valores, las creencias y los estilos de vida de cada una de ellas sean la base para proporcionar unos cuidados específicos.

Watson identifica diez factores que influyen en la prestación de cuidados en enfermería:

- ◇ Forjar un sistema de valores humanista – altruista. Se relaciona con la satisfacción obtenida mediante dar y ampliar la sensación del yo.
- ◇ Infundir fe y esperanza que promueven el bienestar ayudando al cliente a forjar conductas que fomentan la salud.
- ◇ Cultivar la sensación del propio yo y de los demás.
- ◇ Establecer una relación de ayuda – confianza (cuidado humano). Implica una comunicación eficaz, empatía y cariño, además de promoverla expresión de sentimientos positivos y negativos.
- ◇ Usar un proceso creativo de solución de problemas.
- ◇ Promover una enseñanza – aprendizaje interpersonal trasladando la responsabilidad del bienestar al paciente.

¹⁷ Ibid., p, 6.

- ◇ Proporcionar un ambiente de apoyo, protector o reparador en el plano mental, físico, sociocultural y espiritual.
- ◇ Ayudar en la satisfacción de necesidades humanas.
- ◇ Ser sensible a las fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales, que toman tres esferas del ser: mente, cuerpo y alma.¹⁸

En conclusión, el cuidado de enfermería se refiere al conjunto de acciones entre el personal de enfermería (tanto profesional como

¹⁸ WATSON Jean. Nursing Human Science and Human Care. 1988. P 29 – 34.

auxiliar) y el paciente en búsqueda del establecimiento del equilibrio en su proceso salud - enfermedad. Involucra tanto el objeto como el sujeto a través de la formación de un vínculo afectivo y el establecimiento de una relación interpersonal, para que las habilidades técnico – científicas y prácticas de Enfermería logren el objetivo: bienestar.

5.2.3. Elementos del cuidado de enfermería

En el cuidado se identifican tres elementos: Científico, Técnico y Actitudinal. El componente científico hace referencia a los principios científicos o conjunto de conocimientos establecidos por diferentes ciencias que determinan la razón del cuidado de enfermería. Los de mayor importancia en relación con este tema son los de anatomía, fisiología, microbiología, farmacología, química, psicología, sociología, antropología, entre otros; y los principios propios de la profesión de enfermería.

Dentro del componente actitudinal o afectivo, se considera la actitud del personal de Enfermería al dar cuidado; esta debe basarse en la comprensión, el diálogo, para así alcanzar una relación interpersonal terapéutica más confiable, contribuyendo con el paciente en el manejo de su ansiedad o angustia, presentes la mayoría de las veces por su situación de enfermedad. Intervienen así mismo dentro de éste componente el conjunto de valores que orientan el comportamiento del hombre en relación consigo mismo, con los otros seres y con su medio,

manifestándose en el cuidado que brinda el personal de Enfermería. Estos componentes se interrelacionan entre sí para determinar el cuidado que se brinda en cada situación específica.

5.2.4. Profesional de Enfermería

Es la persona que se ha formado en una institución de educación superior, reconocida por el gobierno y que recibe un título que lo acredita como tal. La función de la enfermera de hoy es tan compleja que un estudiante requiere conocimientos de ciencias biológicas, físicas y sociales, además de la teoría y práctica de la enfermería.

Miller, afirma que el grado en que el profesional de enfermería se comporta como tal se refleja en las cinco conductas siguientes: El profesional:

- ◇ Valora, plantea, aplica y evalúa la teoría, la investigación y el ejercicio de enfermería.
- ◇ Acepta, promueve y mantiene la interdependencia de la teoría, la investigación y la práctica. Estos tres elementos hacen de la enfermería una profesión y no una actividad centrada en la tarea.
- ◇ Comunica y divulga el conocimiento teórico, el práctico y los hallazgos de la investigación en el vínculo profesional.
- ◇ Sostiene a los ojos del público la orientación al servicio de la enfermería.

- ◇ Conserva y promueve la organización profesional como el principal punto de referencia.¹⁹

La enfermería implica una interrelación de muchas personas preocupadas por las respuestas de una persona a problemas de salud reales o potenciales. Como la persona se considera como un ser biopsicosocial, el ejercicio de la enfermería supone un conjunto de conocimientos y técnicas aplicadas al cliente como un todo. Por esta razón, el profesional debe saber cómo afecta las personas de apoyo y la comunidad al beneficio del cliente y tener en cuenta el bienestar de estas personas.

El ejercicio de la enfermería tiene que ver con cuatro áreas relacionadas a la salud:

- ◇ *Promoción de la salud*: significa ayudar a las personas a desarrollar recursos para mantener o fomentar su bienestar.
- ◇ *Mantenimiento de la salud*: aquellas acciones que ayudan a los clientes a mantener su estado de salud.
- ◇ *Restablecimiento de la salud*: significa ayudar a las personas a mejorar su salud después de pasar una enfermedad. Un ejemplo de actividad que ayuda al restablecimiento de la salud es ayudar a los individuos minusválidos a alcanzar el mayor nivel de fuerza física e independencia posible.
- ◇ *Cuidado de los moribundos*: implica consolar y cuidar a personas de todas las edades cuando estén muriendo.²⁰

¹⁹ MILLER. B. K. Just wath is a profesion?. 1985. P 21 – 27

5.2.5. Rol de la familia en la recuperación de la salud:

Siendo la familia el sistema de apoyo básico para la recuperación de la salud de alguno de los miembros del núcleo, es importante describir cual es el rol que cumple durante este proceso.

Según Diego Mejía, “la familia puede considerarse como un sistema complejo en la que sus miembros juegan distintos papeles y se interrelacionan para llevar a cabo una serie de funciones importantes para cada individuo, para la familia como un todo y para contribuir a la sociedad en la que esta inmersa.”²¹

Algunas de las funciones más importantes de la familia son:

- ⇒ Satisfacción sexual de la pareja y reproducción.
- ⇒ Apoyo mutuo en dificultades o problemas que amenazan a sus miembros.
- ⇒ Crianza de los hijos.
- ⇒ Socialización y transmisión de valores, actitudes éticas, normas de comportamiento, estrategias para sobrevivir, entre otras.
- ⇒ Afecto y ambiente para expresión de emociones.
- ⇒ Colocación de sus individuos en determinado estrato social.

²⁰ KOZIER. Op cit., p. 527.

²¹ MEJIA Gómez, Diego. Salud familiar para América latina. Colombia. 1991. P 90.

La enfermedad de un familiar es una crisis que afecta a la totalidad de este núcleo. Los factores que determinan el impacto de la enfermedad en la unidad familiar son:

- ⇒ Indole de la enfermedad: leve o mortal.
- ⇒ Duración de la enfermedad: aguda o crónica.
- ⇒ Efectos residuales de la enfermedad: incapacidad transitoria o permanente.
- ⇒ Significado de la enfermedad para la familia y su importancia para los sistemas familiares.
- ⇒ Impacto económico de la enfermedad.
- ⇒ Efecto de la enfermedad en la futura dinámica familiar.

Durante una crisis, con frecuencia las familias se unen con un objetivo común. En estos casos de acercamiento, los familiares tienen la oportunidad de reafirmar los valores personales y familiares y el compromiso que tienen entre si. De hecho, la enfermedad puede proporcionar una oportunidad única de desarrollo familiar.

La intervención de los profesionales de enfermería en las familias que experimentan una enfermedad consiste esencialmente en dar apoyo e información. Debe haber compromiso para brindar cuidados a las familias dentro del proceso de enfermería así como se le brinda al individuo.

El profesional de enfermería se asegura que no sólo la persona afectada, sino cada uno de los miembros de la familia comprenden la enfermedad, su control y los efectos de estos dos factores sobre la dinámica familiar. Valora también la capacidad que tiene la familia de proporcionar unos cuidados continuados y supervisión a domicilio cuando este justificado.

Tras una información y una práctica cuidadosamente planificadas, a las familias se les da la oportunidad de demostrar su capacidad de proporcionar cuidados con la ayuda del profesional de enfermería.

Trabajando juntas, enfermería y familia, pueden crear un ambiente que recupere o reorganice la dinámica familiar durante la enfermedad y todo el proceso de rehabilitación.²²

La profundidad y amplitud de conocimientos de cada profesional de enfermería influirá directamente en la conveniencia y relevancia de los cuidados administrados, los cuales requieren de un sustento teórico necesario para hacer una correcta aplicación.

Existe diversidad de estudios relacionados con los traumatismos de origen neurológico los cuales orientan en cuanto al diagnóstico, tratamiento y manejo. Para tales fines la parte más completa y actualizada se encuentra en los Estados Unidos, en el escrito *Neurological Surgery*, que trata diversos temas asociados a causas

²² KOZIER. Op cit., p. 345.

probables de ocurrencia, medios diagnósticos, formas de tratamiento, tipos de inmovilización y avances presentados en el manejo de los pacientes con trauma.

