



**UNCUYO**  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE CUYO

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Escuela de Enfermería**

**Ciclo de Licenciatura en Enfermería**

**Curso: Taller de Tesis**

## **TESINA FINAL**

**TEMA: DEFICIENCIA DE CONOCIMIENTOS BASICOS  
DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE  
PACIENTES CON DIFICULTAD MOTRIZ.**

**Docente Titular:**

- Lic. Jorge Gustavo Michel

**Jefes de Trabajos Prácticos:**

- Lic. Ana Inés Fernández
- Lic. María Elena Fernández Salgado
- Bioquímico Marcos Gai

**Autoras:**

- Torres, Daniela Alejandra
- Pacheco, Ramos Nancy

**MENDOZA, FEBRERO 2019**

Esta investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Ciclo de la Licenciatura, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo y del Ministerio de Desarrollo Social y Salud y la misma no podrá ser publicada en toda o en parte o resumida, sin el consentimiento escrito de la Dirección de la Escuela y/o Autor/es del Trabajo.

## ACTA DE APROBACION

### *Tribunal examinador:*

Presidente:.....

Vocal I:.....

Vocal II:.....

### *Integrantes de equipo tutorial:*

Profesor:.....

Profesor:.....

Profesor:.....

## ***Prólogo***

A inicios de este 2018, cuando buscamos un tema para realizar nuestra tesis, se nos plantearon varios interrogantes sobre qué era lo que exactamente queríamos hacer; deseamos tocar una problemática que no fuese algo repetitivo; queríamos algo que en verdad nos ayude a crecer como profesionales y ayudar de manera directa al paciente.

Fue de este modo que nos pusimos a pensar y tuvimos delante de nosotros la respuesta: El caso inicia con la llegada de dos pacientes que presentan deficiencia motriz al hospital Luis Chrabalowski, el cual sólo recibe urgencias, emergencias y pacientes autónomos, lo que provocó un desafío-conflicto en el trabajo del Servicio de Enfermería de Internación del nosocomio.

Dicho desafío se basó en encontrarse con pacientes que dependen casi en su totalidad de los enfermeros y sin familiares que los puedan ayudar en el cuidado diario del paciente.

Decidimos indagar si existía otro trabajo que planteará el mismo problema o similares, y descubrimos que no se encontraban. Por esto recabamos información de los cuidados posturales, ejercicios motores en pacientes con deficiencia motriz y la importancia de la unificación de criterios y los procedimientos de enfermería básicos.

Por ende, se expone en esta investigación los conocimientos y las habilidades de los enfermeros a cargo de los cuidados posturales, ejercicios motores de los pacientes.

A leer y analizar nuestro trabajo se podrá ir comprendiendo cuales son los factores que afectan o hacen que la aplicación de los procedimientos unificados se dificulten, claro, que esta información la pudimos obtener gracias al aporte de nuestros colegas mediante la investigación de campo.

## **Resumen**

**TEMA:** Deficiencia de conocimientos básicos del profesional de enfermería sobre pacientes con dificultad motriz.

**LUGAR:** Hospital Dr. Luis Chrabalowski, ubicado en la esquina de Cerro Tupungato y Cerro Aconcagua, Uspallata, Las Heras.

**INTRODUCCIÓN:** La investigación realizada se lleva a cabo luego de observar que existen deficiencias a la hora de realizar procedimientos básicos de enfermería en pacientes con este tipo de deficiencia. Siendo nuestro trabajo una profesión abocada no solo a la atención directa con el paciente sino también es imprescindible determinar este tipo de ejercicios motores en estos pacientes.

**OBJETIVOS:** Determinar que cuidados posturales, ejercicio motores y capacitación aplican los profesionales de enfermería.

**DISEÑO METODOLÓGICO:** Un estudio de tipo cuantitativo, transversal, con un alcance descriptivo.

**AREA DE ESTUDIO:** se llevará a cabo entrevistas a los 17 profesionales que conforman el servicio de enfermería del Hospital Dr. Luis Chrabalowski, bajo la dirección de la Licencia Torres, Alejandra.

**RESULTADOS:** la población de estudio está conformado por un 65 % de personal femenino, con formación del 59% de enfermeros profesionales y el 17% de Licenciados, el 59 % presenta una antigüedad menor a 5 años, el 76% del total tiene experiencia previa en clínica médica, el 76 % no trabaja en otro establecimiento, el 53% está de acuerdo en que no hay un protocolo de técnicas de enfermería en el establecimiento y el 65% de los encuestados están en conocimiento de la falta de un criterio unificado al momento de realizar determinadas técnicas, con un 59% de que la afectación de la falta del mismo daña en mucho a los pacientes.

De la totalidad de la muestra el 65% moviliza a los pacientes con deficiencia motriz y del otro 35% no los moviliza con el 57% por el dolor de espalda y el 43% necesita ayuda para realizarlo, con respecto al servicio de kinesiología el 65% observa que nunca le realizan sesiones a los pacientes internados, y el 47% nota una mala mejoría en los pacientes.

**CONCLUSIÓN:** Se logra identificar la falta de criterio unificado en el personal que se encuentra trabajando en el nosocomio, expresado por el mismo personal,

observado y determinado en procedimientos de rehabilitación motora de los pacientes en cuestión, se coloca de manifiesto según los resultados, que los factores que afectan la unificación de criterios son mayormente de carácter subjetivo al personal.

La importancia de unificar criterios en los profesionales de enfermería tiene como finalidad que los pacientes puedan recibir los mejores cuidados. Si todos trabajamos para alcanzar un mismo propósito, teniendo en cuenta los mismos parámetros y lineamientos podremos avanzar y lograr los objetivos propuestos.

**PROPUESTAS:** Investigar el resto de las técnicas realizadas diariamente por el personal de enfermería, para detectar las falencias que puedan presentar en su labor diaria. Evidenciar los errores cometidos y realizar una investigación de las técnicas o ejercicios que mayor dificultad presentan. Crear protocolos de técnicas y procedimientos unificados para la realización de ciertas acciones específicas de enfermería. Crear un comité educativo con el fin de capacitar al personal ingresante.

**PALABRAS CLAVES:** Unir criterios, enfermería del adulto, procedimientos y cuidados motores.

## ***Agradecimientos:***

Nuestros agradecimientos están dirigidos a todos los docentes que fueron partícipes de nuestros progresos y satisfacciones, ya que junto a ellos logramos crecer de una manera significativa, acompañándonos en el desarrollo de enseñanza y aprendizaje, y brindándonos herramientas para que día a día nos superamos.

Además agradecer la buena predisposición de la Jefa del Servicio de Enfermería Licenciada Alejandra Torres, y de su plantel de enfermeros del Hospital Dr. Luis Chrabalowski, para con nosotros por dejarnos observar y realizar las encuestas aquí presentadas.

A nuestras familias y amistades por su paciencia, comprensión y apoyo incondicional del tiempo que nos llevó lograr realizar este trabajo.

LAS AUTORAS.

## ÍNDICE GENERAL:

Página de advertencia.....	II
Acta de aprobación.....	III
Prólogo.....	IV
Resumen.....	V
Agradecimiento.....	VII
Índice general.....	VIII
Índice tablas y gráficos.....	X

### CAPITULO I

Descripción del problema.....	1
Formulación del problema.....	3
Objetivos.....	4
• Generales.....	4
• Específicos.....	4
Justificación.....	5
Marco teórico.....	7
• Apartado I: definición de deficiencia motriz.....	8
• Apartado II: Sedestación y Bipedestación.....	13
• Apartado III: inmovilización en adultos mayores.....	20

### CAPITULO II

Diseño Metodológico.....	29
Tablas y Gráficos.....	31

### CAPITULO III

Resultados.....	46
Conclusión.....	47
Propuestas.....	49
Bibliografía.....	50

### APENDICE Y ANEXOS

Instrumento de recolección de datos.....	51
Tabla Matriz de datos.....	53

## **ÍNDICE TABLAS Y GRÁFICOS**

TABLA N°1: Enfermeros del Hospital Chrabalowski en estudio, según sexo.....	31
TABLA N°2: Enfermeros del Hospital Chrabalowski en estudio, según edad.....	32
TABLA N°3: Enfermeros del Hospital Chrabalowski en estudio, según el título alcanzado.....	33
TABLA N°4: Enfermeros del Hospital Chrabalowski en estudio, según la antigüedad en el Hospital.....	34
TABLA N° 5: Enfermeros del Hospital Chrabalowski en estudio, según la experiencia previa.....	35
TABLA N° 6: Enfermeros del Hospital Chrabalowski en estudio, según los pacientes con los que ha trabajado anteriormente.....	36
TABLA N°7: Enfermeros del Hospital Chrabalowski en estudio, según si trabaja en otro nosocomio simultáneamente.....	37
TABLA N°8: Enfermeros del Hospital Chrabalowski en estudio, según los pacientes que atiende en el otro trabajo.....	38
TABLA N°9: Enfermeros del Hospital Chrabalowski en estudio, según la existencia de un protocolo en el Hospital.....	39
TABLA N° 10: Enfermeros del Hospital Chrabalowski en estudio, según criterios unificados de Enfermería.....	40
TABLA N° 11: Enfermeros del Hospital Chrabalowski en estudio, según la afectación de criterios a los pacientes.....	41
TABLA N° 12: Enfermeros del Hospital Chrabalowski en estudio, según si moviliza a los pacientes.....	42
TABLA N° 13: Enfermeros del Hospital Chrabalowski en estudio, según relación enfermeros-pacientes.....	43
TABLA N° 14: Enfermeros del Hospital Chrabalowski en estudio, según las sesiones que realiza kinesiología a los pacientes.....	44
TABLA N° 15: Enfermeros del Hospital Chrabalowski en estudio, según la mejoría de los pacientes.....	45

# CAPITULO I

## Planteo del Problema

## DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Las motivaciones que llevaron a realizar este proyecto de investigación surgieron de la observación de un grupo de enfermeros por su experiencia laboral en el Hospital Dr. Luis Chrabalowski catalogado como un hospital de primer nivel de complejidad con una Unidad de Diagnostico Intensivo más servicio de Emergencia Bioceánico. Han observado a pacientes adulto mayor con diferentes dificultades y una gran disminución o deficiencia motriz y la falta de ejercicios complementarios para su mejoría por parte del personal de enfermería. Partiendo de la opinión de ciertos colegas que se fundan en las necesidades básicas de movilidad cuidados de salud durante la recuperación de la dificultad motriz o deficiencia.

