



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA.**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN**

ESTUDIO DE CASO

**“PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL
DESARROLLO DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN LA
PERSONA CON LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA
IZQUIERDA”**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ENFERMERA ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN**

PRESENTA:

L.E.O. ANAYELI PÉREZ LÓPEZ

**CON LA ASESORIA DE:
E.E.R. DULCE MARÍA ESQUIVEL HERNÁNDEZ**



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**“PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL
DESARROLLO DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN LA
PERSONA CON LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA
IZQUIERDA”**



REALIZÓ

L.E.O. ANAYELI PÉREZ LÓPEZ

RECONOCIMIENTOS

El presente trabajo sobre el Estudio de caso ha sido posible gracias a la ayuda; en el terreno personal, mi hijo Alexander Decha Martínez Pérez, a mi esposo Julio César Martínez Rangel por su apoyo incondicional y a mis padres, porque han sido el apoyo más firme y constante para todos mis logros.

Mi asesora: la Lic. Dulce María Esquivel Hernández y a la Lic. Nohemí Ramírez Gutiérrez que me han brindado su apoyo y asesoría.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	3
III.	FUNDAMENTACIÓN	
	3.1 Antecedentes	4
IV	MARCO CONCEPTUAL	
	4.1 Conceptualización de Enfermería	7
	4.2 Paradigmas	8
	4.3 Teoría de Enfermería	9
	4.4 Proceso de Enfermería	14
V	METODOLOGIA	
	5.1 Estrategia de Investigación: Estudio de caso	18
	5.2 Selección del caso y fuentes de información	19
	5.3 Consideraciones éticas	20
VI	PRESENTACIÓN DEL CASO	
	6.1 Descripción del caso	28
	6.2 Antecedentes generales de la persona	28
VII	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	
	7.1 Valoración	29
	7.1.1 Valoración focalizada	30
	7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete	35
	7.1.3 Jerarquización de problemas	35
	7.2 Diagnósticos de Enfermería	36
	7.3 Problemas interdependientes	37
	7.4 Planeación de los cuidados	37
	7.4.1 Objetivo de la persona	37
	7.4.2 Objetivo de Enfermería	37
	7.4.3 Intervenciones de Enfermería	37
	7.5 Ejecución	87
	7.5.1 Registros de las intervenciones	87
	7.6 Evaluación	91
	7.6.1 Evaluación de las respuestas de las personas	91
	7.6.2 Evaluación del proceso	91
VIII	PLAN DE ALTA	99

IX	CONCLÚSIONES	104
X	SUGERENCIAS	107
	BIBLIOGRAFIA	109
	ANEXOS	112
	1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	112
	2. ESCALA DE GLASGOW	113
	3. ESCALA DE TINNETI	114
	4. GONIOMETRIA	116
	5. ESCALA DE LOVETT	117
	6. ESCALA DE BARTHEL	118
	7. ESCALA DE LAWTON Y BRODY	119
	8. ESCALA DE EVA	120
	9. ESCALA DE VANCOUVER	121
	10. ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO	122
	11. EL PLATO DEL BIEN COMER	124
	12. LA JARRA DEL BUEN BEBER	127
	13. TRIPTICO DE HIGIENE DE COLUMNA	129
	14. TRIPTICO DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA + POSTOPERADO DE ARTRODESIS DE CADERA IZQUIERDA	130
	15. TRIPTICO DE RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE CON LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA	131
	16. ESCALA DE BRISTOL	132

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo desarrolla un Estudio de caso a una persona adulto joven con secuelas de luxación traumática de cadera izquierda, utilizando como herramienta metodológica el Proceso Atención de Enfermería, con sus 5 etapas, aplicado en un periodo de tiempo de nueve meses, permitiendo evaluar los alcances del proceso de rehabilitación, bajo el modelo conceptual de Dorothea Orem.

El paciente J.G.M.G. fue captado el 30 de septiembre de 2013 en el área de tanque terapéutico.

Las personas al sufrir una luxación traumática de cadera quedan limitadas y con ciertas carencias para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. A través de nuestra práctica asistencial podemos fomentar su autocuidado y autonomía, con el objetivo de que consigan la mayor independencia posible.