El trauma raquímedular es un evento del sistema nervioso causado esencialmente por factores externos. Todos los estudios realizados a cerca de las causas probables apuntan hacia la misma dirección y son claros en afirmar que las más importantes son:

- ◇ Accidentes de tránsito
- ◇ Accidentes deportivos
 - Automovilismo
 - Gimnasia
 - Equitación
 - Natación
- ◇ Accidentes industriales
- ◇ Accidentes agrícolas
- ◇ Heridas con armas corto punzantes
- ◇ Heridas con armas de fuego
- ◇ Golpes y caídas

5.2.6. Lesiones de la columna vertebral

5.2.6.1. Trauma Raquimedular

Las lesiones del raquis pueden ser óseas, ligamentosas o mixtas y cualquiera de ellas puede lesionar las estructuras neurales que se encuentran a niveles del segmento afectado. El tratamiento está orientado a mejorar o prevenir el daño neurológico, a prevenir o corregir el dolor y a estabilizar las vértebras, obviando deformaciones.²³

Hay que tener en cuenta que las lesiones de la columna vertebral pueden o no involucrar a la médula espinal. Para aclarar esto, examinemos la clasificación que acerca de esta patología hacen varios autores:

La clasificación del Trauma Raquimedular descrita por Carlos Uribe Vélez en el volumen de Neurología de los fundamentos de medicina según el mecanismo puede ser:

⇓ Flexión

²³ URIBE, Carlos. Fundamentos de medicina. Neurología. Ed CIB. 4ª ed. Medellín 1991, p 471.

- ⇓ Flexión y rotación
- ⇓ Extensión y rotación
- ⇓ Compresión vertical
- ⇓ Hiperextensión
- ⇓ Flexión lateral
- ⇓ Mecanismos poco entendidos²⁴

Harrison en su libro “principios de medicina interna” divide las lesiones de la columna de la siguiente manera:

5.2.6.2. Lesiones de la columna cervical

La región más expuesta a la lesión es la cervical, puesto que presenta diversidad de movimiento se puede lesionar bien sea por hiperextensión o hiperflexión de las vértebras. Las lesiones a nivel de la C1, C2, C3 y C4, son de alta complejidad debido a la posibilidad de compromiso bulbar lo cual produce complicaciones de mayor grado de incompatibilidad con la vida; las ubicadas en la región C5, C6, y C7, afectan de manera importante produciendo lesión medular completa que desencadena en cuadriplejía o parálisis total según el

²⁴ Ibid., p. 472.

nivel de la lesión.

La flexión forzada de la columna vertebral con frecuencia comprime cuerpos vertebrales, luxan la vértebra hacia delante de la que esta debajo, y traba las facetas articulares. La médula se comprime, tanto por el aplastamiento de una lámina sobre el cuerpo vertebral inferior como el desplazamiento de fragmentos óseos. El prolapso de un disco intervertebral no suele lesionar la médula en los traumatismos por flexión, a no ser que la fuerza sea suficiente para causar también fractura con luxación.

Por otra parte la extensión forzada del cuello dobla hacia delante los ligamentos amarillos, que oprimen la médula, sobre todo si un espolón artrítico hace relieve delante del interespacio. Se pueden lesionar varios centímetros de la porción medular central por una lesión semejante, aunque las radiografías de la columna sean normales.

Las lesiones por flexión tienden a bloquear la circulación de las ramas de la arteria espinal anterior, tanto por presión directa, como por lesión de la arterias vertebrales o radicales en el orificio intervertebral. Los miembros superiores están más débiles que los inferiores y se produce una pérdida variable de sensibilidad, y relativamente escasa del sentido del tacto, posición y vibración.

Los pacientes con lesión de la columna vertebral se deben mover con precaución para evitar un desplazamiento peligroso de la fractura con luxación, seguida de lesión medular. El paciente consciente generalmente advierte su estado, pero una columna inestable puede pasar inadvertida si el enfermo ha perdido el conocimiento. Se recomienda tirar suavemente de la cabeza siguiendo la línea de la misma para mantener la tracción del cuello mientras se mueva al paciente, utilizar camillas firmes para evitar flexión del cuello. La mejor técnica que se puede utilizar para la toma de los exámenes radiológicos teniendo en cuenta el bienestar de los pacientes, es el rayos x portátil, puesto que con este evitamos el traslado de la cama a la mesa.²⁵

5.2.6.3. Lesiones de la columna dorso lumbar

La flexión forzada por caída produce de manera característica compresión de uno o más cuerpos vertebrales entre T12 y L3 . A menos que una neoplásia o la osteoporosis hayan debilitado el hueso, es preciso un golpe directo muy fuerte para fracturar las vértebras dorsales medias.

5.2.7. Disfunción medular

Muchas afecciones, en las que se cuentan traumatismos raquídeos, neoplásias, mielitis agudas, poliomyelitis y esclerosis múltiple, pueden

²⁵ HARRISON Tr. Principios de medicina interna. Mexico. 14ª ed. 1998. p. 1697.

terminar en parálisis medulares extensas y plantear problemas similares de tratamiento y cuidado de complicaciones.²⁶

Según Paul Beeson, la sección medular completa suele cursar en dos fases:

⇒ Fase inmediata o de shock medular: en la cual se encuentra parálisis flácida con hipo o arreflexia, anestesia total hasta el nivel de la lesión y parálisis flácida de los esfínteres anal y vesical.

⇒ Fase tardía o de espasticidad: en la que se observa parálisis espástica de los esfínteres (retención), automatismo medular y

²⁶ Ibid., p. 1698.

dolores radicales.²⁷

5.2.7.1. Clasificación de la disfunción medular

- ⇒ Lesiones por encima de C5: causan cuadriplejía con insuficiencia respiratoria.
- ⇒ Lesiones a nivel de C4 y C5: el deltóides y los músculos supra e infraespinosos están débiles.
- ⇒ Lesiones a nivel de C5 y C6: los bíceps también presentan debilidad.
- ⇒ Lesiones en C7 causan debilidad del tríceps, extensores de la muñeca y pronadores del antebrazo.
- ⇒ Lesiones en D1 y más bajas: causan paraplejía; se puede determinar el nivel exacto mediante el nivel en el que existen déficit sensitivo y motor.
- ⇒ La compresión de la región dorsal inferior y de la zona lumbar causa un síndrome del cono medular (S2 – S5) o de cola de caballo (raíces nerviosas de L4 – S5).
 - ⇓ Las lesiones de la cola de caballo presentan radiculalgia del periné y muslos, para paraparesia flácida de esfínteres, anestesia en silla de montar y ausencia de los reflejos rotuliano y aquiliano.
 - ⇓ Las lesiones de cono medular presentan trastornos esfinterianos precoces, arreflexia aquiliana únicamente y dolor poco acentuado o ausente.

²⁷ BEESON Paul. Tratado de Medicina Interna. México. 12ª edición. 1987. p, 1697.

En presencia de cualquiera de los dos eventos se puede presentar paraplejía flácida, hiperreflexia tendinosa y ausencia de erección y del reflejo anal.²⁸

Para Julia Rivera, las alteraciones que se presentan en un paciente con trauma raquímedular teniendo en cuenta el sitio de la lesión se pueden clasificar de la siguiente manera:

- ◇ El paciente con lesión completa extensa por debajo de C5 conserva la inervación parcial de la musculatura cervical y algo de la cintura escapular. Es incapaz de moverse en cama y se fatiga fácilmente debido a que posee muy poca capacidad respiratoria, pero puede alimentarse por sí mismo con utensilios especiales.

- ◇ Con lesiones de la porción inferior de la médula cervical, se

²⁸ CEDIEL, Ricardo. Semiología Médica. Ed Presencia LTDA, 4ª ed. Bogotá, 1996. p 522 – 523.

conserva la función de los músculos de los miembros superiores, por lo que el paciente puede girarse, sentarse, empujar la silla de ruedas y aprender un tipo de trabajo casero que requiera poca fuerza de manos. Necesita ayuda para la mayor parte de sus necesidades.

- ◇ La lesión medular dorsal superior entre T2 y T6 permite la función de las extremidades superiores, pero el tronco es inestable y no hay respiración intercostal. El paciente puede ponerse en una silla de ruedas y trasladarse por medio de ésta, pero aún con corset se le dificulta la movilización.
- ◇ Las lesiones dorsales entre T7 Y T11 dejan una cintura torácica más fuerte y una buena capacidad respiratoria, que permiten al paciente ser independiente en todas sus actividades diarias. Los soportes todavía son incómodos y, aunque el paciente no experimenta paraplejía, la marcha suele dificultarse en alguna medida.
- ◇ Los pacientes con lesiones entre T-12 y L-3 pueden caminar con refuerzos largos en las piernas, subir escaleras, pero dependen en gran parte de la silla de ruedas; incluso con una lesión por debajo de L-3 un paciente a veces tiene que usar silla de ruedas, porque le son difíciles actos como levantarse cuando está sentado, subir escalones y permanecer de pie largo tiempo.²⁹

²⁹ RIVERA Julia J. Entrenamiento funcional a incapacitados físicos. U.I.S. Bucaramanga. 1987, p 16 – 24.

Según Harrisón, los aspectos importantes en las fracturas de la columna vertebral, son de tres tipos:

- ◇ Detección de luxaciones vertebrales que provocan compresión de la médula espinal.
- ◇ Inestabilidad secundaria a fracturas que producen alteración en el alineamiento vertebral y compresión medular en el futuro.
- ◇ Tratamiento adecuado de las fracturas que afectan a pedículos, carillas articulares o cuerpos.³⁰

El grado de recuperación que logra un paciente con lesión de columna o lesión medular, depende principalmente de cuantos grupos musculares se han librado de la parálisis teniendo en cuenta el nivel de la misma; entre más baja sea su ubicación mayor será la destreza que un paciente con buena voluntad puede alcanzar si los adecuados cuidados evitan las complicaciones de espasmo muscular, úlceras por decúbito e infección de vías urinarias.

El conocimiento del paciente y del grado de recuperación que se obtiene proporciona una pauta para medir los progresos obtenidos durante la rehabilitación. Esto se logra con la adecuada educación que se le debe estar brindando continuamente a los familiares, pues ellos son los directos implicados en la presencia de dichos efectos.

