



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
PARA EL AUTOCUIDADO DE PERSONA CON AMPUTACIÓN
BILATERAL DE MIEMBROS PÉLVICOS**

**ESTUDIO DE CASO
QUÉ PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
REHABILITACIÓN
PRESENTA:
L.E. DORIAN TÉLLEZ GIRÓN TÉLLEZ**

**ASESORADO POR
EER. NOHEMÍ RAMÍREZ GUTIÉRREZ**



CIUDAD DE MÉXICO, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTUDIO DE CASO
Enfermería en Rehabilitación



AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología por haberme seleccionado de entre tantos alumnos, por darme el apoyo económico para seguir preparándome académicamente.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por abrir sus puertas para mi enseñanza y por permitirme ser parte de la máxima casa de estudios.

Al Instituto Nacional De Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra", por permitirme estudiar en sus aulas y abrir cada servicio para poder practicar mis conocimientos.

A la Coordinadora del Posgrado Lic. Nohemí Ramírez Gutiérrez por darme la oportunidad de aceptarme en la especialidad.

A mis padres Dorian Téllez Aguilar y Alberto Téllez Girón Bravo por el apoyo que cada día me brindan. Por ser parte de mi crecimiento académico y superación personal.

A Antonio Juárez Sosa por siempre estar a mi lado y darme su apoyo incondicional.

A Gabriel Martínez por abrirme las puertas de su casa y permitirme ser parte de su tratamiento médico y de rehabilitación.

A mis compañeros y ahora amigos de la especialidad en rehabilitación por ser parte de este proceso y hacer que cada día fuera especial en el salón de clases.

ÍNDICE

Agradecimientos	3
Introducción	5
II Objetivos Del Estudio De Caso	6
III Fundamentación	7
3.1 Antecedentes	25
IV Marco teórico	28
4.1 Conceptualización De La Enfermería	
4.2 Paradigmas.	
4.3 Teoría De Enfermería.	30
4.4 Proceso De Enfermería.	33
V Metodología.	34
5.1 Estrategia De Investigación: Estudio De Caso.	
5.2 Selección Del Caso Y Fuentes De Información.	36
5.3 Consideraciones Éticas.	40
VI Presentación Del Caso.	45
6.1 Descripción Del Caso.	
6.2 Antecedentes Generales De La Persona.	46
VII Aplicación Del Proceso De Enfermería	47
7.1 Valoración.	
7.1.1valoración Focalizada	48
7.1.2 Análisis De Estudios De Laboratorio Y Gabinete.	51
7.1.3 Jerarquización De Problemas	52
7.2 Diagnósticos De Enfermería	53
7.3 Problemas Interdependientes	54
7.4 Planeación De Los Cuidados.	
7.4.1 Objetivo De La Persona	
7.4.2 Objetivo De Enfermería	
7.4.3 Intervenciones De Enfermería	55
7.5 Ejecución	66
7.5.1 Registro De Las Intervenciones	
7.6 Evaluación	67
7.6.1 Evaluación De Las Respuestas De La Persona	
7.6.2 Evaluación Del Proceso	72
7.7 Valoración De Enfermería	73
7.7.1 Segunda Valoración Focalizada	
7.7.2 Análisis De Estudios De Laboratorio Y Gabinete	77
7.7.3 Jerarquización De Problemas	
7.7.4 Diagnósticos De Enfermería	
7.7.5Problemas Interdependientes	
7.7.6Planeación De Los Cuidados.	
7.7.7 Objetivo De La Persona	
7.7.8 Objetivo De Enfermería	
7.7.9 Intervenciones De Enfermería	78
7.8 Ejecución	81
7.8.1 Registro De Las Intervenciones	
7.8.2 Evaluación	82
7.8.3 Evaluación De Las Respuestas De La Persona	
7.8.4 Evaluación Del Proceso	
VIII Plan De Alta	83
IX Conclusiones	85
X Sugerencias	86
XI Bibliografía	87
XII Anexos	92

INTRODUCCIÓN

El Estudio de Caso es una herramienta de investigación en el área de las ciencias humanas para el análisis de un tema en específico. Sirve para ampliar el conocimiento en un entorno real conociendo las necesidades de una persona, proporcionando acciones de enfermería en Rehabilitación para su bienestar.

Este trabajo se basó en la Teoría de Dorothea Orem utilizando intervenciones especializadas en Rehabilitación dependiendo de su déficit encontrados en la valoración previa en las visitas domiciliarias, con base en los factores condicionantes requisitos de desviación y universales de autocuidado identificarlos mediante instrumentos cuyo sustento metodológico es a través del proceso de atención de enfermería en una persona cuya finalidad es mejorar el autocuidado.

En el presente Estudio de Caso se presentó a una persona con distintas patologías, se expuso las intervenciones de enfermería con las que se dio un tratamiento a la persona. Se especificaron los cuidados que debe de seguir la persona para su autocuidado en su domicilio, se anexo los consentimientos informados que se le brindan a la persona seleccionada para toma de foto y visita domiciliaria.

Se dio a conocer el entorno que necesitará la persona para su tratamiento óptimo. Se le dio seguimiento y se realizó una valoración con autorización de la persona.

Se dio a conocer los cuidados específicos de Enfermería en Rehabilitación a una persona con una amputación bilateral de miembros pélvicos, se habló a la persona acerca de síndrome metabólico y sus intervenciones; cuidados de muñón, vendaje de muñón, dispositivos de ayuda, higiene articular, higiene de columna; se seguirá el tratamiento y las intervenciones de enfermería hasta donde la persona lo permita y siga las indicaciones.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASOS

Realizar Intervenciones de Especialidad de Enfermería en Rehabilitación sustentado en la Teoría de Dorotea Orem, por medio del Proceso de Atención de Enfermería, identificando las necesidades y los déficits específicos de la persona.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Valorar las necesidades específicas de la persona para su tratamiento.
- Alcanzar una independencia plena para la persona con acciones Específicas de Enfermería en Rehabilitación.
- Aplicar instrumentos de valoración para el tratamiento de la persona.
- Identificar factores condicionantes, desviación de la salud y requisitos universales
- Jerarquizar los problemas identificados en la persona
- Diseñar un plan de intervenciones específicas en la rehabilitación
- Mejorar el grado de autocuidado de la persona en sus actividades de la vida diaria.

III. FUNDAMENTACIÓN

El cambio en el paradigma para referirse a la población con discapacidad, en el que actualmente prevalece ver a la persona a partir de su funcionalidad, más que de su deficiencia, ha permitido orientar acciones y políticas nacionales, regionales y mundiales, en favor de los derechos de este grupo poblacional; ejemplo de ello es la aprobación de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, documento promovido por México en el seno de las Naciones Unidas, que fue aprobado en diciembre de 2006 y ratificado por México en 2007.

Los cambios o transformaciones demográficas y epidemiológicas que vive gran parte de la población mundial, así como la promoción de una perspectiva de la discapacidad basada en los derechos humanos, han incrementado la necesidad de contar con información sobre las características y condiciones de vida de las personas con discapacidad. En nuestro país, la producción de estadísticas sobre discapacidad es una obligación de acuerdo con el Artículo 22 de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y el Artículo 31 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.¹

Las amputaciones de extremidades inferiores disminuyen la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus (DM). El objetivo de este estudio fue describir el índice de amputaciones de extremidades inferiores (mayores y menores) en sujetos con DM adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), comparando los años 2004 y 2013. El pie diabético es una de las complicaciones más comunes asociadas con la diabetes mellitus (DM), se estima que aproximadamente del 15 al 25 % de los pacientes con DM desarrollan pie diabético durante el curso de su enfermedad; es decir, que seis personas con DM tendrán una úlcera a lo largo de su vida. Estudios publicados han demostrado que esto ocurre principalmente en los hombres y está relacionado con el resultado de un control glucémico inadecuado y prolongado de la DM.

A nivel mundial, la incidencia anual de las úlceras del pie diabético en pacientes con DM oscila entre 1.0 a 4.1 %. En los países desarrollados se ha reportado que hasta un 5 % de las personas con DM tiene problemas de pie diabético y que frecuentemente resulta en amputación. Las amputaciones conllevan a discapacidad y mortalidad prematura. Esta condición de discapacidad es una de las causas más frecuentes de hospitalización para las personas con DM, porque generan gastos adicionales derivados de su atención médica, rehabilitación, tratamientos de discapacidad y gasto económico por invalidez. Se calcula que el costo directo de una amputación asociada al pie diabético está entre los 30 000 y los 60 000 USD. Estudios han demostrado que la presencia de amputaciones de extremidades inferiores en sujetos con DM es un factor de predicción en la reducción en la calidad de vida.²

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) incluye las amputaciones de extremidades inferiores en los indicadores de calidad para la atención de los pacientes con DM.

Una amputación de extremidades inferiores puede ser mayor o menor, dependiendo del sitio de la amputación. Aunque no existe una definición estándar a nivel internacional, la definición que aparece con más frecuencia y recientemente publicada en la literatura define a la amputación mayor como proximal a la articulación del tobillo y a la amputación menor como distal a la articulación del tobillo.

¹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). La discapacidad en México, datos al 2014 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México INEGI, c2016.
http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvineqi/productos/nueva_estruc/702825090203.pdf

² Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México: INEGI, c2013.
http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvineqi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf

En México, según cifras del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 70% de las amputaciones de extremidades inferiores ocurre por una atención médica tardía de lesiones en pies, sobre todo en personas que padecen diabetes. El problema es que de 6.5 millones de personas que sufren de esta enfermedad en el país, 35% ignora que la tiene. Se calcula que sólo una de cada 10 personas con miembros amputados se rehabilita y sólo 30% de los rehabilitados sabe usar de forma adecuada sus aparatos y prótesis que, por otro lado, son muy caros, ya que en México pueden llegar a costar en promedio más de \$100 000. Si estos datos se extrapolan sólo a las 75 000 amputaciones reportadas como realizadas en el 2013 como consecuencia del pie diabético se tendría que al año 67 000 personas que fueron amputadas no recibieron una prótesis o se rehabilitaron, y de las que sí lo recibieron sólo 2 250 saben usarla de manera adecuada; por lo tanto, resulta que al año México está acumulando más de 70 000 amputados sin ninguna posibilidad de ser rehabilitados y que pasan a formar parte del universo de discapacitados en el país.³

El impacto individual, familiar, social y económico

Existe un formidable impacto individual, familiar, social y económico que implica relegar a los amputados de las actividades laborales y sociales. Gran número de pacientes amputados se alejan, por temor o incapacidad física, de la actividad productiva que desarrollaban antes de sufrir la pérdida de una o varias extremidades; además, con frecuencia se vuelven dependientes y evitan llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Este solo hecho obliga a la familia a disponer de una persona, sea pariente o no, a asistir al discapacitado para asearse, alimentarse, desplazarse y distraerse, amén de que el amputado deja de ser productivo y generar ingresos para su manutención.

La carencia de información confiable y la falta de colaboración de quienes pueden generar tales datos en México obliga a recurrir a cifras difíciles de respaldar, pero fáciles de comprender.⁴ En primer lugar cabe plantear que la pérdida económica que representa para el Estado una persona discapacitada por una o varias amputaciones equivale a dos salarios mínimos (2014) por día (promedio de \$65), y ello en el supuesto, poco frecuente en la realidad, de que las personas sólo reciban dicho estipendio y nada más. En segundo lugar, esa cantidad multiplicada por más de 1 800 000 individuos (el amputado y la persona que lo atiende) equivaldría a una pérdida diaria de \$231 112 050.

Los factores mencionados hacen que se torne una tarea descomunal y difícil calcular la carga que la enfermedad impone a la economía del país y para los servicios de salud de México, y al no ser evidente a simple vista se le reste la importancia que tiene.⁵

³ Cisneros-González N, Ascencio-Montiel JJ, Libreros-Bango VN, Rodríguez-Vázquez H, Campos-Hernández Á, Dávila-Torres J, Kumate-Rodríguez J, Borja-Aburto VH. Índice de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes. Rev Med Inst Mex Seg Soc 2016;54(4):472-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27197105>

⁴ Henriquez García L. CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DE LA EXTREMIDAD INFERIOR. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/589/art5.pdf>

⁵ Licda. Jiménez García Karina. AJUSTE PSICOSOCIAL EN PACIENTES AMPUTADOS: LA PSICOLOGÍA EN EL CONTEXTO SANITARIO. Revista Cúpula 2017; 31 (2): 8-43. <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v31n2/art02.pdf>

MARCO TEÓRICO

Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia

La diabetes se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI y en un reto de salud global. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que a nivel mundial, de 1995 a la fecha casi se ha triplicado el número de personas que viven con diabetes, con cifra actual estimada en más de 347 millones de personas con diabetes. De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, China, India, Estados Unidos, Brasil, Rusia y México, son –en ese orden– los países con mayor número de diabéticos.

La diabetes es una enfermedad crónica de causas múltiples. En su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud graves como infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura. Se ha estimado que la esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce entre 5 y 10 años. En México, la edad promedio de las personas que murieron por diabetes en 2010 fue de 66.7 años, lo que sugiere una reducción de 10 años.⁶

Alimentación y diabetes

La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica y crónica, no transmisible y de etiología multifactorial, producida por defectos en la secreción y/o acción de la insulina. Entre 90 y 95% de los sujetos afectados por esta patología presentan una Diabetes Mellitus tipo 2; esta modalidad clínica en sus etapas iniciales es asintomática y se observa preferentemente en las personas mayores de 40 años, la epidemiología de la Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 muestra que 20 a 40% de los enfermos presenta alguna complicación en el momento del diagnóstico. En Chile, el 15% desconoce su condición de diabético, en otros países esta cifra alcanza al 50%

En nuestro país, se estima que la prevalencia de Diabetes según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del 2010 es de 9,4%, duplicó la cifra determinada en la ENS del año 2003 en mayores de 20 años. De los cuales el 80% de los casos de DM son clasificados en el tipo 2 (DM2)

La DM2 puede producir descompensaciones metabólicas y con el tiempo generar complicaciones crónicas como neuropatía, retinopatía, nefropatía y enfermedad vascular periférica. Asimismo, las personas afectadas por este problema de salud tienen 2 a 3 veces más riesgo de sufrir un infarto al miocardio y/o un accidente vascular encefálico.

Aunque el control de la hiperglicemia es el principal objetivo para los tratamientos de DM2, su importancia en la prevención de las complicaciones crónicas de la DM se ha demostrado en el The United Kingdom Prospective Diabetes Study

La alimentación programada es uno de los pilares del tratamiento de la diabetes, en cualquiera de sus formas. Sin ella es difícil lograr un control metabólico adecuado aunque se utilicen medicamentos hipoglicemiantes de alta potencia. En muchos casos, junto al ejercicio, constituye la única medida terapéutica.

El plan de alimentación depende de la edad, género, estado nutricional, actividad física, estados fisiológicos y patológicos. En relación con la alimentación, los hidratos de carbono (CHO) son fundamentales en el control de la glicemia, ya que determinan hasta un 50% la variabilidad en la respuesta glicémica

⁶ Hernández-Ávila Mauricio, Gutiérrez Juan Pablo, Reynoso-Noverón Nancy. Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 [citado 2018 Dic 24] ; 55(Suppl 2): s129-s136. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800009&lng=es

Frutas e índice glicémico

El consumo excesivo de azúcar y más recientemente el aumento de jarabe alto en fructosa, han llamado la atención por su efecto negativo en la salud de las personas, especialmente al favorecer el aumento del peso corporal y el incremento de diabetes y enfermedad cardiaca coronaria (CHD). Por otro lado, las frutas, a pesar de los azúcares que contiene, junto a vegetales y cereales integrales, la recomendación actual es a aumentar su consumo, para mantener la salud y proteger contra enfermedades como la diabetes, el cáncer y enfermedades cardiovasculares. La aparente contradicción en relación a los efectos del azúcar que contiene las frutas es en parte debido a la fibra dietaria y la pared celular de la fibra, lo que disminuye la velocidad de absorción a nivel intestinal, lo que repercute en una respuesta glicémica más baja, y esto es más notorio en la fruta entera que en el puré de fruta o el jugo de fruta. Las frutas en general tienen un IG de 56 a 103 en la escala de pan blanco. Se ha hipotetizado que la selección de frutas de bajo índice glicémico incrementan los beneficios y reducen la respuesta glicémica en general.

Una pequeña ingesta de fructosa (contenida en frutas) se ha demostrado que reduce las concentraciones postprandiales de glucosa y aumenta la síntesis de glucógeno en el hígado mediante el aumento del flujo a través de la glucógeno sintetasa. Además se ha demostrado que dosis bajas de infusión de fructosa restaura el efecto inhibitorio de la hiperglicemia en la reducción de la producción neta de glucosa hepática en la DM 2, posiblemente mediante el aumento de la fructosa-1-fosfato, que a su vez la fructosa-1-fosfato-glucoquinasa desplaza de su proteína reguladora nuclear y permite el desplazamiento de la superficie celular para facilitar la captación de glucosa portal y su retención dentro de los hepatocitos. Es por tanto que un aumento en el consumo de frutas de bajo IG, mediante la liberación de fructosa (6 o más gramos) en el intestino delgado a la circulación durante un periodo prolongado de tiempo, tiene un gran efecto en la reducción en los niveles de glucosa postprandial en sangre. Situación muy diferente es el consumo elevado de fructosa (17-25% de la ingesta de energía alimentaria) como el incorporado en las bebidas azucaradas, productos de panadería y los cereales de desayuno, estos han sido asociados con un aumento de los triglicéridos (TG) y posterior aumento de colesterol LDL y también se ha demostrado que es un factor de riesgo para un aumento de la grasa visceral, DM y enfermedad cardiovascular. Más recientemente, las respuestas a los TG postprandiales se han reportado con un consumo alto en fructosa, especialmente en hombres, junto con el aumento de las concentraciones de particulares remanentes, grasa visceral y disminución de la tolerancia a los CHO. Los efectos del consumo de alimentos con elevado contenido de fructosa pueden aumentar el riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular. Las frutas en general también son fuentes de fibra, minerales, antioxidantes y compuestos fenólicos, lo que puede reducir los lípidos séricos y el daño oxidativo, disminuir la presión arterial, mejorar el control de la diabetes y, a través del tiempo, disminuir los riesgos de tener una CHD. Sin embargo, los papeles definitivos de todos estos componentes falta que se establezcan.

Ácidos grasos

Evidencia epidemiológica muestra que poblaciones con alto consumo de pescado tienen un menor riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes. Los ácidos omega 3 (ω -3) son el ácido eicosapentaenoico (EPA) y docosahexaenoico (DHA) y su progenitor, α -linolénico (ALA). El EPA y DHA se forman a partir del ácido α -linolénico y siempre son de origen marino (pescados y algas), en cambio ALA se encuentra en fuentes vegetales como canola y linaza.

Los ácidos grasos ω -3 son componentes fundamentales de los fosfolípidos de las membranas celulares. Al alterar la composición de ácidos grasos de los fosfolípidos, se alteran procesos tales como señales de transducción de la insulina, actividad de las lipasas y la síntesis de eicosanoides. Los ω -3 también participan en el control de la expresión de varios genes metabólicos, por ejemplo, genes implicados en el metabolismo de lípidos, glucosa y adipogénesis, en parte a través de la activación de los PPAR. Meta-análisis realizado por Cochrane, que incluyó a 23 ensayos aleatorios controlados, con 1.075 participantes, se estudió el efecto de los suplementos de ω -3 y su efecto en enfermedad cardiovascular, niveles de colesterol y control glicémico en personas con DM 2. Entre los que tomaban suplementos se observó una reducción de los triglicéridos y colesterol VLDL, aumento del colesterol LDL y no hubo ningún cambio en el colesterol total, colesterol HDL, A1c,

glicemia e insulinemia en ayunas y peso corporal, además no se observaron efectos adversos en la intervención. Estudios realizados en humanos no han mostrado un efecto consistente de la calidad de la grasa de la dieta sobre la sensibilidad a la insulina, en particular la proporción de ácidos grasos ω -6/ ω -3.⁷

La ingesta de grasa se ha demostrado que es inversamente proporcional a la sensibilidad a la insulina en pacientes no diabéticos. Sin embargo, ajustado por sexo, edad e IMC, la ingesta de grasas no ha revelado ninguna asociación con los índices de control de la glicemia.

Diagnóstico: El diagnóstico de la diabetes se realiza midiendo los niveles de glucosa en la sangre. Se trata de pruebas que puede realizar el médico de atención primaria. Ávila explica que solo existen 4 formas de diagnosticar la diabetes:

- **Glucemia basal** (en ayunas) mayor de 126 mg/dl
 - **Hemoglobina glucosilada** mayor de 6,5 por ciento
 - **Curva de glucemia** con 75 g de glucosa mayor de 200 mg/ dl
 - **Glucemia al azar** (en cualquier momento del día) mayor de 200 mg/dl con síntomas típicos
- Todos ellos deben ser confirmados en una segunda ocasión menos el último, que se ratifica por los síntomas.⁸

Tratamientos: El tratamiento de la diabetes se basa en tres pilares: dieta, ejercicio físico y medicación. Tiene como objetivo mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de la normalidad para minimizar el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad.

La insulina es el único tratamiento para la diabetes tipo 1. hoy en día solo puede administrarse inyectada, ya sea con plumas de insulina o con sistemas de infusión continua (bombas de insulina). "Es preciso ajustar la administración de insulina a lo que la persona come, la actividad que realiza y sus cifras de glucosa, por lo que el paciente debe medirse la glucosa de forma frecuente, mediante el uso de glucómetros (pinchándose los dedos) o con sensores de glucosa intersticial (alguno ya está financiado en varias comunidades autónomas), de forma más sencilla y menos dolorosa", comenta González. La diabetes tipo 2 tiene un abanico terapéutico más amplio. En este caso, a diferencia de los pacientes con diabetes tipo 1, no siempre va a ser precisa la administración insulina. Adoptando un estilo de vida saludable y perdiendo peso, los niveles de glucosa pueden normalizarse. Junto a ello, añade la endocrinóloga, "el uso de uno o más fármacos que ayuden a que la insulina funcione mejor van a ser la mejor opción de tratamiento". Según Ávila, el fármaco que se prescriba "dependerá fundamentalmente de las características clínicas del paciente". Los grupos terapéuticos disponibles son los siguientes:

- Biguanidas, de las cuales solo se utiliza la metformina.
- Inhibidores de la alfa decarboxilasa.
- Sulfonilureas.
- Inhibidores de la enzima DPP-4.
- Antagonistas de SGLT-2.
- Agonistas de GLP-1.
- Insulinas.

Complicaciones

Existe una relación directa entre el cumplimiento del tratamiento y un adecuado control glucémico, que a su vez se relaciona con el riesgo de desarrollar complicaciones crónicas asociadas a la diabetes. Según el miembro de la junta directiva de la SED, "actualmente la diabetes es la primera causa de diálisis y de amputaciones no traumáticas, además de ser una causa muy importante de ceguera". Asimismo, "tiene una gran influencia en el desarrollo de problemas circulatorios, como angina de pecho e infarto". En esta misma línea, González resalta que "la diabetes puede pasar desapercibida durante años, en los que ya produce complicaciones. Por lo tanto, es importante acudir al médico de atención primaria en caso de

⁷ S. Durán Agüero, E. Carrasco Piña y M. Araya Pérez. Alimentación y diabetes. Nutr Hosp. 2012;27(4):1031-1036 ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ S.V.R. 318. http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n4/10_revision09.pdf

⁸ Durán Agüero S., Carrasco Piña E., Araya Pérez M.. Alimentación y diabetes. Nutr. Hosp. [Internet]. 2012 Ago [citado 2018 Dic 24] ; 27(4) : 1031-1036. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000400010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5859>.

historia familiar de diabetes o factores de riesgo (obesidad, hipertensión, diabetes gestacional) para realizarse un análisis de glucosa".⁹

HIPERTENSIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo más importantes para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal que son otras importantes causas de mortalidad en México. La hipertensión arterial es una patología crónica que consiste en el aumento de la presión arterial. Una de las características de esta enfermedad es que no presenta unos síntomas claros y que estos no se manifiestan durante mucho tiempo. En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España. Sin embargo, la hipertensión es una patología tratable. Si no se siguen las recomendaciones del médico, se pueden desencadenar complicaciones graves, como por ejemplo, un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente. Las primeras consecuencias de la hipertensión las sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se hacen más gruesas y puede verse dificultado al paso de sangre a través de ellas. Esto se conoce con el nombre de arterioesclerosis.¹⁰

ULCERA PROFUNDA

Las úlceras de presión son áreas localizadas de necrosis del tejido que tienden a ocurrir cuando el tejido blando es comprimido entre una prominencia ósea y una superficie externa, por un período prolongado de tiempo. Los lugares más comunes donde se forman las úlceras de presión son sobre las prominencias óseas (huesos cerca de la piel) como el sacro, talón, trocánteres, codo, tobillo y occipucio. La progresión del daño de la piel se describe en las etapas siguientes:

LESIÓN PROFUNDA DEL TEJIDO: Una etiología de las úlceras de presión (no una etapa) que puede resolver o evolucionar rápidamente a través de una úlcera de presión a una etapa II, III o IV, aun con tratamiento óptimo. Suponemos que debido a la presión inicialmente puede presentar como un cambio de coherencia, tal como un área firme, blanduzca, esponjosa o dolorosa, o como un área de color púrpura o marrón. La lesión profunda del tejido puede ser difícil de discernir visualmente en personas con piel de pigmentación oscura.

ETAPA I: Eritema persistente de la piel intacta sin una apariencia de contusión en la piel con pigmentación oscura, puede presentar con matices más oscuros que la piel adyacente. La piel puede estar más tibia o más fría, la consistencia del tejido puede ser firme y / o puede ser dolorosa.

ETAPA II: Pérdida parcial lo grueso de la piel involucra la epidermis, dermis o ambas. Puede presentarse como una ampolla llena de suero intacta o abierta / rota, o como una úlcera poco profunda húmeda o seca, sin tejido muerto o contusión.

ETAPA III: Pérdida de todo lo grueso de la piel. La grasa subcutánea puede ser visible, el hueso, tendón o músculo NO es visible o directamente palpable. El tejido muerto puede estar presente en algunas partes de la superficie de la escara.

ETAPA IV: Pérdida de todo lo grueso de la piel. El hueso, tendón o músculo expuesto es visible o directamente palpable. El tejido muerto o escara puede estar presente en algunas partes de la superficie de la escara.

⁹ Cuidateplus. Diabetes. 2 noviembre del 2018. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/diabetes.html#otros-datos>

¹⁰ Campos-Nonato Ismael, Hernández-Barrera Lucía, Rojas-Martínez Rosalba, Pedroza Adolfo, Medina-García Catalina, Barquera-Cervera Simón. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 [citado 2018 Dic 24]; 55(Suppl 2): S144-S150. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800011&lng=es.

ÚLCERAS NO CLASIFICADAS: La profundidad real de la pérdida del tejido está oculta por el tejido muerto (amarillo, gris bronceado, verde o marrón) y / o la escara (bronceada, marrón o negra) en la superficie de la escara. También puede aparecer como una ampolla llena de sangre.¹¹

Los talones requieren protección extra. Debido a su pequeña área superficial, la presión se debe redistribuir a un área mayor. La hipertensión arterial es otro de los componentes de este síndrome, la cual es provocada por la insulina - resistencia debido a que el hiperinsulinismo altera la regulación de la tensión arterial por varios mecanismos. En primer lugar hay un aumento en la entrega de ácidos grasos al hígado a través de la circulación porta, lo cual es un estímulo para la producción de aldosterona por la glándula suprarrenal con mayor retención de sodio y agua por el riñón y aumento del volumen intravascular. La obesidad abdominal es la que especialmente correlaciona con factores de riesgo metabólico. El exceso de tejido adiposo libera varios productos como los ácidos grasos libres no esterificados, citoquinas, inhibidor del activador del plasminógeno tipo 1 (PAI-1) y Adiponectina. Un alto nivel plasmático de ácidos grasos sobrecarga el músculo y el hígado con lípidos, los cuales aumentan la resistencia a la insulina. Todos los elementos que mencionamos anteriormente pueden presentarse de forma simultánea o sucesiva en un paciente, lo que vemos habitualmente es un paciente con obesidad abdominal, generalmente joven, que debido a la influencia de factores ambientales como sedentarismo, dietas hipercalóricas y estrés, determinan la aparición de resistencia a la insulina y del hiperinsulinismo con el desarrollo del síndrome metabólico. Por ello, se debe precisar el número de componentes del síndrome metabólico presentes en estos pacientes y su relación con la edad y sexo.

Diagnóstico.: Varias organizaciones ofrecen criterios para el diagnóstico del síndrome metabólico. Según las pautas utilizadas por los Institutos Nacionales de la Salud, padeces el síndrome metabólico si tienes tres o más de estos rasgos o tomas medicamentos para controlarlos:

- **Circunferencia grande de cintura** — Una cintura que mide al menos 35 pulgadas (89 centímetros) en el caso de las mujeres y 40 pulgadas (102 centímetros) en el caso de los hombres.
- **Niveles elevados de triglicéridos** — 150 miligramos per decilitro (mg/dL) o 1,7 milimoles por litro (mmol/L) o niveles superiores de este tipo de grasa en sangre
- **Colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) reducido** — Menos de 40 mg/dL (1,04 mmol/L) en los hombres o menos de 50 mg/dL (1,3 mmol/L) en las mujeres de este colesterol «bueno»
- **Presión arterial elevada** — 130/85 milímetros de mercurio (mm Hg) o mayor
- **Glucemia en ayunas elevada** — 100 mg/dL (5,6 mmol/L) o mayor

TRATAMIENTO

Si los cambios radicales como dieta y ejercicio no son suficientes, tu doctor puede sugerir medicamentos para ayudar a controlar presión arterial, niveles de colesterol, y glucosa en la sangre. Estilo de vida y remedios caseros Generalmente se requiere un compromiso de por vida a un estilo de vida sano para prevenir problemas de salud serios, como diabetes y enfermedades cardíacas.

El tratamiento también incluye **Hacer actividad física**. Hacer 30 minutos o más de ejercicio de intensidad moderada por día, como caminar rápidamente. Busca maneras de aumentar tu actividad, como caminar en lugar de manejar, y usar las escaleras en lugar del ascensor cuando sea posible.

Perder peso. Perder peso y mantener un peso saludable pueden reducir la resistencia a la insulina y la presión arterial, y reducir tu riesgo de diabetes.

¹¹ DM Systems, Inc. Úlceras de presión. http://www.dmsystems.com/spanish/pressure_ulcers.html

Comer sano. La dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension, enfoques dietéticos para detener la hipertensión) y la dieta mediterránea, como muchos otros planes de alimentación saludables, limitan las grasas poco saludables y ponen énfasis en frutas, verduras, pescado, y granos integrales. Se ha demostrado que estos dos enfoques dietéticos ofrecen importantes beneficios de salud — además del adelgazamiento — para las personas que presentan componentes del síndrome metabólico.

Dejar de fumar. Fumar cigarrillos empeora las consecuencias del síndrome metabólico para la salud. Habla con tu doctor si necesitas ayuda para dejar de fumar.