Se presume que las falencias en la recuperación de motricidad de estos pacientes en el hospital podría deberse a diversos factores; entre ellas la falta de experiencia y conocimientos por parte del servicio de enfermería con pacientes con esta deficiencia motriz, lo cual haría un gran impacto negativo en el personal de enfermería ya que los cuidados de enfermería basados en las necesidades de los pacientes, costarían el doble y la recuperación de movilidad sería lenta, ya que el personal ni familiar están acostumbrados a tratar con pacientes con esta discapacidad, además de conocer ejercicios para poder contribuir con la parte de kinesiología a su mejoría . El extenso rango de pacientes que se atienden en el hospital oscilan los 3 a 14 pacientes con diferentes deficiencias. Esto implicaría para los profesionales de la salud un gran alto requerimiento de conocimientos específicos de las necesidades que se requieren ser satisfechas en estos pacientes.

Al ser un hospital única en la zona recibe una gran cantidad de pacientes con patologías con ACV, HEMIPLEJIA, DEMENCA SENIL, CIRROSIS HEPATICA entre otras, en estos pacientes el aporte de enfermería para la recuperación motriz sería escasa, casi nula, ya que no se estaría realizando los ejercicios o cuidados posturales de manera adecuada, ya sea porque el personal no contaría con conocimientos básicos sobre movilidad que se adecue a las distintas deficiencia de estos pacientes o los ejercicio, movimiento o estimulación motriz de la manera que se hace y con la escasas en la que se estaría realizando, esta situación conllevaría posiblemente a una mala o incompleta recuperación del paciente.

Caso anterior también podría relacionarse, como dijimos a la falta de conocimientos por parte de enfermería ya que para ello se debería educar al familiar o familiares a cargo del paciente sobre los cuidados, ejercicios y estimulación sobre esta dificultad del paciente.

El enfermero asignado al servicio de internación asumiría con actitud poco alentadora ya que el mismo no cuenta con conocimientos básicos ni herramientas para abordar a pacientes con esta dificultad y necesidad alterada, esta deficiencia se estaría reflejando en el trabajo y la recuperación incompleta, lenta y la internación prolongada de estos pacientes en el hospital, el enfermero solo lo abordaría cuando el paciente necesita un cambio de ropa de cama, pañal o alimentación, o cuando el kinesiólogo trabaja una vez al día con el paciente.

La necesidad de la falta de movilidad también estaría alterando el cambio de comportamiento del paciente, ansioso, demandante, inquieto, etc... es tan importante el poder ayudar a estos pacientes con su recuperación motriz, y educar a los familiares, lo que llevaría a una reducción del tiempo de internación prolongada del paciente dentro del hospital, estaría ahorrando recursos materiales y por parte del familiar el tiempo, traslado hasta el hospital, recursos económicos.

## **FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Qué conocimientos poseen los profesionales de enfermería acerca de las técnicas a aplicar en pacientes con deficiencia motriz en el Hospital Dr. Luis Chrabalowski durante el primer semestre del 2018?

## **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar que cuidados posturales, ejercicio motores y capacitación aplican los profesionales de enfermería.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Caracterizar la población de estudio.
- Identificar a los profesionales con conocimientos y experiencias laborales de los profesionales recién recibidos y sin experiencias ni conocimientos.
- Discriminar si las causas de las falencias son de carácter objetivo o subjetivo a los profesionales solamente.

## **JUSTIFICACION:**

El desarrollo y las motivaciones que llevaron a realizar este tipo de proyecto de investigación surgieron de la observación de un grupo de pacientes (adulto mayor) con distintos tipos de deficiencia motriz o pacientes postrados, los mismos presentan necesidades específicas de cuidado, atención y/o promover la independencia en lo posible, total o parcial.

También se intentará lograr la igualdad a tener oportunidades como cualquier tipo de persona sin deficiencia, se promoverían estrategias para la participación directa no solo del personal de enfermería sino también preparar a los familiares transfiriendo los conocimientos sobre cuidados en la recuperación de movilidad.

Los enfermeros deben lograr tener una conciencia colectiva ya que son parte del problema y la gran parte de la solución. El objeto es profundizar en los cuidados específicos para desarrollar una serie de ejercicios adecuados a la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. Pudiendo así contribuir al conocimiento del enfermero en el cuidado de paciente con déficit, mejorando y modificando así su estilo de vida, aspirando a la igualdad de condiciones de independencia personal para cada paciente; procurando disminuir el sentimiento de dependencia de terceros. Brindando al paciente la autoconfianza, el respeto de la recuperación propia y que el enfermero obtenga herramientas de trabajo en esta área.

Por su parte el nosocomio obtendría un beneficio propio ya que contaría con profesionales capacitados y con herramientas de trabajo para pacientes con este tipo de deficiencia, la conformidad del cliente con el servicio que brindaría el mismo.

Lo valioso de investigar el tema es que esta investigación puede dar pie a buscar y mejorar los cuidados básicos del profesional de enfermería con estos pacientes, hasta la de realizar un protocolo con cuidados, ejercicios, y trabajar en conjunto con el kinesiólogo motor. No obstante se prevendrían complicaciones posteriores tales como UPP, cambios de conducta, entre ellas la depresión. Teniendo en cuenta los factores internos y externos.

Con la presente investigación se busca obtener elementos medibles que permitan a posterior un plan de concientización para el profesional. Por su parte tener profesionales capacitados es primordial ya que el más beneficiado sería el paciente con su pronta recuperación y/o rehabilitación, el ahorro de recursos del nosocomio entre otras y así también la responsabilidad del familiar a cargo del paciente con esta deficiencia motriz. Sin olvidar de transmitir los nuevos conocimientos y herramientas a los nuevos profesionales, como así también la modificación de los mismos ante las nuevas teorías o maneras de trabajo.

# ***MARCO TEORICO***

## **Apartado I:**

### **Definición de deficiencia motriz**

Es importante que entiendas la función del sistema nervioso, porque en la discapacidad motriz intervienen las funciones cerebrales que envían información al cuerpo a través de los nervios.

El Cerebro cumple con tres funciones principales: (1)

a) **Sensitiva.** El cerebro es capaz de sentir determinados cambios o estímulos del medio interno, el medio externo.

b) **Integradora.** La información sensitiva se analiza, se almacenan algunos aspectos y se toman decisiones de la conducta a seguir.

c) **Motora.** Es la respuesta que el cerebro organiza a partir de los estímulos; por ejemplo, contracciones musculares.

**El sistema nervioso está compuesto por:**

a) **Neuronas.** Células que forman el sistema nervioso central. Se encuentran en el cerebro y en la médula espinal. Su principal tarea es recibir y enviar información, decirnos y hablarnos sobre nuestro cuerpo y ambiente, y cómo producir y dirigir nuestras acciones y pensamientos.

b) **Médula espinal.** Además de neuronas, contiene terminaciones nerviosas que llevan la información de los sentidos al cerebro; otras llevan de regreso la información motora a músculos y órganos. Controla la postura, el movimiento y las funciones de los órganos.

c) **Tallo cerebral.** Aquí llegan todas las terminaciones nerviosas de la médula espinal. Interpreta las sensaciones de todas las funciones que no se controlan de forma consciente y voluntaria. También organiza y relaciona las actividades de cada uno de los lados del cerebro para funcionar armónicamente.

d) **Cerebelo.** Procesa todo tipo de sensaciones, pero en especial organiza las de gravedad, movimiento, sistema muscular y articulaciones, para que el cuerpo se mueva suavemente y con precisión.

e) **Hemisferios cerebrales.** Procesan la información sensorial, incluyendo su significado. También planean y desarrollan la respuesta que dará el cuerpo. Dentro de los hemisferios cerebrales se encuentra el sistema límbico, responsable de regular el crecimiento y la respuesta emocional.

f) **Corteza cerebral.** Existen áreas para la interpretación de los sonidos, de las imágenes y para el control voluntario del cuerpo. Significa que una parte específica del cerebro mueve cada parte del cuerpo.

1. [https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion\\_educativa/Motriz/2discapacidad\\_motriz.pdf](https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion_educativa/Motriz/2discapacidad_motriz.pdf) pag.15-20

Para mover las manos y la boca se establecen movimientos dirigidos, precisos y complejos.

La deficiencia motriz es una disminución de la movilidad total o parcial de uno o más miembros del cuerpo, la cual dificulta la realización de actividades motoras convencionales, provoca en el individuo que la padece alguna disfunción en el aparato locomotor. Como consecuencia se pueden producir posturales, de desplazamiento o de coordinación del movimiento del cuerpo.

Los principales problemas que puede generar la discapacidad motriz son varios, entre ellos podemos mencionar: movimientos incontrolados, dificultades de coordinación, alcance limitado, fuerza reducida, habla no inteligible, dificultad con la motricidad fina y gruesa, mala accesibilidad al medio físico.

La deficiencia motriz es aquella alteración en huesos, articulaciones, músculos e incluso una afectación en el área motriz del cerebro, la cual impide la capacidad de movimiento y afecta en distintos niveles funcionales como la manipulación, equilibrio, desplazamiento, habla o respiración.

Entre los factores que producen la discapacidad motriz, pueden mencionarse los infecciosos (poliomelitis), los virales (Síndrome de Guillain Barré), los reumáticos (Accidente Cerebro Vasculares y artiritisreumatoidea), los neurológicos (malformación arteriovenosa en médula o cerebro, parálisis cerebral, esclerosis múltiple, mielomeningocele, traumatismo cráneo encefálico y espina bífida), los musculares (distrofias) y los que guardan relación con los traumatismos (amputaciones, lesiones medulares y traumatismo cráneo encefálico).

La mayor dificultad que se le presenta a una persona con esta discapacidad para lograr su independencia son las barreras arquitectónicas, las cuales impiden o complican su desplazamiento (cordones de vereda, escalones, puertas angostas, rampas mal diseñadas, veredas rotas, alfombras, baños no adaptados, transporte público sin rampa, entre otras). Si dichos obstáculos son superados, quienes forman parte de dicho colectivo social podrían desarrollarse con mayor facilidad en todos los ámbitos sociales, culturales y educativos de los que participan.

- **Déficit de movimiento:**
  - Paresias: Disminución de la fuerza muscular.
  - Plejías: pérdida total del movimiento. (2)
- **Cantidad de miembros afectados:** Afectación en extremidades, articulaciones huesos y músculos:

2. <http://www.freimo.com/patologias/Patologias-de-Sistema-Nervioso>

– **Monoplejía:** es la parálisis de un miembro individual, músculo o grupo muscular (un brazo o una pierna).

La monoplejía consiste en la debilidad motora que afecta a una extremidad. Si el déficit no es completo se habla de monoparesia. La monoplejía puede ser completa o parcial del miembro según afecte ciertos grupos musculares.

-**Hemiplejía:** La hemiplejía es una de las consecuencias de una lesión o daño cerebral, provocado por accidente cerebrovascular (ACV), traumatismo craneoencefálico (TCE) o tumor cerebral.

El grado de la hemiplejía y de la parálisis, varía de acuerdo a la intensidad de la lesión cerebral y del hemisferio afectado, la persona puede tener trastornos en la marcha, la sensibilidad, el equilibrio, podría estar presente trastornos de la comunicación, en la deglución.