³⁰ HARRISON, Op cit., p, 2683.

En relación al aspecto emocional también se presentan cambios importantes; puede venir una depresión grave cuando el paciente comprueba que la parálisis y la dependencia parcial son permanentes. Los progresos de la rehabilitación se hacen más lentos y la destreza obtenida últimamente puede olvidarse por un tiempo, pero la ayuda emocional del personal del hospital hace mucho para reducir la intensidad y duración de la depresión. El ambiente de un centro donde otros encaran y vencen obstáculos similares levanta también la moral de los paraplégicos.

Todos los sistemas se ven afectados; el sistema cardiorrespiratorio presenta cambios notables. Las lesiones en la región cervical paralizan los músculos intercostales y sólo permiten la respiración diafragmática. El ejercicio produce rápidamente disnea, de modo que es poca la utilidad de muletas, o de silla de ruedas manual. La interrupción de las vías motoras en la médula cervical aísla los centros simpáticos torácicos del control superior. En consecuencia, el paciente no puede constreñir las arterias periféricas cuando se sienta o se levanta. El estasis sanguíneo de miembros y vísceras reduce el retorno venoso, que no se puede compensar con soportes elásticos. La venostasis de los miembros inferiores explica también la elevada frecuencia de embolias pulmonares en los paraplégicos obligados a guardar cama.

El sistema gastrointestinal y nutricional presenta algunos cambios; durante unos días la lesión medular o la poliomielitis aguda suelen ir seguidas de íleo paralítico. Habría que suprimir la alimentación por la boca hasta que se recupere la actividad intestinal. Si se produce distensión Abdominal, es aconsejable emplear sonda nasogástrica para aliviar la presión intestinal. La mayoría de los parapléjicos pueden defecar sin necesidad de enemas. Sin embargo, es frecuente la impactación fecal en pacientes con parálisis medular aguda, y al principio son necesarios reblandecedores fecales, laxantes suaves y enemas bajos. Cuando avanza la recuperación, se debe prescribir una dieta alimenticia y la adecuada ingestión de líquidos para lograr una evacuación espontánea. Algunos pacientes logran la evacuación refleja por medio de masaje abdominal o por estimulación digital del recto.

Para el restablecimiento es primordial una buena nutrición, aunque es difícil alcanzarla, sobre todo en pacientes obligados a guardar cama. Una dieta rica en calorías y proteínas ayuda a la reconstrucción del tejido lesionado. Una meta razonable al comienzo son 2000 a 2500 calorías diarias, aunque más tarde tengan que disminuirse para evitar la obesidad. Durante los primeros meses deberá asegurarse la ingestión diaria de menos de 0.5 g de calcio para reducir el peligro de calculosis urinaria. Suelen ser beneficiosas las transfusiones sanguíneas en los enfermos desnutridos, para corregir la anemia y restablecer el volumen sanguíneo.

Debido a la disminución de la irrigación sanguínea y a la limitación en el movimiento la piel presenta alteraciones como las úlceras por decúbito que aumentan la estancia hospitalaria, estas son problema grave en los parapléjicos; pueden aparecer en cualquier paciente paralizado o inmovilizado que se ha descuidado. El peligro de una región anestesiada es que tolera una presión continua sin producirse el dolor ordinario que incita a cambiar de posición. Después de dos horas de inmovilidad se inician cambios isquémicos en el tejido subcutáneo, que se manifiestan por eritema de la piel que lo recubre. Los fenómenos isquémicos repetidos producen la ulceración.

Las úlceras por decúbito se pueden evitar dando masajes fuertes para estimular la circulación y cambiando la posición del enfermo por lo menos cada dos horas, protegiendo la piel enrojecida de ulteriores presiones, y asegurando una nutrición adecuada. Un régimen rotatorio alternado de colchones de aire en camas articuladas ayuda a diversificar los puntos de presión, aunque por sí solos no impiden que se formen úlceras en occipucio, talones, trocánteres y sacro.

El peso de la ropa de la cama a veces basta para causar erosión de las puntas de los dedos de los pies. Los moldes de yeso sobre áreas anestesiadas pueden ulcerar la piel; incluso los tirantes de un corset son peligrosos. La úlceras por decúbito que curan con tejido de cicatriz son bastante vulnerables a la presión.

El sistema musculoesquelético también se afecta de manera importante. Se han empleado diversas operaciones y aparatos mecánicos para compensar los músculos paralizados. Tirantes, muletas y sillas de ruedas restablecen la motilidad. Un elevador automático permite trasladar fácilmente un paciente de la cama a la silla.

Aunque cierto espasmo muscular puede ayudar en parte al parapléjico a sostener el tronco o la posición de una extremidad, el espasmo doloroso o recurrente que flexiona o extiende fuertemente las extremidades inferiores impide sentarse y andar; por consiguiente, dificulta la rehabilitación. Como los espasmos flexores son respuestas reflejas, hay que prevenir el origen de los estímulos nocivos aferentes, como infección de vejiga, o úlceras por decúbito. No es recomendable ningún procedimiento que aumente el déficit neurológico de una persona ya paralizada. En pacientes con espasmos flexores, que tienen función motora o residual en los miembros inferiores, está más indicado el tratamiento por sección de músculos y tendones espásticos.

El sistema de eliminación urinaria se ve afectado de diferentes maneras según el sitio de la lesión. Las causas más frecuentes de muerte en parapléjicos son los cálculos renales, pielonefritis e hidronefrosis; además, son origen de muchas molestias en las parálisis menores. Estas complicaciones aparecen por el vaciamiento incompleto de la vejiga, que en un principio precisa cateterismo, más adelante se produce reflujo vesicoureteral secundario. Durante la etapa de recuperación el 80% de

los parapléjicos pueden orinar sin cateterismo. En los parapléjicos con lesiones altas de médula, se produce el reflejo de micción a través de los segmentos medulares inferiores; si una lesión ha destruido las raíces sacras, puede necesitarse una compresión suprapúbica para vaciar la vejiga.

La recuperación de la micción espontánea siempre es difícil después de lesiones espinales. En muchos pacientes la ingestión diaria de 3000 a 4000 ml de líquido, acompañado de intentos de micción sin sonda, o la oclusión intermitente de ésta, establece una micción espontánea automática.

Las complicaciones enunciadas se pueden reducir con una dieta pobre en calcio, cambio intermitente de posición, aumento de la ingestión líquida para conseguir una excreción urinaria de 1500 a 2000 ml diarios, y tratamiento rápido de las infecciones urinarias comprobadas con antimicrobianos apropiados.

En consecuencia, deberán explorarse periódicamente todos los pacientes por pielografía venosa. Las lesiones renales progresivas son indicación de desviación urinaria, generalmente por implantación de los uréteres en íleon.

En el manejo de los pacientes con Trauma Raquimedular, es importante describir que según el nivel de la lesión se pueden presentar dos

fenómenos de alteración en la vejiga del enfermo descritos por Cediel de la siguiente manera:

◇ **Vejiga espástica:** se presenta cuando la lesión se localiza a nivel de T2 y T11 por encima del centro reflejo de la micción y se caracteriza por:

⇓ Pérdida del control y las sensaciones vesicales.

⇓ Incontinencia y micción automática interrumpida e incompleta.

⇓ También llamada vejiga automática o refleja.

⇓ **Vejiga flácida:** se presenta cuando la lesión ocurre de T12 a niveles inferiores afectando el arco reflejo de la micción en la medula espinal, se caracteriza por:

⇓ Llenado continuo y excesivo de la vejiga.

⇓ Ausencia de sensibilidad vesical.

⇓ Incapacidad de orinar voluntariamente

⇓ Es posible vaciar, haciendo presión sobre ella.

⇓ Llamada también vejiga arrefléxica, atónica o autónoma.³¹

La disfunción neurovegetativa después de una lesión medular puede ser variable en lesiones incompletas. La lesión transversal aguda de la médula al principio produce ausencia de sudoración y de reacción pilomotora. Una vez desaparecido el choque medular, puede iniciarse una intensa sudoración por estímulos extrínsecos, como los que proceden de una víscera; por ejemplo la vejiga distendida. La falta de erección

³¹ CEDIEL. Op cit., p, 522.

del pene por parálisis parasimpática puede ser consecuencias de afecciones de los segmentos sacros. Con afecciones medulares más altas puede producirse priapismo.

La hemisección de la medula produce el síndrome de Brown Séquard, del que se pueden observar diversos grados de intensidad por tumores situados lateralmente, y por lesiones medulares intrínsecas de diferentes tipos. El síndrome clínico completo causa pérdida de los movimientos voluntarios y signo de babinski del lado de la lesión, a consecuencia de la participación del fascículo corticospinal. En el mismo lado también hay pérdida de la sensación postural y vibratoria, así como alteración de la discriminación táctil por participación del cordón posterior. En el lado opuesto a la lesión hay pérdida de la sensibilidad dolorosa y térmica, pero a nivel de uno o varios segmentos más abajo. La lesión conjunta de sustancia gris y raíces raquídeas produce pérdida sensitiva segmentaria y atrofia muscular en el lado de la lesión, que solo puede comprobarse si están afectadas la médula cervical o lumbar. El tacto no se halla afectado.