Actualmente nosotros, como personal de enfermería nos orientamos hacia un paradigma globalizador en donde la relación enfermera-paciente se oriente hacia una corresponsabilidad, es decir, la persona es responsable de su salud y de sus cuidados, y solo cuando necesite ayuda, la enfermera colabora centrando su atención en la persona como entidad integral, por ello, en la realización de este proceso atención enfermería así como el Estudio de Caso, utilizamos el modelo de Dorothea Orem, quien ha descrito la Teoría General del Autocuidado, que consiste en 3 subteorías relacionadas: La del Autocuidado, la del Déficit de Autocuidado y la de Sistemas de Enfermería.

El rol de la enfermera, consiste en persuadir a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello la enfermera se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona.¹

Al final de este trabajo se mencionan los diagnósticos de enfermería relacionados con el paciente, la fundamentación de los mismos, las acciones de enfermería fundamentadas que van encaminadas hacia el bienestar de la persona y la evaluación de dichas intervenciones de enfermería, y brindándole a la persona un mejor estilo de vida desarrollando habilidades, y logros, a si finalmente, evaluando el plan desarrollado obteniendo logros satisfactorios.

¹ Gaitán M.C., Acevedo G.C. Una experiencia en la aplicación de la teoría de Dorothea Orem utilizando el

La luxación de cadera representa el 2-5% de todas las luxaciones traumáticas. Ocurre en la tercera década de la vida en el 35% de los casos, y el 75% de las luxaciones de cadera se producen en varones y entre los 20 y 30 años de edad.²

La luxación Traumática de cadera sobreviene después de un traumatismo violento, de alta intensidad, sobre una cadera en una postura propicia. Los accidentes de circulación representan la etiología de la mayoría de estas lesiones. El mecanismo más frecuente de producción de la luxación traumática de la cadera es el impacto de la rodilla contra el tablero del vehículo, que impulsa la cabeza femoral hacia atrás fuera del acetábulo.

La artroscopia³ de la cadera es una técnica segura, reproducible y con bajas complicaciones para la preservación articular. Con resultados muy buenos o excelentes cuando la indicación y el tratamiento de la patología son realizados correctamente.

Se debe realizar un tratamiento inmediato para una rehabilitación precoz y eficaz, será imprescindible para lograr una recuperación óptima y conseguir el regreso al estado funcional previo. Así mismo, será necesario un trabajo en común por parte de un equipo multidisciplinar que tenga como meta la reincorporación del paciente a las actividades básicas de la vida diaria, en el menor tiempo posible y con las mínimas consecuencias. Conocer cuáles son los factores de riesgo que influyen en esta patología.

Debemos instruir determinados ejercicios que puede y debe realizar y que ayudaran en la recuperación de fuerza muscular para conseguir su posterior rehabilitación, como son ejercicios de flexo-extensión de tobillo, flexo-extensión de rodilla y ejercicios isométricos del cuádriceps.⁴

² Jover N, Barrés M, Balfagón A,. Luxación anterior de cadera: presentación de un caso y revisión de la literatura. Revista Española de Cirugía Osteoarticular. Nº 255. Vol. 48. julio-septiembre 2013

³ Vilaseca T.R, Chahla J. A. Artroscopía de Cadera: Indicaciones, Resultados y Complicaciones. Revisión Bibliográfica y Experiencia Personal. Vol. 22, Nº 3: 2015.PP 107-113.

⁴ Fernández Arellano M J,. Rehabilitación precoz en los pacientes intervenidos de fractura de cadera. Septiembre 2014.

II. **OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO**

OBJETIVO GENERAL

1. Elaborar un Estudio de caso, con base en las etapas del método enfermero, y bajo la perspectiva teórica de Dorothea Orem, a una persona con luxación traumática de cadera izquierda, e implementar intervenciones especializadas, basadas en los conocimientos adquiridos durante el Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, que permita el desarrollo de la agencia de autocuidado de la persona, a través de una participación activa, saludable y comportamientos responsables en su estilo de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Aplicar un instrumento de Valoración al paciente del Estudio de Caso para la detección de déficits de autocuidados que se encuentren alterados de acuerdo a la Teoría de Dorotea Orem.

2. Realizar los Diagnósticos de Enfermería de acuerdo a los principales problemas detectados.

3. Implementar un plan de Intervenciones de Enfermería Especializada en Rehabilitación, para llevar a cabo una adecuada mejora en la función motora, movilidad y una independencia de la vida diaria.