Control del estrés. Actividad física, meditación, yoga y otros programas pueden ayudarte a enfrentar el estrés y a mejorar tu salud emocional y física.

Preparación para la consulta

Es probable que comiences por consultar con tu profesional de atención médica primaria. O quizás te deriven inmediatamente a un médico que se especializa en diabetes y otros trastornos endocrinos (endocrinólogo) o a uno que se especialice en enfermedades del corazón (cardiólogo).

Recomendaciones

Cuando programes la cita médica, pregunta si hay algo que debes hacer con anticipación, como estar en ayunas antes de una prueba determinada. Haz una lista con:

- **Tus síntomas**, incluso aquellos que no parezcan estar relacionados a la razón por la que pediste la cita
- **Tu información personal principal**, incluyendo principales factores de estrés, cambios recientes en tu vida, y antecedentes de salud en tu familia
- **Todos los medicamentos, vitaminas u otros suplementos** que tomes, con sus dosis.¹²

PIE DE CHARCOT

En un principio, a finales del siglo pasado, Charcot le dio el nombre de neuroosteoartropatía por la relación entre la neuropatía y la deformación osteoarticular, pero ahora que ha resaltado la existencia del sistema vascular periférico que lleva a la infección local, se ha aceptado que la nomenclatura se modifique como “neuropatía inflamatoria sarcoósea y artropatía”. Esta nueva definición explica la característica clínica que al inicio es una inflamación no dolorosa y distorsión del pie, lo cual conduce a ulceración e infección. También hay pérdida del arco plantar y las alteraciones predominan en la parte media y trasera del pie. Puede estar antecedida de un traumatismo ligero al que no se le dio importancia y por ello el inicio del trastorno es difícil de reconocer; más tarde, cuando se desarrolla una úlcera, se traduce como la presencia de trastorno vascular periférico al que se le ha sumado el inflamatorio, y la arquitectura esquelética produce la deformación así como la dislocación articular. Debido a la neuropatía se pierde la sensación dolorosa que tiene un efecto protector y por ello el enfermo continúa caminando; además contribuye al desarrollo de la lesión que desaparece el control de la marcha. Medidas preventivas en la EAP y el pie de Charcot Es lamentable que en muchos lugares de atención primaria de salud la consulta médica rutinaria no incluya la exploración de la circulación periférica, incluso con el simple conocimiento de explorar los pulsos pediales, tibiales y poplíteos. Asimismo forma parte de esta exploración determinar la coloración de las uñas, la presencia de micosis y el corte adecuado de las uñas. También se puede diagnosticar, con instrumentos sencillos, la presencia y el grado de la neuropatía periférica. La educación al paciente es primordial en cuanto al lavado y secado de los pies, el corte correcto de las uñas, el uso de humectantes, el tipo de calcetines, así como la selección del calzado y, algo que a menudo se olvida, la insistencia en que se evite caminar descalzo.

TRATAMIENTO

Tratamiento médico Las medidas médicas por seguir en la claudicación intermitente moderada o intensa incluyen la modificación del estilo de vida y la eliminación de los factores de riesgo, el control de la diabetes, la hipertensión y la dislipidemia; el cese del tabaquismo y la práctica de un programa de ejercicios supervisado, además de la farmacoterapia eficaz. Dos criterios importantes para decidir la revascularización son la discapacidad grave que limita el desplazamiento del

¹² Fonte Medina Nohary, Paz Paula Eduardo, Sanabria Negrín José G, Martínez Medina José Ramón, Bencomo Fonte Laura Martha. Hipertensión arterial, hipertrigliceridemia y obesidad fundamentales componentes del síndrome metabólico. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2008 Jun [citado 2018 Dic 24]; 12(1): 142-150. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942008000100011&lng=es.

paciente o realizar otras actividades que le son importantes, y la presencia de elementos anticipatorios de la ineficacia del tratamiento, junto con ejercicios de rehabilitación y farmacoterapia.

FARMACOTERAPIA El tratamiento farmacológico está dirigido a aliviar los síntomas y frenar la evolución natural de la enfermedad. Se deben utilizar medicamentos cuya acción modifique los factores de riesgo. Muchos fármacos se han usado para mejorar los síntomas, pero el beneficio sólo es convincente y fiable con el grupo de antiagregantes plaquetarios. Estos últimos por sí solos pueden mejorar un poco los síntomas de claudicación, pero se obtendrá un beneficio significativo si se combinan con un programa de ejercicio. La principal indicación para utilizar aspirina (ácido acetilsalicílico) es la prevención secundaria de la enfermedad coronaria y eventos vasculares cerebrales.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Los factores que influyen en la decisión de realizar este tratamiento son de diverso tipo. Se opta por éste cuando el paciente no obtiene una respuesta adecuada con los ejercicios de rehabilitación y el uso de fármacos; muestra una discapacidad significativa por claudicación que le impide realizar su vida normal o sus actividades vitales; la mejoría de la claudicación puede cambiar su estilo de vida; y cuando no está limitado por otra causa, como angina, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o problemas musculoesqueléticos. Deben considerarse la evolución natural de la enfermedad, la esperanza de vida y el pronóstico del paciente, así como las características de la lesión que permitan una intervención apropiada con bajo riesgo y una probabilidad grande de buenos resultados a corto y largo plazos.¹³

La única manera de detener el avance de la enfermedad de Charcot es dejar de apoyar el pie el tiempo suficiente para que sane. Su proveedor de atención médica le indicará un tratamiento diseñado especialmente para su situación, para ayudarle a recuperarse.



Disminución de la carga del pie

Mientras se recupera de una fractura, es indispensable que usted **no apoye ningún peso en el pie** para disminuir su carga. Su proveedor de atención médica podría pedirle que no camine en absoluto, o indicarle que use dispositivos especiales, como muletas. Recuerde que no se suele sentir dolor con el pie de Charcot; por eso, aunque se sienta perfectamente, no apoye el pie por ningún motivo hasta que su proveedor de atención médica le indique que puede volver a caminar.

Uso de dispositivos especiales

Ciertos dispositivos especiales pueden ayudarle a no recargar el peso del pie, para que los huesos se suelden correctamente. Un yeso le permite caminar sin tener que poner peso en el pie. Tal vez necesite andar en silla de ruedas, muletas o usar un aparato ortopédico (con o sin un yeso). Podrían también recetarle una ortesis dinámica (*Charcot Restraint Orthotic Walker* o "CROW") para ayudarle a proteger su pie mientras usted anda. Además, es posible que le hagan usar otros tipos de dispositivos para mantener elevado el pie mientras está en su casa, o una venda elástica o media especial que comprime el pie para reducir la hinchazón y ayudar con la recuperación.



Puede tener que usar calzado a la medida

Una vez que su pie haya sanado, tal vez tenga que usar zapatos o plantillas (**ortosis**) hechos a la medida. El calzado a la medida se fabrica para ajustarse perfectamente a la forma de su pie, lo cual puede evitar que se formen úlceras por la fricción de los zapatos comunes. Si le aparecen úlceras a pesar de usar el calzado a la medida, tal vez tengan que hacerle una cirugía para corregir la deformidad.

<https://bit.ly/2MxOLQy>

¹³ López-Gavito E,* Parra-Télez P,* Vázquez-Escamilla J** Instituto Nacional de Rehabilitación. La neuroartropatía de Charcot en el pie diabético. Acta Ortopédica Mexicana 2016; 30(1): Ene.-Feb: 33-45. <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2016/or161132>

REHABILITACIÓN:

La discapacidad posterior a una amputación depende de la localización, el nivel de amputación y el número de amputaciones, influenciada además por la causa que originó la amputación así como el estado de salud general del paciente en conjunto con los factores sociales y económicos del mismo. La rehabilitación en Latinoamérica se inició alrededor del decenio de 1940; los pioneros fueron médicos ortopedistas que vislumbraron la necesidad de integración del discapacitado. Hay coincidencia de la información en que su auge fue posterior a la Segunda Guerra Mundial, pero motivada además por las epidemias de poliomielitis así como por la morbilidad de la parálisis cerebral, que generaban la necesidad de tratar las secuelas musculoesqueléticas.

PREVENCIÓN: Todavía no está muy claro por qué sólo algunos pacientes con diabetes desarrollan neuroartropatía y otros no, bien sería interesante saber la causa por la que un paciente con artropatía la desarrolla sólo en una de las extremidades. Los pacientes con artropatía de Charcot deben siempre ser evaluados en busca de un desequilibrio muscular, sobre todo cuando se trata de una deformidad en equino, que según Young se define como la limitación de la dorsiflexión del tobillo menor a 10° , con la rodilla extendida y la articulación subastragalina en posición neutra cuando el paciente utiliza zapato normal (compensando la altura del talón). En estos pacientes se recomienda realizar una tenotomía proximal del gastrocnemio medial para evitar las complicaciones de la artropatía de Charcot. Pronóstico El objetivo de todo tratamiento es lograr un pie plantígrado, estable y funcional; pese a lograr este fin, la mayoría de los pacientes con pie de Charcot no serán capaces de reanudar muchas de las actividades cotidianas. Los pacientes con diabetes mellitus deben controlar estrictamente sus niveles de azúcar en la sangre y las lesiones en los pies, ya que de no seguir las indicaciones es probable que se presente la recurrencia de la enfermedad.¹⁴

SOBREPESO Y OBESIDAD

La obesidad un problema de salud mundial está aumentando en muchos países al mismo paso que se incrementa el suministro de energía de los alimentos, según un estudio publicado en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En 45 países (65%), el incremento de calorías disponibles era suficiente o más que suficiente para explicar el aumento concurrente en el peso corporal. “Sabemos que hay otros factores que han cambiado a lo largo de estas décadas, como el aumento de la urbanización, la dependencia del automóvil y las ocupaciones sedentarias, que también contribuyen a la epidemia mundial de obesidad”, dice Stefanie Vandevijvere, investigadora sobre la salud mundial y la política alimentaria en la Universidad de Auckland, Nueva Zelanda.

“Sin embargo, nuestro estudio muestra que el exceso de calorías disponibles es un factor probable de consumo excesivo de esas calorías y puede explicar fácilmente el aumento de peso que se ve en la mayoría de los países”, argumenta esta experta. Los países deben buscar la forma de guiar el sistema alimentario. Esto significa trabajar en varios sectores como la agricultura, la producción de alimentos, la distribución y el comercio minorista, la salud, el bienestar social y la educación”, subraya el doctor Francesco Branca, director del Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS.¹⁵

POLÍTICA PÚBLICA DE ATENCIÓN A LA OBESIDAD EN MÉXICO

En materia de política de salud pública, los organismos rectores son la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que elaboran propuestas para todos sus Estados miembros, México incluido. En lo que respecta a la atención del sobrepeso y obesidad, la OMS elaboró y distribuye, desde 2004, una serie de documentos que delinean las acciones y estrategias para prevenir, controlar y revertir este problema, que considera una "epidemia" global. Entre éstos destacan, por su importancia, la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y

¹⁴ Eduardo Vázquez Vela Sánchez. Los amputados y su rehabilitación UN RETO PARA EL ESTADO. 2016, por: Academia Nacional de Medicina de México. https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/Rehabilitacion.pdf

¹⁵ Organización Mundial de la Salud . Obesidad y sobrepeso. 16 de febrero de 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

salud (OMS 2004); Un marco para la promoción de frutas y verduras a nivel nacional (Ibid. 2005); Una guía de enfoques basados en población para incrementar los niveles de actividad física (Ibid. 2008); Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud: marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación (Ibid. 2009).

En estos documentos se puede leer una campaña bien intencionada contra los estilos de vida no saludables, hábitos malsanos de consumo, énfasis en el aumento de la actividad física y en particular del ejercicio físico vigoroso entre la población infantil y adolescente. En la estrategia de control del sobrepeso se enfatiza en dos de los principales factores de riesgo para la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la obesidad: el régimen alimentario y las actividades físicas. Por ejemplo, se señala: "Las estrategias deben orientarse al cambio de las normas sociales y el mejoramiento de la comprensión y aceptación por las comunidades de la necesidad de integrar la actividad física en la vida cotidiana. Es preciso promover la creación de entornos que faciliten dicha actividad y establecer infraestructuras de apoyo para aumentar el acceso a instalaciones adecuadas y su utilización." (Ibid. 2004, 10). Sin embargo, no se menciona cómo se van a realizar estos cambios en las normas sociales acerca del ejercicio físico entre la población, o cómo se abordará el proceso de aceptación por las comunidades de esta actividad, dejando a cada país la implementación de sus estrategias de acuerdo con sus posibilidades económicas.

Aunque en esta literatura hay algunas referencias a los aspectos sociales del sobrepeso, se observa que mucha de la responsabilidad descansa en la persona, y se deja de lado la de entidades como la industria alimentaria, la publicidad y los medios de comunicación, entre otras. Esto lleva a pensar que al responsabilizar a la persona y centrarse en el individuo, las fallas en la estrategia de prevención y control de la obesidad serán adjudicadas a los sujetos y no al sistema de cuidados de salud o a otras instancias que también tienen responsabilidad en el mantenimiento del problema. Es aquí donde se considera que la investigación del fenómeno puede aportar elementos, desde la sociología, para la comprensión de que el cambio de normas sociales no es cuestión sólo de política pública, como lo demuestra el hecho de que en casi todas las escuelas públicas y privadas y en las localidades urbanas y rurales se cuenta con al menos una instalación deportiva, y no por eso la población de cualquier edad realiza alguna actividad física.

Por otro lado, y como respuesta a este llamado de la OMS, en el ámbito de la política pública de salud en México, respecto al fenómeno de sobrepeso y obesidad, el gobierno federal ha respondido con estrategias que reflejan "honda preocupación", y propone que para tratar con éxito el problema, desde la práctica clínica, "es indispensable que el paciente cambie su estilo de vida por conductas más saludables especialmente aumentando su actividad física, reduciendo el consumo de energía total y disminuyendo el consumo de grasa y alcohol" (Grupo Académico para el Estudio, Prevención y Tratamiento de la Obesidad y el Síndrome Metabólico 2008, 532).

Es necesaria "la capacitación adecuada del sector médico, fundamental para contribuir al control de la obesidad y el sobrepeso [...] Se pueden lograr grandes cambios con implementación de políticas orientadas a abatir los determinantes ambientales más importantes", y como ejemplo menciona: "generación de entornos seguros y adecuados para que la población, y en particular las mujeres, puedan desarrollar actividad física" (Ibid., 533). No se menciona al responsable por el desarrollo de estas "sencillas" políticas, ni la razón del énfasis de entornos seguros para las mujeres. Éstas no reconocen las desigualdades de género o el interés para que sean las mujeres quienes pierdan más peso que los hombres.

Por otro lado México, como miembro de la OMS, ha puesto en marcha esta política con la creación del documento Acuerdo nacional para la salud alimentaria: estrategia contra el sobrepeso y la obesidad (Secretaría de Salud 2010); contiene diez objetivos, cinco se refieren a la voluntad individual de las personas y el resto a la participación del gobierno federal con todas sus dependencias y de la industria, a fin de diseñar las condiciones para revertir el aumento de peso. En este documento, como en los elaborados por la OMS, se le da muy poca importancia a los determinantes sociales de la producción del sobrepeso y de la obesidad, y se le concede gran parte de la responsabilidad de la resolución del problema al comportamiento individual (factores de riesgo), con la modificación del estilo de vida de la persona como eje central, lo que supone su concepción como individual, en contraposición con la propuesta sociológica de verlo como una

construcción colectiva influida tanto por las elecciones (la agencia) como por las oportunidades de vida (la estructura).¹⁶

AMPUTACIONES

Amputación es la ausencia de una parte o toda la extremidad, de causa traumática o no traumática. Esta deficiencia anatómica se acompaña de disminución de la capacidad funcional de la persona alterando su rol en la sociedad y además del indudable impacto psicológico, personal y familiar. El problema es abordado por el equipo multidisciplinario de rehabilitación, cuyo objetivo principal es lograr la máxima funcionalidad global y el uso adecuado de la prótesis, de manera que permita al individuo ser independiente en sus actividades diarias e integrarse a su rol familiar, social y laboral.

La amputación de una parte externa del cuerpo, en particular una extremidad o parte de ella, se produce en casos de traumatismos muy graves, tras la necrosis de una extremidad por déficit de circulación sanguínea, trastornos metabólicos, tumorales o de tipo congénito, entre otros. Una situación como esta afecta a toda la familia y repercute en toda la dinámica de su entorno.

Procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción, extirpación o resección de parte o la totalidad de una extremidad a través de una o más estructuras óseas, en forma perpendicular al eje longitudinal del miembro. Cuando se efectúa a través de una interlínea articular se denomina *desarticulado*.

Tipos:

- Emergentes – Programadas.
- Abiertas – Cerradas.
- Trans – Desarticulados.

ETIOLOGÍA:

- Traumáticas (accidentes/conflictos bélicos/minas).
- No traumáticas:
- Disvasculares (Diabetes mellitus / Enfermedad vascular periférica).
- Infecciosas (Gangrena gaseosa / Osteomielitis crónica).
- Neoplásicas (Tumores óseos/partes blandas).
- Otras (amputaciones congénitas).

CONSIDERACIONES GENERALES:

- El éxito ulterior de la Rehabilitación está directamente relacionado con el nivel de amputación.
- Se debe buscar el nivel funcional más distal compatible con un razonable potencial de cicatrización (nivel biológico)
- Valorar preoperatoriamente las posibilidades de protetización del paciente y del nivel de amputación à Nivel funcional.
- La conservación de longitud del muñón es un éxito tanto para el paciente, el cirujano y el Médico Rehabilitador à Nivel más distal.
- Es preferible una amputación más proximal que recurrir a amputaciones sucesivas à Nivel de cicatrización.
- Viabilidad de los tejidos: (Color, temperatura, dolor isquémico/Medición transcutánea de la presión tisular de O₂ y la valoración intraoperatoria)

¹⁶ Cruz Sánchez, Marcelina, Tuñón Pablos, Esperanza, Villaseñor Fariás, Martha, Álvarez Gordillo, Guadalupe del Carmen, & Nigh Nielsen, Ronald Byron. Sobre peso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región y sociedad*, 25(57), 165-202 (2013). . Recuperado en 24 de diciembre de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252013000200006&lng=es&tlng=es.

CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS:

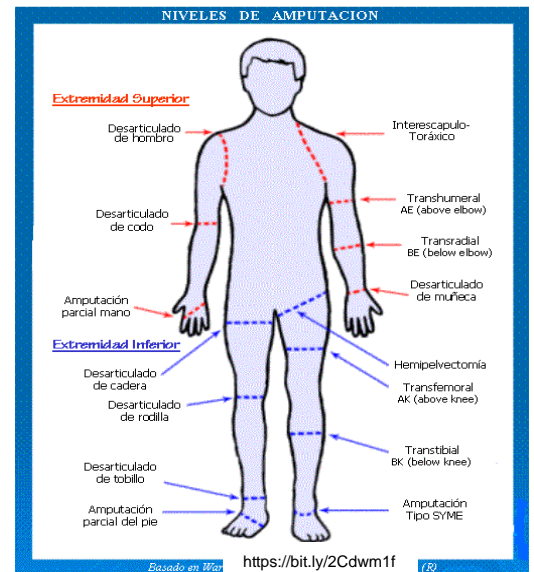
Segmento amputado (Extremidad Superior / Extremidad Inferior) ¹⁷

CUIDADOS DEL MIEMBRO AMPUTADO

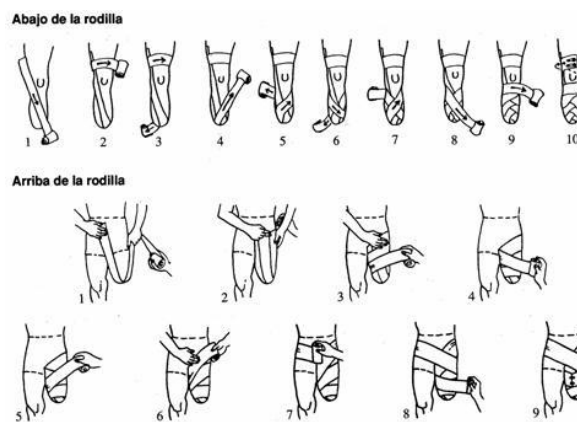
Los objetivos principales del cuidado del muñón son mantenerlo con una buena forma y en buena posición para poder adaptarle una prótesis. Para esto hay que:

- 1- Evitar la hinchazón
- 2- Mantener el movimiento normal de las articulaciones previniendo contracturas
- 3- Mantener la fuerza

Para evitar la inflamación y mantener el muñón con una buena forma para poder adaptarle una prótesis, es importante vendar el miembro recién amputado durante mucho tiempo.

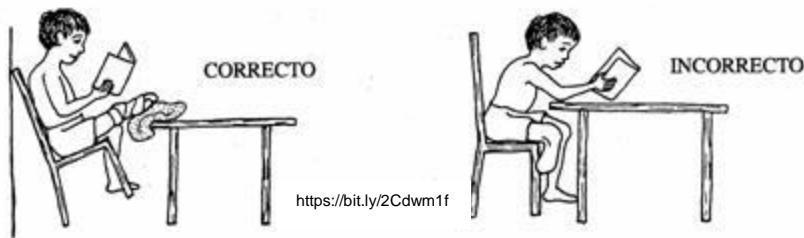


Hay que vendar la amputación de modo que el líquido que hay en ella se vaya hacia arriba en vez de quedar atrapado abajo en la punta. Ponga una venda elástica de esta manera:



Además de vendar el muñón recién amputado, hay que mantenerlo en alto la mayor parte del tiempo. No pase mucho tiempo con el brazo o la pierna colgando.

¹⁷ Dr. Raidel La O Ramos y Lic. Alfredo D. Baryolo Cardoso Rehabilitación del Amputado de Miembro Inferior. 2005. Dr. Raidel La O y Lic. Alfredo D. Baryolo Reservados todos los derechos... Camaguey, Cuba, 15 de septiembre del 2005 11:14 AM. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bio/manual_de_amputados.pdf



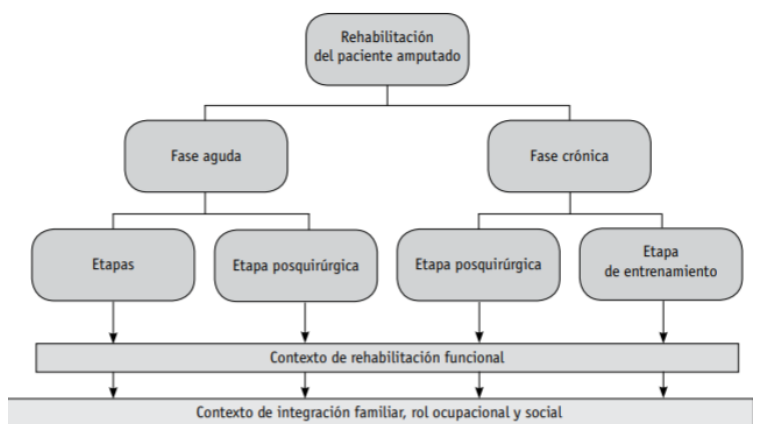
El abordaje de esta problemática se puede hacer desde dos ámbitos: médico-quirúrgico y de la atención integral posquirúrgica, dentro de la cual se pueden mencionar complicaciones relacionadas con el muñón, la prótesis y la adaptación del paciente a ésta. Sin embargo, dado lo extenso que resultaría abarcar todos estos aspectos, este artículo se centra en las complicaciones propias del muñón

- Retardo en la cicatrización ocurre en pacientes diabéticos o vasculares, en los cuales es fundamental escoger adecuadamente el nivel de amputación, el manejo suave de los tejidos blandos y mejorar el estado nutricional. Evitar formación de hematomas.
 - Infección del muñón hacer lavado y desbridamiento quirúrgico cuidadoso, antibioticoterapia y, si es necesario, amputación abierta y cierre posterior
 - Dolor residual técnica quirúrgica adecuada en el manejo de estructuras nerviosas y cuidadoso manejo de estructuras anatómicas (hueso, tejidos blandos).
 - Retracciones del muñón en pacientes amputados arriba de rodilla, realizar la mioplastia adecuada, evitando suturas que puedan producir deformidades en flexión y abducción del muñón
 - Prominencias óseas hacer selección adecuada del nivel, buen cubrimiento muscular del soporte óseo; en niveles como los procedimientos debajo de rodilla, longitud adecuada del peroné respecto a la tibia (1cm más corto) y la correcta forma en bisel de la tibia, en su extremo distal. Así mismo, en personas de avanzada edad, con amputaciones de muslo, cortar el fémur más proximal para obtener mejor cobertura de éste.
1. Forma Pueden observarse muñones con forma cónica (por prominencia ósea) cilíndrica o definitivamente irregular. La mejor condición es la del muñón cilíndrico, la cual facilita la adaptación a la prótesis.
 - Desde el momento de la cirugía, se define la forma del muñón, teniendo en cuenta la elección de colgajos que el cirujano seleccione, dadas las condiciones propias de cada paciente.
 - A través del vendaje es posible moldear el muñón, inicialmente, en la etapa posquirúrgica inmediata y principalmente en la fase crónica, etapa posquirúrgica mediata.
 - La educación al paciente o a algún miembro de la familia sobre la manera adecuada de colocar el vendaje, la importancia que tiene para moldear el muñón y la necesidad de permanecer con éste las 24 horas del día (no retirar por la noche) es fundamental para este propósito
 2. Estado y coloración de la piel en aquellos pacientes cuya causa de amputación se relaciona con factores de índole vascular o por diabetes, las alteraciones concomitantes tienen que ver con los cambios sistémicos que la enfermedad de base produce a mediano y largo plazo. En otros casos, se producen dermatitis por contacto con los materiales protésicos.
 - La condición médica del paciente, en relación con su patología de base, debe seguir siendo manejada y controlada estrictamente.
 - Para evitar que la piel del muñón se torne brillante, quebradiza, reseca, debe ser lubricada a diario con cremas hidratantes que suavicen su textura.
 - Los ejercicios circulatorios deben ser enseñados a los pacientes para realizarlos como parte de su rutina diaria, tanto en el muñón como en el otro miembro.

- La higiene del muñón y de los elementos protésicos es fundamental para evitar o controlar la dermatitis por contacto
3. Condiciones de la cicatriz una cicatriz adherida o dolorosa dificulta la adaptación protésica y limita la utilización de la misma
- El masaje de la cicatriz contribuye en la disminución del dolor; si se realiza en forma de cremallera, ayuda a disminuir las adherencias de esta a los tejidos profundos.
4. Sensibilidad Los muñones con disminución o pérdida de la sensibilidad al dolor ocasionan dificultades para la adaptación protésica dado que si se producen zonas de presión indebidas, pueden desencadenar flictenas y excoriaciones en la piel.
- La adecuada evaluación de la sensibilidad del muñón se convierte en la estrategia más importante de prevención. Una vez determinado el grado de disminución de ésta, debe darse la educación al paciente y su familia sobre los cuidados a tener en cuenta durante el uso de la prótesis, tales como revisar que la colocación la misma sea la adecuada, retirarla frecuentemente para revisar las zonas de presión, cerciorarse de que no queden arrugas en la media, forros u otros elementos que estén en contacto con el muñón.
5. Fuerza muscular La debilidad y la progresiva atrofia de los músculos que pierden su acción por la amputación, alteran el uso de la prótesis.
- La aplicación de estrategias rutinarias de fortalecimiento muscular en todos los músculos del miembro amputado, son indispensables. Igualmente, realizar contracciones isométricas de los músculos comprometidos en la amputación, específicamente los del muñón.
 - La actividad física y los estilos de vida saludables deben ser promovidos como parte del proceso de rehabilitación del paciente.
 - Elasticidad y flexibilidad muscular Las retracciones musculares propias de los estados sedentarios de la población en general, sumadas con las que se producen por los mismos procesos de amputación o desarticulación y la adopción de posturas inadecuadas por parte de los pacientes, llevan a dificultar la adaptación y el uso de la prótesis.
 - La aplicación de calor húmedo y el masaje en la zona de los músculos retraídos o contracturados, sirven como preparación para los ejercicios de estiramiento (asistidos, facilitación neuromuscular propioceptiva)
 - Las estrategias de estiramiento muscular deben ser utilizadas rutinariamente por parte del paciente.
 - La utilización de hidroterapia favorece el trabajo, tanto de fortalecimiento como de estiramiento muscular, en estos pacientes. Puede utilizarse crioterapia y electroterapia con ultrasonido o biofeedback.¹⁸

EL PACIENTE AMPUTADO: COMPLICACIONES EN SU PROCESO DE REHABILITACIÓN

El abordaje de esta problemática se puede hacer desde dos ámbitos: médico-quirúrgico y de la atención integral posquirúrgica, dentro de la cual se pueden mencionar complicaciones relacionadas con el muñón, la prótesis y la adaptación del paciente a ésta. Sin embargo, dado lo extenso que resultaría abarcar todos estos aspectos, este artículo se centra en las complicaciones propias del muñón. Uno de los aspectos preliminares a considerar es la importancia que reviste el conocimiento y la comprensión del proceso de rehabilitación como un todo. Es decir, no sólo como la adaptación de una prótesis a un muñón, dado que este proceso debe ser llevado a cabo por profesionales con la experticia necesaria, tanto para la adaptación como para la elaboración de las ayudas para la rehabilitación de la persona con amputación.



<https://bit.ly/2IHBOqj>

Cada una de estas etapas involucra diversas acciones por parte de los miembros del equipo interdisciplinario; de su coordinación y coherencia depende el éxito del proceso. En este punto se fundamenta la necesidad de contar con el equipo interdisciplinario de profesionales, compuesto por: cirujano, fisioterapeuta, enfermera, protesista y, de manera especial, el paciente como un participante activo del proceso

Es recomendable que la amputación inicial sea efectuada por un cirujano experto, con el fin de seleccionar el nivel de amputación adecuado, realizar la sección correcta de las estructuras musculares, óseas, nerviosas, vasculares y dejar un muñón con buena cobertura. Si la situación del paciente pone en peligro su vida, se deben tomar las medidas para su sobrevivencia y remitirlo a un centro especializado para continuar con el correspondiente manejo médico-quirúrgico y de rehabilitación.