## CAUSA

Hemorragia cerebral: Aparece súbitamente con un gran síndrome apoplético; afecta por lo general a individuos en la edad media de la vida con antecedentes o no de hipertensión arterial, con mayor frecuencia en sexo masculino que femenino.

-Trombosis arterial: Con antecedentes de arteriosclerosis cerebral y en personas que ya han superado los cincuenta años.

Embolismo arterial; Esta etiología se suele dar en enfermos con antecedentes cardíacos tipo endocarditis o estenosis mitral.

Traumatismo: Puede existir fractura de huesos del cráneo o no.

Tumores cerebrales: Suelen ser hemiplejías de comienzo muy lento.

Infecciones: Secundaria a la infección.

**MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON HEMIPLEJÍA Fundamental:** el cariño, el apoyo emocional y los cuidados por parte de sus familiares.  
**EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD** En la hemiplejía hay tres fases que caracterizan su evolución:

- Fase Inicial o de coma (de ictus)
- Fase de estabilización: el enfermo ha salido de la fase de inicial presenta confusión mental, desorientación en el tiempo y espacio y en ocasiones algún tipo de afasia sobre todo si la lesión se ha producido en el lado izquierdo del hemisferio cerebral (en las personas diestras).

Las dos fases anteriores duran entre siete y quince días por término general.

- Fase de recuperación en la que el paciente va progresando hacia una relativa mejoría en su proceso.

– **Diaplejía:** Parálisis que afecta a partes simétricas del cuerpo, llamada también parálisis bilateral (p. ej., de extremidades inferiores). Puede ser flácida o espástica, según si la lesión radica en la neurona central o en la del asta anterior de la médula.

– **Paraplejía:** Es la parálisis bilateral de los miembros inferiores, por lesión medular grave (sección medular o compresión de la medula espinal (zona lumbar )

-**Cuadriplejía:** Pérdida de fuerza muscular en las cuatro extremidades. **cuadriplejía**

**Trastornos neurológicos:** Daño que se origina en el cerebro (corteza motora cerebral) que se encarga de procesar y enviar la información de movimiento al resto del cuerpo, por lo tanto origina dificultades en el movimiento, sensaciones y control de ciertas partes del cuerpo.

El apoyo es un recurso y estrategia organizado para influir en el desarrollo, la educación y bienestar personal, que mejoran el funcionamiento de cada persona en los contextos familiar, educativo y social. El concepto de apoyo se relaciona con la capacidad de la persona para resolver problemas de manera individual o si requiere alguna ayuda para lograrlos. Existen dos fuentes principales de apoyo:

- **Apoyos naturales:** Recursos y estrategias realizados por individuos dentro de su propio ambiente que posibilitan los resultados deseados a dicha problemática.
- **Apoyos de servicio:** Estos son proporcionados por instituciones, trabajadores, instituciones de salud, educativas, de desarrollo social o de rehabilitación de la sociedad civil.

La inclusión es un conjunto de procesos y de acciones orientados a eliminar o minimizar las barreras que dificultan el aprendizaje y la participación. (3)

3. [https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion\\_educativa/Motriz/2discapacidad\\_motriz.pdf](https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion_educativa/Motriz/2discapacidad_motriz.pdf)

Los amigos, los compañeros de la escuela, los prestadores de servicio social, los voluntarios y los familiares también constituyen apoyos naturales que predominan en las comunidades rurales Discapacidad motriz. Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica

Los apoyos basados en servicios de clínicas de salud, hospitales, escuelas y centros deportivos representan una gran ayuda para la comunidad, aunque no todas cuentan con servicios, en especial de salud; por tanto, es necesario establecer vínculos con organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil, que favorezcan la obtención de satisfactores adecuados, para dar respuesta a las necesidades educativas especiales de la población con discapacidad

**Apartado II:**  
**Sedestación y Bipedestación**

La higiene postural tiene importantes repercusiones sobre la predisposición, desencadenamiento y agudización de alteraciones y lesiones en el organismo como es el caso de las algias vertebrales. Muchas de estas molestias de espalda que con frecuencia refieren los pacientes cursan sin imagen radiográfica representativa, y únicamente son objetivables hábitos posturales inadecuados o alteraciones en las curvaturas raquídeas fisiológicas como consecuencia de insuficiencias o desequilibrios de los músculos y ligamentos responsables de la armonía mecánico-funcional de los distintos segmentos vertebrales. (4)

La adopción de determinadas posturas durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo, durante la jornada laboral, debe someterse a estudio ergonómicos cuidadosos, con el fin de lograr una mejor adaptación del sujeto a sus tareas, y prevenir disfunciones.

Los aspectos emocionales tiene igualmente amplias repercusiones como responsables del mantenimiento de posturas crispadas y de contracturas musculares localizadas sobre todo a nivel cervical.

La POSTURA correcta desde el punto de vista fisiológico es aquella que no es fatigante, no es dolorosa, no altera el equilibrio, el ritmo, ni la movilidad humana.

Anatómicamente distinguimos 3 posturas:

Bipedestación.

Sedestación: anterior, intermedia y posterior.

Decúbito: supino, prono y lateral.

#### 1. BIDESTACIÓN:

La bipedestación mantenida produce una serie de inconvenientes:

Sobrecarga estática de MMII y de la musculatura de la espalda el mantenimiento de esta postura trae el inconveniente del estancamiento circulatorio de MMII hay una tensión constante de los músculos del equilibrio, los músculos erectores del tronco, sobre todo si la postura de pie conlleva la inclinación del tronco hay una disminución de la habilidad en los trabajos de precisión, que es más conveniente hacerlos sentados.

4. <http://recursos.cnice.mec.es/edfisica/publico/articulos/articulo2/articulo2.php>

Para evitar lesiones o alteraciones a nivel de la columna vertebral debemos seguir una serie de normas posturales:

La cabeza debe mantenerse en el plano horizontal o flexionarse ligeramente la columna cervical. Deben evitarse los giros excesivos del tronco, aceleran que aparezca la fatiga. Si hay que realizar giros o torsiones se llevarán a cabo con movimientos de caderas y rodillas en vez de con la columna lumbar. La carga del peso corporal debe ser equilibrada entre los dos MMII para evitar sobrecargas. Debemos mantener los pies ligeramente separados aumentando así la base de sustentación del cuerpo, y evitaremos el uso de zapatos de tacón. Evitar la ante-pulsión de hombros porque favorece la cifosis dorsal. Debemos tener una buena tonificación de la musculatura abdominal y paravertebral para el equilibrio vertebral antero-posterior. Mantener un pie en alto y alternarlo sucesivamente con el otro. Evitar permanecer de pie en la misma postura durante mucho tiempo, de vez en cuando debemos dar algunos pasos o apoyarnos en la pared.

## **ACCIONES MUSCULARES** <sup>(5)</sup>

**Antepulsión:** movimiento por el cual los brazos van desde atrás, hacia abajo y hacia arriba, como una flexión de hombro.

**Retropulsión:** movimiento por el cual los brazos van desde arriba, hacia abajo y hacia atrás, como una extensión de hombros.

**Repulsión:** “responsable de la extensión del antebrazo sobre el brazo”

**Impulsión de brazos:** Es la elevación de los hombros con los brazos extendidos por encima de la cabeza. Esta acción produce un efecto estético ‘de crecer’ pero también mecánico, puesto que facilita la repulsión de hombros en muchos elementos con fase de vuelo como las palomas y las rondadas entre otros.

**Impulsión de piernas:** consiste en una flexo-extensión rápida de los miembros inferiores. Puede ser de forma simultánea (ambas piernas impulsan a la vez y juntas) o alternativa (primero impulsa una pierna y después la otra, separadas).

5. <http://perso.wanadoo.es/saltodemanos/accionesmusculares.htm>

**Plieque:** se trata de una flexión a nivel de la cadera con el consecuente cierre del ángulo tronco piernas, aproximando el tronco a las piernas, las piernas al tronco o ambos a la vez.

**Desplieque:** es el movimiento por el cual las piernas se separan del tronco mediante una extensión de cadera, separando el tronco de las piernas, las piernas del tronco o ambos a la vez.

**Gainage o bloqueo del cuerpo:** los autores lo definen como cadera en retroversión, ligera cifosis dorsal (pecho hundido, espalda redondeada) y abdominales y glúteos contraídos. Se trata de conseguir estabilizar el tronco y la cadera fundamentalmente permaneciendo los segmentos alineados, o sea control postural. Mediante el Gainage el cuerpo dispondrá de la tonicidad indispensable para realizar los diferentes gestos técnicos.

**Colocación de la espalda:** “Esta acción consiste en llevar el tronco en prolongación de los brazos en vertical (pino o equilibrio invertido) para facilitar el ascenso de las piernas”.

## 2. SEDESTACIÓN:

En esta posición el gasto energético, la demanda circulatoria y el trabajo muscular Estático va a ser menor que en bipedestación. En esta postura el peso del tronco se traslada a la tuberosidad isquiática y por medio de ésta a los pies. Hay tres variantes: Sedestación intermedia: el centro de gravedad se encuentra por encima de las tuberosidades isquiáticas y se transmite a los pies un 25% del peso corporal. Sedestación anterior: el centro de gravedad se sitúa por delante de las tuberosidades isquiáticas mediante la cifosis de la columna vertebral y la ante versión de la pelvis. Se transmite a los pies más del 25% del peso corporal. Es la postura que se adopta al trabajar.

Sedestación posterior: el centro de gravedad se sitúa detrás de las tuberosidades isquiáticas. La transmisión del peso corporal a los pies es inferior al 25%. Hay un aumento de la lordosis lumbar o retroversión de la pelvis. Es la postura que se adopta cuando se descansa.

La Sedestación es la posición sentada o de mantenerse sentado de forma autónoma. Es una de las posiciones anatómicas básicas. Sus beneficios de una correcta Sedestación serían:

· Proporcionar el máximo confort y seguridad.

· Prevenir las úlceras por presión. · Promover posturas simétricas, para prevenir alteraciones y deformidades musculoesqueléticas. · Normalizar el tono muscular.

Disminuir las algias. · Mejorar las funciones de deglución y respiración. · Mejorar el campo visual y las capacidades perceptivas. · Conseguir la máxima autonomía y capacidad funcional con el mínimo coste energético. · Proyectar una buena imagen corporal, saludable y atractiva. · Mejorar el desarrollo motor y las relaciones sociales. (6)

El control postural es una parte integral del control motor, ofreciendo estabilidad y un substrato para el movimiento. La postura se define como el alineamiento de los segmentos entre sí y su posición en el espacio.

El control postural es la habilidad para obtener y mantener posturas durante actividades casi-estáticas y dinámicas. Incluye la habilidad para enderezar la cabeza, el tronco y las extremidades y para mantener y recobrar el equilibrio. El control de la postura, no podemos abordarlo desde un único punto de vista, un buen control es fundamental para todos y cada uno de los momentos, actividades y tareas del día.