La sección transversal de la médula por traumatismo, produce al comienzo un “choque espinal” que dura de una a seis semanas, con falta completa de contracciones musculares, hipotonía intensa, ausencia de actividad refleja, anestesia por debajo del nivel e incontinencias urinaria y fecal. Puede producirse hipotensión, ausencia de sudación por debajo de la lesión e íleo paralítico con distensión

abdominal. Con buena atención, el paciente a las pocas semanas entra en fases sucesivas de actividad refleja, recuperación del tono muscular y evacuación refleja intestinal y vesical. Al principio predominan los espasmos flexores , pero después pueden producirse espasmos extensores, que aveces prevalecen. Los espasmos reflejos que se inician por estímulos extrínsecos o viscerales, como la vejiga dilatada, pueden resultar intolerables.³²

Un aspecto importante a tratar en los pacientes con Trauma Raquimedular es el manejo de la sexualidad; cuyo compromiso radica

³² BEESON, Op cit., p, 1702.

específicamente en el sitio donde ocurre la lesión. La urgencia o deseo de actividad sexual (líbido) fluctúa según cada persona y varía de una persona a otra. La amplia variedad de fluctuación sólo se considera un problema cuando la persona (o las personas que con ella se relacionan) piensan que interfiere con la capacidad de tener relaciones sexuales satisfactorias.

La capacidad para mantener una relación sexual tiene suma importancia para la mayoría de las personas. Muchos presentan problemas transitorios en su capacidad de responder a su estímulo sexual o de mantener la respuesta. Las preocupaciones comunes para el hombre son: ser capaz de tener y mantener una erección y tener un orgasmo en el momento oportuno con la pareja. En el caso de la mujer, las preocupaciones habituales están relacionadas con la capacidad de excitarse y mantener la excitación y su capacidad para alcanzar el orgasmo.³³

La disfunción eréctil puede deberse a factores fisiológicos o psicológicos. Las lesiones de la médula espinal plantean también problemas especiales, puesto que a este nivel se determina la amplitud de los efectos sobre la función sexual, es posible que los

³³ KOZIER. Op., p. 340.

individuos sean capaces de tener erección y eyaculación y ser fértiles, pueden tener una excitación genital psicógena o reflexógena, o pueden no tener ninguna respuesta genital fisiológica.

Teniendo en cuenta que el cono medular es el encargado de inervar la región abdomino – pélvica; podemos aclarar que al presentarse una lesión bien sea de tipo compresivo o de sección en éste nivel fácilmente se deduce que habrá parálisis flácida en cualquier parte que allí se encuentre, produciendo de ésta forma una ausencia de erección y una relajación de los esfínteres vesical y anal traducidos en incontinencia.

La sexualidad en los pacientes con lesiones por encima de T10 probablemente tiene un pronóstico favorable, debido a que estas lesiones causan parálisis de tipo espástico lo cual se traduce en apariciones ocasionales de erección; obviamente con disminución de la sensibilidad por compresión de la medula. Las lesiones por debajo de T11 producen parálisis flácida, lo que impulsa a decir que difícilmente habrá aparición de erección.³⁴

El manejo del patrón de la sexualidad debe tomarse de manera

³⁴ CEDIEL. Op cit., p. 522.

profesional; la parte de la sensibilización de la familia y el paciente es un parámetro importante puesto que permite un mayor acercamiento del núcleo familiar que se ve reflejada en una rehabilitación progresiva y satisfactoria que conlleva al fortalecimiento de la afectividad.

5.2.8. Aspectos que influyen en la recuperación de los pacientes con limitaciones físicas

Para poder llevar a cabo un proceso de rehabilitación completo se deben tener en cuenta varios aspectos esenciales de la vida cotidiana de una persona entre los cuales están el biológico, el psico – social, el medio social y familiar.

Según Julia Rivera, los aspectos a tener en cuenta para la rehabilitación de las personas limitadas físicamente se describen así:

5.2.8.1. Aspecto emocional

Se debe tener siempre presente que todo ser humano al verse lesionado en su integridad física sufre alteraciones emocionales que están relacionadas con el tipo de incapacidad. La adaptación psicológica a una parálisis que se establece progresivamente, es mejor que a una instalación súbita como sucede con el Trauma Raquimedular y accidentes cerebro – vasculares. Los aspectos emocionales deben ser manejados por

el personal de salud; pero todos los profesionales, deben tener en cuenta éste aspecto para dar el soporte y ayuda necesaria al paciente.

5.2.8.2. Aspecto familiar

También es importante reconocer la situación emocional de la familia y brindarle la orientación necesaria durante y después de la hospitalización. Es fundamental que el equipo de rehabilitación prepare a la familia, al igual que al paciente para que pueda vivir con una incapacidad y participen activamente en la rehabilitación. La familia interviene en la predisposición anímica del paciente, hace que se sienta más seguro al ver que cuenta con el apoyo de sus familiares. A la familia se le debe educar para que pueda comprender lo real de la situación y la capacidad residual del paciente, para que de esta forma lo ayude solo en lo necesario y no llegue a los extremos, bien sea de sobre protección o de abandono.

5.2.8.3. Aspecto ocupacional

Se dice que *el limitado físico solo estará rehabilitado cuando se desempeñe en algún trabajo*. El preocuparse por el aspecto vocacional y el rehabilitar vocacionalmente al incapacitado le devuelve su dignidad, le demuestra lo valioso de sus potenciales residuales para ser un miembro productivo de la sociedad. El trabajo le da el verdadero significado a la recuperación física y psico –social.³⁵

Según Kübler Ross, se han determinado diversas etapas o fases del duelo por las que puede atravesar el paciente y la familia, entre las cuales se encuentran:

- ◇ *Etapa de negación*; el paciente se niega a creer en el evento y no está preparado para afrontar los problemas que se puedan presentar. Muchos muestran alegría artificial para prolongar la negación.
- ◇ *Etapa de cólera o ira*; en esta, el paciente o su familia pueden dirigir la cólera hacia la enfermera o el personal del hospital, en temas que normalmente no les preocuparían.
- ◇ *Etapa de negociación*; la persona intenta negociar para evitar el evento. Puede expresar sentimientos de culpa o temor a un castigo por los pecados pasados, reales o imaginarios.

³⁵ RIVERA, Op cit., p. 8.

- ◇ *Etapa de aceptación*; el cliente y la familia aceptan el evento. Puede mostrar menos interés por lo que le rodea y por las personas de apoyo, al igual que desea empezar a hacer planes.³⁶

Es indispensable que la familia conozca las etapas por las que esta atravesando el paciente y en donde ésta puede involucrarse, con el fin de contribuir activamente a participar durante la evolución de la enfermedad, convirtiéndose en punto de apoyo para facilitar la superación de las limitaciones y ayudar en el tratamiento y rehabilitación. Por tanto, se debe fomentar una relación más íntima e informativa entre el equipo de salud y la familia, lo cual generará una mejor participación de ambas partes en la rehabilitación. Promover la vinculación de la familia en el proceso de restablecimiento del equilibrio psico – social, fomentando una adaptación a la situación que lleve a introyectarla no como un obstáculo más, sino como una nueva forma de vida, en la cual se sigue desarrollando el proceso evolutivo de la vida familiar y social.

³⁶ KUBLER – ROSS, E. On death and dying. New York. Mc Millan publishing Co. 1986. P 38 – 40

5.3. MARCO LEGAL

La familia y la comunidad influyen de manera significativa en la salud de un individuo. La realización de actividades en pro de conservar el estado de salud y evitar otras que de cualquier forma pueden ser nocivas, se compone en la herramienta actual en el manejo de la salud.

La promoción de la salud se define como: “la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”³⁷, lo cual se logra con el conocimiento, la información y la educación permanente dirigida en sentido bilateral.

La participación en salud permite la unión de varios sectores para concretar decisiones relacionadas al tema y hacer que responda verdaderamente a las necesidades de la comunidad. Es importante aclarar que la participación social es un proceso que busca alcanzar el bienestar humano y el desarrollo social mediante acciones

³⁷ CAJANAL E.P.S. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. FUDESCO 1998. p 15-22.

correctivas.

En la actualidad se está trabajando con el tema de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, cuyas definiciones, objetivos y funciones son claras. Los programas existentes para el control de los factores de riesgo y la aparición de eventos de enfermedad, hasta el momento no abarca la educación en la prevención y control del Trauma Raquimedular.

“Definase promoción de la salud como la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud y las autoridades sanitarias con el objeto de garantizar mejores condiciones de salud y ausencia de la enfermedad.”³⁸ Podría decirse que la obligación de asegurar el bienestar y tranquilidad de cada persona es deber de la nación, pero si tenemos en cuenta que cada persona es diferente y cumple funciones distintas, también es necesidad de cada cual preocuparse por su salud e integridad.

Para el manejo de los pacientes con secuelas del trauma se hace necesario educar a la comunidad, “para tal fin las E.P.S. y A.R.S. tienen conformada la oferta de servicios en donde prestan las

³⁸ MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1891 del 3 de Agosto de 1994, artículo 2.

acciones de promoción y prevención, que pueden ser directamente ejecutadas o de igual manera contratar con I.P.S., sector educativo, asociaciones de usuarios, comités de participación comunitaria, entre otras.”³⁹

El comité de participación comunitaria es un espacio de concertación que permite reunir representantes de la comunidad y de las instituciones públicas y privadas para tratar los problemas de salud y acordar soluciones. Estos comités consagran entre sus funciones primordiales; promover y participar prioritariamente en los programas de atención preventiva, familiar, extrahospitalaria y de control del medio ambiente, lo cual busca, en términos generales, capacitar a la familia y la comunidad acerca de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Los pacientes con alteraciones de tipo neurológico grave, generalmente quedan incapacitados para seguir realizando actividades cotidianas como caminar, desplazarse y trabajar entre otras. En tales casos la ley Colombiana consagra en el capítulo III del sistema de seguridad social integral (Ley 100 de 1993) el artículo 38 que dice: “se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral.”⁴⁰

³⁹ MINISTERIO DE SALUD. Resolución 03997 del 30 de Octubre de 1996, artículos 3 y 4.