4. Ejecutar las intervenciones planeadas integrando el método enfermero y la teoría general del déficit de autocuidado como elementos primordiales.

5. Evaluar los objetivos alcanzados con las intervenciones realizadas al paciente.

III. FUNDAMENTACIÓN

3.1. Antecedentes.

Para fundamentar este estudio de caso, se hizo una búsqueda exhaustiva de documentos en bases de datos como revisión bibliográfica, Medigraphic, Mapfre, revista española de cirugía Osteoarticular, EL SEVIER, usando como palabras clave luxación de cadera traumática, proceso de enfermería y rehabilitación.

Se obtuvieron resultados limitados en investigaciones de enfermería, se eligen los siguientes 5 artículos por su relevancia respecto al tema tratado.

El artículo “Luxación anterior de cadera: presentación de un caso y revisión de la literatura”.⁵ Trata de las luxaciones de cadera son eventos raros, siendo menos frecuente su presentación anterior hasta el 10% de los casos. La mayoría de las luxaciones de cadera suelen ser manejadas mediante reducción por maniobras externas, restricción del apoyo y rehabilitación. Se trata de un caso de una mujer de 20 años de edad que ingresó en urgencias tras un accidente de tráfico con vuelco del vehículo. El tratamiento debe ser una reducción congruente y anatómica antes de las seis horas para evitar el riesgo de necrosis avascular de la cabeza femoral, riesgo que se incrementa hasta 20 veces si la reducción se realiza más tarde. Para la rehabilitación se debe comenzar con ejercicios de movilidad y fortalecimiento de los músculos flexores de la cadera y de los extensores de la rodilla seis días después de la reducción, manteniendo el reposo en cama con movilidad pasiva de la cadera. Las luxaciones de cadera representan entre el 5 y el 25% de todas las luxaciones del esqueleto y son más frecuentes en varones, el 75%, entre los 20 y 30 años de edad. Generalmente están asociadas con mecanismos de alta energía, en su mayoría accidentes automovilísticos. Las complicaciones son: las lesiones del nervio ciático, la re-luxación, la osificación heterotópica.

El artículo “Luxación antero-inferior de cadera en una presentación poco común. Estudio de un caso y revisión de literatura”⁶. Trata de Las luxaciones de cadera son lesiones graves, ya que la cadera es una articulación muy estable y necesita una fuerza considerable para producir una luxación. La luxación de cadera más frecuente es la posterior, que se da aproximadamente en el 90% de los casos, y se produce por un impacto directo sobre el fémur distal. La luxación anterior de cadera es una lesión poco frecuente, ocurre en el 7-13%. Se produce

⁵Jover N, Barrés M, Balfagón A. Luxación anterior de cadera: presentación de un caso y revisión de la literatura. Revista Española de Cirugía Osteoarticular. Nº 255. Vol. 48. Julio-Septiembre 2013.pp. 141-144.

⁶ Peña-Ramos T, Vilchez-Cavazos F, Mendoza-Lemus O, Acosta-Olivo C. Luxación antero-inferior de cadera en una presentación poco común. Estudio de un caso y revisión de literatura. Trauma Fundamentos Mapfre (2013) Vol 24 nº 3. Pp.156-159.

normalmente por una caída con golpe sobre el muslo cuando la cadera está en abducción y rotación externa. Se presenta el caso de un varón de 27 años que tras accidente de moto presentaba clínica con miembro inferior derecho con flexión de cadera, abducción y rotación externa, con posición erecta del mismo y semibloqueo en cadera. En la radiografía simple de pelvis se observó una luxación anterior inferior de cadera derecha. Se realizó reducción cerrada de cadera derecha. Se inmovilizó el miembro inferior derecho con un botín de yeso antirotario en posición de rotación interna de cadera. Se realizó radiografía de control y una Tomografía Computarizada para valorar la congruencia articular y las posibles lesiones asociadas. El paciente fue dado de alta a las 4 semanas. La luxación anterior de cadera tiene mejor pronóstico que la luxación posterior cuando se realiza un tratamiento temprano adecuado.