Desde las actividades de higiene personal, el vestido, la alimentación, el transporte, la sedestación, necesitarán en alguna medida de valoración postural, para que las tareas sean lo más funcionales y gratificantes posible. La sedestación, el estar sentado, es sin duda la postura más utilizada y a la que tenemos que prestar una mayor atención en la escuela.

Partiendo de la base de que las sillas de ruedas son ayudas técnicas, consideradas en nuestro caso ayudas técnicas para el transporte, el trasvase a otro asiento es prioritario, por lo que una buena sedestación, un mobiliario escolar adaptado, ayudas para el posicionamiento y otros materiales adecuados, le facilitarán a los niños y niñas un mejor control postural, así como una mejor interacción de éste con su entorno, en el medio escolar.

Sin embargo, cada vez son más las sillas de ruedas que con distintos sistemas de posicionamiento, aseguran un buen control postural general, por lo que en muchos de estos casos se omitirán otros asientos, aunque si se mantendrán otros cambios posturales en bipedestación o decúbito.

6. <http://www.wikideporte.com/wiki/Sedestaci%C3%B3n>

Se consideran metas u objetivos en posición sentada (sedestación):

- Potenciar la capacidad funcional.
- Normalizar el tono muscular/disminuir los movimientos reflejos anormales.
- Prevenir el desarrollo de deformidades esqueléticas y musculares.
- Promover una estabilidad proximal.
- Potenciar las capacidades visuales/perceptivas.
- Mejora las funciones de deglución y digestivas.
- Aumentar la higiene pulmonar.
- Aumentar la autoestima.
- Consecución del máximo confort y seguridad

Para la sedestación en general hay que considerar el darle soporte a la pelvis, sin que exista oblicuidad; a las extremidades inferiores darles apoyo y estabilidad; restaurar las curvas fisiológicas y la orientación escapulo-torácica en el tronco y las extremidades superiores; y por último, alineación de la cabeza y el cuello.

Para atender a las necesidades de los usuarios en silla de ruedas en lo que se refiere a la sedestación, debemos proporcionar un nivel de equilibrio en el asiento para ayudar a prevenir la oblicuidad pélvica, disminuir el riesgo de presión y fricción colocando las caderas en el fondo del asiento, proporcionando una base de soporte funcional, manteniendo una adecuada alineación de las extremidades inferiores. Mantener las rodillas lo más cerca posible a los 90°, respetando las limitaciones de movimiento de rodilla, debemos también estabilizar la pelvis en una óptima posición, proporcionar un soporte en la parte baja dorsal para corregir o acomodar la cifosis.

Se debe colocar la columna alineada para obtener un adecuado alineamiento de la cabeza y el cuello, soportes laterales y cabecero si fuera necesario, asientos basculantes con bandejas y cinchas en el tronco.

Por todo ello se llega a la conclusión de que las ayudas, modificaciones y adaptaciones en el mobiliario son personales, ya que pretenden responder a las necesidades individuales. Las adaptaciones del mobiliario tienden a ser lo más sencilla posibles y que resulten estéticas.

Es importante como norma general mantener la misma altura de trabajo que el resto de su grupo. Y es preciso facilitar adaptaciones de mobiliario suficientes para las estancias del centro en las que el alumno desarrolle sus actividades. El mobiliario adaptado, debe someterse a revisiones posteriores para una mejor adecuación, resultando fundamental la intervención del equipo docente en este caso, que detecte posibles carencias o necesidades de modificación. Son los docentes, los que estando junto a los niños en todas las situaciones podrán

valorar mejor las necesidades de adaptación del mobiliario. En definitiva, aportar comodidad, facilitar el equilibrio, estabilizar el tronco, los brazos y los miembros inferiores, evitar posturas incorrectas, aportar seguridad al alumno, favorecer el control y el alcance de los materiales escolares, y por ende mejorar la autoestima del alumnado, son los objetivos principales de las adaptaciones al mobiliario escolar. Para la adaptación de las sillas escolares, debemos considerar varios puntos antes de ponernos manos a la obra:

- De qué nivel de control postural partimos.
- Qué nos aporta la silla de ruedas del alumno y qué podemos mejorar
- Uso de algún tipo de ortesis para tronco, o para miembros inferiores
- Qué opinan el médico rehabilitador o el fisioterapeuta que tratan al niño, qué opina el profesorado y el educador, y también que sugieren y que expectativas tienen la familia y el propio chaval.

Por todo esto y como criterios generales, lo que se pretende con las adaptaciones del mobiliario es:

- Una postura cómoda.
- Aportar seguridad.
- Facilitar el equilibrio.
- Evitar posturas incorrectas.
- Garantizar el apoyo de los pies.
- Un mejor control de los materiales escolares.
- Poder usar materiales imantados.

Las bases de una postura correcta serían:

- Simetría.
- Apoyo por igual en ambos hemicuerpos.
- Cabeza en la línea media.
- Basculación de la pelvis hasta conseguir el equilibrio.
- Apoyo correcto de los pies.

El principio básico de una postura correcta en sedestación en silla de ruedas, es el mismo que se persigue con el mobiliario escolar. La elección y adecuación de una silla de ruedas va a ser fundamental para el desarrollo de todas las actividades del entorno escolar.

**Apartado III:**  
**Inmovilización en Adultos Mayores**

La inmovilidad es un síndrome que deteriora de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores. Obedece a diversas causas, que deben ser siempre estudiadas a fin de hallar factores corregibles, y asimismo debe ser tratada como un problema médico relevante en la atención del paciente mayor. (7)

Las formas de presentación de este síndrome son variadas según la causa subyacente. Existen pacientes que estando en condiciones de movilidad total caen abruptamente en inmovilidad, como es el caso de aquellos que sufren accidentes vasculares encefálicos o traumatismos incapacitantes. Otros muestran un deterioro progresivo, ya sea desde una situación de movilidad total o parcial por alguna enfermedad crónica, como es el caso de la osteoartritis, las enfermedades neoplásicas, la insuficiencia cardíaca y respiratoria o la enfermedad de Parkinson. Algunos cursan con fenómenos episódicos que ceden totalmente, como en las enfermedades autoinmunes o neuropatías de origen hidroelectrolítico, o episodios que van disminuyendo progresivamente la capacidad motriz, como las caídas a repetición o las hospitalizaciones frecuentes sin apoyo kinésico especializado.

Las estadísticas muestran que hasta un 20% de los adultos mayores de países en vías de desarrollo tienen importantes dificultades en su desplazamiento y la mitad de ellos se encuentran en estado de postración. En Chile cerca de un 7% de los ancianos se encuentran postrados.

### Etiología

La debilidad puede deberse a desuso de la musculatura, malnutrición, alteraciones de electrolitos, anemia, desórdenes neurológicos o miopatías. La causa más común de rigidez es la osteoartritis, pero el parkinsonismo, la artritis reumatoide, la gota y pseudogota también ocurren en este grupo etáreo.

La alteración del equilibrio y el temor a las caídas son causas de inmovilidad muy frecuentes. El desequilibrio puede ser el resultado de debilidad general, causas neurológicas, ansiedad, hipotensión ortostática o hipotensión postprandial, así como drogas, y puede ocurrir después de un prolongado reposo en cama.

7. <https://medicina.uc.cl/publicacion/inmovilidad-adulto-mayor>

## Muchas enfermedades son causa de inmovilidad (8)

### Enfermedades reumatológicas

Artrosis /artritis

Osteoporosis /fractura

Polimialgia reumática.

Patología podálica

### Enfermedades respiratorias

Cardiopatía isquémica

Insuficiencia cardíaca

Arteriopatía periférica

Hipotensión ortostática.

### Psicológicas y sociales

Depresión

Soledad y abandono familiar

Miedo a caer

### Enfermedades neurológicas

Accidente cerebro vascular.

Enfermedad de Parkinson.

Hidrocefalia normotensiva.

Neuropatías periféricas.

### Enfermedades cardiovasculares

E.P.O.C.

Insuf. Respiratoria Restrictiva

### Otras

Neoplasias en fase terminal

Anemia

Ingestión de fármacos

Las enfermedades reumatológicas conllevan inmovilidad por dolor y deformidad articular. En el anciano es preciso destacar, aunque no sea tan frecuente, la polimialgia reumática como causa aguda ó subaguda de incapacidad física severa de un sujeto que hasta entonces podía realizar una vida normal.

Patologías neurológicas incapacitantes como la enfermedad cerebro vascular, la enfermedad de Parkinson e incluso las demencias en fases avanzadas conllevan ya de entrada una alteración del tono postural con contracturas en flexión de los miembros y disminución de la fuerza muscular.

8. <https://medicina.uc.cl/publicacion/inmovilidad-adulto-mayor>

Si se añade un cuadro confusional agudo con agitación, se imponen con frecuencia restricciones mecánicas que inmovilizan al paciente.

Las cardiopatías y las enfermedades respiratorias actúan limitando progresivamente la tolerancia al ejercicio aunque está conservada potencialmente la movilidad.

A veces tras un período de hospitalización prolongado se hace imposible la vuelta al domicilio a pesar del éxito terapéutico sobre el proceso responsable del ingreso, debido a la deshabitación funcional del paciente, que ha olvidado cómo debe moverse.

En el grado de inmovilidad influyen muchos otros factores, el sobrepeso, la falta de motivación ó estados depresivos, un apoyo social insuficiente y una adecuada información sobre cómo debe reiniciarse la movilización y qué ayudas técnicas son necesarias.

El anciano utiliza fármacos que pueden acelerar la inmovilidad por efectos secundarios como hipotensión ortostática, deterioro del nivel de conciencia ó efectos extrapiramidales. Hay que destacar la falta de atención al cuidado de los pies.

Condiciones psicológicas, como ansiedad severa, depresión o catatonia pueden producir o contribuir a la inmovilización. También es destacable que la condición de postración puede tener algunos aspectos gananciales para ciertos pacientes, como es el hecho de ser más atendidos y contar con apoyos económicos extras.

Tratamiento:

Manejo de la inmovilidad

Además del tratamiento de todos los factores identificados como contribuyentes a la inmovilidad, la consulta a un kinesiólogo debería siempre ser considerada, pues él se encargará tanto del entrenamiento y rehabilitación física del paciente, como de ayudar a solucionar los problemas ambientales.

El peligro del reposo prolongado en cama debe ser reconocido y evitado, por lo que en los pacientes hospitalizados se debe propiciar el manejo kinésico continuo, evitar el uso excesivo de drogas como neurolépticos y benzodiazepinas y la adecuada habilitación de infraestructura pensada en el adulto mayor.