⁴⁰ SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. Ley 100 de 1993. Ed Unión. Bogotá 1998, p 29.

Con lo anteriormente expuesto se diría que la personas que sufren accidentes quedando discapacitados físicamente, gozarían de la atención médica e incapacidad ofrecida por el estado.

La investigación requiere aclarar ciertos aportes relacionados a la participación de las personas involucradas, para esto; “en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.”⁴¹

Debido a la situación por la que atraviesan estas persona es necesario que; “en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación; identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.”⁴²

En todo procedimiento y en especial en aquellos que tienen que ver con la vinculación directa de la persona es indispensable informarlo

⁴¹ MINISTERIO DE SALUD. Resolución 008430 del 4 de Octubre de 1993, artículo 5.

⁴² Ibid., artículo 8.

de lo que se va a realizar y como se va a hacer, para tal fin; “se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza la participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.”⁴³

Durante el desarrollo del proceso investigativo, se interactuó con la familia en actividades de promoción de la salud con el fin de prevenir complicaciones secundarias al trauma raquimedular. Razón por la cual, las herramientas legales utilizadas para este estudio, se encuentran dirigidas a la protección física y moral de la persona.

⁴³ Ibid., artículo 14.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. TIPO DE ESTUDIO

La modalidad de trabajo que se eligió para el desarrollo de esta investigación es el ESTUDIO DE CASO, ya que es el apropiado en esta situación en la que se desea analizar características básicas de la participación de la familia en el cuidado de un paciente hospitalizado por trauma raquímedular.

Se pretende estudiar a profundidad una unidad conformada por paciente – familia, y de que manera esta unidad se complementa en pro de alcanzar beneficios personales, sociales e institucionales.

Además, este tipo de estudio es particularmente útil para obtener información básica dirigida a planear una investigación más amplia en donde se involucren aspectos más profundos y específicos, como la integración familia - paciente - personal de salud; este último, con la responsabilidad de guiar, capacitar y sensibilizar a la familia acerca de la importancia de su participación durante el proceso de salud – enfermedad, y su rol durante la recuperación y rehabilitación del paciente neurológico que ha sufrido trauma raquímedular.

Se eligió el estudio de caso, porque permite representar una situación dramática, como el afrontamiento del trauma raquimedular por parte de la familia como del mismo paciente; y cómo la participación de los dos miembros en el cuidado y rehabilitación, facilitan su adaptación al nuevo estilo de vida debido a las limitaciones y secuelas con que quedará.

6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

6.2.1. Población:

La población general escogida para el estudio fueron los pacientes hospitalizados por trauma raquimedular en el servicio de neurocirugía del Hospital San Rafael de Tunja, durante el período de tiempo comprendido entre el 15 de octubre de 1999 al 15 de Abril del 2000, con el fin de seleccionar un caso específico de estudio en el cual se demuestren los beneficios que se pueden lograr con la vinculación de la familia en el cuidado y rehabilitación.

6.2.2. Unidad muestral

Paciente E.C. de 19 años, hospitalizado por trauma raquimedular en el servicio de neurocirugía del Hospital San Rafael de Tunja en el período del 15 de Octubre de 1999 al 15 de Abril del 2000, en donde la familia participa activamente en el cuidado y rehabilitación.

En el proceso de selección de la muestra se tuvo en cuenta principalmente la situación individual y familiar en que se encuentra. Individualmente, se observa que es un paciente adulto joven que ha tenido que asumir un proceso de enfermedad el cual lo llevará a enfrentarse a la inmovilidad de sus miembros y otras limitaciones secundarias del trauma raquímedular. Además, debido al nivel de compromiso de la lesión, amerita brindar una capacitación a él y a su familia orientada al cuidado y autocuidado para hacer frente de esta manera al proceso de recuperación y rehabilitación en forma efectiva.

Cabe resaltar que la participación de la familia en el cuidado es constante, al igual que el interés en el proceso salud - enfermedad era continuo. Es una familia que permanece con el paciente durante las 24 horas del día debido al cuidado personalizado que requiere. Por esto, se facilitó el contacto con ellos y la realización del proceso de vinculación.

6.3. VARIABLES E INDICADORES

Se tomaron variables e indicadores específicos que permiten medir los beneficios alcanzados después de vincular a la familia en el cuidado del paciente hospitalizado por trauma raquímedular. Estas son:

6.3.1. Familia

Al hacer un diagnóstico de la familia a la que pertenece este paciente, se determino la manera positiva como influye su participación en el proceso de recuperación de la salud de la persona con trauma raquimedular.

6.3.1.1. Tipología familiar:

Determinando el tipo de familia por medio del familiograma, se recibió una orientación clara acerca de cómo pueden ser las relaciones entre el paciente y la familia, con el fin de determinar si el fomento del vínculo aportará positivamente al proceso de recuperación.

6.3.1.2. Interrelaciones

Se detecto como eran las relaciones entre el paciente y la familia antes de la ocurrencia del evento y como han cambiado con el proceso de enfermedad al que están expuestos.

6.3.1.3. Participación familiar en el cuidado

Con este aspecto, se puede deducir si la participación de la familia ha sido la adecuada y suficiente para originar beneficios tanto para el paciente, como para la familia y la misma institución.

6.3.2. Paciente

Se observa en él como ha sido su evolución a través del proceso de hospitalización y como ha influido la familia en dicho proceso. Se abarca su aspecto físico, emocional y familiar, tratando de detectar los beneficios de la participación de la familia en el cuidado y rehabilitación.

6.3.2.1. Presencia de beneficios

Se observa en el paciente los beneficios físicos, emocionales, sociales y económicos de la participación de la familia en el cuidado.

6.3.2.2. Presencia de complicaciones

Se observa si hay aparición de complicaciones que se derivan del fenómeno de la hospitalización o del cuidado inadecuado.

6.3.3. Cuidado

Se observara en el paciente el progreso biopsicosocial que tenga, cuando la familia le da atención en varios aspectos de su vida.

6.3.3.1. Impacto

Permite conocer los cambios positivos que se manifiestan en el paciente a quien su familia le ha brindado un cuidado. Se mide la calidad de las

relaciones familia – paciente, las acciones de cuidado ejecutadas, beneficios en la persona, entre otros.

6.4. INSTRUMENTOS

6.4.1. Historia familiar (Anexo A)

Con este se realiza el registro de los datos de cada una de los miembros de la familia haciendo mayor énfasis en aquellos que conviven con el paciente objeto de la investigación.

6.4.2. Apgar familiar (Anexo B)

Permitió conocer como percibe el paciente el funcionamiento de su familia en este momento de crisis no normativa de enfermedad incapacitante.

6.4.3. Ecomapa (Anexo C)

Permite determinar el entorno cercano y mediano de la familia y establecer la red social extrafamiliar de apoyo para dar respuesta a situaciones de conflicto.

6.4.4. Familiograma (Anexo D)

Describe la estructura o composición familiar que ayuda establecer quienes son los miembros de la familia de convivencia, tipo de familia y el ciclo evolutivo en el cual se encuentra.

6.4.5. Observación

Con este se puede determinar la selección, el registro y la codificación de un conjunto de los comportamientos de los individuos en un medio natural.

6.4.6. Talleres (Anexos E, F, G, H)

Plan estructurado por medio del cual se brinda educación a determinado grupo de personas siguiendo los items establecidos por el mismo.

6.4.7. Educación ocasional o de oportunidad:

metodología por medio de la cual se brinda información espontánea a las familias acerca de cómo deberían orientar su cuidado en beneficio efectivo del paciente. Esta educación fue personalizada y orientada al trauma que sufría la persona.

7. ANALISIS DE DATOS

Según los datos obtenidos en el libro de registro del servicio de neurocirugía del hospital San Rafael de Tunja, la relación de persona hospitalizadas por sufrir trauma raquimedular del 15 de Octubre de 1999 al 15 de Abril del 2000 es:

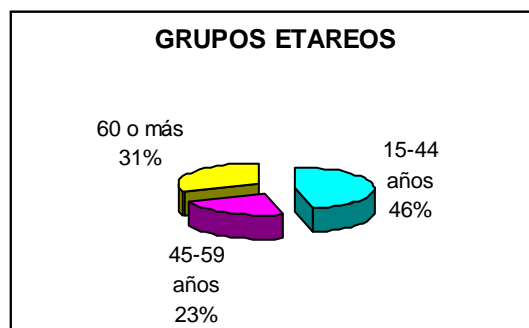
NOMBRE	EDAD	SEXO	PROCEDENCIA	PARTICIPACION FAMILIAR
J. C. T.	44	M	Rural	Insuficiente
J. L. A. M.	76	M	Rural	Abandono
W. A. S.	20	M	Urbana	Traslado
J. A. M.	47	M	Rural	Insuficiente
L. F. D. Z.	20	F	Urbana	Traslado
L. M. R.	64	F	Rural	Insuficiente
M. E. A.	30	F	Urbana	Insuficiente
M. C. G.	64	F	Urbana	Insuficiente
L. A. R.	47	M	Rural	Insuficiente
S. A.	55	M	Urbana	Insuficiente
W. J. A.	18	M	Rural	Insuficiente
E. C.	19	M	Rural	Suficiente
V. M. A.	65	F	Urbana	Insuficiente

Tabla 2: Pacientes hospitalizados por trauma raquimedular en el servicio de neurocirugía del 15 de Octubre de 1999 al 15 de Abril del 2000.

Los datos recopilados muestran una incidencia de 13 casos de trauma raquimedular registrados en este período de tiempo.