El artículo “Luxación Traumática anterior de cadera”⁷ menciona que las luxaciones traumáticas anteriores de cadera representan 10 a 15 % de todas las luxaciones traumáticas de cadera. Presentación de caso de un paciente sexo masculino, 24 años de edad, estudiante, ingresó con antecedente de accidente en motocicleta ocasionado por automóvil. Presentando escoriaciones en la región medial de la rodilla derecha, miembro inferior derecho en abducción, rotación externa y la cadera en extensión. Se realizaron radiografías simples y tomografía axial computarizada de la pelvis llegando al diagnóstico de luxación traumática anterior pubiana de cadera derecha. Se realiza la maniobra de Allis, con anestesia tipo sedación, seguido de reposo en cama. Posteriormente realiza fisioterapia.

Otro caso, paciente de sexo masculino, 37 años de edad, empleado, víctima de caída de motocicleta en movimiento, refirió dolor en la cadera izquierda. Al examen físico presentó posición en flexión de la cadera izquierda, abducción y rotación externa del miembro inferior izquierdo. Con apoyo de la radiografía y tomografía de la pelvis se diagnostica luxación traumática anterior obturatriz de cadera izquierda. Se realizó la reducción con anestesia tipo sedación. Se siguió el mismo esquema de recuperación y rehabilitación. La luxación traumática anterior de cadera, a pesar de ser una afección grave y rara, cuando es diagnosticada y tratada adecuadamente, presenta buenos resultados, con la recuperación funcional de la articulación y sin secuelas.

El artículo. “Luxación traumática bilateral simultánea de cadera. Reporte de 3 casos”.⁸ Habla sobre las luxaciones traumáticas de la cadera representa 2 a 5% de todas las luxaciones, la lesión es consecuencia de un traumatismo de alta

⁷ Kunzle Elizeche H, Martínez C, Valenzuela M, Rojas R, Sisa J, Gregor R,. Luxación Traumática anterior de cadera. Revista Nacional. (Itaniguà). Vol. 5 (2). Diciembre 2013. Pp. 54-56

⁸ González Bello A, Rojas Sámano I, Muciño Maldonado R. Luxación traumática bilateral simultánea de cadera. Reporte de 3 casos. Acta Ortopédica Mexicana 2004; 18(4): Jul.-Ago.: 168-172

energía ocasionada entre otros por: accidentes automovilísticos, caídas de una altura, accidentes de trabajo en la industria y se asocian en la mayoría de las ocasiones a otras lesiones del sistema músculo-esquelético u otros órganos de la periferia. Se encontraron 3 casos reportados durante el período 2003 todos ellos del sexo masculino, con edades de 43, 19 y 37 años; el antecedente en común fue un choque automovilístico frontal sin cinturón de seguridad. Para que la luxación se lleve a cabo en un sentido posterior requiere de fuerzas orientadas en la misma dirección, que generalmente es transmitida por el miembro pélvico en sentido axial y con la cadera en flexión. Para que la luxación sea asimétrica se requiere de una combinación de fuerzas en 2 direcciones opuestas, lo cual es raramente encontrado en un accidente. Es importante integrar el diagnóstico clínico y radiológico del paciente de manera oportuna, realizar la reducción lo antes posible, bajo anestesia general o sedación.

El artículo. “Artroscopia de cadera en patología traumática”.⁹ La artroscopia de cadera ha aumentado su popularidad en los últimos años como una técnica mínimamente invasiva de diagnóstico y tratamiento para diversas patologías intrínsecas y/o relacionadas con la cadera. Otra de las ventajas de la artroscopia de cadera en casos de origen traumático es la reparación de los tejidos blandos que se dañan al momento de la lesión o con el tratamiento inicial, la extracción de fragmentos libres intra articulares y visualización directa de reducciones articulares incongruentes. La mayoría de las luxaciones de cadera suceden como resultado de trauma de alta energía y en pacientes jóvenes. Las luxaciones de cadera frecuentemente producen severos daños a la articulación que pueden comprometer el regreso del paciente a su nivel previo de actividad.

⁹Ilizaliturri V.M, Suárez-Ahedo C. Artroscopia de cadera en patología traumática. Revista Española de Artroscopia y Cirugía Articular. Publicada por EL SEVIER España. 2016. No de pág. 9.

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1. Conceptualización de Enfermería

La evolución del cuidado enfermero está estrechamente ligada a la consideración del concepto de salud-enfermedad que ha caracterizado a cada momento histórico.