### Complicaciones:

- ✓ **Úlceras.** Son una grave complicación de la inmovilidad y están frecuentemente asociadas a hospitalizaciones prolongadas y costosas, con alto grado mortalidad. La presión mecánica, maceración y fricción predisponen a su desarrollo. También se han identificado otros factores que contribuyen a la génesis de las úlceras, como la alteración cognitiva, la incontinencia fecal o urinaria y el estado general del paciente, en cuanto a nutrición y gravedad de sus enfermedades de base.
- ✓ **Presión:** la presión constante en una zona determinada es el principal factor productor de úlceras por presión. Si la piel se encuentra sometida a una compresión externa, disminuyen la irrigación sanguínea y el drenaje linfático de la región afectada, produciendo isquemia e hiperemia reactiva.
- ✓ **Fricción:** debido al roce de la piel contra otra superficie se fomenta una pérdida del estrato córneo de la piel, causando ampollas intraepidérmicas y erosiones superficiales.
- ✓ **Fuerzas de cizallamiento:** son fuerzas paralelas a un plano perpendicular a las prominencias óseas como la tuberosidad isquiática, ocurren cuando dos capas de la piel resbalan entre sí, moviéndose en direcciones contrarias y lesionando los tejidos.
- ✓ **Humeda:** la humedad, que puede verse en pacientes que sudan mucho o que presentan incontinencia urinaria o fecal, produce reblandecimiento y reducción de la resistencia de la piel.

El manejo del dolor producido por las úlceras es muy importante, ya que contribuye a una mejoría más rápida y cooperación más activa del paciente. La adecuada terapia nutricional, con una ingesta calórico- proteica óptima y un balance nitrogenado positivo son fundamentales para la recuperación del paciente. Si bien no ha demostrado que mejore significativamente la curación de estas úlceras, el aporte de otros nutrientes, como vitamina C y zinc generalmente se recomienda por ser inocuos en dosis habituales.

Se clasifican en 4 estadios: (9)

-Estadio I. Eritema de la piel que no blanquea con la presión, puede haber induración de la zona afectada, el eritema anuncia la ulceración de la piel. Es reversible.

9. <http://vitalia.es/b12m82/ulceras-por-presion-claificacion>

-Estadio II. Hay rotura de la epidermis y la dermis, observándose una úlcera cutánea superficial. Este estadio es reversible.

-Estadio III. Pérdida de la piel en todo su espesor, afectando también el tejido celular subcutáneo, puede extenderse hasta la fascia pero no atravesarla. Clínicamente se presenta como un cráter profundo, los bordes de la lesión están enrollados, pigmentados y la delimitan perfectamente, a veces se observa la base necrótica, puede haber drenaje de secreciones tanto serosas como purulentas.

-Estadio IV. Pérdida de la piel en todo su espesor con destrucción extensa, necrosis tisular que puede alcanzar la fascia, músculos y huesos o estructuras de soporte. Las secreciones pueden ser serosas o purulentas, en ocasiones con trayectos fistulosos.

#### **Plan de medidas preventivas (10)**

- hidratación adecuada.
  - Dieta rica en calorías y aminoácidos con suplemento vitamínico.
  - Corrección de todos los factores de riesgo.
  - Medidas para disminuir la presión.
1. Cambios posturales. En el paciente encamado debemos se cambiar al paciente cada 2 horas de posición para minimizar los efectos de la presión continuada sobre las prominencias óseas.
  2. Limitar el tiempo de permanencia del paciente sentado en una silla a no más de 1.5 – 2 horas.
  3. Uso de colchones anti-escara.
  4. Evaluar y tratar las alteraciones de la continencia urinaria y fecal.
  5. Mantener la piel limpia y seca. Lavar la zona con agua sola o con mínima cantidad de jabón.

10. <http://www.veteranshealthlibrary.org/spanish/livingwith/spinailcordinjury/coping/142,41154VA>

## Tratamiento (11)

Curas oclusivas con apósitos semipermeables: cuyas propiedades son permitir el paso de gases solamente, siendo impermeable a los líquidos y bacterias, lo que permite el ingreso de oxígeno a la úlcera, aislándola del medio ambiente. Es el tratamiento de elección para las úlceras en estadio II.

Los apósitos húmedos se utilizan cuando la herida está limpia, después de la debridación enzimática o quirúrgica y cuando sólo se visualice el tejido de granulación sano y rosado de la herida.

Debridamiento: si existe material necrótico está indicado el debridamiento, respetando el tejido de cicatrización. Existen varios tipos de debridamiento:

- quirúrgico: se utiliza en los estadios III y IV. Se retira el material necrótico hasta llegar al tejido con buena vascularización. Debe indicarse antibióticoterapia profiláctica debido a la bacteriemia que se origina, dolor y hemorragia también pueden producirse.
- químico: antes de iniciarlo resulta necesario eliminar todo el tejido necrótico. Se aplican diversas sustancias, por ejemplo, fibrinolisisina, dextrano de alto peso molecular, estreptoquinasa – estreptodornasa; entre otras que pueden ayudar a concretar este fin.

Láser: se dispone de esta alternativa para facilitar el proceso de cicatrización y aumentar la síntesis y proliferación de fibras colágenas.

Cirugía: es el tratamiento de elección de las úlceras en estadio III y IV.

Antibióticoterapia: indicada en presencia de celulitis, osteomielitis, sepsis o sospecha de endocarditis bacteriana. Debe hacerse previamente cultivo de secreciones de la lesión y hemocultivo.

### ✓ Sistema musculo-esquelético:

La inactividad física conduce a la atrofia muscular y de ligamentos con fibrosis capsular y deformidad de las articulaciones. Se pierde la amplitud normal del movimiento articular, apareciendo contracturas dolorosas.

11. <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras-por-presion-prevencion-tratamiento-13059416>

El paciente inmovilizado es más susceptible a la presentación de artritis, miofascitis y tenosinovitis, que también ocasionan impotencia funcional e inmovilidad por dolor. A su vez se agravan artropatías preexistentes, llegando a la anquilosis articular, adoptándose posturas fijas, generalmente en flexión (postura fetal). La inactividad acelera la Osteoporosis secundaria al envejecimiento, reflejada en un aumento de la calciuria. Los ejercicios graduados y deambulación temprana son efectivos aun en los pacientes con más años y más frágiles.

**Acortamientos y retracciones musculares.** Estas pueden ser evitadas por la temprana instalación de ejercicios para mantener o mejorar rangos de movilidad articular.

Cambiar al paciente inmóvil desde su cama a una silla no es suficiente, es necesario agregar ejercicios de extremidades inferiores y ejercicios generales en cama en forma progresiva.

✓ **Sistema nervioso central:**

La inactividad física acentúa el enlentecimiento psicomotor y los trastornos del equilibrio relacionados con el envejecimiento. Se pierde el automatismo y los reflejos posturales. El deterioro cognitivo puede ser marcado, por privación neuro-sensorial. Tras un mes de encamamiento aparecen invariablemente estas alteraciones.

✓ **Sistema cardiovascular:**

Es frecuente que el paciente inmovilizado experimente hipotensión ortostática, con una reducción del volumen circulante. Al fallar la acción de bomba de la contractura muscular aparece insuficiencia venosa.

**Trombosis venosa.** La presencia de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar puede darse en pacientes por el solo hecho de estar inmóviles y en mucho mayor medida en aquellos que tienen factores congénitos

condicionantes para estas enfermedades. Las medidas para evitar estas complicaciones, junto al ejercicio físico, son la utilización de heparina profiláctica, ya sea no fraccionada o de bajo peso molecular o el vendaje intermitente de extremidades inferiores.

✓ **Sistema respiratorio:**

La posición de decúbito impide la función óptima de los músculos respiratorios favoreciendo la hipoventilación pulmonar. La expectoración es más difícil y se acumulan las secreciones bronquiales.

✓ **Aparato digestivo:**

El reposo afecta el sistema neurovegetativo y como resultado hay trastornos de la deglución y digestiones lentas. El estreñimiento, de por sí frecuente en el anciano, se acentúa, por la inactividad per se y por otros factores como deficiente ingesta de agua y fibra, pérdida del ritmo de defecación ó inhibición voluntaria del mismo.

✓ **Sistema genito-urinario-fecal:**

El encamamiento puede ser factor desencadenante de una retención urinaria, sobre todo en ancianos varones con obstrucción del tracto urinario. Las micciones más tardías por falta de acceso al baño e incompletas por la postura, facilitan la estasis urinaria, debilitando la musculatura pélvica y el músculo detrusor. El aumento del residuo vesical favorece el desarrollo de cálculos e infecciones urinarias recurrentes, incontinencia fecal secundaria a impacto fecal con pseudodiarrea. Por lo tanto, debe realizarse tacto rectal frente a la sospecha de este cuadro y manejarse una dieta rica en fibra, líquido abundante y uso de prokinéticos, para prevenir la aparición de constipación y sus consecuencias.

✓ **Alteraciones metabólicas y hormonales:**

La inactividad conduce a un catabolismo proteico, con un balance nitrogenado negativo: esto justifica paradójicamente una mayor demanda nutricional del paciente inmovilizado (110gramos más por día). Asimismo existe un balance mineral negativo, con pérdida de calcio, sulfuro, fósforo, magnesio, potasio y sodio. Incluso cortos períodos de inactividad física pueden reducir la sensibilidad a la insulina, lo que junto al sobrepeso conduce a la intolerancia hidrogenada. Se acompaña de hiperlipidemia y disminución del colesterol HDL. La inmovilidad puede impedir una actividad sexual satisfactoria, teóricamente puede mantenerse hasta edades avanzadas.

✓ **Alteraciones cutáneas:**

La atrofia de las glándulas sudoríparas y la reducción del tejido subcutáneo y del colágeno debidos al envejecimiento de la piel predisponen al desarrollo de úlceras por presión en ancianos inmovilizados.

Presiones mantenidas y superiores a 50-60 mm. HG en los puntos de apoyo originará en poco tiempo necrosis tisular. La afección en planos profundos es precoz y alcanza mayor extensión cutánea. En pocos días una supuesta úlcera superficial puede transformarse en una gran cavidad que abarca músculos y tendones. Otras alteraciones son la dermatitis del pañal, en relación con incontinencia de esfínteres edemas periféricos en las partes declives.

✓ **Alteraciones psicológicas:**

Un problema frecuente es la depresión. La pérdida progresiva de las relaciones sociales es un factor importante. Otras reacciones posibles son miedo, ansiedad y agitación, a veces desorientación ó paranoia. La aplicación de tratamientos sedantes ó neurolépticos limitarán aún más la movilidad.

# **CAPITULO II**

## **Diseño Metodológico**

## Método Científico:

**Tipo de estudio:** se trata de un estudio de tipo cuantitativo, transversal, con un alcance descriptivo, según Hernández Sampieri (2010), El **enfoque cuantitativo**, es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar o eludir” pasos, el orden es riguroso, aunque, desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea, que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica.