En primer lugar, se analizarán los datos que arrojó el estudio de la muestra y luego, se enfocará el análisis hacia el estudio de la unidad muestral.

7.1. EDAD



Gráfica 1. Grupos etáreos.

Se observa que la mayor incidencia de trauma raquimedular esta localizada en el grupo etareo de los 15 – 44 años, 6 casos que corresponden al 46%, el grupo de los 60 años o más, presentó 4 casos correspondientes al 31% y el grupo de los 45 – 59 años, con 3 casos ocupa el 23% restante de la población.

7.2. SEXO

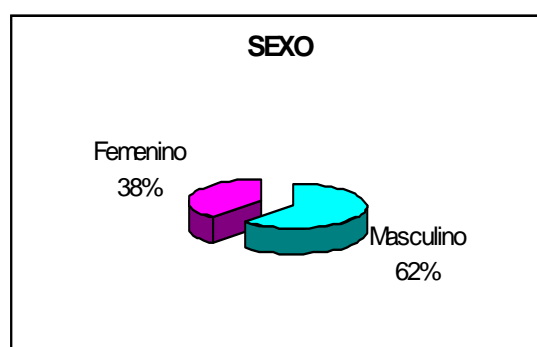


Gráfico 2. Sexo.

La distribución de la incidencia por sexo muestra que el trauma raquímedular se presenta con mayor frecuencia en los hombres; 8 casos que representan el 62% en relación a 5 casos presentados en las mujeres que corresponden al 38% así lo demuestran.

7.3. PROCEDENCIA

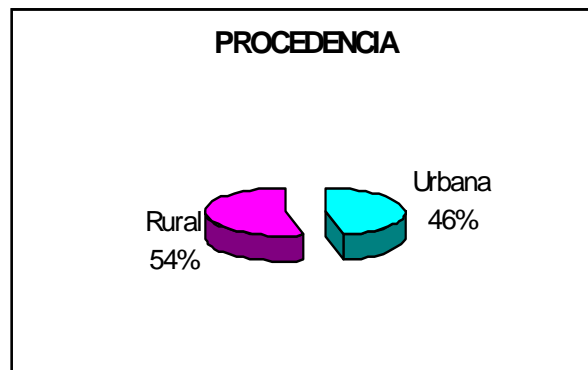


Gráfico 3. Procedencia.

Se encontró una relación en la procedencia especificada de la siguiente manera; 7 casos provenientes de la zona rural que representan el 54% de la población y 6 casos propios de la zona urbana arrojan el 46% restante.

7.4. PARTICIPACION DE LA FAMILIA

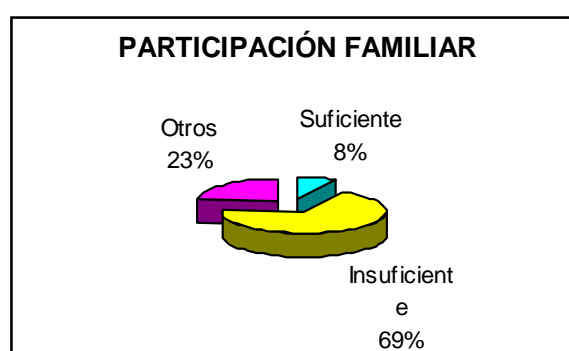


Gráfico 4. Participación familiar

Para evaluar esta variable, se usaron tres ítems: Suficiente para alcanzar beneficios observados: ocurrió sólo en un caso y representa el 8%. Esta familia fue la que se tomó como unidad muestral. El segundo ítem, insuficiente para alcanzar beneficios, se presentó en 9 casos que corresponden al 69% de la población. Se evaluó teniendo en cuenta que los familiares inasistían a la visita, no se comprometían con el paciente hospitalizado o, simplemente, no aplicaban en él los conocimientos adquiridos a través de las capacitaciones y el tercer ítem, otros, se presentó en 3 casos correspondiente al 23% de la población. Hace referencia a múltiples razones que impidieron la participación de la familia y su respectiva evaluación. Entre estos se destacan: traslado del paciente a una institución de mayor tecnología, 2 casos, correspondientes al 15% y abandono del paciente por parte de la familia, 1 caso, es decir el 8% de la población.

7.5. UNIDAD MUESTRAL

Teniendo en cuenta que la enfermedad neurológica ocasiona situaciones de desadaptación, tanto en la familia como en el paciente, se hace necesario realizar una descripción directa del ambiente familiar, explorando la influencia que tiene dicha enfermedad en el equilibrio biopsicosocial de la unidad familiar y la persona.

La valoración familiar permitió obtener un conocimiento integral del estado de salud de la familia y de cada uno de los miembros que conviven con el paciente, objeto del estudio.

Se determinó que la etapa del ciclo vital en la que se encuentra la familia es la número 5: familia con hijos adolescentes. En esta familia se detectaron riesgos, que se pueden clasificar de la siguiente manera:

a. Riesgos del ambiente socio – afectivo: Falta permanente de uno de los progenitores, el padre, el cual falleció hace 10 años. Para la unidad muestral, la falta de este miembro ha implicado una crisis, ya que siendo el único hijo hombre de la familia de convivencia, le ha tocado cumplir el rol de cabeza de familia a una edad muy temprana.

b. Riesgo de morbi - mortalidad detectado es la hospitalización de uno de los miembros de la familia de convivencia, asociado a la enfermedad crónica que requiere cuidado especial.

El familiograma y la historia familiar, arrojaron al proceso investigativo información valiosa, como la identificación de la estructura o composición familiar.

Se observa que la tipología familiar detectada en la muestra según la convivencia de los progenitores, es *la nuclear incompleta*, debido a la ausencia del padre. Además se detectó que la familia de convivencia

esta formada por 3 miembros: el paciente, la madre y su hermana menor. Que se dedican a labores agrícolas de las cuales obtienen el sustento: cultivo de caña de azúcar, frutales, entre otros. Ninguno de los miembros adolescente cumple el rol de estudiante.

Conviven en una casa propia que cuenta con los servicios públicos necesarios: agua, luz, alcantarillado y teléfono. Se detecto también que la familia cuenta con afiliación a la seguridad social.

Actualmente, debido al proceso de crisis en el cual vive esta familia, se vieron obligados a cambiar su estilo de vida, cambiar de residencia, modificar sus ocupaciones, todo encaminado a facilitar la estancia con el paciente y ayudarle en su proceso de adaptación.

Al aplicar el apgar familiar, se puede concluir que la familia tiene una buena función familiar, ya que se obtuvo una puntuación de 24 sobre 20 integrando el factor de los amigos.

En la fase de adaptación, se concluye que la forma en que los miembros de la familia, en tiempos de necesidad y crisis, se ayudan y se adaptan a los cambios o retos que se le presentan es adecuada. Hay una eficiente utilización de los recursos intra y extrafamiliares en la resolución de problemas.

En la etapa de participación se detectó que la comunicación entre los miembros de la familia acerca de asuntos relacionados con el paciente, tales como distribución del cuidado, asignación de turnos para compartir con él durante la noche, es permitida para todos los miembros y se toman en consideración las opiniones de todos. Además, existe una buena voluntad para desempeñar las actividades del cuidado, sin ser de carácter obligatorio.

La etapa de ganancia o crecimiento esta referida a la manera en que los miembros de la familia proponen o emprenden nuevas actividades tendientes al desarrollo personal; la familia tiene facilidad para emprender actividades innovadoras tendientes a mejorar el estilo de vida del paciente y fomentar las relaciones interpersonales.

La fase de afecto se desarrollo adecuadamente, ya que mediante la interacción con el personal de salud, la familia expreso sus sentimientos de amor, afecto, rabia, desilusión frente a la enfermedad, la hospitalización y las limitaciones a las que se verá enfrentado el paciente. Esto permitió identificar los temores y orientar la capacitación hacia la resolución de conflictos.

En la última fase de recursos, se identificó que los miembros de la familia comparten el tiempo, el espacio y el dinero de manera equitativa, y así mantuvieron una dinámica familiar sana.

Se concluye entonces que la familia cumple con su función primordial de soporte ante una crisis como lo es la enfermedad incapacitante y se adapta de manera adecuada a esta situación gracias a que tienen información al respecto.

Por último, el ecomapa deja ver que el grado de comunicación entre la familia y el entorno social aún se mantiene, a pesar de la situación de crisis. Se ha modificado debido al cambio en el estilo de vida pero la red social de apoyo extrafamiliar, basada principalmente en los amigos, muestra relaciones fuertes que fluyen hacia los dos sentidos.

7.6. BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN

Se determinó a grandes rasgos cuales son los beneficios que se obtienen al vincular a la familia en el cuidado integral del paciente con trauma raquímedular, concluyendo:

La prevención de úlceras por decúbito ha sido uno de los principales beneficios, especialmente en este paciente el cual requiere una posición de cúbito prolongada debido a sus limitaciones de movimiento y larga estancia hospitalaria. Se logró aprovechando que la familia aplicó las medidas de prevención tales como: cambios de posición frecuentes, masajes que activan la circulación uso de cremas hidratantes y lubricantes que ayudan a mantener la integridad de la piel, uso de dispositivos como flotadores espumas o almohadas que disminuyan la

presión en las zonas de prominencias óseas; al igual que favorecieron la prevención de infecciones urinarias, secundarias a la estasis de la orina en la vejiga.

La prevención de complicaciones pulmonares: (neumonía, atelectasia alveolar, etc.), digestivas (estreñimiento, impactaciones fecales, etc), cardiacas (atrofiamiento cardiaco por falta de actividad, insuficiencias cardiacas), entre otras.