1. Retardo en la cicatrización ocurre en pacientes diabéticos o vasculares, en los cuales es fundamental escoger adecuadamente el nivel de amputación, el manejo suave de los tejidos blandos y mejorar el estado nutricional. Evitar formación de hematomas.
2. Infección del muñón hacer lavado y desbridamiento quirúrgico cuidadoso, antibioticoterapia y, si es necesario, amputación abierta y cierre posterior
3. Dolor residual técnica quirúrgica adecuada en el manejo de estructuras nerviosas y cuidadoso manejo de estructuras anatómicas (hueso, tejidos blandos).
4. Retracciones del muñón en pacientes amputados arriba de rodilla, realizar la mioplastia adecuada, evitando suturas que puedan producir deformidades en flexión y abducción del muñón.
5. Prominencias óseas hacer selección adecuada del nivel, buen cubrimiento muscular del soporte óseo; en niveles como los procedimientos debajo de rodilla, longitud adecuada del peroné respecto a la tibia (1cm más corto) y la correcta forma en bisel de la tibia, en su extremo distal. Así mismo, en personas de avanzada edad, con amputaciones de muslo, cortar el fémur más proximal para obtener mejor cobertura de éste.¹⁹

ANÁLISIS DE LA FUNCIONABILIDAD DE PRÓTESIS ORTOPÉDICAS TRANSFEMORAL

El incremento de los accidentes, enfermedades del sistema musculoesquelético y las incomprensibles guerras siguen siendo las principales causas de las amputaciones en la actualidad. Generalmente las personas amputadas por traumatismos y razones congénitas son menores de 30 años. El interés por aumentar el bienestar de las personas con algún tipo de minusvalidez es una de las principales áreas de interés que se siguen en Biomecánica, Ortopedia y Traumatología. Actualmente en Cuba existen alrededor de 30 000 personas minusválidas de las

¹⁹ Ospina MSc Jackeline, Serrano Fernando MD. El paciente amputado: complicaciones en su proceso de rehabilitación. Rev. Cienc. Salud. Bogotá (Colombia) 7 (2): 36-46, mayo-agosto de 2009. <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v7n2/v7n2a6.pdf>

extremidades inferiores, de aquí que sea una preocupación constante el interés por el mejoramiento de su calidad de vida.

El desarrollo de métodos capaces de evaluar los diseños, materiales y regímenes de las prótesis, desempeñan un papel fundamental en la detección de las desviaciones de la marcha y en la formulación de propuestas de mejoras que incrementan la calidad de vida del amputado. Es conocido que el incremento de la movilidad de las articulaciones protésicas es beneficioso porque puede en cierta manera imitar los movimientos de un miembro sano. Pero esto debe ser controlado, porque los fenómenos de movimiento vienen acompañados por fenómenos de desgaste y deterioro de piezas del ensamble protésico. Por otro lado, las articulaciones totalmente fijas incrementan el gasto energético del paciente, así como pueden provocar traumas y enfermedades en las zonas biológicas (el miembro sano, la cadera, la rodilla, el tobillo y la espina dorsal) que suelen estar en un régimen de carga mayor.

La prótesis POLIOR lleva aproximadamente 15 años de uso en Cuba. Es necesario el aumento de su funcionalidad y durabilidad, porque de esta manera se incrementaría la seguridad y comodidad de los amputados y se reducirían los costos que implican sus importaciones. En este estudio se integran técnicas de videográficas y simulaciones numéricas con el objetivo de determinar las deficiencias en el diseño y la funcionabilidad de las articulaciones y del encaje de la prótesis POLIOR.²⁰

PRÓTESIS

Una prótesis es una extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo que falta por diversas razones, entre ellas por amputación. Existen prótesis cuya única función es estética (prótesis oculares, mamarias, etc.)

El principal objetivo de una prótesis es sustituir una parte del cuerpo que haya sido perdida por una amputación o que no exista a causa de agenesia, cumpliendo las mismas funciones que la parte faltante.

Funciones:

- Restaurar funcionalidad perdida a causa de la amputación o de alguna malformación congénita
- Recuperar la imagen
- Reinstauración parcial del centro de gravedad

Las prótesis se clasifican en:

1. Endoprótesis: Son aquellas que precisan procedimientos quirúrgicos para su colocación, estas tienen un diseño endoesquelético.
2. Exoprótesis: Estas son aquellas que al contrario de las endoprotesis, estas se pueden retirar, se les considera aparatos ortopédicos estas a su vez se clasifican en:
 - Motoras: Estas son ejecutadas en una acción simple.
 - Sensoriales: En la cual ambas extremidades informan la relación con el entorno, y de manera automática se calcula la cantidad de fuerza que se debe aplicar por parte del aparato locomotor por el individuo.

²⁰ Olivares Miyares Andy L, Broche Vázquez Leonardo, Díaz Novo Carlos, Garlobo Castillo Leonardo, Sagaró Zamora Roberto. Análisis de la funcionabilidad de prótesis ortopédicas transfemorales. Rev Cubana Ortop Traumatol [Internet]. 2011 Dic [citado 2018 Dic 24] ; 25(2): 102-116. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2011000200001&lng=es.

También se clasifican de acuerdo a sus materiales:

3. Plástico
4. Láminas de titanio
5. Resina
6. Metal

De igual manera se clasifican de acuerdo a la energía presentada: se utiliza para realizar los movimientos de las articulaciones suplidadas las hay en 2 tipos:

- Interna: el propio individuo mueve la articulación protésica con el resto del aparato locomotor.
- Externa: sistemas mecánicos, hidráulicos o eléctricos sobre el individuo que actúan de forma indirecta para activarlos, movidos por pequeños motores con baterías.²¹

3.1 ANTECEDENTES

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). La discapacidad en México, datos al 2014 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México INEGI, c2016.

El cambio en el paradigma para referirse a la población con discapacidad, en el que actualmente prevalece ver a la persona a partir de su funcionalidad, más que de su deficiencia, ha permitido orientar acciones y políticas nacionales, regionales y mundiales, en favor de los derechos de este grupo poblacional; ejemplo de ello es la aprobación de la Convención de los Derechos de las Persona con Discapacidad, documento promovido por México en el seno de las Naciones Unidas, que fue aprobado en diciembre de 2006 y ratificado por México en 2007.

Los cambios o transformaciones demográficas y epidemiológicas que vive gran parte de la población mundial, así como la promoción de una perspectiva de la discapacidad basada en los derechos humanos, han incrementado la necesidad de contar con información sobre las características y condiciones de vida de las personas con discapacidad. En nuestro país, la producción de estadísticas sobre discapacidad es una obligación de acuerdo con el Artículo 22 de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y el Artículo 31 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México: INEGI, c2013.

Las amputaciones de extremidades inferiores disminuyen la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus (DM). El objetivo de este estudio fue describir el índice de amputaciones de extremidades inferiores (mayores y menores) en sujetos con DM adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), comparando los años 2004 y 2013. El pie diabético es una de las complicaciones más comunes asociadas con la diabetes mellitus (DM), se estima que aproximadamente del 15 al 25 % de los pacientes con DM desarrollan pie diabético durante el curso de su enfermedad; es decir, que seis personas con DM tendrán una úlcera a lo largo de su vida. Estudios publicados han demostrado que esto ocurre principalmente en los hombres y está relacionado con el resultado de un control glucémico inadecuado y prolongado de la DM.

A nivel mundial, la incidencia anual de las úlceras del pie diabético en pacientes con DM oscila entre 1.0 a 4.1 %. En los países desarrollados se ha reportado que hasta un 5 % de las personas con DM tiene problemas de pie diabético y que frecuentemente resulta en amputación. Las amputaciones conllevan a discapacidad y mortalidad prematura. Esta condición de discapacidad es una de las causas más frecuentes de hospitalización para las personas con DM, porque generan gastos adicionales derivados de su atención médica, rehabilitación, tratamientos de discapacidad y gasto económico por invalidez. Se calcula que el costo directo de una amputación asociada al pie diabético está entre los 30 000 y los 60 000 USD. Estudios han demostrado que la presencia de amputaciones de extremidades inferiores en sujetos con DM es un factor de predicción en la reducción en la calidad de vida.

Eduardo Vázquez Vela Sánchez. Los amputados y su rehabilitación UN RETO PARA EL ESTADO. 2016, por: Academia Nacional de Medicina de México.

La discapacidad posterior a una amputación depende de la localización, el nivel de amputación y el número de amputaciones, influenciada además por la causa que originó la amputación así como el estado de salud general del paciente en conjunto con los factores sociales y económicos del mismo. La rehabilitación en Latinoamérica se inició alrededor del decenio de 1940; los pioneros fueron médicos ortopedistas que vislumbraron la necesidad de integración del discapacitado. Hay coincidencia de la información en que su auge fue posterior a la Segunda Guerra Mundial, pero motivada además por las epidemias de poliomielitis así como por la morbilidad de la parálisis cerebral, que generaban la necesidad de tratar las secuelas musculoesqueléticas.

PREVENCIÓN: Todavía no está muy claro por qué sólo algunos pacientes con diabetes desarrollan neuroartropatía y otros no, bien sería interesante saber la causa por la que un paciente con artropatía la desarrolla sólo en una de las extremidades. Los pacientes con artropatía de

Charcot deben siempre ser evaluados en busca de un desequilibrio muscular, sobre todo cuando se trata de una deformidad en equino, que según Young se define como la limitación de la dorsiflexión del tobillo menor a 10, con la rodilla extendida y la articulación subastragalina en posición neutra cuando el paciente utiliza zapato normal (compensando la altura del talón). En estos pacientes se recomienda realizar una tenotomía proximal del gastrocnemio medial para evitar las complicaciones de la artropatía de Charcot. Pronóstico El objetivo de todo tratamiento es lograr un pie plantígrado, estable y funcional; pese a lograr este fin, la mayoría de los pacientes con pie de Charcot no serán capaces de reanudar muchas de las actividades cotidianas. Los pacientes con diabetes mellitus deben controlar estrictamente sus niveles de azúcar en la sangre y las lesiones en los pies, ya que de no seguir las indicaciones es probable que se presente la recurrencia de la enfermedad.

VAZQUEZ MARTINEZ MARIA LUISA, GARCIA RABADAN LORENA, DOCIO CASTRO MARIA DE LA CISA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE AMPUTADO. 12 MAYO, 2018

Cuidados de enfermería en paciente amputado.

La enfermería tiene una gran labor ante un paciente sometido a la amputación de un miembro. Las primeras 24 h tras la intervención son decisivas, ya que hay mucho riesgo de hemorragias en estas horas, por tanto, la inspección de apósitos y la vigilancia de la herida son acciones fundamentales. Muchos de los pacientes con amputaciones supracondilea o infrarotuliana, llegan a la unidad con drenajes tipo redón para evacuar todo el líquido que se produzca en el interior de la herida, dicho contenido hay que contabilizarlos en las 48h siguientes.

El paciente amputado se ve afectado en el área social y psicológica principalmente, por lo tanto, enfermería juega un papel muy importante ya que es la encargada de detectar las principales carencias mostradas por el paciente. Para ello, debe de buscar un lugar tranquilo y con intimidad para llevar a cabo una buena entrevista y valoración del mismo. Se realizara un plan de cuidados adaptado a cada paciente según las necesidades detectadas en dicha entrevista, para lo cual, tomaremos como patrón las 14 necesidades básicas de V.Henderson. De esta manera, intentaremos que el paciente se recupere lo antes posibles con cara al alta hospitalaria.²²

MARÍA LUISA VÁZQUEZ MARTÍNEZ (DUE), LORENA GARCÍA RABADÁN (GRADO EN ENFERMERÍA), MARÍA DE LA CISA DOCIO CASTRO (D.U.E) CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE AMPUTADO. 12 MAYO, 2018.

Protocolo de actuación en la rehabilitación de pacientes amputados de miembro inferior

La amputación es un tipo de intervención que se realiza hace siglos con el objetivo de reducir la invalidez, eliminar extremidades dañadas y salvar vidas. En sí misma supone nuevos patrones biomecánicos de carga y marcha, y pueden aparecer lesiones por sobrecarga o desuso. En la actualidad se reconoce que el tratamiento de la persona amputada abarca no solo la cirugía, sino también la restauración de la función y el ajuste de un miembro artificial.

El tratamiento global del amputado debe considerarse como un proceso dinámico continuo, que comienza en el momento de la lesión y continua hasta que el paciente haya alcanzado la máxima utilidad de su prótesis y sea capaz de realizar las actividades esenciales de la vida diaria y de ocupar un empleo. Se conoce que las amputaciones de miembros inferiores son de siete a ocho veces más frecuentes que las de miembros superiores.

La fisioterapia interviene de manera activa durante el entrenamiento de estos pacientes amputados de extremidades inferiores para su rehabilitación. El presente trabajo está enfocado a elaborar un protocolo de actuación sobre el tratamiento rehabilitador mediante ejercicios físicos a las personas amputadas, en especial aquellos que han sufrido amputación de miembros inferiores. La kinesioterapia y la rehabilitación ambulatoria son los elementos fundamentales que se analizan en el desarrollo y la discusión de este trabajo.

MIEMBRO FANTASMA: después de una amputación, por lo general, el 100% de las personas experimenta la sensación de miembro fantasma, que suele describirse como la percepción de que el miembro amputado todavía está presente.

MUÑÓN: porción de un miembro amputado, comprendida entre la superficie de sección y la articulación próxima; la forma ideal es cónica.

²² Vazquez Martinez Maria Luisa, Garcia Rabadan Lorena, Docio Castro Maria De La Cisa. Cuidados de enfermería en el paciente amputado. 12 mayo, 2018
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-amputado/>

PRÓTESIS: es una extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo que falta, el principal objetivo de una prótesis es sustituir una parte del cuerpo que haya sido perdida por una amputación, además se suele utilizar con fines estéticos.²³

²³ María Luisa Vázquez Martínez (DUE), Lorena García Rabadán (grado en enfermería), María de la Cisa Docio castro (D.U.E) Cuidados De Enfermería En El Paciente Amputado. 12 Mayo, 2018. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-amputado/>

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

Para comprender el concepto de disciplina enfermera y entender los orígenes y el estado actual de la profesión es necesario contextualizarla históricamente. El cuidado es una actividad tan antigua como el hombre. En el estudio de las primeras civilizaciones ya se podían identificar miembros de la comunidad encargados de realizar tareas relacionadas con la conservación de la vida y el cuidado de las personas. Desde tiempos remotos, el ser humano ha necesitado ayuda para sobrevivir en momentos de fragilidad, dependencia, enfermedad... Esta necesidad ha sido cubierta por la enfermería como ocupación, ya que hasta tiempos muy recientes no ha sido concebida como una profesión, sino como una actividad no remunerada, que no contaba con una formación específica, y cuya función era la de proporcionar cuidados en materia de salud.

FASES

7. Fase tribal-doméstica. Una de las tareas de la mujer, desde las primeras sociedades primitivas, va a consistir en cuidar de los niños y de los ancianos
8. Fase religiosa-institucional. Las órdenes clericales controlan las instituciones donde se prestan cuidados
9. Fase preprofesional. La atención hecha por personas sin ningún tipo de formación específica
10. Fase profesional. Se crean las primeras escuelas. Destaca el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth y Florence Nightingale a la que se le atribuye la profesionalización de la enfermería y se la considera la fundadora de la enfermería moderna protestante y laica

4.2 Paradigmas enfermeros Desarrollada por Suzanne Kérrouac et al., esta clasificación se basa en los conceptos, ideas y postulados que los modelos teóricos tienen en común. Se trata de una clasificación genérica y amplia que identifica tres paradigmas:

- Categorización: se orienta hacia la salud pública y hacia la enfermedad.
- Integración: con una atención centrada en la persona.
- Transformación: orientado hacia la persona unitaria en interacción con el universo

Es una de las clasificaciones de la producción científica enfermera más utilizada actualmente.

- 1. PARADIGMA DE CATEGORIZACIÓN** Tomando como base este paradigma, los fenómenos son simplificados para poder analizarlos, cuantificarlos y más tarde clasificarlos. La meta de los modelos englobados en el paradigma de categorización es encontrar la causa de la enfermedad. Se pueden distinguir dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad. Orientación hacia la salud pública Se caracteriza por la necesidad de mejorar las condiciones higiénicas de la época. Entre los siglos xviii y xix las hambrunas, las guerras y las epidemias infecciosas de enfermedades como la peste, el paludismo, el tifus exantemático, el cólera, el sarampión, la viruela, la gripe, la escarlatina y otras muchas, diezmaban a la población.

La máxima representante de este paradigma es Florence Nightingale que basaba su atención en aplicar los principios de higiene pública, en la utilización de conocimientos estadísticos comparativos y en una enseñanza formal y rigurosa. Orientación hacia la enfermedad Esta etapa comienza en el siglo xix. Focaliza el interés en la enfermedad y está muy relacionada con la práctica médica.

La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única. El factor causal orienta al tratamiento, y se dejan de lado los demás factores personales o ambientales. La persona es un sujeto pasivo del cuidado, se deja hacer, no se le permite participar de su propio cuidado. La muerte, como la enfermedad, se debe combatir a cualquier precio. Se separa la dimensión biológica de la dimensión psicológica y se estudian los aparatos/sistemas por separado. Durante esta época se focaliza en el control de las infecciones, mejorando los métodos antisépticos y las técnicas quirúrgicas.

- 2. PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN** Prevalente entre los años 1950 y 1975, es consecuencia de la definición de salud de la OMS (1948). Coincide con el auge del modelo biopsicosocial. A diferencia del paradigma de categorización, en éste se integran los fenómenos en unas circunstancias particulares. Está fuertemente influenciado por la psicología.

El elemento hacia el que se orienta este paradigma es la persona, concebida como un todo, formado por la suma de sus partes, que están interrelacionadas. El cuidado es constante, el paciente/cliente es el protagonista y adquiere responsabilidad en su proceso. La mayoría de los modelos teóricos pertenecen a este paradigma.

- 3. PARADIGMA DE TRANSFORMACIÓN** La persona es considerada de forma holística, como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad, es indisociable de su universo.

La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano y su entorno. Se trata así de un enfoque de promoción de la salud que incita a los individuos, miembros de una comunidad, a comprometerse y participar con objeto de mejorar su bienestar. La salud es una cuestión subjetiva a la que la persona da una importancia determinada por sus experiencias pasadas y presentes.²⁴

²⁴ Manual CTO. Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teorías. <https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCOS%20E2%80%9A%20Vol%20C3%BAmen%201/9788417470050>

4.3 TEORÍAS DE ENFERMERÍA

TEORÍA GENERAL DE DOROTHEA E OREM

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno. Define relaciones entre conceptos, con el objetivo de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos. Se diferencia del modelo en que es más concreta, menos abstracta y puede proporcionar una dirección específica para orientar la práctica.

Dorothea E. Orem. Teoría general del déficit de autocuidado Se trata de una teoría general compuesta por otras tres, que están interrelacionadas entre sí: la teoría del autocuidado, la del déficit del autocuidado y la de los sistemas de enfermería.

A. Teoría del autocuidado define y explica el elemento principal en el modelo de D. Orem, el autocuidado. Hace referencia a las acciones personales que emprende y realiza cada individuo, dirigidas hacia él o su entorno, con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud. Dentro de esta teoría, además del autocuidado, también se encuentran los conceptos de agencia de autocuidado, requisitos de autocuidado y demanda de autocuidado terapéutico.

• **LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO:** capacidades específicas (combinación de conocimientos, destrezas, habilidades y motivaciones) que tiene un individuo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. • **Requisitos de autocuidado:** circunstancias o condiciones necesarias para el autocuidado. También se denominan necesidad de autocuidado

Para Orem existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería: requisitos de autocuidado universales, requisitos de autocuidado de desarrollo y requisitos de autocuidado en caso de desviación en la salud.

• **DEMANDA DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO:** acciones necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado. “Ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico”.

AUTOCUIDADO:

Auto: el individuo en su totalidad, incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales.

Cuidado: todas las actividades que realiza el individuo para conservar su vida y desarrollarse de manera normal.

AUTOCUIDADO: práctica de actividades que los individuos realizan de manera voluntaria e intencionada en favor de su propio beneficio para la conservación de su vida, salud y bienestar, como en: la habilidad de toma de decisiones.

Una vez que el hombre ha reconocido sus necesidades, su incapacidad de autocuidado o ambas, se activa la demanda de autocuidado y hace necesaria la intervención de la enfermería, misma que se ve determinada por los factores condicionales básicos. La intervención aplica la valoración de tres aspectos.

1. Requisitos de autocuidado universales:

Aporte de aire · Aporte de agua · Alimentación · Eliminación · Equilibrio entre reposo y actividad · Equilibrio entre soledad e interrelación social · Prevención de riesgos · Promoción de la actividad humana

2. Requisitos de desarrollo

Embarazo · Nacimiento · Infancia · Adolescencia · Adulto · Menopausia · Envejecimiento · Muerte

3. Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud.

Cambio de estructura (p. ej.: tumor) · Cambio en el funcionamiento físico del organismo (p. ej.: inmovilidad) · Cambio en el comportamiento, los hábitos de la vida diaria (p. ej.: pérdida de interés) · Cambio en el funcionamiento integral del ser humano (p. ej.: estado de coma)²⁵

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO Trata de justificar la necesidad de la actuación enfermera. El elemento central de esta teoría es el déficit de autocuidado que se produce cuando la agencia de autocuidado no satisface los requisitos de autocuidado; o dicho de otra manera, cuando el paciente no es capaz de cuidarse por sí mismo. En esta situación se produce una satisfacción de los requisitos de cuidado del paciente mediante cinco métodos de ayuda: actuar, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno que fomente las capacidades del paciente

²⁵ Prado Solar Liana Alicia, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noélvis, Romero Borges Karelia. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Dic 24]; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es

AGENTE DE AUTOCUIDADO: es uno mismo, porque cada individuo lleva a cabo los cuidados elementales como bañarse, vestirse, comer, etc.

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: conocimiento de sí mismo, naturaleza de la salud, expectativas culturales.

Cambios de conductas de autocuidado y deseos de compromiso. Más la toma de decisiones en salud

El lugar que ocupa la enfermera en el autocuidado es el **agente de autocuidado terapéutico**, llamado así porque entra en acción cuando la persona genera demandas de autocuidado terapéutico, es decir, cuando sabe que requiere un tratamiento por parte de una persona con conocimientos específicos de salud.

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:

De manera que antes de conocer el déficit de autocuidado es necesario valorar primero los requisitos de autocuidado universal, del desarrollo y autocuidado en la desviación de la salud; y segundo, reconocer los elementos que participan en ellos: agentes de autocuidado, agentes de cuidado dependiente y agencia de autocuidado.

Se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos.

El objetivo de la teoría general del déficit de autocuidado es exponer posibles relaciones desde la perspectiva de la enfermera para proporcionar cuidados, consecuentemente se constituyen en un marco de trabajo para la disciplina ya que identifica variables sobre las relaciones de la persona, al ambiente y la enfermería partir de la salud.

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO: el autocuidado es la acción propia de las personas maduras o en proceso de maduración, misma que han desarrollado a partir de las capacidades para cuidar de sí mismos en sus condiciones ambientales. Tiene como propósito que dicha acción se realice de manera efectiva y eficaz por la propia persona en favor de sí mismo.

La demanda de autocuidado terapéutico es una entidad construida objetivamente sobre la información que describe a un individuo en cuanto a sus aspectos funcionales, estructurales y de desarrollo; sugiere que las características de las personas cuidadas, incluyendo sus propiedades específicas, son denominadas factores de condicionamiento básico, que son: estado de salud, sexo, edad y sistema familiar.

Se agrupan en tres categorías

1. Aquellos que describen a los individuos que son pacientes de las enfermeras individualmente o en grupo
2. Que se relacionan a estos individuos con su familia de origen o por matrimonio
3. Que localizan a individuos en sus mundos relacionándolos en condiciones y circunstancias de vida.²⁶

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

Requisitos universales del autocuidado son comunes a todos los seres humanos e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.

Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado o la asistencia dependiente organizada en torno a los requisitos universales, fomenta positivamente la salud y el bienestar.

- Requisitos:

²⁶ Ostiguin Meléndez Rosa María. Velázquez Hernández Silvia María de la Luz. Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada. Manual moderno. 2001.

- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre soledad y la comunicación social,
- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano
- Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los "factores condicionantes básicos" que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.²⁷

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.²⁸

TEORÍA DE SISTEMAS

En la teoría de sistemas se marcan las pautas que implementan las formas de intervenciones, en tanto que refiere una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de las personas para regular sus acciones de autocuidado.

En las que se explican los modos en que las y los enfermeros pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas.

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera sule a la persona.
- Sistema de enfermería parcialmente compensadora: el personal de enfermería proporciona autocuidado.
- Sistema de enfermería de apoyo educativo: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin ayuda.²⁹

²⁷ Vargas Mendoza Cindy Johanna. Requisitos Universales Del Autocuidado. 14 De Agosto Del 2012. [Http://Necesidadeshumanasdelautocuidado.Blogspot.Com/2012/08/Autocuidado.Html](http://Necesidadeshumanasdelautocuidado.Blogspot.Com/2012/08/Autocuidado.Html)

²⁸ Rosales Barrera Susana y Reyes Gómez Eva. Teoría de Dorothea Orem. 2016 <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/dorothea.html>

²⁹ Medina Eladio, Bautista Cruz Juan, Lagos Andres, Teorías De Dorothea Orem (Autocuidado). Fundación Universitaria De Área Andina. Facultad De Enfermería. Octubre 26 De 2010. <https://Laestenosisaortica.Wordpress.Com/>

4.5 El Proceso De Atención De Enfermería (PAE)

El proceso de atención de enfermería (PAE), es el método más documentado a nivel internacional con el cual estructurar la práctica del cuidado científico, fundamentado en los procesos de resolución de problemas y toma de decisiones. Este se conforma de 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación; y se caracteriza por fomentar la asistencia reflexiva y organizada, la continuidad e individualización de los cuidados, el uso racional del tiempo y el desarrollo del pensamiento crítico en el recurso humano:

Lo catalogan como un puente entre la academia y la disciplina profesional y le otorgan valor científico e integrativo en la práctica de enfermería. De hecho, se ha establecido que tanto estudiantes como profesionales, le adjudican confiabilidad y calidad a la atención derivada de los juicios obtenidos mediante él. Sobre todo, si está acompañado de estrategias como el mapa conceptual, las cuales mejoran las habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones:

Asimismo, se ha determinado que su aplicación favorece el desarrollo profesional e impacto de la carrera a nivel social, principalmente, si se optimiza con una práctica constante, acompañamiento docente durante la formación universitaria, la adquisición de experiencias y conocimientos, así como, la incorporación de teorías y modelos conceptuales disciplinares³⁰

FASES DEL PROCESO ENFERMERO

Presentamos aquí una breve descripción de lo que hay que hacer en cada fase del proceso enfermero.

VALORACIÓN. Recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal de riesgo que pueden generar problemas de salud (Tabaquismo). También puede buscar evidencias de los recursos con que cuenta el cliente.

DIAGNÓSTICO (identificación de los problemas). Analizar los datos e identificar los problemas reales y potenciales, que constituyen la base del plan de cuidados. También hay que identificar los recursos, que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.

PLANIFICACIÓN. Aquí hay que realizar cuatro cosas clave, que son:

Determinar las prioridades inmediatas. ¿Qué problemas requieren una atención inmediata? ¿Cuáles pueden esperar? ¿En cuáles debe centrarse la enfermera? Cuáles puede delegar o referir a otros? ¿Cuáles requieren un enfoque multidisciplinar?

Fijar los objetivos (resultados) esperados. Exactamente, ¿Cómo se beneficiará la persona de los cuidados enfermeros? ¿Qué podrá hacer el usuario y cuándo?

Determinar las intervenciones. ¿Qué intervenciones, acciones enfermeras, prescribirá para prevenir o tratar los problemas y lograr los objetivos?

Anotar o individualizar el plan de cuidados. ¿Escribirá su propio plan o adaptará un plan estándar o computarizado para responder a la situación específica del usuario?

EJECUCIÓN. Puesta en práctica del plan –pero no solo actuar-. Piense y reflexione sobre lo que está haciendo.

EVALUACIÓN. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Continúe con su planeación o modifíquela si es necesario.

³⁰ Jara-Sanabria F., Lizano-Pérez A.. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enferm. univ [revista en la Internet]*. 2016 Dic [citado 2018 Dic 24]; 13(4): 208-215. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000400208&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.003>

V. METODOLOGÍA

5.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

ESTUDIO DE CASO

La información existente sobre la utilización del método de estudio de caso en investigación científica y sobre la forma como debe realizarse el análisis inductivo de datos cualitativos es bastante escasa. Además, el método de estudio de caso ha sido muy cuestionado por algunos autores (Stoeker, 1991; Venkatraman & Grant 1986, Rouse & Daellenbach, 1999; Bower & Wiersema, 1999), quienes consideran que su prestigio es bajo, que no suele considerarse como una buena estrategia para realizar investigación científica, y que el método de estudio de caso presenta problemas de fiabilidad y validez, debido a lo cual en la investigación empírica se utilizan básicamente métodos cuantitativos.³¹

El estudio de caso es una nueva tendencia que está implementándose en los trabajos de investigación en la actualidad en todos los niveles, tanto en grado y postgrado de cualquier área, siendo muy cuestionado en algunos aspectos que en ocasiones no están argumentados en forma científica. Lo que implica, que se cree un prejuicio por este tipo de método, que utilizándolo correctamente y con cientificidad, constituye un cúmulo de derivaciones muy ricos en resultados, que llega a ser muy precisos en cuanto al caso investigado y sirve de esta manera como precedentes para futuros casos iguales o similares, dando así un panorama de la realidad investigada.

Yin (1989), uno de los más renombrados investigadores, manifestó sobre el estudio de casos en la metodología de investigación como “una investigación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo en su contexto real, donde los límites entre el fenómeno y el contexto no se muestran de forma precisa, y del, que múltiples fuentes de evidencia son utilizadas”. Este sería uno de los conceptos más fáciles de comprender sobre lo que implica este tipo de estudio, que a pasos seguros va abarcando cada vez más el ámbito de las investigaciones. Siguiendo al mismo autor, el estudio de caso permite analizar el fenómeno objeto de estudio en su contexto real, utilizando múltiples fuentes de evidencia, cuantitativas y/o cualitativas simultáneamente. Por otra parte, esto conlleva el empleo de abundante información subjetiva, la imposibilidad de aplicar la inferencia estadística y una elevada influencia del juicio subjetivo del investigador en la selección e interpretación de la información. Es, por tanto, una metodología de investigación cualitativa que tiene como principal debilidad la falta de confiabilidad de sus resultados y en la generalización de sus conclusiones; lo que la enfrenta a los cánones científicos más tradicionales y lo que, de alguna manera, la ha marginado frente a otras metodologías más cuantitativas y objetivas como metodología científica de investigación empírica. Sin embargo, estos métodos cuantitativos también presentan fuertes limitaciones para el estudio de realidades complejas y cambiantes. Ello generó un resurgimiento en los años sesenta de un debate a favor de los métodos cualitativos, tanto en la Rand Corporation (Helmer y Rescher, 1959; Landeta, 1999) como en la segunda Escuela de Chicago, donde cristaliza en lo que se conoce como nueva o segunda escuela de Chicago, representada por Glasser y Strauss (1967), autores de la Teoría de Campo (Grounded Theory).

Los estudios de casos, cada vez más se consideran como una valiosa herramienta de investigación (Gummesson, 2000). Hay algunas causas que dan sustento a este cambio fundamental de tendencia. Es así, cómo se puede resumir, que el estudio de casos es uno de los métodos más apropiados para aprender la realidad de una situación, en los que se requiere

³¹ Martínez Carazo, Piedad Cristina El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica Pensamiento & Gestión, núm. 20, julio, 2006, pp. 165-193 Universidad del Norte Barranquilla, Colombia <https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>

explicar relaciones causales complejas, realizar descripciones de perfil detallado, generar teorías o aceptar posturas teóricas exploratorias o explicativas, analizar procesos de cambio longitudinales y estudiar un fenómeno que sea, esencialmente, ambiguo, complejo e incierto (Villareal y Landeta, 2007).