**Área de estudio:** el estudio se llevará a cabo del Hospital Dr. Luis Chrabalowski, ubicado Cerro Tupungato y Aconcagua Uspallata, Las Heras, el cual comienza su actividad el 7 de diciembre del 1987 como centro de referencia del corredor bioceánico, encargado de las urgencias, abre sus puertas, con su Director Dr. Félix Bordón, con guardia general, depósito de farmacia, ambulancia, en el año 1991 se abre el servicio de laboratorio, consultorios externos, rayos, en el año 1994 abre el servicio de farmacia como tal, e internación general, en 1995 llegan al Hospital servicio de pediatría y ginecología, y en el año 2015 se amplía el establecimiento agrandando la guardia, consultorios; es un hospital de baja complejidad ya que solo cuenta con internación simple, guardia general, consultorios pediátricos, adultos y ginecológicos, información recompilada del Auxiliar en Enfermería, el cual se encuentra trabajando en el nosocomio desde su apertura.

**Universo/población:** el estudio se desarrollará tomando como población el personal de enfermería que se encuentra en internación simple, en guardia y en los consultorios, conformado por auxiliares en enfermería, enfermeros profesionales, enfermeros universitarios, que desarrollan sus actividades en el hospital Dr. Luis Chrabalowski.

**Muestra:** se considera como muestra de la población a los enfermeros que cumplen función en servicio de internación y en guardia.

**Unidad/ Plan de análisis:** el análisis de los datos se desarrolló mediante la presentación de una tabla en la cual se exponen las variables a analizar y los respectivos resultados obtenidos mediante la encuesta. A continuación se exponen los resultados en un gráfico para su mejor interpretación acompañado por la conclusión obtenida.

**Técnica, instrumentos de recolección de datos:** para la recolección de datos el instrumento utilizado es una encuesta individual de carácter anónimo

conformada por un cuestionario con quince preguntas cerradas que contienen opciones de respuesta previamente delimitadas.

**Recolección, procesamiento y análisis de datos:** para la recolección de datos se elaboró un plan considerando como fuente el personal de enfermería actual del Hospital Dr. Luis Chrabalowski a través de una encuesta, el procesamiento se llevó a cabo mediante la elaboración de una tabla matriz donde se vuelcan los datos obtenidos mediante la encuesta y la observación de campo.

**Variabes:** una variable es una propiedad que puede variar, cuya variación es susceptible de medirse. La misma se aplica a un grupo de personas u objetos, los cuales pueden adquirir diversos valores; por ejemplo la antigüedad: no todas las personas poseen el mismo tiempo de antigüedad laboralmente.

Las variables que trataremos son: sexo, edad, título obtenido, antigüedad en el establecimiento, experiencia, pacientes con los que trabajo, si trabaja en otro nosocomio, criterios unificados, protocolos en el servicio, movilización de los pacientes con deficiencia motriz, el servicio de kinesiología, mejoría del paciente.

#### **Operacionalización de variables:**

**Mejoría del paciente:** se basó en variables fisiológicas con respecto a parámetros motrices en respuesta a ejercicios realizados periódicamente por el paciente en su habitación.

**Edad:** se basó en los grupos etarios de los enfermeros en actividad que ejercen dentro del nosocomio. Encontrándose una concentración de la población estudiada dentro del rango etario que comprende las edades entre 25 a 45 años.

**Sexo:** se observa concentración en el grupo compuesto por mujeres, lo cual podría en parte justificar la reticencia a realiza esfuerzos físicos.

**Experiencia previa:** se basó en la capacidad de los enfermeros de poder realizar esfuerzos físicos basados en la experiencia previa con pacientes con esta dificultad.

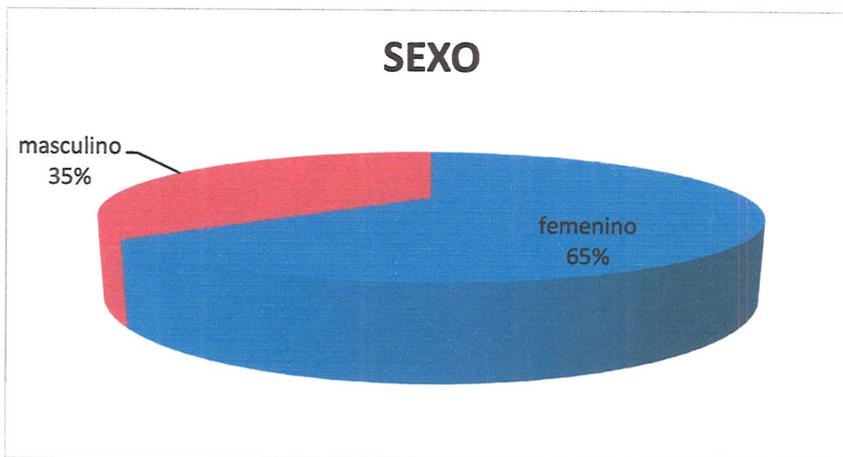
## TABLAS Y GRÁFICOS

### 1. Caracterización de la muestra según sexo (n:17)

Tabla 1. Caracterización de la muestra según sexo

SEXO	
FEMENINO	MASCULINO
11	6

Gráfico 1. Caracterización de la muestra según sexo



**Fuente:** La muestra se toma de las encuestas realizadas a los enfermeros del Hospital Dr. Luis Chrabalowski

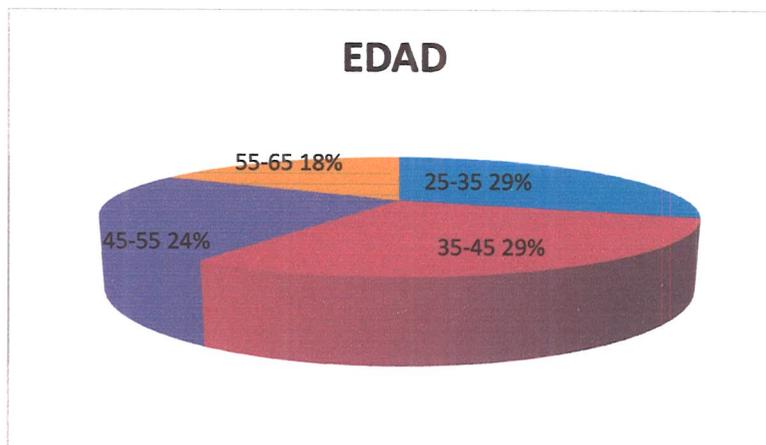
**Comentario:** se observó en la muestra un predominio femenino del 65 % sobre el masculino.

## 2. Caracterización de la muestra según edad (n: 17)

Tabla 2. Caracterización de la muestra según edad

EDAD			
25-35	35-45	45-55	55-65
5	5	4	3

Gráfico 2. Caracterización de la muestra según edad



**Fuente:** La muestra se toma de las encuestas realizadas a los enfermeros del Hospital Dr. Luis Chrabalowski

**Comentario:** se observó en la muestra un predominio del 29 % de 25 a 45 años.

### 3. Caracterización de la muestra según título alcanzado (n:17)

Tabla 3. Caracterización de la muestra según título alcanzado

Titulo			
auxiliar	profesional	universitario	licenciado
2	10	2	3

Gráfico 3. Caracterización de la muestra según título alcanzado



**Fuente:** La muestra se toma de las encuestas realizadas a los enfermeros del Hospital Dr. Luis Chrabalowski

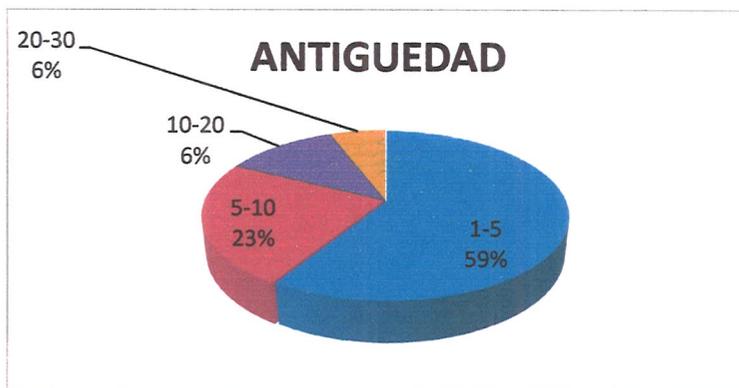
**Comentario:** se observó en la muestra un predominio del 59% de enfermeros profesionales.

#### 4. Caracterización de la muestra según antigüedad en el nosocomio (n: 17)

Tabla 4. Caracterización de la muestra según antigüedad en el nosocomio

Antigüedad			
1-5	5-10	10-20	20-30
10	4	2	1

Gráfico 4. Caracterización de la muestra según antigüedad en el nosocomio



**Fuente:** La muestra se toma de las encuestas realizadas a los enfermeros del Hospital Dr. Luis Chrabalowski

**Comentario:** se observó en la muestra un predominio del 59% de personal nuevo del nosocomio.

## 5. Caracterización de la muestra según experiencia previa (n: 17)

Tabla 5. Caracterización de la muestra según experiencia previa

EXPERIENCIA PREVIA	
SI	NO
13	4

Gráfico 5. Caracterización de la muestra según experiencia previa



**Fuente:** La muestra se toma de las encuestas realizadas a los enfermeros del Hospital Dr. Luis Chrabalowski

**Comentario:** se observó un predominio del 76% de personal con experiencia

**6. Caracterización de la muestra según pacientes con los que trabajó (n: 17)**

Tabla 6. Caracterización de la muestra según pacientes con los que trabajó

PACIENTES CON LOS QUE TRABAJO					
GERIATRICO	CLINICA	NEONATOLOGIA	PEDIATRICO	MATERNO	TODOS
1	10	1	3	1	2

Gráfico 6. Caracterización de la muestra según pacientes con los que trabajó



**Fuente:** La muestra se toma de las encuestas realizadas a los enfermeros del Hospital Dr. Luis Chrabalowski

**Comentario:** se observó en la muestra que hay un predominio del 56 % del personal que ha trabajado con pacientes en clínica médica.

## 7. Caracterización de la muestra según si trabaja en otro nosocomio (n: 17)

Tabla 7. Caracterización de la muestra según si trabaja en otro nosocomio

Trabaja en otro lugar	
SI	NO
4	13

Gráfico 7. Caracterización de la muestra según si trabaja en otro nosocomio



**Fuente:** La muestra se toma de las encuestas realizadas a los enfermeros del Hospital Dr. Luis Chrabalowski

**Comentario:** se observó en la muestra un predominio del 76% del personal que no trabaja en otro nosocomio.

**8. Caracterización de la muestra según los pacientes con los que trabaja en el otro nosocomio (n: 17)**

Tabla 8. Caracterización de la muestra según los pacientes con los que trabaja en el otro nosocomio.

PACIENTES CON LO QUE TRABAJA EN EL OTRO LUGAR					
geriátrico	clínica	neonatología	pediatría	materno	ninguno
0	3	1	1	0	13

Gráfico 8. Caracterización de la muestra según los pacientes con los que trabaja en el otro nosocomio.