La Enfermería ha evolucionado en su práctica y en su conceptualización, conformando el aspecto humanístico para lograr la conformación de una profesión cuya proyección social se ha ampliado en todos los niveles de la atención a la salud. Existen situaciones laborales donde se requiere que el profesional de la salud tome decisiones trascendentales. Su conducta responderá a su valoración ética y legal.

La enfermería ha estado relacionada históricamente a los cambios ocurridos en la sociedad y a todas las condicionantes sociales, económicas, biológicas y ecológicas que influyen en el proceso salud-enfermedad, así como, por el predominio de determinada corriente filosófica.

Según la OMS. La Enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano y, en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a los individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren. Esto significa que la disciplina abarca las funciones de cuidar tanto en la salud como en la enfermedad y se extiende desde la concepción hasta la muerte. Se ocupa de mantener, promocionar y proteger la salud, cuidar al enfermo y ayudar a la rehabilitación. Contempla los aspectos psico-somáticos y psico-sociales de la vida en lo que estos afectan a la salud, la enfermedad y la muerte. La Enfermería requiere la aplicación de entendimiento, conocimientos y habilidades específicas de la disciplina.

Según Dorotea Orem (1980). "Es un servicio, una manera de ayudar a los seres humanos, la forma o estructura de la enfermería se deriva de las actividades elegidas deliberadamente y realizadas por las enfermeras para ayudar a los individuos o a los grupos a mantener o cambiar su medio ambiente, concierne especialmente a las necesidades individuales de autocuidado para mantener la vida, recuperarse de las enfermedades y lesiones y hacer frente a las secuelas"¹⁰. Es necesario recordar que el objeto de enfermería es el cuidado hacia la persona la cual es considerada según Dorothea Orem como un ser que tiene funciones

¹⁰ Gaitán M.C., Acevedo G.C. Una experiencia en la aplicación de la teoría de Dorothea Orem utilizando el proceso de enfermería. Revista Perspectiva proceso salud-enfermedad. CIES, UPTC Vol. 4, Nº 2. Tunja 2012, p. 75-76.

biológicas, simbólicas y sociales, con potencial para aprender y desarrollarse, en donde intervienen diversos factores como el entorno físico y sociocultural, así mismo, se consideran sus ideas respecto a la salud y bienestar para su cuidado. En este sentido, se interpreta el cuidado con un enfoque integral.

Enfermería es un proceso que comprende una serie de acciones dirigidas hacia el fomento, mantenimiento y restablecimiento de la salud, hacia la prevención de las enfermedades, el alivio del sufrimiento, y a la seguridad de una muerte tranquila. La enfermería como profesión es única porque aplica de forma humanística e integral las reacciones de los pacientes y familias a los problemas de salud presentes y potenciales.

4.2. Paradigmas

Para las ciencias sociales, el término Paradigma se usa para describir el conjunto de experiencias, creencias y valores que afectan la forma en que un individuo percibe la realidad y la forma en que responde a esa percepción, un patrón o modelo, un ejemplo en el diseño

Es precisamente gracias a la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno que se clarifica el campo de la disciplina enfermera.

En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina.

Los paradigmas¹¹ en la profesión de enfermería tienen un modo de actuar, lo que conlleva que en la medida que se van logrando conocimientos propios en la práctica e investigación de enfermería, se van encaminando al desarrollo de la base teórica de la profesión.

Paradigma de categorización (1850-1950), en el cual todo fenómeno viene de algo y ha inspirado dos orientaciones la salud pública y enfermedad.

El Paradigma de integración (1950-1975), va en relación a la orientación de los cuidados de enfermería hacia la persona.

El Paradigma de la transformación (1975-siglo XX), donde cada fenómeno es único e irrepetible. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura.

¹¹Martínez González L, Olvera-Villanueva G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Revista de Enfermería. Instituto Mexicano del Seguro Social 2011; 19 (2): P. 105-108

Esta orientación de apertura sobre el mundo influye necesariamente en la naturaleza de los cuidados enfermeros. El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La enfermera habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver de esta persona. La enfermera y la persona son compañeros en un cuidado individualizado.

La persona es así un todo indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente de ésta. Tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo, maneras de ser que forman un modelo dinámico de relación mutua y simultánea con el entorno.

La salud es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. También hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de creación de la persona. La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de la salud, y la salud va más allá de la enfermedad siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona.