Las funciones del estudio de caso pueden ser varias de acuerdo a lo que él investigador quiere desarrollar. Yin (2009) distingue tres finalidades distintas para las que los estudios de caso se pueden emplear:

- Los estudios descriptivos de casos, pretende describir un fenómeno puramente. Por ejemplo, un proceso o evento, para responder a "qué", "quién", "dónde" y "¿Cómo (muchos)" preguntas.
- Los estudios de caso explicativos tienen la intención de investigar y explicar las características del fenómeno con mayor profundidad, por ejemplo, sus interrelaciones, al preguntar "cómo" y "por qué".
- Los estudios exploratorios de casos se aplican a explorar campos totalmente nuevos de la investigación cuando el investigador sólo tiene pocos antecedentes o no (por ejemplo, los marcos, la teoría), como para explicar el fenómeno focalizado³²

³² Jiménez Chaves Viviana Elizabeth. El estudio de caso y su implementación en la investigación. Rev. Int. Investig. Cienc. Soc. ISSN (Impresa) 2225-5117. julio 2012. pág. 141-150. [file:///C:/Users/PAVILION/Downloads/Dialnet-EIEstudioDeCasoYSuImplementacionEnLaInvestigacion-3999526%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/PAVILION/Downloads/Dialnet-EIEstudioDeCasoYSuImplementacionEnLaInvestigacion-3999526%20(4).pdf)

5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Para la realización del Estudio de Caso, se elige una persona con amputación transfemoral de miembro pélvico derecho por complicación de Pie de Charcot y Diabetes Mellitus tipo 2; del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”, quien ya hace un año de este padecimiento y continua sus consultas para la curación de herida de muñón, dentro del consultorio de consulta externa de rehabilitación neurológica.

Fuentes de información:

- Se obtuvieron de entrevistas con la persona
- Entrevista a familiar (hijo).
- Expediente clínico.

TRASCENDENCIA:

Dentro de las referencias que se utilizaron para este Estudio de Caso se encontraron con algunas del estado de México y su trascendencia que han tenido para otro tipo de trabajos.

Campos-Nonato Ismael, Hernández-Barrera Lucía, Rojas-Martínez Rosalba, Pedroza Adolfo, Medina-García Catalina, Barquera-Cervera Simón. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 [citado 2018 Dic 24]; 55(Suppl 2): S144-S150.

Hipertensión

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo más importantes para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal que son otras importantes causas de mortalidad en México. La hipertensión arterial es una patología crónica que consiste en el aumento de la presión arterial. Una de las características de esta enfermedad es que no presenta unos síntomas claros y que estos no se manifiestan durante mucho tiempo. En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España. Sin embargo, la hipertensión es una patología tratable. Si no se siguen las recomendaciones del médico, se pueden desencadenar complicaciones graves, como por ejemplo, un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente. Las primeras consecuencias de la hipertensión las sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se hacen más gruesas y puede verse dificultado al paso de sangre a través de ellas. Esto se conoce con el nombre de arterioesclerosis

López-Gavito E,* Parra-Télez P,* Vázquez-Escamilla J Instituto Nacional de Rehabilitación. La neuroartropatía de Charcot en el pie diabético. Acta Ortopédica Mexicana 2016; 30(1): Ene.-Feb: 33-45**

Pie de Charcot

En un principio, a finales del siglo pasado, Charcot le dio el nombre de neuroosteoartropatía por la relación entre la neuropatía y la deformación osteoarticular, pero ahora que ha resaltado la existencia del sistema vascular periférico que lleva a la infección local, se ha aceptado que la nomenclatura se modifique como “neuropatía inflamatoria sarcoósea y artropatía”. Esta nueva definición explica la característica clínica que al inicio es una inflamación no dolorosa y distorsión del pie, lo cual conduce a ulceración e infección. También hay pérdida del arco plantar y las alteraciones predominan en la parte media y trasera del pie. Puede estar antecedida de un traumatismo ligero al que no se le dio importancia y por ello el inicio del trastorno es difícil de reconocer; más tarde, cuando se desarrolla una úlcera, se traduce como la presencia de trastorno vascular periférico al que se le ha sumado el inflamatorio, y la arquitectura esquelética produce la deformación así como la dislocación articular. Debido a la neuropatía se pierde la sensación dolorosa que tiene un efecto protector y por ello el enfermo continúa caminando; además contribuye al desarrollo de la lesión que desaparece el control de la marcha. Medidas preventivas en la EAP y el pie de Charcot Es lamentable que en muchos lugares de atención primaria de salud la consulta médica rutinaria no incluya la exploración de la circulación periférica, incluso con el

simple conocimiento de explorar los pulsos pediales, tibiales y poplíteos. Asimismo forma parte de esta exploración determinar la coloración de las uñas, la presencia de micosis y el corte adecuado de las uñas. También se puede diagnosticar, con instrumentos sencillos, la presencia y el grado de la neuropatía periférica. La educación al paciente es primordial en cuanto al lavado y secado de los pies, el corte correcto de las uñas, el uso de humectantes, el tipo de calcetines, así como la selección del calzado y, algo que a menudo se olvida, la insistencia en que se evite caminar descalzo.

Dr. Raidel La O Ramos y Lic. Alfredo D. Baryolo Cardoso Rehabilitación del Amputado de Miembro Inferior. 2005. Dr. Raidel La O y Lic. Alfredo D. Baryolo Reservados todos los derechos... Camaguey, Cuba, 15 de septiembre del 2005 11:14 AM

Amputaciones

Amputación es la ausencia de una parte o toda la extremidad, de causa traumática o no traumática. Esta deficiencia anatómica se acompaña de disminución de la capacidad funcional de la persona alterando su rol en la sociedad y además del indudable impacto psicológico, personal y familiar. El problema es abordado por el equipo multidisciplinario de rehabilitación, cuyo objetivo principal es lograr la máxima funcionalidad global y el uso adecuado de la prótesis, de manera que permita al individuo ser independiente en sus actividades diarias e integrarse a su rol familiar, social y laboral.

La amputación de una parte externa del cuerpo, en particular una extremidad o parte de ella, se produce en casos de traumatismos muy graves, tras la necrosis de una extremidad por déficit de circulación sanguínea, trastornos metabólicos, tumorales o de tipo congénito, entre otros. Una situación como esta afecta a toda la familia y repercute en toda la dinámica de su entorno.

Consideraciones generales:

- El éxito ulterior de la Rehabilitación está directamente relacionado con el nivel de amputación.
- Se debe buscar el nivel funcional más distal compatible con un razonable potencial de cicatrización (nivel biológico)
- Valorar preoperatoriamente las posibilidades de prototización del paciente y del nivel de amputación a Nivel funcional.
- La conservación de longitud del muñón es un éxito tanto para el paciente, el cirujano y el Médico Rehabilitador a Nivel más distal.
- Es preferible una amputación más proximal que recurrir a amputaciones sucesivas a Nivel de cicatrización.
- Viabilidad de los tejidos: (Color, temperatura, dolor isquémico/Medición transcutánea de la presión tisular de O₂ y la valoración intraoperatoria)

Hernández-Ávila M, Gutiérrez JP, Reynoso-Noverón N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud Publica Mex 2013;55 supl 2:S129-S136.

La diabetes se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI y en un reto de salud global. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que a nivel mundial, de 1995 a la fecha casi se ha triplicado el número de personas que viven con diabetes, con cifra actual estimada en más de 347 millones de personas con diabetes. De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, China, India, Estados Unidos, Brasil, Rusia y México, son –en ese orden– los países con mayor número de diabéticos. La diabetes es una enfermedad crónica de causas múltiples. En su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud graves como infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura. Se ha estimado que la esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce entre 5 y 10 años. En México, la edad promedio de las personas que murieron por diabetes en 2010 fue de 66.7 años, lo que sugiere una reducción de 10 años. El desafío para la sociedad y los sistemas de salud es enorme, debido al costo económico y la pérdida de calidad de vida para quienes padecen diabetes y sus familias, así como por los importantes recursos que requieren en el sistema público de salud para su atención. Algunas estimaciones indican que, por ejemplo, Estados Unidos desde 1997 destina más de 15% del gasto en salud de este país para la atención de los diabéticos. En México, las estimaciones existentes son muy variables con cálculos de costos de atención por paciente que van desde 700 hasta 3 200 dólares anuales, lo que se traduce en 5 a 14% del gasto en salud destinado a la

atención de esta enfermedad y sus complicaciones, inversión que de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes se relaciona directamente con la tasa de mortalidad por esta causa.³³

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: PREVALENCIA, DIAGNÓSTICO OPORTUNO, CONTROL Y TENDENCIAS EN ADULTOS MEXICANOS

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo más importantes para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal que son otras importantes causas de mortalidad en México. Entre el año 2000 y 2006, la prevalencia de HTA se mantuvo tan alta que afectó a 31.6% de los adultos mexicanos.

Las complicaciones de la HTA se relacionan directamente con la magnitud del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución. El tratamiento temprano de la HTA tiene importantes beneficios en términos de prevención de complicaciones, así como de menor riesgo de mortalidad. Por esta razón, la alta prevalencia de esta enfermedad en México adquiere mayor importancia si se considera que en el año 2006, 47.8% de estos adultos con HTA fueron hallazgo de la encuesta, es decir, no habían sido diagnosticados. Además, de los adultos previamente diagnosticados únicamente 39.0% recibía tratamiento.

Entre los factores que se han identificado y que contribuyen a la aparición de HTA, diversos estudios citan la edad, una alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, tabaquismo, inactividad física y presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemias y diabetes. En México, estas enfermedades han sido caracterizadas epidemiológicamente a partir de las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2000 a 2012. Por ello, el presente estudio tiene por objeto describir la prevalencia, distribución y tendencias de la HTA en los adultos mexicanos mayores de 20 años, así como describir la prevalencia de diagnóstico oportuno y control de esta enfermedad con los datos nacionales más recientes. Con ello, se pretende contribuir a generar evidencia para que los tomadores de decisiones en salud pública puedan identificar acciones para prevenir, mejorar el diagnóstico oportuno y el control de esta patología.³⁴

Beatriz López Martín I M^a Jesús Pancorbo Hernández-Rico. Amputación. Cuidados avanzados en enfermería traumatológica.

Amputación

La amputación puede considerarse como el procedimiento quirúrgico más antiguo, considerándose una operación destructiva que puede convertirse en constructiva cuando suprime la incapacidad y la enfermedad y restituye la capacidad, funcionalidad y comodidad. En estudios arqueológicos se han descubierto restos del hombre de Neandertal que presentan signos de haber vivido tras la pérdida de un miembro. Si bien, probablemente, las amputaciones entre estos se producían por accidente, castigos o por ritos mágicos, tal y como lo demuestra la presencia de estas prácticas en algunas culturas o pueblos de los denominados “primitivos” en la actualidad. Hoy en día las amputaciones traumáticas producidas en tiempo de guerra suelen ser el resultado de lesiones por minas terrestres, estallidos de misiles u otras explosiones de alta velocidad cuyo objetivo es mutilar más que matar, conllevando severas lesiones tisulares.³⁵

Eduardo Vázquez Vela Sánchez. Los amputados y su rehabilitación UN RETO PARA EL ESTADO. Mesa Directiva de la Academia Nacional de Medicina de México 2015–2016

Epidemiología de las amputaciones en México

En la actualidad el número de pacientes amputados en el mundo occidental mantiene un incremento anual debido fundamentalmente al envejecimiento de la población, que presenta con la edad algunos problemas crónicos, como diabetes y enfermedad vascular periférica. La OMS y la

³³ Hernández-Ávila M, Gutiérrez JP, Reynoso-Noverón N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud Publica Mex 2013;55 supl 2:S129-S136.

³⁴ Dr. Simón Barquera. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. 18 de enero de 2013. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a11.pdf>

³⁵ Beatriz López Martín I M^a Jesús Pancorbo Hernández-Rico. Amputación. Cuidados avanzados en enfermería traumatológica. https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/enfermeria_trauma.pdf

OPS informan que del total de amputaciones de las extremidades inferiores entre 40 y 85% están relacionadas con problemas vasculares asociados con la diabetes. El objetivo de este capítulo es describir y analizar la epidemiología de las amputaciones en la población mexicana, las causas más frecuentes, su distribución demográfica y algunas de las consecuencias de este problema, utilizando la información disponible en las fuentes relacionadas con este tema.³⁶

MAGNITUD

La diabetes se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI y en un reto de salud global. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que a nivel mundial, de 1995 a la fecha casi se ha triplicado el número de personas que viven con diabetes, con cifra actual estimada en más de 347 millones de personas con diabetes. De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, China, India, Estados Unidos, Brasil, Rusia y México, son –en ese orden– los países con mayor número de diabéticos.

La diabetes es una enfermedad crónica de causas múltiples. En su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud graves como infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura. Se ha estimado que la esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce entre 5 y 10 años. En México, la edad promedio de las personas que murieron por diabetes en 2010 fue de 66.7 años, lo que sugiere una reducción de 10 años.

El desafío para la sociedad y los sistemas de salud es enorme, debido al costo económico y la pérdida de calidad de vida para quienes padecen diabetes y sus familias, así como por los importantes recursos que requieren en el sistema público de salud para su atención.

FACTIBILIDAD:

A pesar de que el domicilio de la persona no es cercano al INR y al domicilio del Estudiante de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación no cuenta con inconveniente para llevar a cabo el estudio de caso. La persona está en la mejor disposición para llevar a cabo el tratamiento. Refiriendo no tener ningún inconveniente para el horario, para una visita domiciliaria. Refiere que se confirme el día de la visita de manera telefónica un día antes para no tener ningún inconveniente en la hora.

Esperando buenos resultados como la estabilidad, marcha cuando llegue el momento, fuerza muscular, movilidad en los muñones para un mejor equilibrio, de igual manera tomar en cuenta al familiar y al cuidador primario para la mejoría de la persona y así obtener la mayor independencia en las actividades de la vida diaria y continuar con el estado emocional actual.³⁷

³⁶ Eduardo Vázquez Vela Sánchez. Los amputados y su rehabilitación UN RETO PARA EL ESTADO. Mesa Directiva de la Academia Nacional de Medicina de México 2015–2016. https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/Rehabilitacion.pdf

³⁷ DIABETES MELLITUS. la revista *Salud y Corazón*. Editada por la Fundación Española del Corazón (FEC), 2018 <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/diabetes.html>

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La palabra "ética" hubiera pasado con similares significados al latín de no ser por Cicerón. Tal vez el problema de distinguir entre estos dos términos se lo debamos a él, porque se propuso "enriquecer" el idioma latino añadiendo la palabra "moral". Cicerón comienza su tratado *Del destino* afirmando "ya que atañe a las costumbres, lo que los griegos llaman ἠθος, mientras que nosotros solemos llamar a esa parte de la filosofía 'el estudio de las costumbres', pero conviene llamarla 'moral' para que se enriquezca la lengua latina".

Cicerón, entonces, propone un neologismo, el término "moral", para llamar así a la disciplina filosófica que estudia las costumbres y que los griegos llamaban "ética". No se trataba de un mero capricho: la filosofía romana derivaba casi exclusivamente de la griega, y los filósofos romanos no tenían a su disposición un vocabulario filosófico comparable con el que había evolucionado en Grecia a lo largo de muchos siglos. Había que traducir los términos griegos o acuñar nuevos. Cicerón optó por esta segunda opción y fue seguido por Séneca, quien afirma en sus epístolas: "Muy numerosos y grandes autores han dicho que hay tres partes de la filosofía, la moral, la natural, y la racional"³⁸

La Ética es la disciplina o área de la Filosofía que se ocupa del estudio del bien o de la "buena vida humana" (Prado, 1998); como afirma Cortina (2001: 62): "la Ética... tiene por objeto el deber referido a las acciones buenas que se expresan en los juicios denominados morales...". Este deber, según plantea Prado siguiendo al filósofo español Xabier Zubiri, no es incompatible con la felicidad, sino por el contrario, está orientado hacia ella. El deber, dice Zubiri, es "la posibilidad más conducente a la felicidad", entendiendo la felicidad no como una sensación superficial de confort sino como "el sentirse realmente bien" (Prado, 1998: 132).

Esta es la relación estructural entre ética y profesión que nos permite ver con claridad que toda profesión tiene un fundamento ético, y que toda acción profesional tiene que cumplir un deber ético.

LOS PRINCIPIOS DE LA ÉTICA PROFESIONAL

En el campo de la ética profesional prácticamente existe consenso acerca de los principios que deben fundamentar las acciones de todo profesionalista que se precie de estar actuando moralmente. Más allá de la existencia y apego a ciertos códigos deontológicos que plantean muchos gremios profesionales, en un nivel de mayor generalidad y profundidad teórica se encuentran estos tres principios de acción ética (o cuatro, dependiendo del desdoblamiento o no del primer principio) que deben normar el comportamiento en el campo de la acción socio-profesional.

Desde los planteamientos de autores como Hortal (1996; 2002), Martínez (2006), Hirsch (2004) y otros, estos principios fundamentales son: el principio de beneficencia (al que en ocasiones se añade su contraparte, como principio de no maleficencia), el principio de justicia y el principio de autonomía.³⁹

³⁸ Ortiz Millán, Gustavo. Sobre la distinción entre ética y moral. 2016 *Isonomía*, (45), 113-139. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-02182016000200113&lng=es&tlng=es.

³⁹ López Calva, Martín. Ética profesional y complejidad: Los principios y la religación. *Perfiles educativos* 2013, 35(142), 43-52. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982013000400020&lng=es&tlng=es

CARTA DE DERECHOS DE LOS PACIENTES

1. Recibir atención médica adecuada. El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

2. Recibir trato digno y respetuoso. El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz. El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

4. Decidir libremente sobre su atención. El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado. El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en que consisten los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

6. Ser tratado con confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión. El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

8. Recibir atención médica en caso de urgencia. Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9. Contar con un expediente clínico. El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos

1. Recibir atención médica adecuada. El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida. El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Asimismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

40

CARTA DE DERECHOS GENERALES DE LAS ENFERMERAS Y LOS ENFERMEROS

1. Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales Tienen derecho a que se les otorguen las facilidades para ejercer la gestión y ejecución del cuidado de enfermería en intervenciones independientes y dependientes al usuario, familia y comunidad, basado en su juicio profesional y sustentado en el Método de Enfermería, dentro de un marco ético, legal, científico y humanista Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 5.

Ley Reglamentaria del Artículo 5to. Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones. Artículo 24.

Ley Federal del Trabajo. Artículo 164, Título Quinto.

Ley de Profesiones. Artículo 33.

2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional. Tienen derecho a trabajar en instalaciones seguras y apropiadas, que les permitan desarrollar sus actividades en las mejores condiciones de protección para su salud e integridad personal. Cuando las características de sus actividades impliquen riesgos para su salud, tienen derecho a que se les dote de los insumos indispensables para minimizar el riesgo laboral. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Artículo 3 y 6. Ley Federal del Trabajo. Artículo 51; Art. 132, Título Cuarto, Fracción XVII, XXIV, XXVII; Art. 166, Título Quinto; Art. 172, Título Quinto; Art. 473, Título Noveno; Art. 475, Título Noveno; Art. 476, Título Noveno; Art. 483, Título Noveno; Art. 487, Título Noveno; Art. 490, Título Noveno; Art. 492, Título Noveno. Ley General de Salud. Artículo 166. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículo 19 fracción II.

3. Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones. Tienen derecho a recibir del establecimiento donde presten sus servicios, el material, equipo y personal requeridos para el desarrollo de su trabajo, conforme a la normativa y las necesidades del área o servicio en el cual desempeñan su actividad profesional. Ley Federal del Trabajo. Artículo 132, Título Cuarto, fracción III Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículo 21 y 26

4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral. En términos de la obligación de dar información en el ámbito de su responsabilidad en el cuidado de la persona, tienen derecho a no revelar la información que sobrepase su competencia profesional y laboral. Ley General de Salud. Artículo 23, 32 y 52. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículo 29. Código Internacional de Enfermeras. Directrices Derecho y Lugar de trabajo. Las enfermeras y los enfermeros tienen derecho a ejercer la profesión sin rebasar el ámbito de las responsabilidades que jurídicamente le competen.

40

1. Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales Tienen derecho a que se les otorguen las facilidades para ejercer la gestión y ejecución del cuidado de enfermería en intervenciones independientes y dependientes al usuario, familia y comunidad, basado en su juicio profesional y sustentado en el Método de Enfermería, dentro de un marco ético, legal, científico y humanista Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 5.

Ley Reglamentaria del Artículo 5to. Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones. Artículo 24.

Ley Federal del Trabajo. Artículo 164, Título Quinto.

Ley de Profesiones. Artículo 33.

5. Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico. En todos los ámbitos de su ejercicio, tienen derecho a recibir trato digno por parte del paciente y sus familiares, así como de los profesionales y personal relacionados con su práctica profesional, independientemente del nivel jerárquico. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Artículo 1. Declaración de Posición. Consejo Internacional de Enfermeras. Las Enfermeras (os) tienen derecho de ejercer en un entorno que les garantice la seguridad personal, libre de malos tratos y violencia, amenazas o intimidación. Ley Federal del Trabajo. Artículo 132, fracción VI.

6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud. Tienen derecho a acceder, sin discriminación alguna, a un sistema de educación, capacitación y desarrollo profesional de acuerdo a la normativa de la institución donde laboran. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 1, Párrafo Tercero. Ley Federal del Trabajo. Artículo 132, Título Cuarto, Fracción XV. Artículo 153-A, B, F. Ley General de Salud. Artículo 89, Segundo Párrafo y 90, fracción I. Declaración de Posición. Consejo Internacional de Enfermeras. La formación y capacitación inicial y continua de las enfermeras y los demás Profesionales de Salud, debe dotarles de las competencias necesarias para conseguir que los pacientes y el público estén bien informados y para trabajar en colaboración con ellos con el fin de satisfacer mejor sus necesidades de Salud. Todo el personal de enfermería debe tener acceso a la formación continua, y han de utilizarse los medios convenientes para llegar a las que trabajan en regiones aisladas.

7. Tener acceso a las actividades de gestión docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales. Tienen derecho a ser considerados para participar en actividades de gestión, investigación y docencia como parte de su desarrollo profesional. Ley General de Salud. Artículo 90, fracción IV Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículo 6 y Artículo 17 fracción VI. OIT Convenio 149 sobre el empleo y condiciones de Trabajo y de Vida del Personal de Enfermería. Artículo V, Inciso 1.- Se tomarán medidas para fomentar la participación del personal de Enfermería en la Planificación de los Servicios de Enfermería y la consulta de este personal en la adopción de las decisiones que le afectan, según métodos apropiados a las condiciones nacionales, en particular formación apropiada, condiciones de empleo y trabajo.

8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales. Tienen derecho a integrarse en organizaciones, asociaciones y colegios que les representen para impulsar el desarrollo profesional, la superación de sus agremiados y para vigilancia del ejercicio profesional, conforme a la legislación vigente. Así mismo, la elección del organismo colegiado será libre y sin presiones. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 9. Ley Reglamentaria del Artículo 5to. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones. Artículo 50 y 40. Ley General de Salud. Artículo 49. Código Civil Federal. Artículo 2670. OIT Recomendación 157. Recomendación sobre el Empleo y Condiciones de Trabajo y de vida del personal de Enfermería. V participación, inciso a) los representantes calificados del personal de Enfermería, o de sus organizaciones representativas deberán asociarse para la elaboración y aplicación de las políticas y principios generales que rigen esta profesión, en particular en los campos de la instrucción, formación y el ejercicio de la profesión.

9. Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna. Tienen derecho, como cualquier profesionista, sin discriminación alguna y de acuerdo a sus capacidades, a ocupar cargos directivos y de representación para tomar decisiones estratégicas y operativas en las organizaciones de su interés profesional. Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación. Artículo 9. Queda prohibida toda práctica discriminatoria que tenga por objeto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades. A efecto de lo anterior, se consideran como conductas discriminatorias: Fracción III. Prohibir la libre elección de empleo, o restringir las oportunidades de acceso, permanencia y ascenso en el mismo.

10. Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 5. Ley Federal del Trabajo. Artículo 56, 66, 67, 68, 82, 83 y 85. Ley de Profesiones

1. Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales Tienen derecho a que se les otorguen las facilidades para ejercer la gestión y ejecución del cuidado de enfermería en intervenciones independientes y dependientes al usuario, familia y comunidad, basado en su juicio profesional y sustentado en el Método de Enfermería, dentro de un marco ético, legal, científico y humanista Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 5.

Ley Reglamentaria del Artículo 5to. Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones. Artículo 24.

Ley Federal del Trabajo. Artículo 164, Título Quinto.

Ley de Profesiones. Artículo 33.

Artículo 24, 31 y 32.

41

CAPITULO I

Disposiciones Comunes

ARTÍCULO 5o.

El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

ARTÍCULO 6o. El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

- I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
- II. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;
- III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;
- IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;
- V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;
- VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;
- VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección,
- VIII. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

⁴¹ Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México. Carta de Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros. http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/td_c_der_generales.html

VI. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

Edad: 58 años

Género: masculino

Domicilio: Edo. Mex.

Dx. médico: Amputación bilateral de miembros pélvicos por ulcera plantar categoría tres+ absceso osteomielitis.

Padecimiento actual:

Se valora a persona en el servicio de rehabilitación neurológica, en el Instituto Nacional De Rehabilitación el día 10 de agosto del 2010. Se trata de una persona de 58 años de edad con Dx de artropatía de Charcot infectada de tobillo izquierdo, diabetes mellitus tipo II, de larga evolución e hipertensión arterial sistémica. Inicio de padecimiento actual en Noviembre del 2007 con ulcera plantar en primer dedo de pie izquierdo que evoluciona con infección, motivo por el cual se practica amputación radical del primer dedo.

Evoluciona con absceso en dorso y planta del pie que requieren aseo quirúrgicos. Remite parcialmente quedando una fistula en cara medial del talón.

Persona masculina de 58 años de edad con diabetes mellitus de 18 años de evolución, en tratamiento de hipertensión arterial sistémica, alérgico a las sulfas, procedimientos quirúrgicos por amputación de pie izquierdo, presenta ulcera en muñón derecho, ingresa a servicio de Cirugía general para seguimiento. Se interviene paciente el día 14 de noviembre del 2017 y se realiza faciotomía dorsal y lavado quirúrgico de miembro pélvico derecho, pese a baja respuesta así como compromiso neurovascular se decide intervención de paciente el día 28 de noviembre del 2017 realizándose amputación supracondilea de miembro pélvico derecho.

En el año 2018 la persona acude al servicio de Rehabilitación Neurológica dentro del Instituto Nacional De Rehabilitación a curación de herida de muñón derecho, con uso de prótesis izquierda, se encuentra con buena autoestima todos los días. Se traslada en silla de ruedas la cual utiliza por sí mismo. Realiza movilización independiente, de la silla al sillón, del carro a la silla, etc. Continúa con terapias de rehabilitación en el instituto y en casa. Sin ninguna contrariedad, sin presencia de dolor al movimiento. Sus signos vitales se encuentran dentro de los parámetros normales ya que lleva un apego al tratamiento medicamentoso que le proporciona su médico familiar. Vive con su pareja de 50 años y sus dos hijos de 27 y 25 años de edad. Su cuidador primario es su hijo de 25 años de edad, el cual refiere que no tiene ningún inconveniente de trasladar o ayudar cuando su padre se lo solicita en alguna de las actividades de la vida diaria.

6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA

Antecedentes Heredo Familiares: Madre con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 de más de 40 años presenta a los 65 años de edad pie de Charcot y se realiza amputación y dos años después fallece.

Antecedentes personales patológicos actuales: diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión desde hace 19 y 8 años respectivamente.

Antecedentes personales transfusionales: negados

Antecedentes personales quirúrgicos: se realiza a los 26 años de edad la vasectomía, se realizó amputación transtibial de pierna izquierda en el 2008; se coloca una prótesis. En el 2017 se realiza la segunda amputación transfemoral de miembro pélvico derecho.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 VALORACIÓN

Se aplica valoración el día 1 de noviembre del 2018

Factores de condicionamiento básico:

Persona masculino de 58 años de edad, nacido en la Ciudad de México el 13 de noviembre de 1960; actualmente vive en casa propia de tabique dos pisos, con cochera y centro de lavado, la cual cuenta con escaleras, bordes a la entrada; con todos los servicios; en Tultepec Estado de México, con su actual pareja en unión libre y sus dos hijos mayores de edad con quienes lleva una relación de confianza y comunicación eficaz; el menor de ellos es el que funge como cuidador primario. La persona es pensionada y da su aportación económica cada quincena. Su familia no ha dejado que se modifique este rol.

Refiere no sentirse apartado de sus seres queridos ya que continúa con sus actividades familiares con un poco de ayuda pero en general lo hace por su propia cuenta.

Tiene citas cada semana en consulta externa de Rehabilitación Neurológica para curación de herida de muñón. La cual se encuentra sin signos o síntomas de infección.

7.1.1 VALORACIÓN FOCALIZADA

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:

Al valorar patrón respiratorio según la escala de disnea de Sadoul es de 0 grados determinando ausencia de disnea. , se encuentra con campos pulmonares permeables y su frecuencia respiratoria es de 21´ y manteniendo los parámetros normales durante todas las visitas que se realizaron. Refiere haber fumado hace 10 años pero no presenta compromiso alguno.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua:

Refiere ingerir 2 litros de agua purificada de garrafón en un día. No consume lácteos por indicación médica; toma refrescos, jugos u otro tipo de líquidos (que no sea agua purificada de garrafón) ½ vaso, cuando no se encuentra en su casa o come en la calle, (si así lo requiere).

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento:

Nos indica que realiza 3 comidas al día, según la evaluación del estado nutricional (Mini Nutritional Assessment MNA™) teniendo un resultado de 13 puntos determinando normalidad.

Realizando 1 colación durante el día. Lleva una dieta para diabético, libre de lácteos, no consume carne de puerco. Cereales 1/7; tubérculos 1 vez al mes; pollo y pescado 3/7; leguminosas, verduras y frutas 7/7. Refiriendo el desagrado por el brócoli y por eso lo evita. La comida se compra ya preparada.

Con una glucosa en ayunas de 94 mg/dl y postprandial de 110 mg/dl.

En la valoración física se detecta un peso de 83.600kg e índice de masa corporal (IMC) 27 determinando sobrepeso. Con dentadura postiza completa en buen estado, sin presentar problemas para la masticación y la deglución

4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.

Refiere miccionar 4 veces al día, en la escala de Armstrong de escala de color de la orina con un puntaje de 2, inolora, con una cantidad de 2 litros 200.

En cuanto a la eliminación de heces presenta características de tipo 3 (según escala de Bristol) con dos evacuaciones al día.

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo:

Con respecto a las actividades refiere que solo se han vuelto lentas y las realiza con precaución, cuenta con dos periodos de descanso los cuales son por la tarde y en la noche. Duerme 9 horas seguidas sin ningún problema evidente, con descanso al despertar. No considera que su estado actual interfiera con su descanso.