**Fuente:** La muestra se toma de las encuestas realizadas a los enfermeros del Hospital Dr. Luis Chrabalowski

**Comentario:** se observó un predominio del 17 % en los profesionales que trabajan con pacientes en clínica médica.

**9. Caracterización de la muestra según existencia de protocolo (n: 17)**

Tabla 9. Caracterización de la muestra según existencia de protocolo

Existe protocolo	
SI	NO
8	9

Gráfico 9. Caracterización de la muestra según existencia de protocolo



**Fuente:** La muestra se toma de las encuestas realizadas a los enfermeros del Hospital Dr. Luis Chrabalowski

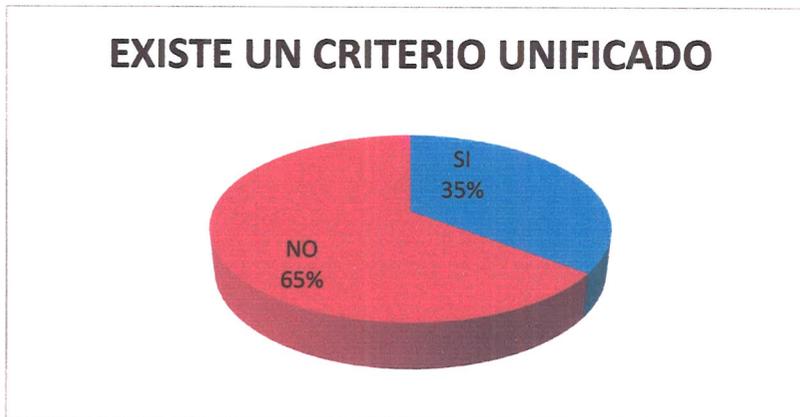
**Comentario:** se observó en la muestra que el 53 % del personal concuerda con la falta de protocolos en el nosocomio.

### 10. Caracterización de la muestra según existencia de criterios unificado en el nosocomio (n: 17)

Tabla 10. Caracterización de la muestra según existencia de criterios unificado en el nosocomio

Criterio unificado	
SI	NO
6	11

Gráfico 10. Caracterización de la muestra según existencia de criterios unificado en el nosocomio.



**Fuente:** La muestra se toma de las encuestas realizadas a los enfermeros del Hospital Dr. Luis Chrabalowski

**Comentario:** se observó en la muestra que el 65 % del personal está de acuerdo con que hay una falta de criterios unificados.

### 11. Caracterización de la muestra según afectación de la falta de criterio a los pacientes (n: 17)

Tabla 11. Caracterización de la muestra según afectación de la falta de criterio a los pacientes

Afecta la falta de criterio		
MUCHO	POCO	NADA
10	7	0

Gráfico 11. Caracterización de la muestra según afectación de la falta de criterio a los pacientes



**Fuente:** La muestra se toma de las encuestas realizadas a los enfermeros del Hospital Dr. Luis Chrabalowski

**Comentario:** se observó que el 59 % del personal concuerda con que afecta mucho la falta de criterios unificados.

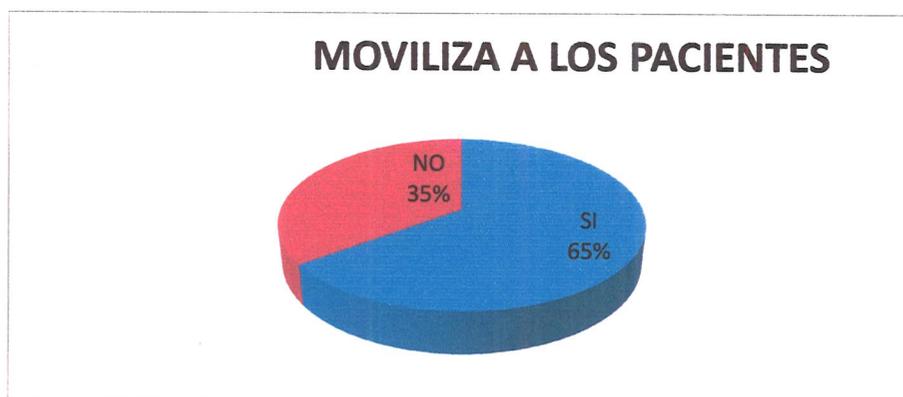
## 12. Caracterización de la muestra según movilización de los pacientes y causa de no movilizarlos (n: 17)

Tabla 12. Caracterización de la muestra según movilización de los pacientes y causa de no movilizarlos.

Moviliza a los ptes	
SI	NO
11	6

PORQUE			
NO SABE	SUFRE DOLOR DE ESPALDA	NO QUIERE	NECESITA AYUDA
0	4	0	3

Gráfico 12. Caracterización de la muestra según movilización de los pacientes y causa de no movilizarlos



**Fuente:** La muestra se toma de las encuestas realizadas a los enfermeros del Hospital Dr. Luis Chrabalowski

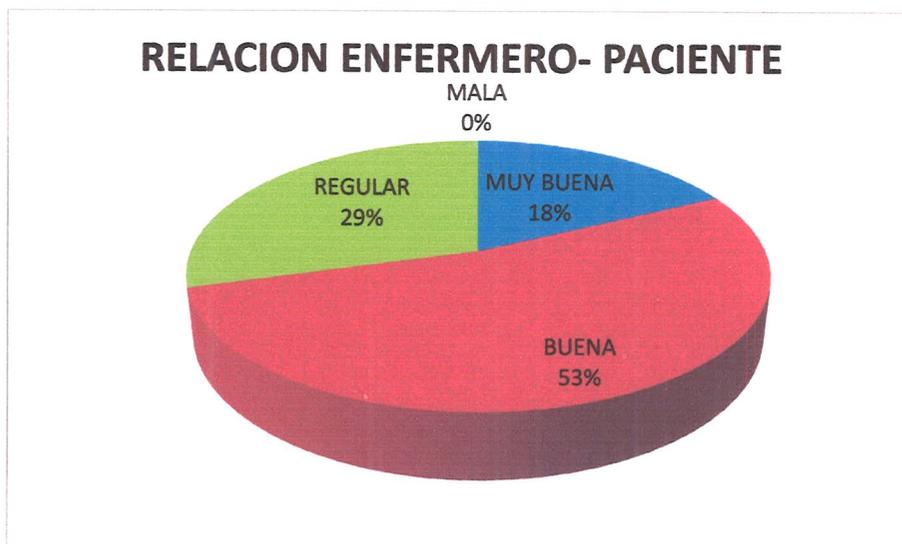
**Comentario:** se observó en la muestra que el 65% del personal moviliza a los pacientes y de los otros 35 % no los moviliza, el 57% de los que no los moviliza es por sufrir dolor de espalda.

### 13. Caracterización de la muestra según relación enfermero-paciente (n: 17)

Tabla 13. Caracterización de la muestra según relación enfermero-paciente

Relación enfermero-paciente			
MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
3	9	5	0

Gráfico 13. Caracterización de la muestra según relación enfermero-paciente



**Fuente:** La muestra se toma de las encuestas realizadas a los enfermeros del Hospital Dr. Luis Chrabalowski

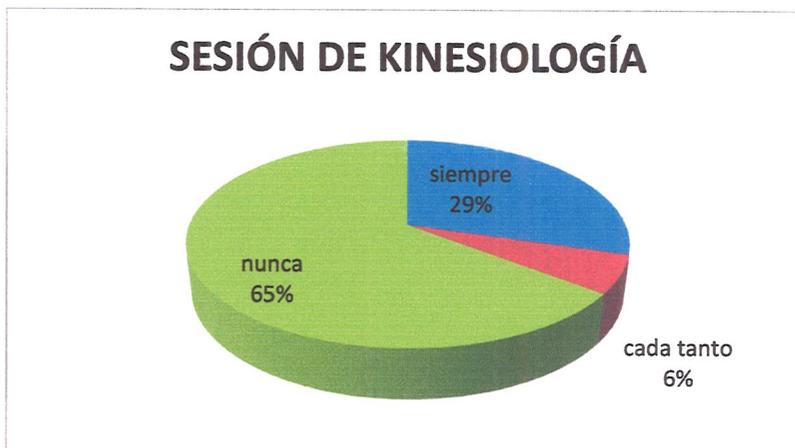
**Comentario:** se observó en la muestra que hay un predominio del 53 % de buena relación entre enfermeros y pacientes.

**14. Caracterización de la muestra según sesiones de kinesiología a los pacientes con deficiencia motriz internados (n: 17)**

Tabla 14. Caracterización de la muestra según sesiones de kinesiología a los pacientes con deficiencia motriz internados

Sesión de kinesiología		
siempre	cada tanto	nunca
5	1	11

Gráfico 14. Caracterización de la muestra según sesiones de kinesiología a los pacientes con deficiencia motriz internados



**Fuente:** La muestra se toma de las encuestas realizadas a los enfermeros del Hospital Dr. Luis Chrabalowski

**Comentario:** se observó en la muestra un predominio de 65 % de que el servicio de kinesiología no realiza sesiones a los pacientes internados

### 15. Caracterización de la muestra según mejoría de los pacientes con deficiencia motriz (n: 17)

Tabla 15. Caracterización de la muestra según mejoría de los pacientes con deficiencia motriz

Mejoría		
buena	leve	mala
3	6	8

Gráfico 15. Caracterización de la muestra según mejoría de los pacientes con deficiencia motriz



**Fuente:** La muestra se toma de las encuestas realizadas a los enfermeros del Hospital Dr. Luis Chrabalowski

**Comentario:** se observó en la muestra un predominio del 47 % de que tienen una mala mejoría los pacientes.

# CAPITULO III

## Resultado, discusión y propuesta

## RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos de tablas y gráficos de los cuestionarios realizados al personal de enfermería del servicio de Enfermería (mujeres y hombres) del Hospital Dr. Luis Chrabalowski en el primer semestre del año 2018, se observaron ciertos datos relevantes para el presente estudio de investigación.

Se logró identificar que el rango etario de 25-35 años y el de 35-45 años son los predominantes en el servicio obteniendo el 29% como resultado del análisis.

Con respecto a la variable de género se observa que el 65% de los profesionales son de sexo femenino.

Se puede observar que el 59% de los Enfermeros son Enfermeros Profesionales, un 17% Licenciados en Enfermería, un 12% Enfermeros Universitario, y un 12% de Auxiliares en Enfermería

Al referirse a la antigüedad de trabajo dentro de la institución el mayor porcentaje fue 59 % con un rango de 1 a 5 años laborales.

Con respecto a la experiencia previa de los Enfermeros se observa que el 76% ha trabajado anteriormente en Clínica Médica, el 24% del servicio de Enfermería tiene más de un trabajo en el momento de las encuestas

Con respecto a el protocolo de técnicas de la institución un 53% está de acuerdo en que no se encuentra establecido, el 65% de los Enfermeros observa la falta de un criterio unificado al momento de realizar determinadas técnicas, debido a este suceso un 59% de los encuestados afirma que la falta del mismo daña mucho a los pacientes.