El entorno está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella. La persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultáneo.

4.3. Teoría de Enfermería

Cada día, los diferentes profesionales de enfermería cuestionamos aspectos de nuestra práctica diaria; hecho que nos obliga a reflexionar sobre el sentido de lo que hacemos, interrogantes que exigen buscar respuestas; en este sentido, desde diversos enfoques, varias autoras han aportado sus conocimientos en función de definir y explicar la esencia de los cuidados enfermeros, y como resultado ha originado teorías y modelos conceptuales, los que sirven de guía en la práctica enfermera.

Las teorías y modelos conceptuales no son nuevos para la enfermería, existen desde que Florence Nightingale expresó su ideas acerca de la enfermería en 1859, en la actualidad cada profesional de la enfermería tiene su propia visión sobre la enfermería que influyen en las decisiones tomadas para satisfacer las necesidades de los seres humanos. Es conocido por los profesionales de la enfermería que no se pueden aplicar en todas las situaciones todos los modelos y teorías, sino una pequeña parte de ellos que respondan a una necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma la calidad y cantidad de cuidados requeridos para mantener la vida y el bienestar como causa de una situación de salud particular. Los modelos y teorías de enfermería se utilizan para guiar y facilitar la práctica de los enfermeros(as).

Dorotea E. Orem¹² establece la teoría del déficit del autocuidado como un modelo general compuesto por tres subteorías relacionadas.

La teoría de autocuidado

La teoría del déficit del autocuidado

La teoría de los sistemas de enfermería

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión.

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración

¹² Prado Solar L.A, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K, La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica. vol.36 no.6 Matanzas nov.-dic. 2014.

cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Entorno: Conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, que se basan en la relación de ayuda y/o suplencia los enfermeros(as) hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo, la educación a un paciente portador de una cardiopatía congénita en cuanto a la higiene y actividades que debe realizar.¹³

Asumiendo que el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas, una actividad del individuo, aprendida por este y orientada hacia un objetivo, una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar; consideramos que el autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería.

El modelo de Orem debe tener presente las siguientes pautas:

¹³ Ibídem. Pág. 839

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidado u orientador, contando con la participación del cliente.

Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado. Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta investigadora identifica en su teoría tres categorías de requisitos de autocuidado para el desarrollo de la actividad de enfermería teniendo en cuenta que estos requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados.

1. Universales: son los que precisan todos los individuos para preservar y mantener su funcionamiento integral como persona 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.

Los 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, fomentando positivamente la salud y el bienestar.¹⁴

1. Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
2. Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
3. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
4. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.
5. Equilibrio entre actividades y descanso.

¹⁴ Ibídem pág. 840.

6. Equilibrio entre soledad y la comunicación social.
7. Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.
8. 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.

2. De cuidados personales del desarrollo: estos surgen como el resultado de los procesos de desarrollo o estados que afectan el desarrollo humano.

3. De cuidados personales de los trastornos de salud: entre estos se encuentran los que se derivan de traumatismo, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida. Con la aplicación de esta categoría el cuidado es intencionado, los inicia la propia persona este es eficaz y fomenta la independencia.

Se puede afirmar que el ser humano tiene la capacidad para cuidarse y este autocuidado se aprende a lo largo de la vida, principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Es por ello, que no es extraño reconocer en los seres humanos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades.

Teoría de déficit de autocuidado

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras.

Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del

grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

Teoría de los sistemas de Enfermería

Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto, el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.

Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.

Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente, la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

En la teoría de Orem es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre, además de ofrecer un cuerpo teórico para que estos profesionales expliquen los diferentes fenómenos que pueden presentarse en el campo de la salud, también sirve como referente teórico, metodológico y práctico para los profesionales que se dedican a la investigación.

4.4. Proceso de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE)¹⁵ consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, también es conocido como Proceso de Enfermería (PE) o Proceso de Cuidados de Enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

¹⁵Bello Fernández N, Fenton Tait M, Yera León A. Proceso de Atención de Enfermería. Necesidad de Cambio. Revista Cubana de Enfermería. 4 (3) 2012: P.11-27.

Características del PAE

Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo.

Sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para lograr su objetivo.

Dinámico: responde a un cambio continuo.

Interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establece entre la enfermera y el paciente.