Usa prótesis transtibial en miembro pélvico izquierdo ya de hace 10 años por el mismo padecimiento; andadera, silla de ruedas y muletas para sus actividades.

Con la escala de índice de Barthel se valoró sus actividades de la vida diaria (AVD), con un resultado de 85 puntos. Y con la escala de Lawton de actividades instrumentales de la vida diaria obtuvo de 7, lo cual indica que es una persona capaz de llevar sus actividades de la vida diaria sin mayor problema.

Se valora escala de Tinetti del equilibrio con un puntaje de (2) y marcha en 0 por Amputación bilateral, con prótesis en miembro izquierdo con cambio de soquet para diciembre del 2018. Con riesgo de caída de alto. Trasladándose con uso de silla de ruedas.

En escala de clasificación de Pohjolainen para persona con algún miembro amputado. Su resultado es de clase VII con puntuación de 6 en clasificación de Russek y en escala de Volpicelli 1 (desplazamiento en sillas de ruedas)

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

La persona se encuentra cooperadora todo el tiempo, en la escala de depresión de Yessavage se obtuvieron 5 puntos lo cual consideramos como un individuo normal. Presenta una actitud positiva, su comunicación con su familia es efectiva. No presenta ningún problema para socializar con otras personas. Pertenecer a grupos sociales como: Libre acceso A.C Correr en Maratones Natación Grupo de baile.

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Debido a las amputaciones ha perdido tono muscular, según la escala de Ashworth de una puntuación de 2 que significa que hay una notable incremento en la resistencia del músculo durante la mayor parte de arco del movimiento articular, pero la articulación se mueve fácilmente también ha perdido fuerza muscular en la escala de Daniel's con un puntaje de 3 grados, que significa que el músculo realiza todo el movimiento contra la acción de la gravedad, pero sin sugerirle ninguna resistencia y el equilibrio escala de Tinetti en 3 y marcha sin poder evaluarla por diagnóstico médico, y presenta un riesgo medio de caídas según la Escala de Downton.

Refiere Caída de silla de ruedas al piso por descuido por no poner correctamente el freno de esta hace, a lo que refiere no haberse lastimado de gravedad. Solo quedo adolorido por un par de días.

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el

No ve limitaciones con su condición y se acepta tal cual es.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se realiza exploración física el día 20 de Noviembre del 2018.

Estado general:

Persona de 58 años de edad, orientado en sus tres esferas; edad cronológica de acuerdo a su apariencia física, bien hidratada, piel con turgencia sin palidez ni resequedad.

Cráneo: Normocéfalo, sin presencia de deformidades, ni de dolor a la palpación. Con buena implantación de cabello, presenta canas y es abúndate con muy buena higiene.

Cara: Presenta buena implantación de cejas, no presenta alopecia, sus párpados presenta simetría, con buena movilidad, sin edema o algún tipo de parálisis, sin alteraciones aparentes; sus ojos son simétricos, de tamaño promedio, con una movilidad normal, con reflejos presentes; su nariz es simétrica a su rostro, fosas nasales permeables, sin presencia de flujo nasal, sin pólipos, sin dificultad respiratoria aparente; sus labios y boca no presentan alteraciones aparentes, se encuentran mucosas hidratadas y coloración rosado, sus encías no presentan sangrado; él usa prótesis dental total, integra; el sentido del gusto esta integro; mueve su lengua con mucha facilidad y es fácil el deglutir los alimentos. Sus orejas son simétricas y no presentan exceso de cerumen.

Cuello: Simétrico cilíndrico; presenta manchas de color oscuro por intoxicación de medicamentos desde ya hace tiempo, y ya con tratamiento médico y controlado. Fuerza muscular de cuello: limitados flexor 4/5, extensión de 4/5, rotación izquierda y derecha de 4/5, inclinación lateral izquierda y derecha. Región del cuello, se encuentran en un rango limitado de movilidad y región lumbar normal.

Hombro: Se encuentra con fuerza muscular en flexores, extensor, abductores y aductores de 3/5; rotadores externos 4/5; rotadores internos 3/5; elevadores, retractores y protactor de la escapula 4/5. Y con arcos de movilidad en abducción 100/120; aducción 40/35; flexión 150/145; extensión 50/53.

Codos, muñeca, mano, dedos y pulgar: no presenta compromiso para fuerza muscular 5/5 , y sus arcos de movilidad de son completos.

Tórax: Se encuentra endomorfo, sin alteraciones aparentes, con movimientos normales de amplexación y amplexión; sus mamas son simétricas sin presencia de alguna anomalía. **Corazón:** Sin alteraciones aparentes a la exploración; sus pulmones se encuentran en buen estado, se valoró patrón respiratorio sin presencia de ruidos, completo sin alteraciones aparentes.

Se observan miembros superiores íntegros, simétricos, con buena coloración. Con pulsos presentes. Con sus reflejos de ambos lados íntegros.

Abdomen: Globoso, abultado, sin dolor a la palpación, su piel esta hidratada, turgente de buena coloración; no hay presencia de hernias de ningún tipo, no hay dolor en riñones; hígado, bazo; con presencia de peristaltismo.

Cadera, Rodilla izquierda: Sin compromiso aparente de 5/5 y 4/5 respecto a fuerza muscular, respectivamente. Respecto a arcos de movilidad de cadera: es de flexión 110 en ambos, extensión de 15, 40-35 abducción, y aducción 25-15. Y rodilla con movimientos completos.

Miembros pélvicos: Amputación transfemoral derecha 55 cm 10 cm de cicatriz con presencia de sangrado leve, sin signos de infección y transtibial 30 cm con una cicatriz de 13 cm en izquierda con uso de prótesis en muñón izquierdo, con forma cónica, con buena fuerza muscular. Su muñones con buena hidratación, turgente su piel, lisa, con temperatura adecuada. Presentan en ambos muñones hipostestética.

SIGNOS VITALES:
Pulso: 100x
Respiraciones 20x
Temperatura: 36.6
T/A 140/92 mgHg
SpO ₂ 95

MEDICIONES ANTROBIOMETRICOS:
Peso actual: 83.600 kg (SOBREPESO)
Estatura: 1.76 mts
Índice cintura :113 cm
Índice cadera: 115 cm
IMC: 27

7.1.2 ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.

BIOMETRÍA HEMÁTICA del 19 de junio del 2018.

Monocitos 10.9

DEPURACION DE CREATININA del 19 de junio del 2018

Creatinina sérica 6mg/dL

Urea 63.80 mg/dL

HBT 10.65mmol/l

%HBA1C 6.400%

DEPURACION DE CREATININA 39.63mL/min

GLUCOSA EN SUERO 72 mg/dL

CREATININA 2.08mg/dL

7.1.3 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

<p>1. Alteración en el equilibrio Escala de Tinetti del equilibrio con 2 puntos, la postura de la persona en la bipedestación es con inclinación hacia la izquierda para la compensación del equilibrio</p>
<p>2. Cambiar barreras arquitectónicas para una mejor accesibilidad su domicilio. Cambiar la entrada con una rampa para poder subir sin problemas, no tener que subir escaleras para dar una ducha.</p>
<p>3. Realizar actividad para ayudarlo con su peso El mantenerse ocupado ayudara a bajar de peso ya que con la somatometría se encontró que la persona tiene un peso de 83.600 kg y que su IMC es de 27 sobrepeso.</p>
<p>4. Control de su sobrepeso Con actividades físicas mejorara su estado de salud, modificando su dieta y así continuara con su tratamiento y su apego terapéutico continuara.</p>
<p>5. Realiza sus actividades de la vida diaria, por sí mismo En la escala de Barthel se valoró sus actividades de la vida diaria (AVD) con un puntaje de 85 y la escala de Lawton de actividades instrumentales dela vida diaria con un puntaje de 7.</p>
<p>6. Apego de la familia para el tratamiento de la persona Que la familia sea de más apoyo, a pesar de que el hijo no tiene ningún inconveniente en ayudar a su familiar, la persona se sentiría más cómoda si se turnaran los tres.</p>

7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Riesgo de caídas r/c amputación bilateral de miembros pélvicos.
2. Inadecuada bipedestación r/c prótesis transfemoral izquierda m/p pérdida del equilibrio Tinetti en 3.
3. Uso incorrecto de prótesis en miembro pélvico izquierdo r/c forma inadecuada de muñón m/p lesión de la piel
4. Disminución de tono muscular en zona de amputación transtibial izquierdo r/c desuso del músculo m/p tamaño de socket inadecuado para muñón.
5. Riesgo de presentar infección en herida crónica r/c dehiscencia de la cicatriz del muñón.
6. Sobrepeso r/c inactividad física m/p el aumento de IMC de 27
7. Disposición para mejorar el apego terapéutico m/p deseo de manejar el tratamiento de su enfermedad

7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Disposición para mejorar el apego terapéutico será resuelta con ayuda de enfermería y de apego y apoyo de su familia.

Se canalizará a la persona con nutriología para el tratamiento de una mejor alimentación

7.4 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS.

7.4.1 OBJETIVO DE LA PERSONA

Aumentar el tono muscular de sus piernas para tener una correcta bipedestación con ambas prótesis.

7.4.2 OBJETIVO DE ENFERMERÍA

Mejorar su función musculoesquelética logrando así la bipedestación correcta y una buena marcha cuando comience proceso de protetización.

7.4.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de enfermería	
Riesgo de caídas r/c amputación bilateral de miembros pélvicos.	
Objetivos de la persona	
"Reducir el riesgo que tengo de caerme"	
Objetivo de enfermería	
Prevenir situaciones de riesgo que comprometan a la persona a sufrir un accidente con acciones específicas de enfermería.	
Agente y Sistema de apoyo	
Cuidado dependiente, parcialmente compensatorio	
Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<p>Identificar cuáles son factores de riesgo que presenta la persona al usar ayudas técnicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En su casa presenta escalones para la entrada. • Para las recamaras tienen escaleras las cuales sube sentado. • Se baña solo en una ducha sin barandales. • Su entrada no tiene barandales de apoyo. • Insisten en no quitar los tapetes del piso de la sala. • En la calle al usar silla de ruedas no hay accesos para personas con discapacidad. 	<p>La prevención de caídas es fundamental en relación a que contribuye a evitar la discapacidad sobre todo en personas mayores. Una caída se produce cuando ante un acontecimiento involuntario, una persona pierde el equilibrio y acaba golpeándose el cuerpo contra una superficie firme que lo detiene.⁴²</p> <p>Las caídas representan la segunda causa de muerte en todo el mundo por lesiones accidentales o no intencionales. Se calcula que anualmente se producen 37,3 millones de caídas que necesitarán atención médica, resultando mortales en el 8,8% de los casos.⁴³</p>
<p>Proporcionar orientación acerca del riesgo medio que presenta en escala de Downton de riesgo de caídas Las causas de las caídas pueden ser muy diversas y estar relacionadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del equilibrio. • Problemas en la marcha. • Pérdida de fuerza muscular. • Trastornos cognitivos. • Alteraciones de la visión. • Padecer determinadas enfermedades crónicas. • Seguir un tratamiento con psicótropicos. 	<p>La OMS define las caídas como la "consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite a una persona al suelo en contra de su voluntad". Causas y factores de riesgo que inciden: Generalmente las causas y los factores de riesgo que influyen o inducen a una caída no son hechos únicos, sino consecuencia de procesos multifactoriales, complejos e interrelacionados entre sí.⁴⁴</p> <p>Las caídas son un importante problema de salud pública en los adultos mayores. Estudios anteriores presentaron que el uso de drogas psicotrópicas aumenta el riesgo de caídas. Una revisión sistemática integral y metanálisis sobre el uso de medicamentos psicotrópicos y las caídas en adultos mayores. Los antipsicóticos, los antidepresivos y las benzodiazepinas se asocian sistemáticamente con un mayor riesgo de caídas. El sesgo de prescripción no pudo ser tenido en cuenta. Los estudios futuros deben abordar los subgrupos farmacológicos, ya que un riesgo de caída puede diferir dependiendo de las propiedades específicas de la medicación. La clasificación precisa y uniforme de la medicación objetivo (Clasificación Química Terapéutica Anatómica) es esencial para las comparaciones válidas entre los estudios.⁴⁵</p>
<p>Educación para la salud, para la prevención de caídas dentro del hogar. Debido a que su casa no está diseñada para su discapacidad y sus comodidades, se debe de dar orientación para que la persona tenga precaución en su casa por los espacios de su patio y de su sala, evitar que haya obstáculos de cualquier tipo (cables, escalones, tapetes, etc.).</p>	<p>Si utiliza un andador, asegúrese de que las puertas y los pasillos son lo suficientemente grandes como para pasar con el andador o bastón. Instale pasamanos en los pasillos, baño y ducha para evitar resbalones. Asegúrese de tener una iluminación adecuada en toda la casa (una luz muy brillante o poca luz no es adecuado). Instale tiras antideslizantes o un tapete de goma en el suelo de la bañera o ducha.⁴⁶</p>

⁴² MLaura. SanTara. Prevención ante el riesgo de caídas. By GeriatricArea 21 febrero, 2018. <http://geriatricarea.com/prevencion-ante-riesgo-caidas/> 2018

⁴³ Escala de Downton ante el riesgo de caídas. Sanitas. <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/rehabilitacion-tratamientos/escala-downton.html>

⁴⁴ Amela Lidia. Caídas en personas mayores: riesgos, causas y prevención. By GeriatricArea. 16 marzo, 2016. <http://geriatricarea.com/caidas-en-personas-mayores-riesgos-causas-y-prevencion/> 2018

⁴⁵ J Am Med Dir Assoc. Medicamentos Psicotrópicos Y Aumento Del Riesgo De Caídas. Abril De 2018 <http://www.fundacionfemeba.org.ar/farmacologia/medicamentos-psicotr%C3%B3picos-y-aumento-del-riesgo-de-ca%C3%ADdas-revisi%C3%B3n-sistem%C3%A1tica-y>

⁴⁶ Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico. Prevención de caídas para personas con discapacidad y adultos mayores. Traducido de material original de AOTA, Inc. (2011). <http://www.cptopr.org/Documents/CaidasPublication.pdf> . 2018

<p>Debemos de asegurar que el conozca cada espacio de su casa para evitar algún tipo de accidente.</p>	<p>Los accidentes domésticos son la tercera causa de visita a los servicios de urgencia hospitalarios por parte de la población de más edad. En algunas ocasiones, aunque hagamos todo lo posible por evitarlos, los accidentes se producen, de ahí la importancia de saber cómo actuar y hacerlo de forma rápida y serena para que las consecuencias sean mínimas.</p> <p>La prevención es fundamental. Adquirir unos hábitos saludables nos permitirá conservar una buena salud física y mental.</p> <p>Se debe realizar alguna actividad física al menos tres días a la semana durante treinta minutos.</p> <p>Una dieta sana y equilibrada contribuye a mantenerse en forma y a que el cuerpo reaccione mejor ante cualquier accidente.</p> <p>Es imprescindible visitar al médico para mantener controlado el estado de salud y vigilada la medicación.⁴⁷</p>
--	---

⁴⁷ Haro Ruiz Almudena Prevención De Accidentes En El Hogar: Importancia De La Prevención Y Caídas Educadora Social. 06/04/2017 <https://blogcrea.imserso.es/prevencion-de-accidentes-en-el-hogar-importancia-de-la-prevencion-y-caidas/>

Diagnóstico de enfermería	
Inadecuada bipedestación r/c prótesis transfemoral izquierda m/p pérdida del equilibrio Tinetti en 3	
Objetivo de la persona	
"Quisiera tener mejor fuerza muscular en mi pierna izquierda para ponerme de pie y ser más independiente"	
Objetivo de enfermería	
Mejorar el equilibrio y la fuerza de muñón izquierdo para una buena bipedestación	
Agente y Sistema de apoyo	
Agente de cuidado dependiente, parcialmente compensatorio	
Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<p>Fortalecimiento de los músculos para la bipedestación principalmente isquiotibiales y cuádriceps para un buen equilibrio.</p> <p>Ejercitar a los músculos: Tres veces al día 30 repeticiones de cada ejercicio Extensión y flexión de cadera Extensión y flexión rodilla izquierda</p> 	<p>La amputación significa con frecuencia una sobrecarga de estructuras musculoesqueléticas por sobreutilización, con aparición precoz de procesos osteoarticulares degenerativos, principalmente a nivel de columna vertebral y miembro contralateral. El ejercicio físico puede mejorar no solo la densidad mineral ósea y la fuerza muscular, sino también el equilibrio (mediante la práctica de ejercicios como el Tai Chi), la marcha, la coordinación, las respuestas de protección y el tiempo de reacción, factores todos ellos capaces de reducir el riesgo de caídas⁴⁸</p> <p>Funciones de los isquiotibiales</p> <p>Sin dudas, cuando hablamos de los músculos de las piernas, los protagonistas suelen ser los cuádriceps (los músculos de nuestro muslo al frente) cuya función como extensor de la rodilla y flexor de la cadera es conocida.</p> <p>Sin embargo, los cuádriceps no trabajan solos y los isquiotibiales también tienen relevancia en los movimientos de nuestras piernas y en nuestro desplazamiento.</p> <p>Los músculos isquiotibiales recubren la parte posterior del muslo y forman un paquete compuesto por tres músculos: semimembranoso, semitendinoso, y el bíceps femoral.</p> <p>Es decir, es un error hablar del "isquiotibial" como si se tratara de un solo músculo. Los isquios están formados por los anteriores.</p> <p>Los tres músculos que forman los isquiotibiales se originan en la pelvis y finalizan en los huesos de la pantorrilla (la tibia y el peroné), por lo que en su recorrido atraviesan: la cadera y la rodilla, dos articulaciones claves para la deambulaci3n.⁴⁹</p>
<p>Enseñar ejercicios para fortalecimiento de tono muscular</p> <p>Es muy sencillo hacerse masajes en el muñ3n uno mismo, y resulta muy beneficioso para estimular, relajar y mejorar la circulaci3n del muñ3n. Puede probar lo siguiente:</p> <p>Dar golpes en el muñ3n con las yemas de los dedos de forma suave y continua. Acariciar y friccionar reiteradamente con las manos. Amasar el muñ3n con las manos en forma circular de manera lenta y progresiva, siempre hacia arriba.</p> 	<p>Equilibrio: las técnicas específicas para que el paciente adquiera equilibrio en una sola extremidad son de gran importancia en el programa de rehabilitaci3n preprotésica.</p> <p>Fortalecimiento: el programa de ejercicios para el fortalecimiento musculoesquelético es clave para la rehabilitaci3n. Un sistema ("rutina") de ejercicios para músculos específicos es de gran utilidad, pues mejora la tonificaci3n muscular y refuerza la capacidad del paciente, con ello lo prepara para la colocaci3n y utilizaci3n de la prótesis</p>
<p>Uso de ayudas técnicas como silla de ruedas y su buen funcionamiento</p> <p>El uso correcto de silla de ruedas en casa, para evitar alg3n tipo de accidente, En casa la persona usa silla de ruedas para desplazarse y un mantenimiento de esta ayudara a realizar sus actividades con mayor seguridad hasta que tenga sus prótesis funcionales de las dos piernas Las ayudas técnicas como las sillas de ruedas son</p>	<p>El aditamento que requiere el amputado para ayudarse en su traslaci3n debe ser un dispositivo que aproveche los puntos fuertes de su estado mental, fuerza, equilibrio y destreza, con el objeto de recomendar o proveer el más adecuado para lograr la independencia locomotora, teniendo presente siempre la seguridad de la persona.⁵⁰</p>

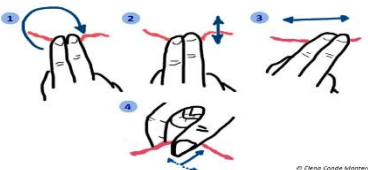
⁴⁸ Alguacil Isabel M^o Diego1 Francisco Molina Rueda2 Miguel Gómez Conches. Repercusi3n Del Ejercicio Físico En El Amputado. En El Amputado- 2010 291 2010 Págs. 291-302. http://archivosdemedicinadeldeporte.com/articulos/upload/Revision_Repercusion_291_138.pdf

⁴⁹ **Runfitners** Isquiotibiales: Funciones, Ejercicios De Fortalecimiento Y Estiramientos Agosto 1, 2018 <https://runfitners.com/isquiotibiales-y-los-corredores-funciones-e-importancia-de-su-fortalecimiento/>

utilizadas para ayudar a andar y desplazar a las personas de una manera más correcta y segura. Hay que tener en cuenta que aprender a utilizar estas ayudas no es algo que se haga de manera automática y que, por tanto, hay que enseñar a la persona a usarlas teniendo en cuenta la mejor manera de utilizarlas y la finalidad con la que se quieren emplear.

Anexo 1



Diagnóstico de enfermería	
Uso incorrecto de prótesis en miembro pélvico izquierdo r/c forma inadecuada de muñón m/p lesión de la piel	
Objetivo de la persona	
"Quiero que mi herida este sana cuando sea el día de utilizar mi prótesis"	
Objetivo de enfermería	
Proponer a la persona el cuidado de su piel para evitar que la lesión continúe progresando	
Agente y Sistema de apoyo	
Autocuidado , Educativo	
Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<p>Educación en el uso y las características tanto del muñón y de la prótesis. Debe de ser de un tamaño adecuado para ese miembro amputado Una prótesis de buen tamaño ayuda a que no laceré la piel por fricción. Las características de la prótesis están condicionadas por la particularidad de cada caso: Características físicas: Peso, talla, edad, sexo. Causas de amputación,</p>	<p>El muñón se habitúa al material que usará en su prótesis, y el uso temprano permite conocer si existen reacciones alérgicas al material del que está compuesto el liner, y en su caso se procederá a tratarlas de forma oportuna. La prescripción de la prótesis debe ser atribución del equipo multidisciplinario (que incluya al técnico o licenciado en prótesis como el encargado de la fabricación y la adaptación), y para ello. Uso de aditamentos diversos para la marcha independiente. Los amputados y su rehabilitación.</p>
<p>Cuidados de muñón</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar el muñón por debajo de la rodilla en una posición de extensión • Evitar colocar el muñón en una posición declive para disminuir el edema y la estasis vascular • Evitar alterar el vendaje del muñón inmediatamente después de la cirugía mientras no haya fugas o signos de infección • Monitorizar la cicatrización de la herida en el sitio de incisión • Instruir a la persona sobre los signos y síntomas (dolor crónico, pérdida de la continuidad cutánea, parestesias, ausencia de pulsos periféricos, frialdad cutánea y cambios de necesidades funcionales u objetivos). • Vigilar el drenaje y edema, Prevenir y corregir contracturas. 	<p>Cuidados específicos del muñón: el cuidado del muñón se basa en el vendaje inmediato y el cuidado de la herida. Además es muy eficaz el uso de texturas, cremas, masajes y el examen frecuente del muñón. El vendaje que requiere un muñón tiene características muy especiales, y su colocación debe ser realizada y vigilada por un fisioterapeuta experto en la materia, además de revisar la herida para asegurar su completa cicatrización. Funciones del vendaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir el edema • Aplacar la inflamación • Aminorar el dolor • Disminuir la sensación y el dolor fantasma • Aumentar la propiocepción • Ayudar a integrar la nueva imagen y el esquema corporal • Modelar al muñón para la mejor adaptación del socket⁵¹
<p>Educación acerca de masaje a cicatriz Se colocaran los dedos medio e índice y se tocara a la herida como la imagen. Se harán vueltas en círculos en la dirección de las manecillas del reloj; de arriba hacia abajo; de derecha a izquierda y al finalizar se dará un apretón de la herida con el dedo pulgar e índice en pinza, suave pero firme.</p>  <p>No usar la prótesis si no es necesario, de la pierna izquierda para evitar que lesión crezca. Usar Liner adecuado para que no lacere más la prótesis. Dar información de cómo puede controlar la diabetes y la hipertensión arterial. Debido a que no realiza sus actividades con la facilidad que quisiera la persona se darán a conocer ayudas para que haga esas actividades con normalidad. Se propone que los utensilios de cocina estén a la mano. Que se cambien los trastes que están en la parte superior por uno que esté al alcance. Que baje su cama a la sala para evitar subir escaleras. Que el aseo del hogar sea fácil como: barrer y trapear que le corresponden en la casa</p>	<p>Podemos definir una cicatriz como la manera que tiene nuestro organismo de sanar naturalmente, la cicatrización será mejor o peor dependiendo de varios factores: Si la cicatriz es postquirúrgica, evidentemente la maña del cirujano es el primer factor a considerar. Factores genéticos, en ocasiones podemos encontrarnos con clientes que forman queloides (más adelante hablaremos de ello). La edad de la persona, la capacidad de regeneración es mayor en personas jóvenes. Los cuidados postoperatorios; aquí incluimos las curas de la cicatriz para evitar infecciones, el masaje, el drenaje linfático manual.⁵²</p> <p>La hipertensión arterial y la diabetes constituyen dos padecimientos crónicos y dos significativos factores de riesgo cardiovascular. Del 40 al 60 por ciento de los pacientes diabéticos suelen sufrir también hipertensión. Mientras que las personas con hipertensión tienen un incremento del 50% del riesgo de padecer diabetes tipo 2. Además, las causas de ambas dolencias dependen de factores tanto genéticos como ambientales. La hipertensión acelera y empeora los efectos nocivos de la diabetes sobre las arterias. Por lo que aquellas personas que padecen ambas enfermedades suelen sufrir con mayor frecuencia de insuficiencia renal, infarto de</p>

⁵¹ (ibidem, p17)

⁵² Alicia Cano Marín (bióloga, quiromasajista y docente en Escuela Quirosoma). Masajes y cicatrices, pequeños trucos. 2011. <https://escuelaquirosoma.com/cicatrices-masajes-y-pequenos-trucos/>

<p>Que la persona conozca acerca de cuidados de muñón Valorción de la piel todo los días para que cuando haya un cambio sepa reconocer signos y síntomas de infección Durante el baño revisar coloración. Cuando hidrate su piel con cremas para piel reseca verifique que no tenga supuración de ningún tipo Que note presencia de dolor, olor para indicarlo inmediatamente con su médico.</p> <p>Anexo 2 Anexo 3</p>	<p>miocardio, trombosis y otras complicaciones. Del mismo modo, aumenta el riesgo de padecimientos en los ojos como cataratas, glaucoma y problemas de la retina. La salud y la ocupación están vinculadas porque la pérdida de salud disminuye la capacidad para comprometerse en la actividad. Cada ocupación pone en juego una serie de habilidades o destrezas humanas fundamentales, que son necesarias para la realización de las diferentes actividades la vida diaria. La imposibilidad de llevarlas a cabo por uno mismo, puede estar condicionado por un déficit cognitivo-conductual, tanto como por déficits motores. La dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria está directamente relacionada con el grado de afectación de los componentes de ejecución.⁴⁷ Las ayudas técnicas o dispositivos de apoyo son productos, instrumentos, equipos o sistemas utilizados por una persona con discapacidad, fabricados especialmente o disponibles en el mercado, para prevenir, compensar, disminuir o neutralizar una deficiencia, discapacidad o minusvalía. El uso de las ayudas técnicas adecuadas permite a una persona con movilidad reducida o persona mayor aumentar su capacidad funcional para la realización de las tareas cotidianas. Son, por tanto, objetos muy diversos que incrementan el nivel de independencia y autonomía personal del usuario con discapacidad en su entorno.⁵³</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEL MUÑÓN IDEAL Forma cónica o semicónica. Presentar un revestimiento cutáneo bien nutrido, no estando la piel demasiado estirada ni demasiado laxa. Las extremidades óseas deben estar suficientemente recubiertas de tejido celular o tendinoso. Tener buena movilidad y suficiente fuerza de palanca. Conservar los arcos articulares de la articulación proximal. Poseer suficiente irrigación sanguínea para que no exista cianosis, hiperemia ni edema. El nervio principal debe estar cortado por encima del nivel de la amputación para evitar neuromas superficiales y dolorosos. Muñón no doloroso. Cicatriz correcta y en lugar adecuado.⁵⁴</p>
--	--



⁵³ ASEM Galicia. Las Ayudas Técnicas. Esas grandes desconocidas. Asociación gallega contra las ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES. 2008. <http://www.asemgalicia.com/wp-content/uploads/Las-ayudas-tecnicas-Esas-grandes-desconocidas.pdf>

⁵⁴ Herrera C, Edgar. "Vélez B, José Guillermo. Programa De Ejercicios Para El Manejo De Pacientes Amputados Trastabiles Pre-Protésicos Y Manejo De Dolor Fantasma. 15/05/2010. <https://www.efisioterapia.net/articulos/programa-ejercicios-el-manejo-pacientes-amputados-trastabiles-pre-proteticos-y-manejo-dol> . 2018

Diagnóstico de enfermería	
Disminución de tono muscular en zona de amputación transtibial izquierdo r/c desuso del músculo m/p tamaño de socket inadecuado para muñón.	
Objetivo de la persona	
"Quisiera realizar mis actividades de la vida diaria con mayor normalidad aunque todavía no este de pie."	
Objetivo de enfermería	
Fortalecer músculos correspondientes de muñón para una mejor movilización dentro del hogar para realizar actividades básicas de la vida diaria.	
Agente y Sistema de apoyo	
Cuidado dependiente, Parcialmente compensatorio	
Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<p>Tratamiento de Rehabilitación</p> <p>Se prepara a la persona desde antes de la amputación para que conozca cada una de las etapas en las que se encuentra</p> <p>Se le enseñara los cuidados, ejercicios que deberá de realizar antes y después de la amputación para el fortalecimiento de su muñón para recuperar su actividad de la vida diaria con normalidad</p>	<p>Tratamiento rehabilitador en la etapa preprotésica Si el entrenamiento no se inicia antes de la cirugía, debe realizarse tan pronto como sea posible después de la operación. Los objetivos en esta etapa consisten en conseguir una independencia funcional respecto a los autocuidados y la movilidad sin una prótesis, así como preparar al paciente y a su miembro residual para el uso de la prótesis. Esta preparación se logra mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje de la realización del vendaje del miembro residual para conseguir y dar la forma deseada al muñón. • Ejercicios fortalecedores del muñón. • Ejercicios para ampliar y conservar arco articular. • Golpeteo del muñón en saco de arena. • Mecanoterapia: mesa de poleoterap. Ejercicios en el colchón para fortalecimiento de cuello, tronco y miembros superiores; desarrollo del equilibrio y de independización. • Ambulación: corrección postural frente al espejo, training de marcha entre paralelas, entrenamiento de la marcha con banquillos, muletas y otros aditamentos utilizados para la marcha dentro y fuera de paralelas, cuclillas con el miembro indemne y entrenamiento del equilibrio. • Medicina física si lo requiere. Se puede aplicar masaje suave en el miembro residual distal para evitar adherencias cicatriciales y proporcionar aferencias táctiles y de sensibilización ante el dolor⁵⁵

55

Dra. Govantes Bacallao Yuseima, Dra. Carmen Julio Alba Gelabert, Dr. Arturo Arias Cantalapiedra. Protocolo de actuación en la rehabilitación de pacientes amputados de miembro inferior. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación 2016;8(1):33-43, <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2016/cfr161d.pdf> . 2018.