La rehabilitación efectiva se alcanzó, al participar directamente en los cuidados que se le brindan al paciente, realizando los ejercicios de fortalecimiento de manera más frecuente. La familia participó activamente en la realización de las terapias físicas, adquiriendo conocimientos para desarrollar estas actividades.

Al ser la familia la encargada de los cuidados del paciente, existe mayor comodidad ya que son personas de confianza las que le manipulan, lo cual se traduce en un correcto enfrentamiento del duelo y manejo de las secuelas que deja el trauma.

Al existir educación y preparación de la familia para aceptar la enfermedad e invalidez, son pocas las variaciones que se experimentan dentro del núcleo familiar. Además, si la familia participa continuamente en los cuidados durante el período de hospitalización, se comparte más tiempo con el enfermo integrándolo en las decisiones

familiares.

La información proporciona una adaptación más adecuada a las limitaciones del familiar enfermo. La invalidez que resulta de una lesión grave de la médula espinal, obliga a la persona a cambiar sus hábitos y desde luego sus costumbres laborales; si la familia participa brindando cuidado en el hogar, fomenta la rehabilitación del paciente y la aceptación de los nuevos roles.

CONCLUSIONES

- ⇒ Al contemplar el aspecto cultural de nuestra población tenemos que, la construcción conceptual que existe acerca del paciente con trauma raquímedular y su manejo es bastante errado, lo catalogan como crítico que requiere cuidado única y exclusivamente de personas expertas, dificultando que la familia pueda acceder o colaborar efectivamente en dicho cuidado.

- ⇒ En la población laboralmente activa que corresponde al grupo etáreo de lo 15 – 44 años; encontramos que el trauma raquímedular sucede con gran frecuencia y se relaciona directamente con trabajos como: minería, transporte, mecánica, construcción y otros de alto riesgo. Lo anterior se traduce en la carencia del uso de dispositivos de seguridad industrial y otras medidas de prevención de accidentes.

- ⇒ Encontramos que la violencia en la que actualmente vive nuestra población, se convierte en una de las causas para la ocurrencia del trauma raquimedular. Se hallaron pacientes con lesiones en la médula espinal o columna vertebral derivadas de heridas producidas por armas de fuego, armas corto punzantes o golpes con objetos contundentes.

- ⇒ Evidenciamos que al involucrar la familia en el cuidado integral del paciente con trauma raquimedular, brindándole correcta orientación en sus actuaciones, se logran beneficios importantes que se van a ver reflejados en un bienestar colectivo (paciente – familia), rehabilitación efectiva y mejor adaptación de los dos miembros a la enfermedad y la invalidez.

- ⇒ El trabajo que se realizó fue de gran importancia para la familia y el paciente, pues se orientó hacia la parte específica de la atención primaria de necesidades, cubriendo factores importantes como son lo físico, lo psicológico, lo social, lo emocional, lo adaptativo y sentimental.

- ⇒ Hoy día se hace más hincapié en la promoción y mantenimiento de la salud y no solo en el tratamiento; como resultado, las personas desean y exigen más conocimientos. El acortamiento de las estancias hospitalarias significa que los clientes deben estar preparados para asumir en la casa la convalecencia. Las minusvalías requieren a

menudo que tanto el cliente como la familia entiendan la enfermedad y su tratamiento.

⇒ Proponer estrategias de investigación Docente – Asistenciales en salud, conducentes a la elaboración de un programa de cuidado integrado Familia – Paciente – Equipo de salud.

SUGERENCIAS

- ⇒ El libro de ingresos y egresos del servicio de especialidades (y en general de todos los servicios) del Hospital San Rafael es un documento importante que contiene información valiosa para la realización de investigaciones como ésta. Sugerimos que sea diligenciado correctamente, con los datos exactos y completos de los pacientes que ingresan y egresan del servicio.

- ⇒ Es importante dar educación continua al personal auxiliar de enfermería para que vinculen a la familia en el cuidado de los pacientes, y así obtener diversos beneficios.

- ⇒ Capacitar a los familiares de los pacientes para que brinden cuidado, debe ser una de las principales metas del personal de salud para fomentar así el autocuidado y la rehabilitación en el hogar.

- ⇒ Crear programas sociales que faciliten la integración de los discapacitados físicos a las prácticas laborales, mejorando así su autoimágen y autoconcepto.

⇒ Dar educación orientada hacia la prevención de accidentes laborales o deportivos concientizando a las personas acerca de la importancia del uso de dispositivos de seguridad.

ANEXOS

Anexo A

Historia Familiar

Fecha de apertura:

Apellidos de la familia:

Trabajo del esposo:

Teléfono:

Trabajo de la esposa:

Teléfono:

Residencia, dirección:

Teléfono:

Cabeza(s) de familia	Beneficiario		Fecha de nacimiento	sexo	Escolaridad	Ocupación
	SI	NO				
Hijos	Beneficiario		Fecha de nacimiento	sexo	Escolaridad	Ocupación
	SI	NO				
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
Otras personas	Beneficiario		Fecha de nacimiento	sexo	Escolaridad	Ocupación
	SI	NO				
1						
2						
3						
4						
5						

MEDIO AMBIENTE FAMILIAR

VIVIENDA

PROPIA

HABITANTES

Casa	
Apartamento	
Pieza	
Tugurio	

SI	N
	O

	#
Personas	
Animales	

SERVICIOS

	SI	NO
Luz		
Agua		
Alcantarillado		
Teléfono		
Recolección de Basuras		

Anexo B

APGAR FAMILIAR

Familia:

No de afiliación:

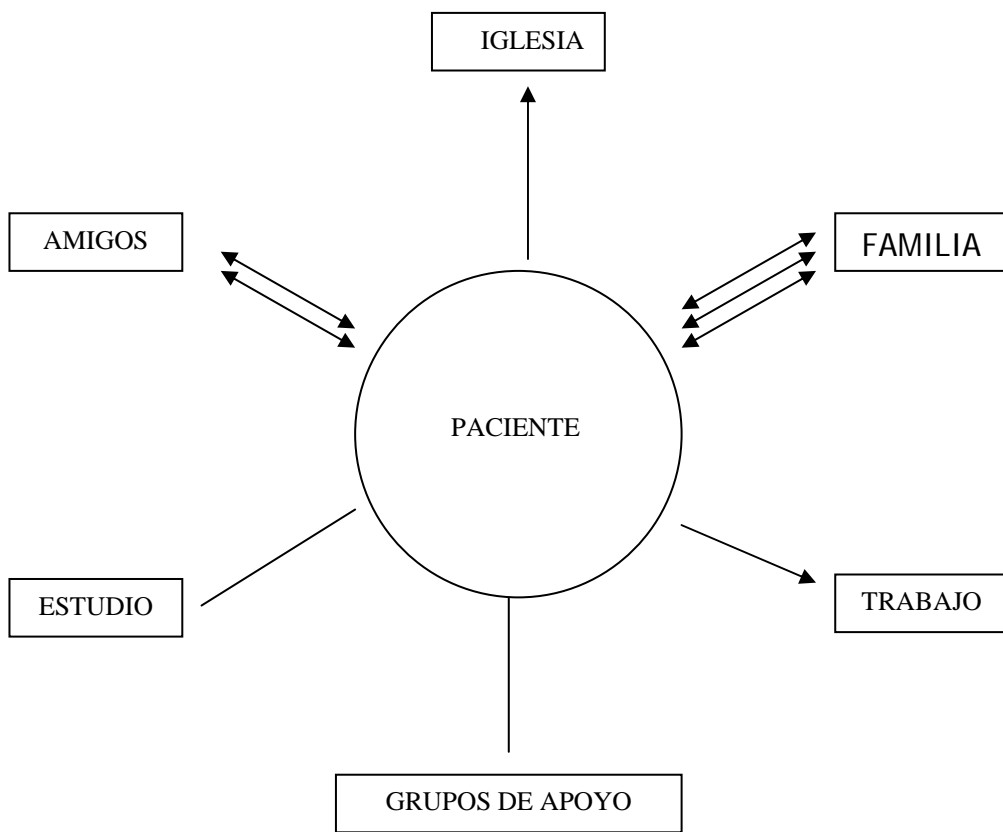
	FECHA				
N O M B R E					

Situaciones estresantes

- Muerte de un miembro de la familia
- Enfermedad de un miembro de la familia
- Separación o divorcio
- Salida del hogar de uno de los miembros
- Expulsión escolar
- Problemas laborales
- Desempleo
- Deudas, empobrecimiento
- Embarazo no deseado
- Adopción
- Nuevos miembros en el hogar
- Alcoholismo o drogadicción
- Infidelidad
- Problemas con la ley