Flexible: Se puede adaptar a la práctica de enfermería en cualquier lugar o área de especialización que se ocupe de individuos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

Tiene una base teórica: sustentada en una amplia variedad de conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y es aplicable a cualquier modelo teórico de enfermería.

Objetivos del PAE

Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.

Imprimir a la profesión un carácter científico.

Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.

Traza actividades evaluables.

Mantener una investigación constante sobre los cuidados.

Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.

Habilidades necesarias para aplicar EL PAE

El proceso enfermero implica habilidades que un profesional de enfermería debe poseer cuando él o ella tenga que comenzar la fase inicial del proceso. Tener estas habilidades contribuye a la mejora de la atención del profesional de enfermería al cuidado de la salud del paciente, incluyendo el nivel de salud del mismo, o su estado de salud.

- Cognitivas o Intelectuales, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del cliente. Incluidas entre estas habilidades están las de identificar y diferenciar los problemas de salud actuales y potenciales a

través de la observación y la toma de decisiones, al sintetizar el conocimiento de enfermería previamente adquirido.

- Interpersonales, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, así como la obtención ética de información necesaria y relevante del cliente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.
- Técnicas, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el cliente al realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos.

Fases o etapas del PAE

- **Valoración:** Es la primera fase del Proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. La valoración consiste en recolectar y organizar los datos con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Los datos los podemos obtener de dos fuentes: fuentes primarias: observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete y fuentes secundarias: expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)

- **Diagnóstico de Enfermería:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. Los diagnósticos de Enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencias. El propósito de esta fase es identificar los problemas de Enfermería del paciente.

- **Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud. La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de Enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Consta de cuatro etapas:

Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado: Protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.

Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

- Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo. La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo los Cuidados de Enfermería.
- Evaluación: Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos¹⁶. En cambio, si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez. Es parte de esta etapa el que se deba establecer metas mensurables, el fallo al establecer metas mensurables resultará en evaluaciones pobres.

¹⁶Bello Fernández N, Fenton Tait M, Yera León A. Proceso de Atención de Enfermería. Necesidad de Cambio. Revista Cubana de Enfermería. 4 (3) 2012: P.11-27.

V. METODOLOGÍA

5.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE CASO

El estudio de caso¹⁷ es una herramienta de investigación fundamental en el área de las ciencias sociales, así como en la administración. Sin embargo, debido a su utilidad, se ha expandido a otros campos como la economía o la mercadotecnia. Analiza temas actuales, fenómenos contemporáneos, que representan algún tipo de problemática de la vida real, en la cual el investigador no tiene control. Al utilizar este método, el investigador intenta responder el cómo y el por qué, utilizando múltiples fuentes y datos.

Es importante en la investigación ya que sirve para obtener un conocimiento más amplio de fenómenos actuales y para generar nuevas teorías, así como para descartar las teorías inadecuadas. Sirve, especialmente, para diagnosticar y ofrecer soluciones en el ámbito de las relaciones humanas.

Esta herramienta es útil para ampliar el conocimiento en un entorno real, desde múltiples posibilidades, variables y fuentes, porque con este método se puede analizar un problema, determinar el método de análisis, así como las diferentes alternativas o cursos de acción para el problema a resolver; es decir, estudiarlo desde todos los ángulos posibles; y por último, tomar decisiones objetivas y viables.

Función en el medio académico

El método del estudio de caso¹⁸ es muy poco utilizado en el medio académico. Es una de las herramientas para el análisis de situaciones hipotéticas y generar soluciones viables. Fomentar el análisis para comprender fenómenos de la actualidad, con el fin de proporcionar herramientas, como conceptos teóricos, que ayuden a comprender o solucionar el problema. Finalmente, es importante mencionar que los estándares o las especificaciones del estudio de caso, varían de acuerdo con las disciplinas.

Estructura

Realmente no existe una estructura determinada para la elaboración de un estudio de caso. Por ejemplo, la extensión de éste depende de diferentes factores como el caso en cuestión, el área disciplinar a la que éste pertenece, la finalidad y los

¹⁷ Martínez Carazo, Piedad Cristina. "El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica". Universidad del Norte. Consultado el 28 de abril de 2016.