Diagnóstico de enfermería	
Riesgo de presentar infección por herida crónica r/c dehiscencia de la cicatriz del muñón.	
Objetivo de la persona	
"Quisiera conocer acerca de signos y síntomas de infección"	
Objetivo de enfermería	
Evitar complicaciones en la herida del muñón de la persona con medidas de asepsia y antisepsia.	
Agente y Sistema de apoyo	
Cuidado dependiente, apoyo educativo	
Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<p>Dar educación correcta acerca de la técnica de Lavado de manos. Y sus 5 momentos.</p>  	<p>Las infecciones asociadas con la atención en salud son las que afectan a un paciente durante el proceso de atención en el hospital u otra instalación de atención sanitaria, que no estaban presentes ni se estaban incubando en el momento del ingreso. Realice la higiene de sus manos con agua y jabón cuando éstas estén visiblemente sucias o contaminadas (sangre u otros fluidos corporales). La higiene con agua y jabón se debe realizar con una duración de 40 a 60 segundos con una fricción enérgica que abarque todas las superficies de las manos, iniciando con las palmas, dorso, espacios interdigitales, nudillos, dedos pulgares y finalmente las uñas. Numerosos estudios han demostrado que el incumplimiento de esta norma es más frecuente en los médicos y los paramédicos.⁵⁶</p>
<p>Vigilar datos de infección: Dolor, cambios de coloración en la zona de la herida, cambios de temperatura en la zona de la herida, salida de secreciones purulentas o sangrado excesivo.</p> <p>Higiene de muñón Lavar el muñón con agua y jabón diariamente, se recomienda emplear un jabón neutro. El muñón debe ser lavado por las mañanas y por las noches. Cambiar el vendaje todos los días. no usar cremas para la piel pues estas suavizan la piel y predisponen a la formación de úlceras Recomendaciones para domicilio. Al sentarse, no dejar flexionado el muñón o dejarlo colgando. No cruzar las piernas en la cama No colocar un cojín o almohada debajo de la rodilla No dejar colgando el muñón fuera de la cama No doblar o flexionar la rodilla Intervenciones de enfermería · Colocar el muñón por debajo de la rodilla en una posición de extensión · Evitar colocar el muñón en una posición declive para disminuir el edema y la estasis vascular · Evitar alterar el vendaje del muñón inmediatamente después de la cirugía mientras no haya fugas o signos de infección · Monitorizar la cicatrización de la herida en el sitio de incisión · Vigilar el drenaje y edema, Prevenir y corregir contracturas. · Mostrar confianza en la capacidad de la persona para controlar una situación · Corregir defectos posturales.</p>	<p>Dar a conocer las características de muñón sano. Todos estos consejos le servirán para prepararse antes de usar una prótesis. Higiene: Lavar a diario el muñón, con jabón suave. Para secarlo, no frote la zona.⁵⁷ Inspección de la incisión, vigile que: No supure. No aparezca calor, enrojecimiento o hinchazón. No haya aumento del dolor. No tenga fiebre (> 38C°). Movilidad del muñón Para fortalecer la musculatura, realice los ejercicios que se indica por su médico tratante La herida de la amputación cierra entre las primeras tres o cuatro semanas posteriores a la cirugía y forma una cicatriz; aunque por dentro se vea bien, la cicatriz tarda en cerrar aproximadamente un año y medio debajo de la piel.⁵⁸ Es primordial tener la cicatriz y el muñón bien humectado, ya que el tejido carece de la capacidad de producir sus propios lubricantes. En relación a la higiene, hay que continuar lavando el muñón con jabón neutro por lo menos una vez al día, tratar de que no se formen heridas o resequeidad en la piel.⁵⁹</p>

⁵⁶ Castañeda-Narváez, JL, & Hernández-Orozco, HG. (2016). Lavado (higiene) de manos con agua y jabón. *Acta pediátrica de México*, 37(6), 355-357. <https://dx.doi.org/10.18233/apm37no6pp355-357>


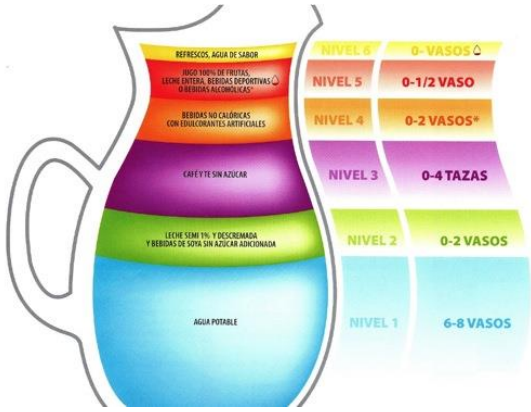
⁵⁷ Mato Rodríguez Coral María. Plan de cuidados estandarizado en el postoperatorio de la amputación de miembros inferiores. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina: Pabellón II. 3ª; 2015, (2018). <file:///C:/Users/PAVILION/Downloads/1923-2268-1-PB.pdf>

⁵⁸ Programa de medicina y cirugía programas de salud Personas con amputación. Universidad tecnológica de Pereira; 2013. <http://academia.utp.edu.co/programas-de-salud-3/files/2014/02/GUIA-AMPUTADOS.pdf>

⁵⁹ Álvarez González Alba Mª. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA .HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA: 4ta edición ; febrero 2013 (2018). http://www.hca.es/luca/web/enfermeria/html/f_archivos/Vendaie%20funcional%20del%20munon.pdf

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">· Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.· Dar las enseñanzas adecuadas para los autocuidados después del alta· Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.· Se indicara la rehabilitación antes de que a la persona se le ampute alguna extremidad. | |
|--|--|

Anexo 4

Diagnóstico de enfermería	
Sobrepeso r/c inactividad física m/p el aumento de IMC de 27	
Objetivos de la persona	
"Bajar de peso con una mejor alimentación"	
Objetivo de enfermería	
Dar orientación de alimentación para obtener un IMC dentro de los parámetros normales.	
Agente y Sistema de apoyo	
Autocuidado, Apoyo educativo	
Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<p>Orientar a la persona con su alimentación para que disminuya su peso, hasta que sea adecuado, con una enseñanza del plato del buen comer y la jarra del buen beber.</p> <p>Referir al especialista para mejorar su peso.</p> <div style="text-align: center;">  <p>https://bit.ly/2BMHjZF</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>https://bit.ly/2LF2bGw</p> </div>	<p>El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.</p> <p>El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).</p> <p>Adultos</p> <p>En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sobrepeso: IMC igual o superior a 25. • obesidad: IMC igual o superior a 30. <p>El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla como un valor aproximado porque puede no corresponderse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.</p> <p>La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. A nivel mundial ha ocurrido lo siguiente: un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa; y un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización.</p> <p>En el plano individual, las personas pueden optar por: limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total y de azúcares; aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos; y realizar una actividad física periódica (60 minutos diarios para los jóvenes y 150 minutos semanales para los adultos).</p> <p>La responsabilidad individual solo puede tener pleno efecto si las personas tienen acceso a un modo de vida sano. Por consiguiente, en el plano social, es importante ayudar a las personas a seguir las recomendaciones mencionadas, mediante la ejecución sostenida de políticas demográficas y basadas en pruebas científicas que permitan que la actividad física periódica y las opciones alimentarias más saludables estén disponibles y sean asequibles y fácilmente accesibles para todos, en particular para las personas más pobres.⁶⁰</p>

⁶⁰ OMS. Obesidad y sobrepeso. 16 de febrero de 2018. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight_2018

Diagnóstico de enfermería	
Disposición para mejorar el apego terapéutico m/p deseo de manejar el tratamiento de su enfermedad	
Objetivo de la persona	
"Quiero continuar con mi tratamiento de diabetes e hipertensión para seguir adelante con mi vida"	
Objetivo de enfermería	
Conocer cuáles son los cuidados necesarios para que su salud sea plena y continuar con la disposición para mejorarla todos los días.	
Agente y Sistema de apoyo	
Autocuidado, Apoyo educativo	
Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<p>Educar a la persona a la persona y a su familia acerca de diabetes e hipertensión arterial para llevar el tratamiento médico adecuado.</p> <p>Actividades :</p> <p>Llevar una dieta adecuada, según el especialista</p> <p>Ejercicio para mantener un buen peso</p> <p>Para controlar la HAS:</p> <p>No comer con sal de mesa,</p> <p>Anexo 5</p>	<p>Según la Organización Mundial de la Salud (OMS). este síndrome se manifiesta cuando una persona presenta simultáneamente resistencia a la insulina, alteraciones en los niveles de glucosa en sangre, hipertensión arterial, obesidad o abdomen prominente, cifras de triglicéridos arriba de lo normal y los niveles de lipoproteínas de alta densidad (colesterol bueno) por debajo de lo recomendado.</p> <p>Resistencia a la insulina. La insulina es una hormona secretada por las células beta del páncreas, la cual tiene la función de mantener el azúcar en la sangre en niveles adecuados. Cuando la insulina que secreta el páncreas no es efectiva para realizar esta función adecuadamente se dice que existe una resistencia a la insulina, esto hace que el páncreas secrete gran cantidad de esta hormona para compensar y posteriormente se empiezan a presentar niveles elevados de azúcar en la sangre, lo que conocemos como Diabetes Tipo 2.</p> <p>Signos y síntomas. Un adulto padece Síndrome Metabólico cuando cumple con dos o más de los siguientes criterios: presión arterial igual o mayor de 140/90 mmhg, niveles de triglicéridos mayor a 150 mg/dl y colesterol HDL menor de 35 mg/dl en hombres y menor de 40 mg/dl en mujeres. De igual manera, este padecimiento se presenta cuando hay microalbuminuria mayor a 20 microgramos/min, y obesidad o perímetro de cintura mayor de 88 en mujeres y mayor de 102 en hombres.</p> <p>Destacan que para mantener el corazón saludable es indispensable realizar ejercicio en forma regular, llevar una dieta balanceada que incluya diariamente además de proteínas y carbohidratos, la ingesta de agua y fibra; evitar sobrepeso, estrés y no fumar.</p> <p>El sobrepeso en adultos y niños provoca que la frecuencia cardíaca y la presión arterial sean más elevadas, se asocia a niveles elevados de glucosa, triglicéridos y colesterol, y se alteran los signos vitales de reposo y esfuerzo, por lo que las situaciones de esfuerzo, como correr o caminar, resultan mucho más agotadores que para una personas con un peso adecuado.⁶¹</p>

⁶¹ Macías Cázarez Gemma Síndrome metabólico. julio 2, 2015 Noticias. Tu Salud. <http://fmd diabetes.org/sindrome-metabolico/> 2018

7.5 EJECUCIÓN

7.5.1 REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES

Intervención De Enfermería Especializada	FECHA				
	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
Explicación de consentimientos informados	30				
Aplicación de instrumentos de valoración		1			
Exploración física		20			
Educación sobre cuidados y vendaje de muñón.			15		
Realización de ejercicios para fortalecimiento de músculos de muñón, principalmente isquiotibiales, glúteos, cuádriceps,			15		
Enseñanza de ayudas técnicas			15		
Explicación acerca de riesgo de caídas dentro del hogar según Downton			15		
Uso correcto de prótesis			16		
Masaje de cicatriz			16		
Técnica correcta de lavado de manos y sus 5 momentos			16		
Enseñanza de datos de infección			16		
Orientación acerca de su alimentación				26	
Enseñanza acerca de su enfermedad y sus complicaciones				27	
Segunda valoración focalizada					2

7.6 EVALUACIÓN

7.6.1 EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA

Diagnóstico de enfermería Riesgo de caídas r/c amputación bilateral de miembros pélvicos.				
Objetivos de la persona "Reducir el riesgo que tengo de caerme" (sic pac.)				
Objetivo de enfermería Prevenir situaciones de riesgo que comprometan a la persona a sufrir un accidente con acciones específicas de enfermería.				
Indicadores	Nov	Dic	Enero	Feb
Escala de Downton de riesgo de caídas	3 a 4 Riesgo medio	3 a 4 Riesgo medio	3 a 4 Riesgo medio	3 a 4 Riesgo medio
La persona identifica cuáles son los factores de riesgo que tiene en casa 0 si los identifica 1 no los identifica	0	0	0	0
La persona Reconoce cada espacio de su casa para evitar accidentes 0 si los identifica 1 no los identifica	0	0	0	0
Evaluación El aprendizaje obtenido de la educación que se le impartió a la persona, favoreció para que no tuviese otra caída en su domicilio. El llevar acabo las indicaciones sugeridas nos ayudó a que se desplazara fácilmente en su casa. Muestra interés por aclarar dudas que van surgiendo en cada visita.				

Diagnóstico de enfermería Inadecuada bipedestación r/c prótesis transfemoral izquierda m/p pérdida del equilibrio Tinetti en 3																
Objetivo de la persona "Quisiera tener mejor fuerza muscular en mi pierna izquierda para ponerme de pie y ser más independiente" (sic pac.)																
Objetivo de enfermería Mejorar el equilibrio y reforzar la fuerza de muñón izquierdo para una buena bipedestación																
Indicadores	Nov	Dic	Enero	Feb												
Realización de ejercicios isométricos 3Eficiente 2Adecuado 1Deficiente 0No Lo Realiza	2Adecuado	2Adecuado	3Eficiente	3Eficiente												
Realización de ejercicios isotónicos 3Eficiente 2Adecuado 1Deficiente 0No Lo Realiza	2Adecuado	2Adecuado	3Eficiente	3Eficiente												
Escala de Daniel's <table border="1"> <tr> <td>Grado 0.</td> <td>Ninguna respuesta muscular</td> </tr> <tr> <td>Grado 1.</td> <td>El músculo realiza una contracción palpable o visible aunque no se evidencie movimiento.</td> </tr> <tr> <td>Grado 2.</td> <td>El músculo realiza todo el movimiento de la articulación una vez se le libera del efecto de la gravedad.</td> </tr> <tr> <td>Grado 3.</td> <td>El músculo realiza todo el movimiento contra la acción de la gravedad, pero sin sugerirle ninguna resistencia.</td> </tr> <tr> <td>Grado 4.</td> <td>El movimiento es posible en toda su amplitud, contra la acción de la gravedad y sugiriéndole una resistencia manual moderada.</td> </tr> <tr> <td>Grado 5.</td> <td>El músculo soporta una resistencia manual máxima</td> </tr> </table>	Grado 0.	Ninguna respuesta muscular	Grado 1.	El músculo realiza una contracción palpable o visible aunque no se evidencie movimiento.	Grado 2.	El músculo realiza todo el movimiento de la articulación una vez se le libera del efecto de la gravedad.	Grado 3.	El músculo realiza todo el movimiento contra la acción de la gravedad, pero sin sugerirle ninguna resistencia.	Grado 4.	El movimiento es posible en toda su amplitud, contra la acción de la gravedad y sugiriéndole una resistencia manual moderada.	Grado 5.	El músculo soporta una resistencia manual máxima	5	5	5	5
Grado 0.	Ninguna respuesta muscular															
Grado 1.	El músculo realiza una contracción palpable o visible aunque no se evidencie movimiento.															
Grado 2.	El músculo realiza todo el movimiento de la articulación una vez se le libera del efecto de la gravedad.															
Grado 3.	El músculo realiza todo el movimiento contra la acción de la gravedad, pero sin sugerirle ninguna resistencia.															
Grado 4.	El movimiento es posible en toda su amplitud, contra la acción de la gravedad y sugiriéndole una resistencia manual moderada.															
Grado 5.	El músculo soporta una resistencia manual máxima															
Escala de Ashworth <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>No aumento del tono. Tono normal.</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento (flexión o extensión) visible con la palpación o relajación, o sólo mínima resistencia al final del arco del movimiento.</td> </tr> <tr> <td>1+</td> <td>Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento en flexión o extensión seguido de una mínima resistencia en todo el resto del arco de recorrido (menos de la mitad).</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Notable incremento en la resistencia del músculo durante la mayor parte del arco del movimiento articular, pero la articulación se mueve fácilmente.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Marcado incremento en la resistencia del músculo. El movimiento pasivo es difícil.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Las partes afectadas están rígidas en flexión o extensión cuando se mueven pasivamente.</td> </tr> </table>	0	No aumento del tono. Tono normal.	1	Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento (flexión o extensión) visible con la palpación o relajación, o sólo mínima resistencia al final del arco del movimiento.	1+	Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento en flexión o extensión seguido de una mínima resistencia en todo el resto del arco de recorrido (menos de la mitad).	2	Notable incremento en la resistencia del músculo durante la mayor parte del arco del movimiento articular, pero la articulación se mueve fácilmente.	3	Marcado incremento en la resistencia del músculo. El movimiento pasivo es difícil.	4	Las partes afectadas están rígidas en flexión o extensión cuando se mueven pasivamente.	2	2	2	2
0	No aumento del tono. Tono normal.															
1	Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento (flexión o extensión) visible con la palpación o relajación, o sólo mínima resistencia al final del arco del movimiento.															
1+	Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento en flexión o extensión seguido de una mínima resistencia en todo el resto del arco de recorrido (menos de la mitad).															
2	Notable incremento en la resistencia del músculo durante la mayor parte del arco del movimiento articular, pero la articulación se mueve fácilmente.															
3	Marcado incremento en la resistencia del músculo. El movimiento pasivo es difícil.															
4	Las partes afectadas están rígidas en flexión o extensión cuando se mueven pasivamente.															
Masaje de muñón para fortalecimiento. 2Adecuado 1Inadecuado 0No lo realiza	2	2	2	2												
Evaluación A la valoración focalizada, se encuentra un notable incremento en la resistencia del músculo durante el arco articula, realizando sus actividades de la vida diaria de manera independiente. Se encuentra con sus músculos soportando una resistencia manual máxima, la persona reconoce los factores de riesgo que tiene en su domicilio y los evade para que no ocurra algún accidente.																

Diagnóstico de enfermería Lesión de la piel r/c prótesis inadecuada para el tamaño del muñón izquierdo m/p presencia de laceración de muñón izquierdo, más la alteración de cicatrización por DM				
Objetivo de la persona "Quiero que mi herida este sana cuando sea el día de utilizar mi prótesis" (sic pac.)				
Objetivo de enfermería Proponer a la persona el cuidado de su piel para evitar que la lesión continúe creciendo.				
Indicadores	Nov	Dic	Enero	Feb
Conocer signos de infección 1No identifica 0Identifica	1	0	0	0
Conocer las características del muñón 1No identifica 0Identifica	1	0	0	0
Cuidados de muñón 1No identifica 0Identifica	0	0	0	0
Masaje de la cicatriz 1No identifica 0Identifica	1	0	0	0
Evaluación No ha presentado alguna complicación acerca de la lesión que ya se había localizado en la valoración, se consigue evitar otras lesiones con las indicaciones que se proporciona a la persona y al familiar. La lesión que ya presentaba fue disminuyendo y se logró que no ocasionara otras complicaciones.				

Diagnóstico de enfermería Uso incorrecto de prótesis en miembro pélvico izquierdo r/c forma inadecuada de muñón m/p lesión de la piel																
Objetivo de la persona "Quisiera realizar mis actividades de la vida diaria con mayor normalidad aunque todavía no este de pie." (sic pac.)																
Objetivo de enfermería Fortalecer músculos correspondientes de muñón para una mejor movilización dentro del hogar para realizar actividades básicas de la vida diaria.																
Indicadores	Nov	Dic	Enero	Feb												
Realización de ejercicios isométricos 3Eficiente 2Adecuado 1Deficiente 0No Lo Realiza	2Adecuado	2Adecuado	3Eficiente	3Eficiente												
Realización de ejercicios isotónicos 3Eficiente 2Adecuado 1Deficiente 0No Lo Realiza	2Adecuado	2Adecuado	3Eficiente	3Eficiente												
Escala de Daniel's <table border="1"> <tr> <td>Grado 0.</td> <td>Ninguna respuesta muscular</td> </tr> <tr> <td>Grado 1.</td> <td>El músculo realiza una contracción palpable o visible aunque no se evidencie movimiento.</td> </tr> <tr> <td>Grado 2.</td> <td>El músculo realiza todo el movimiento de la articulación una vez se le libera del efecto de la gravedad.</td> </tr> <tr> <td>Grado 3.</td> <td>El músculo realiza todo el movimiento contra la acción de la gravedad, pero sin sugerirle ninguna resistencia.</td> </tr> <tr> <td>Grado 4.</td> <td>El movimiento es posible en toda su amplitud, contra la acción de la gravedad y sugiriéndole una resistencia manual moderada.</td> </tr> <tr> <td>Grado 5.</td> <td>El músculo soporta una resistencia manual máxima</td> </tr> </table>	Grado 0.	Ninguna respuesta muscular	Grado 1.	El músculo realiza una contracción palpable o visible aunque no se evidencie movimiento.	Grado 2.	El músculo realiza todo el movimiento de la articulación una vez se le libera del efecto de la gravedad.	Grado 3.	El músculo realiza todo el movimiento contra la acción de la gravedad, pero sin sugerirle ninguna resistencia.	Grado 4.	El movimiento es posible en toda su amplitud, contra la acción de la gravedad y sugiriéndole una resistencia manual moderada.	Grado 5.	El músculo soporta una resistencia manual máxima	5	5	5	5
Grado 0.	Ninguna respuesta muscular															
Grado 1.	El músculo realiza una contracción palpable o visible aunque no se evidencie movimiento.															
Grado 2.	El músculo realiza todo el movimiento de la articulación una vez se le libera del efecto de la gravedad.															
Grado 3.	El músculo realiza todo el movimiento contra la acción de la gravedad, pero sin sugerirle ninguna resistencia.															
Grado 4.	El movimiento es posible en toda su amplitud, contra la acción de la gravedad y sugiriéndole una resistencia manual moderada.															
Grado 5.	El músculo soporta una resistencia manual máxima															
Escala de Ashworth <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>No aumento del tono. Tono normal.</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento (flexión o extensión) visible con la palpación o relajación, o sólo mínima resistencia al final del arco del movimiento.</td> </tr> <tr> <td>1+</td> <td>Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento en flexión o extensión seguido de una mínima resistencia en todo el resto del arco de recorrido (menos de la mitad).</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Notable incremento en la resistencia del músculo durante la mayor parte del arco del movimiento articular, pero la articulación se mueve fácilmente.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Marcado incremento en la resistencia del músculo. El movimiento pasivo es difícil.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Las partes afectadas están rígidas en flexión o extensión cuando se mueven pasivamente.</td> </tr> </table>	0	No aumento del tono. Tono normal.	1	Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento (flexión o extensión) visible con la palpación o relajación, o sólo mínima resistencia al final del arco del movimiento.	1+	Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento en flexión o extensión seguido de una mínima resistencia en todo el resto del arco de recorrido (menos de la mitad).	2	Notable incremento en la resistencia del músculo durante la mayor parte del arco del movimiento articular, pero la articulación se mueve fácilmente.	3	Marcado incremento en la resistencia del músculo. El movimiento pasivo es difícil.	4	Las partes afectadas están rígidas en flexión o extensión cuando se mueven pasivamente.	2	2	2	2
0	No aumento del tono. Tono normal.															
1	Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento (flexión o extensión) visible con la palpación o relajación, o sólo mínima resistencia al final del arco del movimiento.															
1+	Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento en flexión o extensión seguido de una mínima resistencia en todo el resto del arco de recorrido (menos de la mitad).															
2	Notable incremento en la resistencia del músculo durante la mayor parte del arco del movimiento articular, pero la articulación se mueve fácilmente.															
3	Marcado incremento en la resistencia del músculo. El movimiento pasivo es difícil.															
4	Las partes afectadas están rígidas en flexión o extensión cuando se mueven pasivamente.															
Masaje de muñón para fortalecimiento. 2Adecuado 1Inadecuado 0No lo realiza	2	2	2	2												
Evaluación Se le da a conocer a la persona el Tratamiento de Rehabilitación para que lo lleve en casa, se prepara a la persona antes de la amputación para que sepa las etapas que va a pasar cuando sea amputado, con los cuidados que se le brindaron y los ejercicios se logró que la persona se pusiera de pie con bastante equilibrio aun sin tener la prótesis adecuada para su muñón y que fuera independiente en sus actividades de la vida diaria.																

Diagnóstico de enfermería				
Riesgo de presentar infección por herida crónica r/c dehiscencia de la cicatriz del muñón.				
Objetivo de la persona				
"Quisiera conocer acerca de signos y síntomas de infección" (sic pac.)				
Objetivo de enfermería				
Evitar complicaciones en la herida del muñón de la persona con medidas de asepsia y antisepsia.				
Indicadores	Nov	Dic	Enero	Feb
Técnica de Lavado de manos. Y sus 5 momentos. 3Eficiente 2Adecuado 1Deficiente 0No Lo Realiza	1	3	3	3
Conoce signos y síntomas de infección 1Conoce 0No conoce	1	1	1	1
Lleva acabo Higiene de muñón 3Eficiente 2Adecuado 1Deficiente 0No Lo Realiza	2	2	3	3
Sabe la colocación del vendaje de muñón. 3Eficiente 2Adecuado 1Deficiente 0No Lo Realiza	2	3	3	3
Sabe las contraindicaciones de postura de muñón 1Sabe 0No lo sabe	0	1	1	1
Evaluación				
Al paso de los meses tratando a la persona mejoro mucho su conocimiento acerca de su padecimiento y de sus cuidados que debe de tomar en cuenta para que su evolución para su protetización sea adecuada y rápida.				

Diagnóstico de enfermería Sobrepeso r/c mala alimentación m/p el aumento de IMC de 27				
Objetivos de la persona "Bajar de peso con una mejor alimentación" (sic pac.)				
Objetivo de enfermería Dar orientación de alimentación para obtener un IMC dentro de los parámetros normales.				
Indicadores	Nov	Dic	Enero	Feb
Conoce la dieta para su diabetes 1Si 0No	0	1	1	1
Conoce el plato buen comer 1Si 0No	0	0	1	1
Conoce la jarra del buen beber 1Si 0No	0	0	1	1
Evaluación La alimentación que lleva no es adecuada para su diabetes, ha llevado dietas pero no tiene apego, se le proporcionó información acerca de la jarra y el plato de buen beber y de buen comer, para que sea más didáctico y tenga apego a su tratamiento para que no continúe subiendo de peso.				

Diagnóstico de enfermería Disposición para mejorar el apego terapéutico m/p deseo de manejar el tratamiento de su enfermedad				
Objetivo de la persona "Quiero continuar con mi tratamiento de diabetes e hipertensión para seguir adelante con mi vida" (sic pac.)				
Objetivo de enfermería Conocer cuáles son los cuidados necesarios para que su salud sea plena y continuar con la disposición para mejorarla todos los días.				
Indicadores	Nov	Dic	Enero	Feb
Sabe acerca de su enfermedad 1Si 2No	1	1	1	1
Realiza ejercicio para mantener su peso adecuado 1Si 2No	2	2	2	1
Come comida chatarra 1Si 2No	2	2	2	2
Consume refrescos 1Si 2No	2	2	1	1
Evaluación No tuvo apego al tratamiento que llevaba, se canaliza con especialista en alimentación para que dé una orientación más completa, el nutriólogo dará informes acerca de sus avances.				

7.6.2 EVALUACIÓN DEL PROCESO

Las intervenciones que se le indicaron a la persona llevaron a una mejora acerca de su salud e hicieron que tuviera más independencia. La mayoría del autocuidado que presentó la persona se debe a su apego terapéutico para su tratamiento de rehabilitación.

7.7 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

7.7.1 SEGUNDA VALORACIÓN FOCALIZADA

Fecha: 2 de febrero del 2019

Edad: 58 años

Género: masculino

Domicilio: Edo. Mex.

Dx. medico: Amputación bilateral de miembros pélvicos por ulcera plantar categoría tres+ absceso osteomielitis.

Se trata de una persona de 58 años de edad con Dx de artropatía de Charcot infectada de tobillo izquierdo, diabetes mellitus tipo II, de larga evolución e hipertensión arterial sistémica. Con alergia a la sulfas, el cual se encuentra en proceso de protetización.

Persona masculino de 58 años de edad, nacido en la Ciudad De México el 13 de noviembre de 1960; actualmente vive en casa propia de tabique dos pisos, con cochera y centro de lavado, la cual cuenta con escaleras, bordes a la entrada; con todos los servicios; en Tultepec estado de México, con su actual pareja en unión libre y sus dos hijos mayores de edad con quienes lleva una relación de confianza y comunicación eficaz; el menor de ellos es el que funge como cuidador primario. La persona es pensionada y da su aportación económica cada quincena. Su familia no ha dejado que se modifique este rol.

Refiere no sentirse apartado de sus seres queridos ya que continúa con sus actividades familiares con un poco de ayuda pero en general lo hace por su propia cuenta.

REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES:

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:

Valoramos a la persona y vemos que su patrón respiratorio según la escala de disnea de Sadoul es de 0 grados que es ausencia de disnea.

La persona se encuentra con campos pulmonares permeables y su frecuencia respiratoria es de 20´ y se mantiene dentro de los parámetros normales

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua:

La persona ingiere agua potable aproximadamente dos litros durante un día.

Continúa sin beber lácteos. La cantidad aproximada de bebidas con gas es mínima de 250ml una vez por semana en alguna comida fuera de casa.

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento:

La persona realiza tres comidas al día, y según la escala del estado nutricional (Mini Nutritional Assessment MNATM) la cual tiene un resultado de 12 puntos que significa es normal.

Cuando se realiza la valoración física se obtiene un peso de 85 kg e índice de masa corporal (IMC) 27.50.

Refiere la persona que no realiza colaciones.

La persona ingiere una dieta para diabético, libre de lácteos; no consume carne de puerco. Cereales 1/7; tubérculos 1 vez al mes; pollo y pescado 3/7; leguminosas, verduras y frutas 7/7. Refiriendo el desagrado por el brócoli y por eso lo evita. La comida se compra ya preparada.

Con una glucosa en ayunas de 100 mg/dl y postprandial de 110 mg/dl. Con dentadura postiza completa en buen estado, sin presentar problemas para la masticación y la deglución.

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.

La persona refiere que presenta micciones espontáneas 6 veces al día, en la escala de Armstrong de escala de color de la orina con un puntaje de 2, inolora.

En cuanto a la eliminación de heces presenta características de tipo 3 (según escala de Bristol) con dos evacuaciones al día.

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo:

La persona refiere que no han cambiado sus actividades, continúa saliendo en familia con su silla de ruedas independiente con las mismas medidas de seguridad para evitar algún accidente, sigue tomando dos descansos al día, y duerme nueve hrs, y cuando despierta siente que si descanso durante la noche.

Continúa usando su prótesis transtibial de pierna izquierda, pero el soquet tiene un tamaño inadecuado para su muñón, eso limita más su bipedestación cuando intenta tomar algo alto de su casa

En la escala de Braden que valora las lesiones Por Presión que Consiste en la medición del riesgo de desarrollar una úlcera por presión (UPP), a través de una escala validada con el objetivo de cuantificar el riesgo de úlcera por presión que presenta la persona, tuvo un resultado de 18 puntos que significa riesgo mínimo de presentar lesiones por presión.