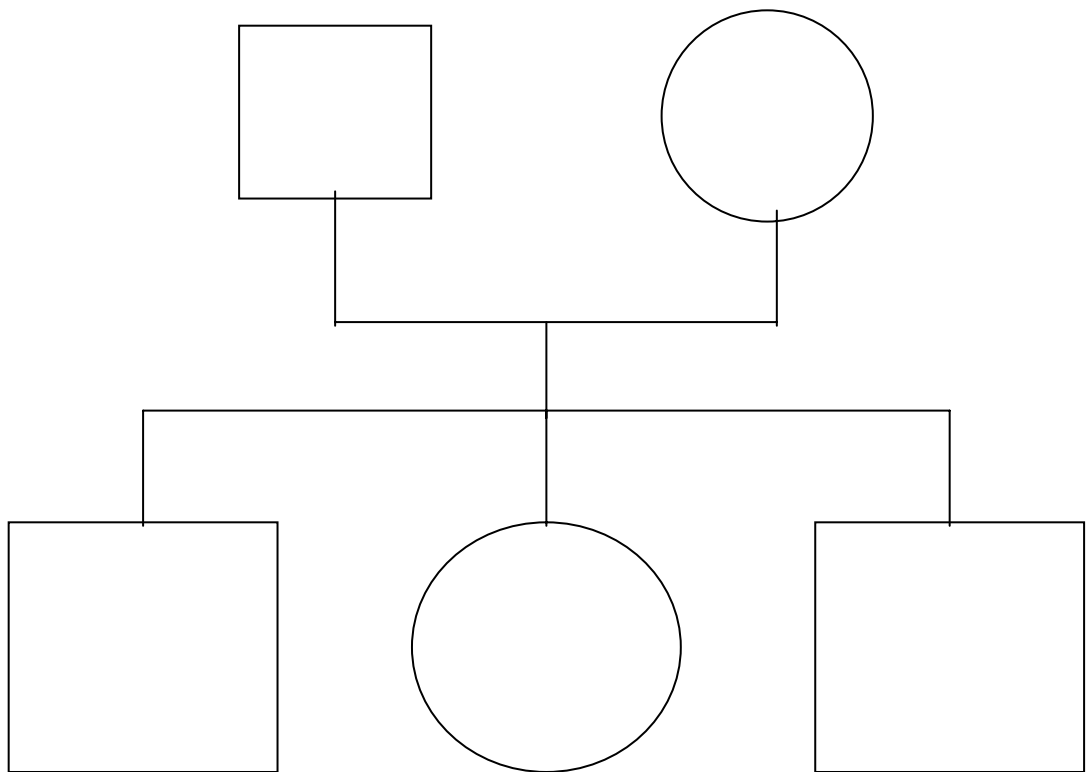
Anexo C

ECOMAPA



Anexo D

FAMILIOGRAMA



Anexo E

TALLER 1

TITULO: Atención y cuidado, encaminados al proceso de rehabilitación del paciente

DIRIGIDO A : Personal de enfermería.

TIEMPO: 1 Hora.

OBJETIVO

Sensibilizar al personal de enfermería para que reconozca la importancia de la atención y cuidado, en busca de lograr una pronta y adecuada rehabilitación.

DESARROLLO DE LA TEMATICA

Los cuidados que el personal de enfermería aplica al paciente, van orientados a alcanzar las siguientes metas:

1. Prevenir las infecciones urinarias
 - 1.1. Realizar movilización de pacientes cada dos horas.
 - 1.2. Manejar con asépsia el catéter o sonda.

1.3. Suministrar la profilaxis antibiótica en el horario y dosis requeridos.

1.4. Sustituir el calcio de la dieta.

2. Prevenir las úlceras por decúbito

2.1. Aliviar la presión sobre las áreas hipersensibles.

2.2. Hacer cambios de posición en bloque cada dos horas.

2.3. Usar indumentaria para girar al paciente.

2.4. Usar protectores que disminuyan la presión: bolsas de agua, almohadas, espumas, cojinetes y otros.

2.5. Hidratar la piel: aplicar cremas, aceites, bálsamos y demás.

2.6. Realizar masajes que reactiven la circulación sanguínea.

2.7. Hacer rutinas visuales de inspección y palpación para identificar áreas de presión.

2.8. Mantener limpio y seco el lugar de reposo, evitando la formación de arrugas en las sábanas.

3. Favorecer la rehabilitación mediante el ejercicio

Anexo F

TALLER 2

TITULO: Manejo emocional del paciente

DIRIGIDO A: Personal de enfermería

TIEMPO: 1 Hora

OBJETIVO

Involucrar al personal de enfermería en el manejo emocional del paciente.

DESARROLLO DE LA TEMATICA

1. Estado emocional – estilo de vida

Dar oportunidades de compartir sentimientos al paciente (temor, ansiedad, depresión, ira) y así fomentar la confianza y las relaciones familia – paciente – personal de salud.

2. Concepto de uno mismo. Ponerse en contacto con el paciente a menudo y tratarle de forma cariñosa y positiva.

3. Animar a la familia a compartir sus sentimientos propiciando una expresión segura de sus temores y frustraciones.

4. Procesos familiares debido a adaptaciones necesarias.

4.1. Transmitir comprensión y sensación de cariño e interés

4.2. Brindar apoyo y contribuir a la unidad familiar

4.3. Ayudara a reorganizar los roles en el hogar.

Anexo G

TALLER 3

TITULO: Conceptos básicos del trauma raquimedular.

DIRIGIDO A: Familiares de pacientes con trauma raquimedular.

TIEMPO: 1 Hora.

OBJETIVO

Que las personas asistentes capten los conceptos básicos del trauma raquimedular y de esta forma los apliquen en beneficios de la rehabilitación del paciente.

DESARROLLO TEMATICO

El trauma raquimedular es un daño físico producido por una acción violenta que afecta la columna vertebral y la médula espinal.

CAUSAS

⇓ Accidentes de tránsito

⇓ Golpes severos

- ⇓ Luxaciones
- ⇓ Heridas penetrantes producidas con armas de fuego o corto punzantes.
- ⇓ Fracturas.
- ⇓ Compresión por tumores.

SINTOMATOLOGIA

Se presenta una depresión del funcionamiento medular por debajo del nivel de la lesión. Los principales síntomas son:

- ⇓ Parálisis flácida.
- ⇓ Pérdida de toda sensación y toda actividad refleja.
- ⇓ Calambres musculares.
- ⇓ Alteración de los movimientos voluntarios.
- ⇓ Algunas veces parálisis respiratoria.
- ⇓ Pérdida del sentido postural.
- ⇓ Incontinencia urinaria y estreñimiento.
- ⇓ Alteraciones de la capacidad sexual dependiendo el nivel de la lesión y la severidad de la misma. Puede presentarse impotencia sexual, anorgasmia, esterilidad e inhibición del deseo sexual entre otros.

Anexo H

TALLER 4

TITULO: La familia en el cuidado

DIRIGIDO A: Familiares de pacientes con trauma raquimedular

TIEMPO: 1 Hora

OBJETIVO

Incentivar a la familia del paciente para que por medio del cuidado que le brinde, fortalezcan el vínculo familiar existente.

DESARROLLO TEMATICO

1. Pérdida de la función corporal
 - 1.1. Brindar la mayor independencia posible en las acciones matutinas
 - 1.2. Comprender posibles sentimiento de impotencia, cólera o tristeza
 - 1.3. Animar a la persona a expresar características positivas para facilitar la aceptación y solución de problemas.
 - 1.4. Mantener siempre la unión familiar.

- 1.5. Participar directamente en los cuidados de la persona.
- 1.6. No reforzar el negativismo con falsas esperanzas.
- 1.7. Reforzar continuamente el autoestima de la persona.
- 1.8. Mantener el entorno de seguridad para disminuir el temor del paciente.
- 1.9. Disminuir los factores estresantes del entorno.
- 1.10. Fomentar la privacidad.

BIBLIOGRAFIA

BEESON B. Paul. Tratado de Medicina Interna. Ed. Interamericana S.A.
12ª ed. México 1970.

CAJANAL E.P.S. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
FUDESCO 1998.

CEDIEL A, Ricardo. Semiología Médica. Ed CELSUS, 4ª ed, Santafé de
Bogotá, 1996.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1891 del 3 de Agosto
de 1994.

-----, -----, Promoción de la salud, Ed Trazo,
Santafé de Bogotá, 1992.

-----, -----, Resolución 03997 del 30 de
Octubre de 1996.

-----, -----, Resolución 008430 del 4 de
Octubre de 1993.

-----, -----, Sistema de seguridad social integral. Ley 100 de 1993. Ed Unión. Bogotá, 1998.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991. El Pensador editores. Bogotá, 1998.

DICCIONARIO DE MEDICINA. Editorial OCEANO, Madrid, 1994.

DUFFY, M.A. Nursing Outlook. 3ª edición. 1982.

DURAN de Villalobos María Mercedes. El cuidado Transpersonal. Tunja. Facultad de Enfermería, 1992.

FRIEDMAN M, Family nursing: Theory and assessment. Norvalk. 1981.

GRIFFITH Janeth. Proceso de atención de enfermería. Ed el manual moderno, S.A. México, 1986.

HARRISON Tr. Principios de medicina interna. Ed Mc Graw Hill Interamericana. 14ª ed. 1998.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Tesis y otros trabajos de grado. Bogotá: ICONTEC 1999.

KOZIER, Barbara. Conceptos y temas en la práctica de la enfermería. 2ª edición. Mc Graw Hill. México. 1995.

KÜBLER – ROSS. On death and dying. New York. Mc Millan publishing Co.1986.

LEININGER, M. Care. The essence of nursing and helth. Philadephia. 1984.

MILLER, B. K. Just wath is a profesion?. 1985.

RIVERA G, Julia J. Entrenamiento funcional a incapacitados físicos. Bucaramanga, 1987.

SHUCHMANM, E.A. Stages of illness and medical care. 1984.

UNIVERSIDAD NACIONAL. Dimensiones del cuidado. Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. 1998.

URIBE. Carlos Santiago. Neurología, Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas. 4ª ed. Medellín 1991.

VÉLEZ A, Hernán. El paciente en estado critico. Ed Corporación para Investigaciones Biológicas, segunda edición. Medellín. 1997.

WATSON M, Jean. Nursing Science and Human Care. 1988.

----- . Nursing Theories in practice. Publicación # 15-2350,
1990.

YOUMANS, Julián R. Neurological Surgery. WB Saunders. Philadelphia,
1980.