Con respecto a la movilización de los pacientes con deficiencia motriz se observa que el 65% del personal de Enfermería los moviliza, del 35% restante se puede observar que el 57% que no moviliza a los pacientes es por razones de dolores de espalda, el 43% requiere ayuda para lograr la movilización de los pacientes.

Con respecto al servicio de kinesiología el 65% de los Enfermeros observa que nunca realizan sesiones a los pacientes internados, y por esta situación el 47% nota una mala mejoría en los pacientes.

## CONCLUSIÓN

Este trabajo de investigación nos puso en el desafío de indagar en los conocimientos de los colegas que trabajan en el Hospital Chrabalowski acerca de la deficiencia motriz de los pacientes en el servicio de internación del nosocomio.

### CONCLUSIÓN 1:

Se logra identificar la falta de criterio unificado en el personal que se encuentra trabajando en el nosocomio, expresado por el mismo personal, observado y determinado en procedimientos de rehabilitación motora de los pacientes en cuestión, se coloca de manifiesto según los resultados, que los factores que afectan la unificación de criterios son mayormente de carácter subjetivo al personal: al no existir protocolos previamente armados y corroborados por los distintos actores del equipo de salud, queda al libre accionar del equipo de enfermería en este caso del momento, las distintas decisiones que afecten a los internados expuestos a lo largo de la investigación.

La importancia de unificar criterios en los profesionales de enfermería tiene como finalidad que los pacientes puedan recibir los mejores cuidados. Si todos trabajamos para alcanzar un mismo propósito, teniendo en cuenta los mismos parámetros y lineamientos podremos avanzar y lograr los objetivos propuestos.

Creemos que esta experiencia es significativa ya que nos brinda la posibilidad de conocer y de poder observar el trato de los enfermeros hacia los pacientes que gracias a su incapacidad de movilizarse con autonomía y por la falta de familiares dependen al cien por ciento de los enfermeros.

### CONCLUSIÓN 2:

A lo largo de esta investigación se ha podido observar también la existencia de una correlación entre los grupos etarios del personal de Enfermería, en este caso, con la falta de iniciativa y empatía en el plano laboral para poder realizar las distintas tareas para con los pacientes. Después de consultar a los mismos, se ha llegado a la conclusión de que el motivo de esta falta de empatía e iniciativa se encuentra relacionado con las características especiales de los pacientes de la zona.

Dichas características se ven relacionadas a las altas exigencias de los mismos (casi agresiva) solicitando la priorización de su atención por sobre el resto de los demás pacientes que comparten su misma situación de internado.

Además, al ser el único efector en la zona, los habitantes de Uspallata y sus alrededores inmediatos consideran al nosocomio como encargado de responder a sus atenciones primarias como urgencias. Debido a que los mismos sienten reticencia a conseguir un turno para consultorios externos, ya que les resulta más rápida y cómoda una atención por guardia y así poder

sanar su dolencia en el momento, en vez de que un Médico Clínico busque una causa, le de tratamiento y pautas de prevención.

### **CONCLUSIÓN 3:**

En la investigación realizada se llegó a la conclusión que el Servicio de Kinesiología no logra atender a los pacientes internados en el nosocomio, ya que cuenta con poco personal, debiendo priorizar a los pacientes ambulatorios, por lo cual no logra cubrir las exigencias y demandas de los mismos. Dada la cantidad de pacientes que solicitan turno previamente, dejando en segundo término a los pacientes internados.

Esta situación se agrava frente a la licencias por enfermedad presentadas por personal de dicho Servicio, sin poder cubrir la demanda con reemplazante alguno (Kinesiólogo).

### **CONCLUSIÓN 4:**

Observando los resultados extraídos de los gráficos - tablas N° 2 y 12, realizadas después de las encuestas, se pudo observar una correlación directa entre grupo etario del personal de enfermería versus la reticencia mostrada por dicho personal a realizar esfuerzos físicos para movilizar a los pacientes con deficiencia motora, es decir, que el grupo etario comprendiendo a los mayores de 45 años, se ponía en manifiesto esta situación previamente planteada.

## PROPUESTAS

- Investigar el resto de las técnicas realizadas diariamente por el personal de enfermería, (inyectables, colocación de accesos venosos, toma de muestras, entre otras) para detectar las falencias que puedan presentar en su labor diaria. Esta misma investigación no solo debe tomar en cuenta las falencias motrices del paciente, sino también las diversas limitaciones físicas que se puedan presentar de manera regular entre el personal del Servicio de Enfermería.
- Crear protocolos de técnicas y procedimientos de Enfermería unificados para la realización de acciones específicas en el nosocomio.
- Evidenciar los errores cometidos durante la rehabilitación e internación de pacientes con dificultades motrices, realizando una investigación de las técnicas o ejercicios a realizar por en el personal de Enfermería con dichos pacientes.
- Crear un protocolo de los ejercicios motores para la rehabilitación de pacientes con limitaciones motrices, que pueda realizar el personal de Enfermería, anteriormente capacitados para tales tareas.
- Crear un comité educativo con el fin de capacitar al personal de Enfermería ingresante al nosocomio.
- Insistir en la educación continua de la población por parte del personal de salud en general, haciendo incapié en las normas de convivencia y de atención hospitalaria para su máximo provecho. Siendo también importante la difusión de los distintos especialistas con los que cuenta el nosocomio, sus días y horarios de atención, para derivarlos y no colapsar al servicio de guardia general.
- Proponer un control estricto, por parte del Servicio de Administración, de turnos dados para el Servicio de Kinesiología y a su vez los mismos deberán ser respetados por la población general y hospitalaria, dando prioridad a la atención de los pacientes internados en el nosocomio.

## BIBLIOGRAFIA

- [https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion\\_educativa/Motriz/2discapacidad\\_motriz.pdf](https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion_educativa/Motriz/2discapacidad_motriz.pdf)  
pag. 15-20
- <http://www.freimo.com/patologias/Patologias-de-Sistema-Nervioso>
- [https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion\\_educativa/Motriz/2discapacidad\\_motriz.pdf](https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion_educativa/Motriz/2discapacidad_motriz.pdf)
- <http://recursos.cnice.mec.es/edfisica/publico/articulos/articulo2/articulo2.php>
- <http://perso.wanadoo.es/saltodemanos/accionesmusculares.htm>
- <http://www.wikideporte.com/wiki/Sedestaci%C3%B3n>
- <https://medicina.uc.cl/publicacion/inmovilidad-adulto-mayor>
- Elia B. PINEDA, EVA LUZ de ALVARADO, Metodología de la Investigación, 3ª edición, sociedad panamericana de la salud
- <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras-por-presion-prevencion-tratamiento-13059416>
- <http://vitalia.es/b12m82/ulceras-por-presion-claificacion>
- <http://www.veteranshealthlibrary.org/spanish/livingwith/spinailcordinjury/coping/142,41154VA>

**APENDICE**

**Y**

**ANEXOS**

## ANEXO:

Buenas días/tardes somos estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, realizamos una encuesta para evaluar el trabajo desempeñado por el Servicio de Enfermería del Hospital Dr. Luis Chrabalowski, y para eso le solicitamos su colaboración respondiendo la siguiente encuesta.

- 1) Sexo    M     F
- 2) Edad    a. 25-35     b. 35-45     c. 45-55     d. 55-65
- 3) Titulo alcanzado
- Auxiliar de Enfermería     Enfermero Profesional
- Enfermero Universitario     Licenciado en Enfermería
- 4) Antigüedad en el hospital
- a. 1-5     b. 5-10     c. 10-20     d. 20-30
- 5) Experiencia previa como Enfermero    SI     NO
- 6) Pacientes con los que trabajó
- a. GERIATRICO     b. CLINICA     c. NEONATOLOGIA
- d. PEDIATRIA     e. MATERNIDAD     f. TODOS
- 7) Trabaja actualmente en otro nosocomio    SI     NO
- 8) Pacientes con los que trabaja
- a. GERIATRICO     b. CLINICA     c. NEONATOLOGIA
- d. PEDIATRIA     e. MATERNIDAD     f. TODOS
- 9) Existe un protocolo de procedimientos de enfermería en el hospital  
SI     NO
- 10) Existen criterios unificados acerca de procedimientos    SI     NO
- 11) Considera que afecta a los pacientes la falta de unificación en los procedimientos  
MUCHO     POCO     NADA
- 12) Con respecto a los pacientes con deficiencia motriz
- Los moviliza    SI     NO
  - Si su respuesta resulta ser negativa, Porque?
- a. NO SABE     b. SUFRE DOLOR DE ESPADA
- c. NO QUIERE     d. NECESITA AYUDA

13) Como es la relación enfermero-pacientes cuando se trata de deficiencia motriz

a.MUY BUENA  b.BUENA  c. REGULAR  d. MALA

14) El servicio de Kinesiología les brinda sesiones a los pacientes

SIEMPRE  CADA TANTO  NUNCA

15) Observó mejoría en los pacientes

BUENA  LEVE  MALA

TABLA DE DATOS MATRIZ

N°	S	E	Título	Ant.	Exp.	Pcte con los que trabajó	Trabaja en otro lugar	Pcte con los que trabaja	Existe protocolo	Criterio unificado	Afecta la falta de criterio	Moviliza a los pctes	Relación enf-pcte	Sesión de kinesiología	Mejoría
1	M	C	B	A	A	A-B	B	-	B	B	B	B-B	B	C	C
2	F	C	B	B	A	B	B	-	B	B	A	A	B	C	C
3	M	B	B	A	A	F	A	B-C	B	A	A	A	B	A	A
4	M	B	A	C	A	F	B	-	A	B	B	A	A	C	B
5	F	B	B	B	B	-	B	-	A	B	A	A	B	C	C
6	M	A	B	A	A	B-D	B	-	A	A	A	A	B	B	A
7	F	A	B	A	A	D	B	-	B	B	A	A	B	C	C
8	F	A	B	A	B	-	B	-	A	A	A	A	A	A	A
9	M	B	B	A	A	B-C	B	-	A	B	A	B-B-D	B	C	C
10	F	A	C	A	B	-	A	B	B	B	B	A	C	C	C
11	F	B	D	A	A	B	B	-	B	A	B	A	A	A	B
12	F	C	D	B	B	-	B	-	B	B	A	B-D	B	C	B
13	F	D	D	B	A	B	B	-	A	A	B	B-D	C	C	B
14	F	D	A	C	A	B-E	B	-	A	A	B	B	C	A	B
15	M	A	C	A	A	B-D	A	D	B	B	A	A	B	C	C
16	F	D	B	D	A	B	B	-	A	B	B	B-B	C	A	B
17	F	C	B	A	A	B	A	B	B	B	A	A	C	C	C