La valoración en escala de Barthel se valoró sus actividades de la vida diaria (AVD), con resultado de 85 puntos. Y con la escala de Lawton de actividades instrumentales de la vida diaria obtuvo de 8, lo cual indica que es una persona capaz de llevar sus actividades de la vida diaria sin mayor problema.

En la escala de caídas de Dowton. Riesgo de caídas. La escala realiza la medición del riesgo de sufrir una caída, a través de una escala validada con el objetivo de identificar a la persona susceptible de caídas. Establecer las acciones necesarias de prevención de caídas en personas identificados de riesgo. A la valoración se encuentra con un puntaje de 1 y esto significa un riesgo bajo de caídas.

Se valora escala de Tinetti del equilibrio con un puntaje de (2) y marcha en 0 por Amputación bilateral, con prótesis en miembro izquierdo inadecuada para su muñón. Con riesgo de caída alto. Trasladándose con uso de silla de ruedas.

En escala de clasificación de Pohjolainen para amputados. Su resultado es de clase VII con puntuación de 6 en clasificación de Russek y en escala de Volpicelli 1 (desplazamiento en sillas de ruedas)

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Durante toda la evaluación se encuentra cooperadora, interesada de sus respuestas, en la valoración de depresión de Yessavage se obtuvieron 5 puntos lo cual consideramos como un individuo normal.

Presenta una actitud positiva, su comunicación con su familia es efectiva.

No presenta ningún problema con socializar con otras personas, continua en sus actividades fuera de casa y sus visitas a su familia han sido más recurrentes.

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

En la escala de Ashworth tiene una puntuación de 1+; lo cual significa que tiene un ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento en flexión o extensión seguido de una mínima resistencia en todo el resto del arco de recorrido (menos de la mitad). Ya que sigue con ejercicios isométricos e isotónicos para tono muscular adecuado;

En la escala de Daniel's con un puntaje de 4 grados, que significa El movimiento es posible en toda su amplitud, contra la acción de la gravedad y sugiriéndole una resistencia manual moderada. En equilibrio Tinetti con un puntaje de (2) y marcha en 0 por Amputación bilateral

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el

No ve limitaciones con su condición y se acepta tal cual es.

Exploración física

Se realiza valoración focalizada el día 2 marzo del 2019

Estado general:

Persona de 58 años de edad, orientado en sus tres esferas; edad cronológica de acuerdo a su apariencia física, bien hidratada, piel con turgencia sin palidez ni resequedad.

Cráneo: Normocéfalo, sin presencia de deformidades, ni de dolor a la palpación. Con buena implantación de cabello, presenta canas y es abúndate con muy buena higiene.

Cara: Presenta buena implantación de cejas, no presenta alopecia, sus parpados presenta simetría, con buena movilidad, sin edema o algún tipo de parálisis, sin alteraciones aparentes; sus ojos son simétricos, de tamaño promedio, con una movilidad normal, con reflejos presentes; su nariz es simétrica a su rostro, fosas nasales permeables, sin presencia de flujo nasal, sin pólipos, sin dificultad respiratoria aparente; sus labios y boca no presentan alteraciones aparentes, se encuentran mucosas hidratadas y coloración rosado, sus encías no presentan sangrado; él usa prótesis dental total, integra; el sentido del gusto esta integro; mueve su lengua con mucha facilidad y es fácil el deglutir los alimentos. Sus orejas son simétricas y no presentan exceso de cerumen.

Cuello: Simétrico cilíndrico; presenta manchas de color oscuro por intoxicación de medicamentos desde ya hace tiempo, y ya con tratamiento médico y controlado. Fuerza muscular de cuello: limitados flexor 4/5, extensión de 4/5, rotación izquierda y derecho de 4/5, inclinación lateral

izquierda y derecha. Región del cuello, se encuentran en un rango limitado de movilidad y región lumbar normal.

Hombro: Se encuentra con fuerza muscular en flexores, extensor, abductores y aductores de 4/5; rotadores externos 4/5; rotadores internos 4/5; elevadores, retractores y protactor de la escapula 4/5. Y con arcos de movilidad en abducción 100/120; aducción 40/35; flexión 150/145; extensión 50/53.

Codos, muñeca, mano, dedos y pulgar: no presenta compromiso para fuerza muscular 5/5 , y sus arcos de movilidad de son completos.

Tórax: Se encuentra endomorfo, sin alteraciones aparentes, con movimientos normales de amplexación y amplexión; sus mamas son simétricas sin presencia de alguna anomalía. **Corazón:** Sin alteraciones aparentes a la exploración; sus pulmones se encuentran en buen estado, se valoró patrón respiratorio sin presencia de ruidos, completo sin alteraciones aparentes.

Se observan miembros superiores íntegros, simétricos, con buena coloración. Con pulsos presentes. Con sus reflejos de ambos lados íntegros.

Abdomen: Globoso, abultado, sin dolor a la palpación, su piel esta hidratada, turgente de buena coloración; no hay presencia de hernias de ningún tipo, no hay dolor en riñones; hígado, bazo; con presencia de peristaltismo.

Cadera, Rodilla izquierda: Sin compromiso aparente de 5/5 y 4/5 respecto a fuerza muscular, respectivamente. Respecto a arcos de movilidad de cadera: es de flexión 110 en ambos, extensión de 15, 40-35 abducción, y aducción 25-15. Y rodilla con movimientos completos.

Miembros pélvicos: Amputación transfemoral derecha 55 cm 10 cm de cicatriz cerrada en segunda intención, sin presencia de secreciones, ni signos de infección y transtibial 30 cm con una cicatriz de 13 cm en izquierda con uso de prótesis en muñón izquierdo con soquet grande para el muñón que tiene forma cónica, con buena fuerza muscular. Su muñones con buena hidratación, turgente su piel, lisa, con temperatura adecuada. Presentan en ambos muñones hipostestética.

7.7.2 ESTUDIO DE LABORATORIO Y GABINETE

BIOMETRÍA HEMATICA 29 de enero del 2019

Eritrocitos	5.65x10 ⁶ mL
Hematocrito	49.3%
Monocitos	10.0

DEPURACIÓN DE CREATININA 29 de enero del 2019

Creatinina sérica	2.11mg/dL
Urea	69mg/dL
HBT	11.23mmol/l
%HBA1C	10.300%
Depuración de creatinina	50.26ml%min
Glucosa en suero	134mg/dL
Creatinina	2.11 mg/dL
Colesterol total	137 mg/dL
Triglicéridos	203 mg/dL

EXAMEN GENERAL DE ORINA 29 de enero del 2019

Proteínas	100 mg/dL
Glucosa en orina	250 mg/dL
Hemoglobina	IND.HEMOLIZ Hem/uL
Leucocitos por campo	0-3 /CAMPO
Eritrocitos por campo	6-8 /CAMPO

7.7.3 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

En la segunda valoración focalizada se encuentra que ha subido de peso por mala alimentación
A la valoración de escala de Tinetti del equilibrio con un puntaje de (2) y marcha en 0 por amputación bilateral, con riesgo de caída alto

7.7.4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Obesidad grado I r/c mal apego al régimen dietético m/p el aumento de peso.
Riesgo de caídas r/c escala de Tinetti de equilibrio y marcha de 2 y 0.
Mejorar el apego terapéutico m/p deseo de manejar su dieta adecuadamente

7.7.5 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Se busca mejorar el apego terapéutico para que su tratamiento sea óptimo. Se dará apoyo con ayuda de una nutrióloga para una mejor alimentación y así evitar que siga subiendo de peso.

7.7.6 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS


7.7.7 OBJETIVO DE LA PERSONA

Mejorar alimentación para que el proceso de protetización sea más rápido

7.7.8 OBJETIVO DE ENFERMERÍA

Mejorar su dieta para que el proceso de protetización sea eficaz y exitoso

7.7.9 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de enfermería Obesidad grado I r/c mal apego al régimen dietético m/p el aumento de peso.	
Objetivos de la persona "Ya no seguir subiendo de peso" (sic pac.)	
Objetivo de enfermería Dar orientación de alimentación para obtener un IMC dentro de los parámetros normales.	
Agente y Sistema de apoyo Autocuidado, Apoyo educativo	
Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la persona con el plato y la jarra del buen comer y del buen beber para mejorar su alimentación. • Establecer horarios específicos para las 3 comidas al día y dos colaciones. • Hablar acerca de los alimentos que no le agraden y de los que sí, pero que sean sanos para su dieta. • Integrar a la familia para apoyo en las diferentes comidas al día. • Se Canaliza al nutriólogo para que el especialista dé un plan alimenticio estandarizado • Realizar ejercicios tres veces al día, 30 repeticiones de cada ejercicio <ol style="list-style-type: none"> 1. Extensión y flexión de cadera 2. Extensión y flexión rodilla izquierda <p>Anexo 6</p>  <p>https://bit.ly/2BMHjZF</p> <p>https://bit.ly/2LF2bGw</p>	<p>El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.</p> <p>El índice de masa corporal (IMC) es un indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).</p> <p>Adultos La OMS define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación: Sobrepeso: IMC igual o superior a 25. Obesidad: IMC igual o superior a 30.</p> <p>El IMC la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población.</p> <p>La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. A nivel mundial ha ocurrido un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico y un descenso en la actividad física. Al realizar una actividad física periódica (60 minutos diarios para los jóvenes y 150 minutos semanales para los adultos), mejorarían su salud.</p> <p>Es importante ayudar a las personas a seguir las recomendaciones, que permitan que la actividad física periódica y las opciones alimentarias más saludables estén disponibles y que sean accesibles para todos, en particular para las personas más pobres.⁶²</p>

⁶² OMS. Obesidad y sobrepeso. 16 de febrero de 2018. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight_2018

Diagnóstico de enfermería	
Riesgo de caídas r/c escala de Tinetti de equilibrio y marcha de 2 y 0.	
Objetivos de la persona	
"Reducir el riesgo que tengo de caerme". (sic pac)	
Objetivo de enfermería	
Prevenir situaciones de riesgo que comprometan a la persona a sufrir un accidente con acciones específicas de enfermería.	
Agente y Sistema de apoyo	
Cuidado dependiente, parcialmente compensatorio	
Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<p>Identificar cuáles son factores de riesgo que presenta la persona al usar ayudas técnicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar rampas en la entrada para ayudar a su desplazamiento. Colocar barandales en la entrada de la casa, regadera, y WC para su comodidad. Retirar tapetes del baño que ocupa la persona. Usar los accesos de coches en la calle para subir las banquetas. En la silla de ruedas colocar cojines cómodos para evitar lesiones PP. <p>Anexo 7</p>	<p>La prevención de caídas es fundamental en relación a que contribuye a evitar la discapacidad sobre todo en personas mayores. Una caída se produce cuando ante un acontecimiento involuntario, una persona pierde el equilibrio y acaba golpeándose el cuerpo contra una superficie firme que lo detiene.⁶³</p> <p>Las caídas representan la segunda causa de muerte en todo el mundo por lesiones accidentales o no intencionales. Se calcula que anualmente se producen 37,3 millones de caídas que necesitarán atención médica, resultando mortales en el 8,8% de los casos.⁶⁴</p>
<p>Proporcionar orientación acerca del riesgo alto que presenta en la escala de Tinetti de equilibrio con puntuación de (2) y marcha (0).</p> <p>Las causas de las caídas pueden ser muy diversas y estar relacionadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alteraciones del equilibrio. Problemas en la marcha. Pérdida de fuerza muscular. Trastornos cognitivos. Alteraciones de la visión. Padecer determinadas enfermedades crónicas. Seguir un tratamiento con psicótropicos. <p>Anexo 8</p>	<p>La OMS define las caídas es "consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite a una persona al suelo en contra de su voluntad". Las causas y los factores de riesgo consecuencia de procesos multifactoriales, complejos e interrelacionados entre sí.⁶⁵</p> <p>Las caídas son un importante problema de salud pública en los adultos mayores. El uso de drogas psicotrópicas aumenta el riesgo de caídas. Los antipsicóticos, los antidepresivos y las benzodiazepinas se asocian sistemáticamente con un mayor riesgo de caídas. La clasificación precisa y uniforme de la medicación objetivo (Clasificación Química Terapéutica Anatómica) es esencial para las comparaciones válidas entre los estudios.⁶⁶</p>
<p>Educación para la salud, para la prevención de caídas dentro del hogar.</p> <p>Se orientará a la persona acerca de los espacios de su casa y como evadirlos, (cables, escalones, tapetes, etc.). No colocar cosas (muebles, macetas, etc.) que no sean necesarias para la persona no tenga más obstáculos para su desplazamiento.</p> <p>Proponer una iluminación adecuada en toda la casa (una luz muy brillante)</p> <p>Proponer que se coloquen tiras antideslizantes o un tapete de goma en el suelo de la bañera o ducha.</p>	<p>Si utiliza un andador, asegúrese de que las puertas y los pasillos son lo suficientemente grandes para pasar con ellos.⁶⁷</p> <p>Los accidentes domésticos son la tercera causa de visita a los servicios de urgencia hospitalarios por parte de la población de más edad. Los accidentes se producen, de ahí la importancia de saber cómo actuar y hacerlo de forma rápida y serena para que las consecuencias sean mínimas. La prevención es fundamental. Adquirir unos hábitos saludables nos permitirá conservar una buena salud física y mental. Se debe realizar alguna actividad física al menos tres días a la semana durante treinta minutos. Para tener la fuerza suficiente por si hay una caída no se fracture algún hueso. Una dieta sana y equilibrada contribuye a mantenerse en forma y a que el cuerpo reaccione mejor ante cualquier accidente.</p> <p>Es imprescindible visitar al médico para mantener controlado el estado de salud y vigilada la medicación.⁶⁸</p>

⁶³ MLaura. *Sen Tarrata Prevención ante el riesgo de caídas*. By *GeriatricArea* 21 febrero, 2018. <http://geriatricarea.com/prevencion-ante-riesgo-caidas/> 2018

⁶⁴ Escala de Downton ante el riesgo de caídas. Sanitas. <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/rehabilitacion-tratamientos/escala-downton.html>

⁶⁵ *Anela Lidia Caídas en personas mayores: riesgos, causas y prevención*. By *GeriatricArea*. 16 marzo, 2016. <http://geriatricarea.com/caidas-en-personas-mayores-riesgos-causas-y-prevencion/> 2018

⁶⁶ J Am Med Dir Assoc. Medicamentos Psicotrópicos Y Aumento Del Riesgo De Caídas. Abril De 2018 <http://www.fundacionfemeba.org.ar/farmacologia/medicamentos-psicotr%C3%B3picos-y-aumento-del-riesgo-de-ca%C3%ADdas-revisi%C3%B3n-sistem%C3%A1tica-y>

⁶⁷ Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico. Prevención de caídas para personas con discapacidad y adultos mayores. Traducido de material original de AOTA, Inc. (2011). <http://www.cptopr.org/Documents/CaidasPublication.pdf> 2018

⁶⁸ Haro Ruiz Almudena Prevención De Accidentes En El Hogar: Importancia De La Prevención Y Caídas Educadora Social. 06/04/2017 <https://blogcrea.imserso.es/prevencion-de-accidentes-en-el-hogar-importancia-de-la-prevencion-y-caidas/>

Diagnóstico de enfermería	
Mejorar el apego terapéutico m/p deseo de manejar su dieta adecuadamente	
Objetivos de la persona	
"ya no quiero subir más de peso" (sic. pac)	
Objetivo de enfermería	
Orientar los beneficios que proporciona el apego terapéutico.	
Agente y Sistema de apoyo	
Apoyo y educación	
Intervenciones de enfermería	Fundamentación
<p>Alentar a la persona a establecer objetivos específicos para sí mismo.</p> <p>Concientizar a la persona a asumir responsabilidades de su conducta</p> <p>Motivar a la persona a identificar virtudes y habilidades para retomar su tratamiento</p> <p>Se Describirán las posibles complicaciones de su falta de interés por su salud. Como por ejemplo: problemas en riñones, los nervios, y lo ojos. Tener cardíacas y trastornos óseos y articulares. Otras complicaciones a largo plazo problemas con la piel, problemas en el aparato digestivo, disfunción sexual y problemas en los dientes y las encías.</p> <p>Según la Escala de adherencia a la medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8), que Mide el comportamiento de adherencia específicos asociados a la ingesta de medicamentos, con una puntuación de 5/8.</p> <p>Anexo 9</p>	<p>El tratamiento de la DM está enfocado en mantener los niveles de glucosa dentro del rango normal (100-125 mg/dL) y así prevenir las complicaciones causadas por la hiperglucemia. El primer enfoque a mencionar, y uno de los más importantes, son los cambios en el estilo de vida (dieta y el ejercicio). la elevación de las concentraciones de triglicéridos y el aumento de la presión arterial e hiperglucemia² que predisponen al individuo a desarrollar enfermedades cardiovasculares⁶⁹</p> <p>La retinopatía diabética en la pérdida de función visual. Así como de los factores de riesgo más importantes, como la duración de la diabetes (tiempo de evolución), mal control metabólico, hipertensión arterial, mal control de lípidos en sangre, nefropatía, y síndrome de apnea del sueño.</p> <p>Los cambios oftalmológicos que pueden ocurrir son la neovascularización y el edema macular, siendo esta la alteración más frecuente</p> <p>Nefropatía: En estudios multicéntricos se observó la coincidencia de nefropatía y retinopatía diabética tanto en la diabetes tipo 1 como en la diabetes tipo 2. La retinopatía diabética puede ser la complicación microvascular más común de la diabetes, precediendo a la nefropatía.⁷⁰</p> <p>Las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la primera causa de muerte, si se controlan sus factores de riesgo como el tabaquismo, diabetes <i>mellitus</i>, niveles elevados de colesterol, sobrepeso u obesidad e hipertensión arterial. Esta última es causa, por lo menos, del 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidentes cerebrovasculares.</p> <p>Debido a la alta prevalencia de la hipertensión arterial y su morbilidad asociada, su control constituye un importante reto para la salud pública. Este control es pobre pese a la existencia de fármacos antihipertensivos y de la implementación de diversas estrategias no farmacológicas dirigidas a la modificación de estilos de vida.⁷¹</p>

⁶⁹ Prieto-Gómez Bertha, Aguirre-Castañeda Angélica, Saldaña-Lorenzo Jessica Alejandra, León del Ángel Juan Francisco, Moya-Simarro Andrés. Síndrome metabólico y sus complicaciones: el pie diabético. 09-feb-2017. Aceptado: 18-abril-2017. <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un174b.pdf>

⁷⁰ Moreno A., Lozano M., Salinas P. Diabetic retinopathy. Nutr. Hosp. [Internet]. 2013 [citado 2019 Abr 09]; 28(Suppl 2): 53-56. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000800009&Ing=es.

⁷¹ Valencia-Monsalvez Fernando, Mendoza-Parra Sara, Luengo-Machuca Luis. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2017 Abr [citado 2019 Abr 18]; 34(2): 245-249. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200012&Ing=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2206>.

7.8 EJECUCIÓN
7.8.1 REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES

Intervención De Enfermería Especializada	FECHA				
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Segunda valoración focalizada	2				
Aplicación de instrumentos de valoración	16				
Exploración física	23				
Dar orientación a la persona con el plato y la jarra del buen comer y del buen beber para mejorar su alimentación. Establecer horarios junto con la persona para las 3 comidas al día y dos colaciones. Hablar acerca de los alimentos que no le agraden y de los que sí, pero que sean sanos para su dieta.	25				
Se Canaliza al nutriólogo para que el especialista dé un plan alimenticio estandarizado	26				
Se Realizar plan de ejercicios		2			
Se Proporcionar orientación acerca del riesgo alto que presenta en la escala de Tinetti de equilibrio con puntuación de (2) y marcha (0). Las causas de las caídas pueden ser muy diversas y estar relacionadas con: Alteraciones del equilibrio, Problemas en la marcha, Pérdida de fuerza muscular, Trastornos cognitivos, Alteraciones de la visión, Padecer determinadas enfermedades crónicas, Seguir un tratamiento con psicotrópicos		9			
Educación para la salud, para la prevención de caídas dentro del hogar. Se orientará a la persona acerca de los espacios de su casa y como evadirlos, (cables, escalones, tapetes, etc.).		16			
Alentar a la persona a establecer objetivos específicos para sí mismo. Concientizar a la persona a asumir responsabilidades de su conducta. Motivar a la persona a identificar virtudes y habilidades para retomar su tratamiento		16			

7.8.2 EVALUACIÓN

7.8.3 EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA

Diagnóstico de enfermería Obesidad grado I r/c mal apego al régimen dietético m/p el aumento de peso.		
Objetivos de la persona "Ya no seguir subiendo de peso" (sic pac.)		
Objetivo de enfermería Dar orientación de alimentación para obtener un IMC dentro de los parámetros normales.		
Intervenciones de enfermería	Febrero	Marzo
La persona entiende los ejercicios a la perfección 0 SI 1 NO	0	0
La persona entiende el plato y la jarra del buen comer y del buen beber para mejorar su alimentación. 0 SI 1 NO	0	0
Evaluación: la orientación que se le proporciono acerca de su alimentación y de los ejercicios para mejorar su peso fue entendida y aceptada por la persona, la orientación que le proporciono la nutrióloga fue clara y concisa y aceptada por la persona, se seguirá con las visitas al nutriólogo cada mes. Para el seguimiento.		

Diagnóstico de enfermería Riesgo de caídas r/c escala de Tinetti de equilibrio y marcha de 2 y 0.		
Objetivos de la persona "Reducir el riesgo que tengo de caermé". (sic pac)		
Objetivo de enfermería Prevenir situaciones de riesgo que comprometan a la persona a sufrir un accidente con acciones específicas de enfermería.		
Intervenciones de enfermería	Febrero	Marzo
Escala de Tinetti equilibrio	Riesgo alto 2	Riesgo alto 2
Escala de Tinetti marcha	Riesgo alto 0	Riesgo alto 0
La persona identifica cuáles son los factores de riesgo que tiene en casa 0 si los identifica 1 no los identifica	0	0
Evaluación: El reforzamiento que se le impartió a la persona acerca de riesgos de caídas favoreció para que no tuviese algún tipo de accidente dentro y fuera de su domicilio. El llevar acabo las indicaciones sugeridas nos ayudó a que se desplazara fácilmente en su casa. Se tomó en cuenta algunas sugerencias de modificaciones de su casa.		

Diagnóstico de enfermería Mejorar el apego terapéutico m/p deseo de manejar su dieta adecuadamente		
Objetivos de la persona "ya no quiero subir más de peso" (sic. pac)		
Objetivo de enfermería Orientar los beneficios que proporciona el apego terapéutico.		
Intervenciones de enfermería	Febrero	Marzo
La persona Identifica las complicaciones que pudiera tener si no se apega al tratamiento 0 SI 1 NO	0	0
Según la Escala de adherencia a la medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8), que Mide el comportamiento de adherencia específicos asociados a la ingesta de medicamentos, con una puntuación de 5/8.	5/8	5/8

7.8.4 EVALUACIÓN DEL PROCESO

Las indicaciones sugeridas a la persona después de la segunda valoración concientizaron a la persona para que tuviese mejor apego a su tratamiento, se reforzaron los lazos familiares para apoyar a la persona y se logró que bajara de peso.

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre de la persona: JGM **Número de Registro:** _____
Sexo: Masculino **Edad:** 58 años **Fecha de nacimiento** 13/09/1960
Estado Civil: unión libre **Fecha de Ingreso:** _____ **Cama:** _____
Servicio: Rehabilitación Neurológica **Fecha de Egreso:** _____
Diagnostico medico: Amputación bilateral de miembros pélvicos por ulcera plantar categoría tres+ absceso osteomielitis.

Motivo de alta			Tipo de Dieta					
Mejoría	<input checked="" type="checkbox"/>		Dieta para diabético de 1100 Kcal.					
Traslado	<input type="checkbox"/>							
Voluntaria	<input type="checkbox"/>							
EJERCICIOS TERAPÉUTICOS								
Estiramientos: Zona poplítea Flexores de cadera Abducción de cadera Extensión de cadera Abdominales parciales Realizar 3 series de 7 repeticiones, 2 o 3 veces al día, con calentamiento previo.								
Glasgow	Dolor (EVA/EN)	Barthel (AVD)	Tinetti (Equilibrio)	Tinetti (Marcha)	Independencia Funcional	Downton	Mini mental test	Bristol
15	0	Independiente	2	0	Si	Riesgo medio de caídas	30 puntos normal	3

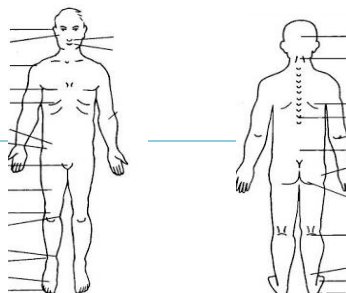
Cuidados de la herida (si es el caso)

La cicatriz cerrada de segunda intención, sin signos de infección, sin dolor a la palpación, sin adherencias

LPP **marca con una "X" la zona de LPP**

Describe:

No hay lesión alguna.



REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

- Siga manteniendo alejado de personas que consumen tabaco, para evitar problemas a futuro de las vías respiratorias.
- Continúe con actividades en áreas libres, para tener una buena oxigenación por ejercicio.
- Lavado de manos
- Protección al estornudar
- Utilizar ropa adecuada para tiempos de frío.
- Aplicación de vacunas
- Consumir alimentos ricos en vitamina C.

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento

- El consumo de alimentos debe de ser equilibrado
- Evitar alimentos en la calle
- Evitar alimentos con mucha grasa, sal y/o azúcar.
- Favorecer la ingesta de verduras, frutas, fibras.
- Seguir la dieta sugerida por la especialista
- No comer en exceso para evitar subir de peso

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

Evitar barreras arquitectónicas que sean un peligro para la persona y su desenvolvimiento pleno en casa.
Realizar actividades que no sean un peligro para la vida.
Tener higiene con nuestro cuerpo comenzando con la técnica correcta de lavado de manos en sus 5 momentos.

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua:

- Mantener la ingesta de líquidos siempre constante, ya que el estar mucho tiempo sentados atrofia los riñones
- Consumir líquidos sin azúcar artificial y/o refrescos
- El consumo de agua nos ayuda a eliminar sustancias toxicas del cuerpo
- Mantener hidratados en días calurosos
- El estar hidratados ayuda a nuestra digestión
- Al realizar los ejercicios estar en constante hidratación para evitar alguna complicación

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos

En la escala de Bristol nos ayuda para evaluar las características de las evacuaciones y conocer el estado de nuestro cuerpo.
La mala alimentación, el sedentarismo, la deshidratación, etc. afectan las evacuaciones haciendo que tengamos malestar.
Tener horarios para evacuar ayuda a realizarlo diariamente y saber si existe algún problema con nuestro cuerpo.

Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social

Seguir con las actividades fuera de casa, para tener relaciones con amigos, familia, etc.
Pertener a un grupo específico de personas ayuda a subir el autoestima.
Favorecer la relación de familia para que el apoyo ayude a que su salud e independencia sea plena.

Fecha: 21 de abril 2019

Persona o Cuidador primario: GJM

Elaboro: LIC. Dorian Téllez Girón Téllez

IX CONCLUSIONES

Considero que este año fue muy productivo, ya que mi aprendizaje durante el Posgrado e Enfermería en Rehabilitación me ayudó para poder implementar las intervenciones de enfermería en rehabilitación a una persona con necesidades específicas y ayudarlo a ser autosuficiente en su vida diaria como la reincorporación a la sociedad.

Comprendí que los conocimientos adquiridos durante este año, tanto en las prácticas como en el salón de clases, ayudarían a establecer las necesidades que la persona solicitaba en tan poco tiempo, conforme pasaba el tiempo eran más claras las indicaciones e intervenciones que le proporcionaba, y tanto él como su familia estaban complacidos con las aclaraciones de dudas que tenían anteriormente.

El poder observar como la persona va aplicando las intervenciones de Enfermería en Rehabilitación y que cada día va mejorando su estado de salud es muy satisfactorio, el saber que puedo ayudar a muchas personas y no solo con el diagnostico de mi persona, sino con todas las formas de rehabilitación que conocí en el posgrado me llena como profesional.

Cabe mencionar que mis objetivos se cumplieron pero no llegando a un 100% ya que el tiempo con mi persona y no es suficiente; puedo mencionar que mi persona está lista para tener sus prótesis, no coincidieron los tiempos con los del hospital para la entrega de las prótesis pero si mejoro fuerza y tono, equilibrio para poder usarlas en cuanto las obtenga.

X SUGERENCIAS

El estudio de caso y los diagnósticos de enfermería en formato PES me ayudaron a valorar profundamente a mi persona y hacerle un plan de alta adecuado a sus características específicas. Dicho trabajo me facilitara el trato a mis pacientes en la unidad donde me desarrolle profesionalmente y mi cuidado hacia ellos será personalizado y de calidad.

XI BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). La discapacidad en México, datos al 2014 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México : INEGI, c2016.
http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825090203.pdf
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Las personas con discapacidad en México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México: INEGI, c2013.
http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf
3. Cisneros-González N, Ascencio-Montiel IJ, Libreros-Bango VN, Rodríguez-Vázquez H, Campos-Hernández Á, Dávila-Torres J, Kumate-Rodríguez J, Borja-Aburto VH. Índice de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes. Rev Med Inst Mex Seg Soc 2016;54(4):472-9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27197105>
4. Henríquez García L. CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES AMPUTADOS DE LA EXTREMIDAD INFERIOR. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/589/art5.pdf>
5. Licda. Jiménez García Karina. AJUSTE PSICOSOCIAL EN PACIENTES AMPUTADOS: LA PSICOLOGÍA EN EL CONTEXTO SANITARIO. Revista Cúpula 2017; 31 (2): 8-43. <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v31n2/art02.pdf>
6. Hernández-Ávila Mauricio, Gutiérrez Juan Pablo, Reynoso-Noverón Nancy. Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 [citado 2018 Dic 24]; 55(Suppl 2): s129-s136. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800009&lng=es
7. S. Durán Agüero, E. Carrasco Piña y M. Araya Pérez. Alimentación y diabetes. Nutr Hosp. 2012;27(4):1031-1036 ISSN 0212-1611 • CODEN NUH0EQ S.V.R. 318. http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n4/10_revision09.pdf
8. Durán Agüero S., Carrasco Piña E., Araya Pérez M.. Alimentación y diabetes. Nutr. Hosp. [Internet]. 2012 Ago [citado 2018 Dic 24]; 27(4): 1031-1036. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000400010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5859>.
9. Cuidateplus. Diabetes. 2 Noviembre del 2018. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/diabetes.html#otros-datos>
10. Campos-Nonato Ismael, Hernández-Barrera Lucía, Rojas-Martínez Rosalba, Pedroza Adolfo, Medina-García Catalina, Barquera-Cervera Simón. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 [citado 2018 Dic 24]; 55(Suppl 2): S144-S150. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800011&lng=es.
11. DM Systems, Inc. Úlceras de presión. http://www.dmsystems.com/spanish/pressure_ulcers.html
12. Fonte Medina Nohary, Paz Paula Eduardo, Sanabria Negrín José G, Martínez Medina José Ramón, Bencomo Fonte Laura Martha. Hipertensión arterial,

- hipertrigliceridemia y obesidad fundamentales componentes del síndrome metabólico. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2008 Jun [citado 2018 Dic 24] ; 12(1): 142-150. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942008000100011&lng=es.
13. López-Gavito E,* Parra-Téllez P,* Vázquez-Escamilla J** Instituto Nacional de Rehabilitación. La neuroartropatía de Charcot en el pie diabético. Acta Ortopédica Mexicana 2016; 30(1): Ene.-Feb: 33-45. <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2016/or161i.pdf>
 14. Eduardo Vázquez Vela Sánchez. Los amputados y su rehabilitación UN RETO PARA EL ESTADO. DERECHOS RESERVADOS © 2016, por: Academia Nacional de Medicina de México. https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/Rehabilitacion.pdf
 15. Organización Mundial de la Salud . Obesidad y sobrepeso. 16 de febrero de 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
 16. Cruz Sánchez, Marcelina, Tuñón Pablos, Esperanza, Villaseñor Farías, Martha, Álvarez Gordillo, Guadalupe del Carmen, & Nigh Nielsen, Ronald Byron. Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región y sociedad*, 25(57), 165-202 (2013). . Recuperado en 24 de diciembre de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252013000200006&lng=es&tlng=es.
 17. Autores: Dr. Raidel La O Ramos y Lic. Alfredo D. Baryolo Cardoso Rehabilitación del Amputado de Miembro Inferior . Copyright © 2005. Dr. Raidel La O y Lic. Alfredo D. Baryolo Reservados todos los derechos... Camaguey, Cuba, 15 de septiembre del 2005 11:14 AM. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bio/manual_de_amputados.pdf
 18. Lenvifar S.L., CUIDADOS DEL MIEMBRO AMPUTADO. <https://www.visionfarma.es/content/178/158/364/1/CUIDADOS-DEL-MIEMBRO-AMPUTADO.htm>
 19. Ospina MSc Jackeline, Serrano Fernando MD. El paciente amputado: complicaciones en su proceso de rehabilitación. Rev. Cienc. Salud. Bogotá (Colombia) 7 (2): 36-46, mayo-agosto de 2009. <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v7n2/v7n2a6.pdf>
 20. Olivares Miyares Andy L, Broche Vázquez Leonardo, Díaz Novo Carlos, Garlobo Castillo Leonardo, Sagaró Zamora Roberto. Análisis de la funcionabilidad de prótesis ortopédicas transfemorales. Rev Cubana Ortop Traumatol [Internet]. 2011 Dic [citado 2018 Dic 24] ; 25(2): 102-116. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2011000200001&lng=es.
 21. Galli Karina/ Pelozo Sabrina. Órtesis y prótesis. Monografía Auditoria medica 2017. <http://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/Karina%20Galli%20Sabrina%20Pelo%20Ortesis%20y%20pr%C3%B3tesis.pdf>
 22. Vazquez Martinez Maria Luisa, Garcia Rabadan Lorena, Docio Castro Maria De La Cisa. Cuidados de enfermería en el paciente amputado. 12 mayo, 2018 <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-amputado/>

23. Cuidados De Enfermería En El Paciente Amputado. 12 Mayo, 2018. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-amputado/>
24. Manual CTO. Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teorías. <https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%20E2%80%9A%20Vol%20C3%BAmen%201/9788417470050>
25. Prado Solar Liana Alicia, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noelvis, Romero Borges Karella. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Dic 24] ; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es.
26. Ostiguin Meléndez Rosa María. Velázquez Hernández Silvia María de la Luz. Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada. Manual moderno. 2001.
27. Vargas Mendoza Cindy Johanna. Requisitos Universales Del Autocuidado. 14 De Agosto Del 2012. <Http://Necesidadeshumanasdelautocuidado.Blogspot.Com/2012/08/Autocuidado.Html>
28. Rosales Barrera Susana y Reyes Gómez Eva. Teoría de Dorothea Orem. 2016 <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/dorothea.html>
29. Medina Eladio, Bautista Cruz Juan, Lagos Andres, Teorías De Dorotea Orem (Autocuidado). Fundación Universitaria De Área Andina. Facultad De Enfermería. Octubre 26 De 2010. <Https://Laestenosisaortica.Wordpress.Com/>
30. Jara-Sanabria F., Lizano-Pérez A.. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2016 Dic [citado 2018 Dic 24] ; 13(4): 208-215. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000400208&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.003>
31. Martínez Carazo, Piedad Cristina El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica Pensamiento & Gestión, núm. 20, julio, 2006, pp. 165-193 Universidad del Norte Barranquilla, Colombia <https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
32. Jiménez Chaves Viviana Elizabeth. El estudio de caso y su implementación en la investigación. Rev. Int. Investig. Cienc. Soc. ISSN (Impresa) 2225-5117. julio 2012. pág. 141-150. [file:///C:/Users/PAVILION/Downloads/Dialnet-EIEstudioDeCasoYSuImplementacionEnLaInvestigacion-3999526%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/PAVILION/Downloads/Dialnet-EIEstudioDeCasoYSuImplementacionEnLaInvestigacion-3999526%20(4).pdf)
33. Hernández-Ávila M, Gutiérrez JP, Reynoso-Noverón N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud Publica Mex 2013;55 supl 2:S129-S136.
34. Dr. Simón Barquera. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. 18 de enero de 2013. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a11.pdf>
35. Beatriz López Martín I M^a Jesús Pancorbo Hernández-Rico. Amputación. Cuidados avanzados en enfermería traumatológica. https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/enfermeria_trauma.pdf

36. Eduardo Vázquez Vela Sánchez. Los amputados y su rehabilitación UN RETO PARA EL ESTADO. Mesa Directiva de la Academia Nacional de Medicina de México 2015–2016. https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/Rehabilitacion.pdf
37. DIABETES MELLITUS. la revista **Salud y Corazón**. Editada por la Fundación Española del Corazón (FEC), 2018 <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/diabetes.html>
38. Ortiz Millán, Gustavo. Sobre la distinción entre ética y moral. 2016 *Isonomía*, (45), 113-139. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-02182016000200113&lng=es&tlng=es.
39. López Calva, Martín. Ética profesional y complejidad: Los principios y la religación. *Perfiles educativos* 2013, 35(142), 43-52. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982013000400020&lng=es&tlng=es.
40. Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México. Carta de Derechos de los Pacientes. http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/td_c_der_generales.html
41. Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México. Carta de Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros. http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/td_c_der_generales.html
42. M Laura . Sen Tarafeta. Prevención ante el riesgo de caídas. By GeriatricArea 21 febrero, 2018. <http://geriatricarea.com/prevencion-ante-riesgo-caidas/> 2018
43. Escala de Downton ante el riesgo de caídas. Sanitas. <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/rehabilitacion-tratamientos/escala-downton.html>
44. Amela Lidia. Caídas en personas mayores: riesgos, causas y prevención. By GeriatricArea. 16 marzo, 2016. <http://geriatricarea.com/caidas-en-personas-mayores-riesgos-causas-y-prevencion/> 2018
45. J Am Med Dir Assoc. Medicamentos Psicotrópicos Y Aumento Del Riesgo De Caídas. Abril De 2018 <http://www.fundacionfemeba.org.ar/farmacologia/medicamentos-psicotr%C3%B3picos-y-aumento-del-riesgo-de-ca%C3%ADdas-revisi%C3%B3n-sistem%C3%A1tica-y>
46. Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico. Prevención de caídas para personas con discapacidad y adultos mayores. Traducido de material original de AOTA, Inc. (2011). <http://www.cptopr.org/Documents/CaidasPublication.pdf> . 2018
47. Haro Ruiz Almudena Prevención De Accidentes En El Hogar: Importancia De La Prevención Y Caídas Educadora Social. 06/04/2017 <https://blogcrea.imsero.es/prevencion-de-accidentes-en-el-hogar-importancia-de-la-prevencion-y-caidas/>
48. Alguacil Isabel M^a Diego¹ Francisco Molina Rueda² Miguel Gómez Conches. Repercusión Del Ejercicio Físico En El Amputado. En El Amputado- 2010 291 2010 Págs. 291-302. http://archivosdemedicinadeldeporte.com/articulos/upload/Revision_Repercusion_291_138.pdf
49. Runfitners Isquiotibiales: Funciones, Ejercicios De Fortalecimiento Y Estiramientos Agosto 1, 2018 <https://Runfitners.Com/Isquiotibiales-Y-Los-Corredores-Funciones-E-Importancia-De-Su-Fortalecimiento/>

50. Cilsa. Guía Útil Para Personas Con Discapacidad Motriz. Programa Nacional De Entrega De Elementos Ortopédicos. Argentina 2018. <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.cilsa.org/wp-content/uploads/2014/08/9822-Impresion-Manual-Guia-de-uso-de-sillas-de-ruedas-web.pdf>
51. Alicia Cano Marín (bióloga, quiromasajista y docente en Escuela Quirosoma). Masajes y cicatrices, pequeños trucos. 2011. <https://escuelaquirosoma.com/cicatrices-masajes-y-pequenos-trucos/>
52. Castilla y León. Actividades de la vida diaria (AVD). Copyright (c) CocemfeCyL 2014. <http://www.cocemfecyl.es/index.php/discapacidad-y-tu/66-actividades-de-la-vida-diaria-avd> . 2018.
53. ASEM Galicia. Las Ayudas Técnicas. Esas grandes desconocidas. Asociación gallega contra las ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES. 2008. <http://www.asemgalicia.com/wp-content/uploads/Las-ayudas-tecnicas-Esas-grandes-desconocidas.pdf>
54. Herrera C, Edgar. Vélez B, José Guillermo. Programa De Ejercicios Para El Manejo De Pacientes Amputados Trastabilles Pre-Protésicos Y Manejo De Dolor Fantasma. 15/05/2010. <https://www.efisioterapia.net/articulos/programa-ejercicios-el-manejo-pacientes-amputados-trastabilles-pre-protésicos-y-manejo-dol> . 2018
55. Dra. Govantes Bacallao Yuseima, Dra. Carmen Julio Alba Gelabert, Dr. Arturo Arias Cantalapiedra. Protocolo de actuación en la rehabilitación de pacientes amputados de miembro inferior. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación 2016;8(1):33-43, <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2016/cfr161d.pdf> . 2018.
56. Castañeda-Narváez, JL, & Hernández-Orozco, HG. (2016). Lavado (higiene) de manos con agua y jabón. *Acta pediátrica de México*, 37(6), 355-357. <https://dx.doi.org/10.18233/apm37no6pp355-357>
57. Mato Rodríguez Coral María. Plan de cuidados estandarizado en el postoperatorio de la amputación de miembros inferiores. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina: Pabellón II. 3ª; 2015, (2018). <file:///C:/Users/PAVILION/Downloads/1923-2268-1-PB.pdf>
58. Programa de medicina y cirugía programas de salud Personas con amputación. Universidad tecnológica de Pereira; 2013. <http://academia.utp.edu.co/programas-de-salud-3/files/2014/02/GUIA-AMPUTADOS.pdf>
59. Álvarez González Alba Mª. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA .HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA: 4ta edición ; febrero 2013 (2018). http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Vendaje%20funcional%20del%20munon.pdf
60. OMS. Obesidad y sobrepeso. 16 de febrero de 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> .2018
61. Macías Cázarez Gemma Síndrome metabólico. [julio 2, 2015 Noticias, Tu Salud](http://fmdiabetes.org/sindrome-metabolico/). <http://fmdiabetes.org/sindrome-metabolico/> 2018

XII Anexos

Anexo 1



**Universidad Nacional Autónoma De México
Escuela Nacional De Enfermería Y Obstetricia
División De Estudios De Posgrado
Especialidad Enfermería En Rehabilitación**



Silla de ruedas de dos pasamanos en el mismo lado permiten accionar una u otra rueda de manera independiente. Este modelo fácil de empujar por otra persona, requiere que el paciente conozca su funcionamiento y que tenga suficiente fuerza del lado sano, condiciones que reduce su utilidad.

El reconocimiento de las partes de la silla de ruedas es importante para que la persona, sepa su funcionamiento exacto y sepa cuando algo no anda bien con su silla de ruedas; aprender a arreglarla será indispensable para que sea independiente cuando este lejos de alguna persona que lo pueda ayudar.



Referencias

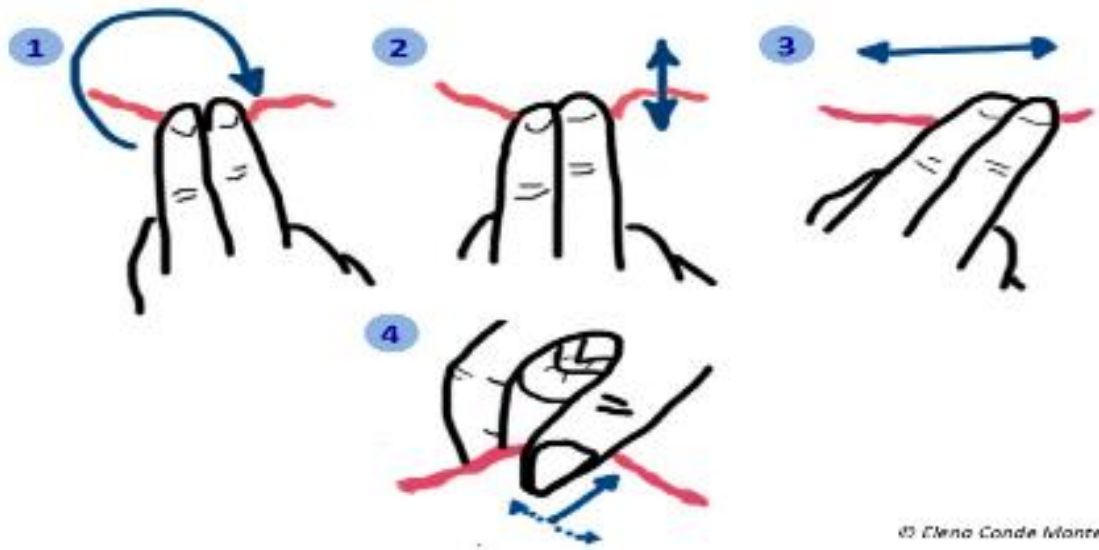
1. Juárez Peláez Elena. Lesión Medular: Guía Para El Manejo Integral Del Paciente Con Lm Crónica. Aspym-Madrid Asociación De Paraplégicos Y Personas Con Gran Discapacidad Física De La Comunidad De Madrid. http://www.lsfie.org/documentos/Guia_Practica_Lm.Pdf
2. Márquez Maru. "Habilidades En Silla De Ruedas Habilidades En Silla De Ruedas". Iii Taller Nacional Sobre Rehabilitación De Lesionados Medulares Ciudad De La Habana 2005. <http://www.sld.cu/Galerias/Pdf/Sitios/Rehabilitacion-Doc/Habilidadessillon.Pdf>
3. B Guillon. Silla De Ruedas. Slide Share. Encyclopedie. Medico-E. 26-170-B-10. <https://es.slideshare.net/Normaobaid/Sillas-De-Ruedas-28671370>

Elaborado:
L.E. Téllez Girón Téllez Dorian



MASAJE DE CICATRIZ

1. Se colocaran dos dedos.
2. El dedo medio e índice y se tocará sobre la herida.
3. Primero se harán vueltas en círculos en la dirección de las manecillas del reloj
4. Continuaremos de arriba hacia abajo
5. Terminaremos colocando los dedos sobre la herida y mover hacia derecha a izquierda
6. Al finalizar se dará un apretón de la herida con el dedo pulgar e índice en pinza, suave pero firme.



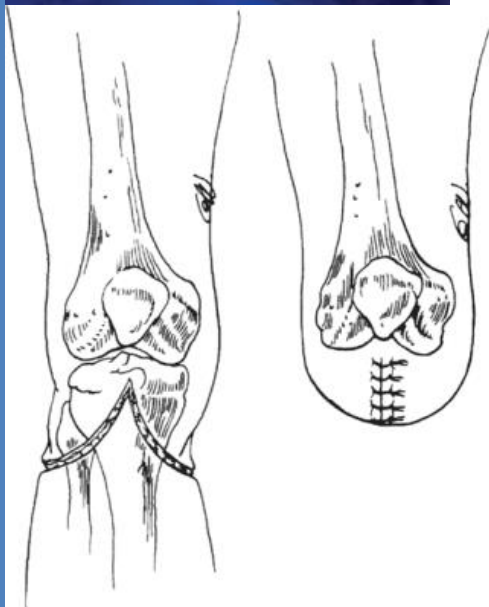
© Elena Conde Montero

- ❖ Usar Liner adecuado para que no lacere más la prótesis.

Elaborado:
L.E. Téllez Girón Téllez Dorian



MUÑÓN IDEAL



- Forma cónica o semicónica.
- Presentar un revestimiento cutáneo bien nutrido, no estando la piel demasiado estirada ni demasiado laxa.
- Las extremidades óseas deben estar suficientemente recubiertas de tejido celular o tendinoso.
- Tener buena movilidad y suficiente fuerza de palanca.
- Conservar los arcos articulares de la articulación proximal.
- Poseer suficiente irrigación sanguínea para que no exista cianosis, hiperemia ni edema.
- El nervio principal debe estar cortado por encima del nivel de la amputación para evitar neuromas superficiales y dolorosos.
- Muñón no doloroso.
- Cicatriz correcta y en lugar adecuado



HIGIENE DE MUÑÓN

Amputación

Pérdida total de un segmento o miembro del cuerpo

- Lavar el muñón con agua y jabón diariamente, se recomienda emplear un jabón neutro.
- El muñón debe ser lavado por las mañanas y por las noches.
- Cambiar el vendaje todos los días.
- No usar cremas para la piel pues estas suavizan la piel y predisponen a la formación de úlceras.



Recomendaciones para domicilio.

- Al sentarse, no dejar flexionado el muñón o dejarlo colgando.
- No cruzar las piernas en la cama
- No colocar un cojín o almohada debajo de la rodilla
- No dejar colgando el muñón fuera de la cama
- No doblar o flexionar la rodilla

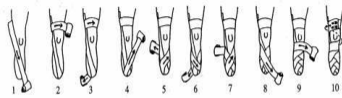


BENEFICIOS

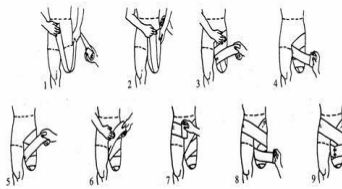
La deambulaci3n precoz con una pr3tesis temporal ayuda de las siguientes maneras:

- Permite que el paciente est3 activo
- Acelera la retracci3n del mu3n3n
- Previene la contractura en flexi3n
- Reduce el dolor de miembro fantasma.

Abajo de la rodilla



Arriba de la rodilla



VENDAJE

- Evitar el edema para darle la forma c3nica adecuada al mu3n3n.
- Aumentar el volumen del mu3n3n.
- Acostumbrar al mu3n3n a la cobertura total.
- Protecci3n.
- Aumentar retorno venoso.

Elaborado:

L.E. T3llez Gir3n T3llez Dorian

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Evitar alterar el vendaje del mu3n3n inmediatamente despu3s de la cirugía mientras no haya fugas o signos de infecci3n
- Monitorizar la cicatrizaci3n de la herida en el sitio de incisi3n
- Instruir a la persona sobre los signos y sntomas (dolor cr3nico, p3rdida de la continuidad cut3nea, parestesias, ausencia de pulsos perif3ricos, frialdad cut3nea y cambios de necesidades funcionales u objetivos).
- Vigilar el drenaje y edema, Prevenir y corregir contracturas.
- Valoraci3n de dolor, Ministraci3n de medicamentos
- Mostrar confianza en la capacidad de la persona para controlar una situaci3n
- Corregir defectos posturales.
- Colocaci3n de Única Pr3tesis Inicial.
- Inspeccionar el sitio de incisi3n por si hubiera eritema, inflamaci3n o signos de dehiscencia o evisceraci3n.
- Dar las enseanzas adecuadas para los autocuidados despu3s del alta
- Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisi3n.
- Se indicara la rehabilitaci3n antes de que a la persona se le ampute alguna extremidad.



Referencias

1. Coral María Mato Rodríguez. Plan de cuidados estandarizado en el postoperatorio de la amputaci3n de miembros inferiores. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina: Pabell3n II. 3ª; 2015, (2018). <file:///C:/Users/PAVILION/Downloads/1923-2268-1-PB.pdf>
2. Programa de medicina y cirugía programas de salud. Personas con amputaci3n. Universidad tecnol3gica de Pereira; 2013. <http://academia.utp.edu.co/programas-de-salud-3/files/2014/02/GUIA-AMPUTADOS.pdf>
3. Alba Mª Álvarez González. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA .HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS DIRECCI3N DE ENFERMERÍA: 4ta edici3n ; febrero 2013 (2018). http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Vendaje%20funcional%20del%20mu3non.pdf



Clasificación de Hipertensión

La hipertensión arterial sistémica, es uno de los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes alta prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial sistémica, hipercolesterolemia, hipoalfalipoproteinemia, tabaquismo, diabetes, obesidad abdominal, sedentarismo), como en México

Objetivo: establecer los procedimientos para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, con el propósito de disminuir la mortalidad, la morbilidad y aumentar la esperanza de vida con calidad de la población

Categoría	PAS	PAD
Presión Arterial Óptima	< 120	< 80
Presión Arterial Subóptima	120 - 129	80 - 84
Presión Arterial Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensión Grado 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensión Grado 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensión Grado 3	³ 180	³ 110



EJERCICIOS PARA AMPUTADOS

Objetivos

- Mantener el ángulo de movimiento en límites normales
- Prevenir retracciones musculares
- Evitar o corregir los defectos de alineamiento
- Mejorar la circulación y nutrición del muñón
- Establecer el equilibrio muscular
- Restaurar o aumentar la fuerza muscular, resistencia y coordinación
- Prevenir la atrofia de los tejidos
- Mantener y mejorar las relaciones neuromusculares
- Mantener y mejorar las reacciones neuromusculares

Estiramientos

Zona poplítea:

1. Colóquese boca arriba
2. Llevar la pierna hacia el pecho
3. Poner ambas manos por detrás del muslo y tirar de él hacia el pecho
4. Mantener unos 20 segundos



<https://bit.ly/2DsBAJY>

Flexores de cadera:

1. Colocarse boca arriba
2. Con la ayuda de ambas manos llevar la rodilla hacia el pecho
3. Pedir a otra persona que empuje el muñón hacia abajo contra la cama y mantenga por 20 segundos



<https://bit.ly/2DsBAJY>

Repetir 7 veces cada estiramiento



<https://bit.ly/2DqL20K>

Ejercicios:

Abducción de cadera

1. Colocarse boca arriba
2. Con una toalla enrollada o una pelota Colocarla entre las piernas
3. Comprimir la toalla y aguantar 5 segundos
4. Relajar y repetir el ejercicio



<https://bit.ly/2ZqvGm3>

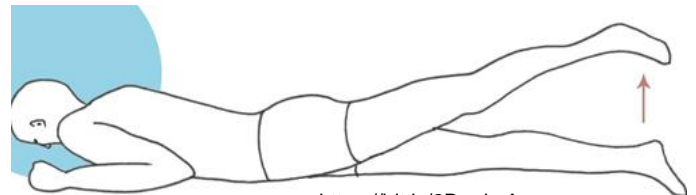
1. Colocarse de costado sobre el muñón
2. Colocar la pierna superior flexionada y apoyando el pie sobre el colchón
3. Elevar el muñón hacia arriba
4. Descansar y repetir el ejercicio



<https://bit.ly/2DqL20K>

Extensión de cadera

1. Colocado boca abajo
2. Elevar el muñón hacia el techo
3. Descansar y repetir el ejercicio



<https://bit.ly/2DoghcA>

1. Colocarse boca arriba
2. Empujar hacia abajo el muñón, hasta que se levanten las caderas
3. Repetir el ejercicio



Abdominales

1. Colocarse boca arriba
2. Estirar los brazos hacia la rodilla
3. Intentar incorporarse separando la cabeza y los hombros del suelo
4. Descansar y repetir



Realizar 3 series de 7 repeticiones, 2 o 3 veces al día

<https://bit.ly/2DqL20K>



AYUDAS TECNICAS

Las ayudas técnicas: Son todos los aditamentos que requiere una persona con discapacidad, fabricados especialmente o disponibles en el mercado, para:

- Prevenir
- Compensar
- Disminuir
- Neutralizar una deficiencia, discapacidad o minusvalía.



Objetivo

Esta norma tiene por objeto establecer los criterios que regulan la forma en que se proporcionan los servicios de atención médica integral a las personas con discapacidad, en su calidad de pacientes.



Existen diferentes tipos de ayudas para diferentes actividades como:

- Aseo y cuidado personal
- Movilidad personal
- Hogar
- Vestido
- Descanso
- Ingesta de comida y preparación del alimentos
- Ocio
- Comunicación, información y señalización

Ayudas técnicas facilitadoras: que aumentan las posibilidades funcionales del discapacitado que las utiliza, distinguiendo las ayudas técnicas de carácter personal o que afectan directamente al minusválido y las que se dirigen a la adaptación del hogar o del trabajo (medios técnicos).

Ayudas técnicas compensadoras: aumentan la capacidad la capacidad de realizar gestos imposibles, bien porque su realización provoque dolor o sea causa de deformidad; bien porque el grado de discapacidad sea tan grande que no pueda efectuarse.



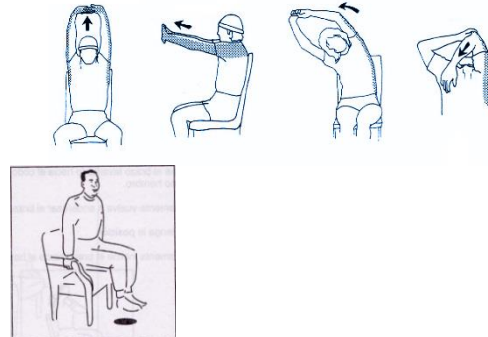


Anexo 8

Prevención De Caídas Escala de Tinetti

La escala de Tinetti se divide en dos sub-escalas que exploran el equilibrio (estático y dinámico) y la

TINETTI. EVALUACIÓN DEL EQUILIBRIO
Al estar sentado se mantiene en equilibrio
Levantarse de la silla de ruedas con apoyo o sin
Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano tres veces.
Mantiene el equilibrio con Ojos cerrados
Da Vuelta de 360° con dificultad
Al Sentarse se apoyó en la silla o se deja caer.

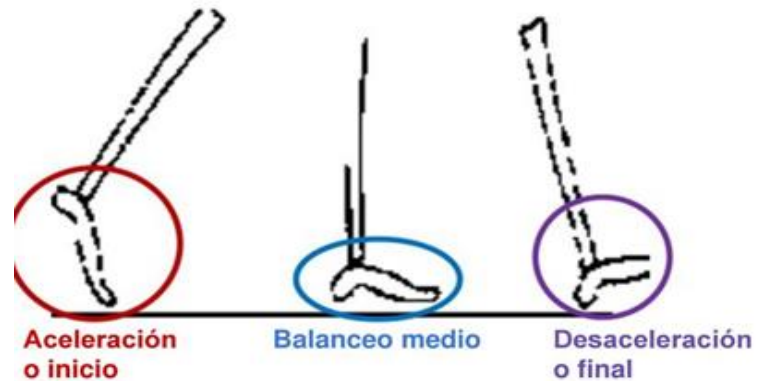


<https://bit.ly/2Xg2qwn>

<https://bit.ly/2DelpyY>

TINETTI. EVALUACIÓN DE LA MARCHA
Examinador y paciente de pie, camina por el pasillo o habitación (unos 8 metros) a paso normal
Características de la marcha
Ritmo y altura del paso: movimientos de pie derecho y pie izquierdo
Amplitud del paso
Longitud del paso
Observación: Observar el trazado que realiza uno de los pies durante tres metros
Equilibrio
Postura al caminar

Apoyo: Porcentaje del ciclo total de la marcha durante el cual el cuerpo se encuentra apoyado sobre una sola pierna.
Balanceo: Porcentaje del ciclo de la marcha durante el cual la extremidad inferior permanece en el aire y avanza hacia adelante.
Cadencia: Es el número de pasos por unidad de tiempo, generalmente se mide en un minuto. La frecuencia



<https://bit.ly/2spJONF>



Universidad Nacional Autónoma De México
Escuela Nacional De Enfermería Y Obstetricia
División De Estudios De Posgrado
Especialidad Enfermería En Rehabilitación



ESCALAS DE MORISK

Tabla 1. Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8)

Preguntas	Opciones de respuesta	
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial?	Sí=0	No=1
2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial?	Sí=0	No=1
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decirselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	Sí=0	No=1
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?	Sí=0	No=1
*5. ¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?	Sí=1	No=0
6. Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	Sí=0	No=1
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?	Sí=0	No=1
	Nunca/Casi nunca	1
	Rara vez	0,75
	Algunas veces	0,5
	Habitualmente	0,25
	Siempre	0
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?		

Fuente: Morisky D, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. J Clin Hypertens. 2008; 10(5): 348–354⁽⁷⁾.

*Inversión de puntaje



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERIA EN
REHABILITACION



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTENCION DE
FOTOGRAFIAS O VIDEO**

CD de México a 30 de Octubre 2018

Por medio de la presente yo Gabriel Javier Martínez Cortés doy mi consentimiento para que la (el) Lic. Enf. Tellez Girón Tellez Doñan Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación de la Universidad Nacional Autónoma de México, realice la toma de fotografías y/o video para fines exclusivamente académicos, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación y ser libre de retirarme de este estudio en el momento en que lo desee.

Autorizo:

GABRIEL JAVIER MARTINEZ CORTES

Testigo:

ELISA CRUZ RUIZ

Estudiante del Posgrado:

Doñan Tellez Girón Tellez



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN



Formato de Registro de Visita Domiciliaria

Nombre de la Persona Gabriel Javier Martínez Cortés
Nombre del cuidador primario Giovani Cateali de la Teja
Fecha de visita: 1 Nov 2018
Motivo: Entrevista

Diagnostico de Enfermería

Objetivo

Intervenciones de Enfermería

Cuidados proporcionados

Fecha de próxima visita: Martes 20 de Nov. 2018

Observaciones: _____

Doña Teller Guzmán Teller
Firma de la enfermera (o)

Firma de la persona y/o Cuidador



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN



CONSENTIMIENTO INFORMADO

CD de México a 30 de Octubre 2018

Por medio de la presente yo Gabriel Javier Martínez Cortés
Doy mi consentimiento para que la (el) Lic.
Enf. Tellez Guzmán Tellez Dorian, Estudiante del Posgrado de Enfermería
en Rehabilitación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la
Universidad Nacional Autónoma de México, realice seguimiento y participación
activa en el cuidado integral y especializado de mi padecimiento como parte de
sus actividades académicas, asegurando haber recibido la información necesaria
sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación y ser
libre de retirarme de este estudio en el momento en que lo desee.

Autorizo (nombre y firma):

GABRIEL JAVIER MARTÍNEZ CORTÉS

Testigo (nombre y firma):

ELISA CRUZ RUIZ *Elisa Cruz Ruiz*

Estudiante del Posgrado (nombre y firma):

Dorian Tellez Guzmán Tellez *Dorian Tellez Guzmán Tellez*