¹⁸ Urra Medina E.; Nuñez Carrasco R.; Retamal Valenzuela C., Jure Cares L., Enfoques de estudio de casos en la investigación de enfermería. Ciencia y enfermería. 2014, vol.20, n.1, pp. 131-142.

receptores ideales. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que existen cinco componentes esenciales para este género escrito: preguntas de investigación, proposiciones teóricas, unidades de análisis, vinculación lógica de los datos a las preguntas formuladas y finalmente, la interpretación de dichos datos. Tomando en cuenta estos componentes básicos, se puede elaborar una estructura como guía¹⁹:

1. Transcripción del caso a investigar.
2. Antecedentes del caso a investigar.
3. Preguntas de investigación.
4. Conceptos y teorías.
5. Principales tópicos de investigación.
6. Análisis e interpretación de la información.
7. Conclusión y bibliografía.

5.2 SELECCIÓN DE CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Para el presente estudio de caso se seleccionó un paciente durante la rotación por el servicio de Gimnasio Terapéutico, el día 30 de septiembre de 2013, tomando en cuenta lo siguiente:

TRASCEDENCIA

En la literatura científica se evidencia la importancia del trabajo del profesional de enfermería para la atención de la persona de luxación traumática de cadera y su familia, que, en relación con el trabajo con el paciente de este caso, estuvo orientada a la enseñanza y aprendizaje, por lo que se justifica la realización de este estudio de caso para lograr que la persona alcance su cuidado además de su reinserción a las actividades laborales, a través de una rehabilitación integral.

MAGNITUD

La luxación de cadera traumática representa del 2% al 15%. Ocurre en la tercera década de la vida en el 35% de los casos, y el 75% de las luxaciones de cadera se producen en varones, el 75% y entre los 20 y 30 años de edad.

¹⁹ Martínez Carazo, Piedad Cristina. "El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica". Universidad del Norte. Consultado el 28 de abril de 2016.

La luxación anterior de cadera es una lesión poco frecuente, ocurre en el 7-13%. Se produce normalmente por una caída con golpe sobre el muslo cuando la cadera está en abducción y rotación externa.

La mayoría de las luxaciones de cadera suceden como resultado de trauma de alta energía y en pacientes jóvenes. Las luxaciones de cadera frecuentemente producen severos daños a la articulación.

FACTIBILIDAD

El paciente tuvo la mejor disposición para llevar a cabo el tratamiento junto con la Estudiante de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, no hubo ningún inconveniente con los horarios ya que él se encontraba todo el día en casa. Los resultados esperados para el paciente fueron mejorar los arcos de movilidad, recuperar tono muscular y sensibilidad del miembro pélvico izquierdo, mejorar la marcha con ayuda de bastón de 1 punto, así como la máxima independencia en las actividades de la vida diaria y mejorar el estado emocional ya que se encontraba deprimido por la apariencia física. De igual forma proporcionar ayuda a la familia y orientar con herramientas de apoyo para una mejor independencia.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las investigaciones científicas han producido grandes beneficios para la humanidad. Sin embargo, también han planteado muchos dilemas éticos a lo largo de la historia por los abusos cometidos con los participantes en estos experimentos.

Tres son los principios²⁰ básicos para la investigación, Respeto a las personas, Beneficencia y Justicia, principios que se consideran Universales, lo que significa que trascienden fronteras geográficas, culturales, económicas, jurídicas y políticas

La investigación en Enfermería surge de la necesidad de profundizar en el cuerpo propio de los conocimientos de forma continua. Ello permite mejorar la calidad de la asistencia prestada por los profesionales y potenciar el desarrollo de la enfermería. Constituye una parte fundamental para una correcta atención a los enfermos, por lo tanto, la acción de investigar debe estar al alcance de todo enfermero.

En el ámbito de la enfermería, la Ética estudia las razones de comportamientos en la práctica de la profesión y valores que regulan dichas conductas.

²⁰ González Quintana C. Ética Enfermera Básica. Revista CONAMED. Vol. 20, Núm. 4 (2015).

Antes de iniciar una investigación, el profesional de Enfermería debe plantearse la conveniencia y la corrección tanto de los objetivos que pretende conseguir, como de los medios que piensa emplear para llevarlo a cabo. Esta consideración de objetivos y acciones es el objeto de la Ética.

La investigación en enfermería valora tanto la investigación cuantitativa como la cualitativa, la nueva visión de la enfermería basada en la evidencia (EBE) donde se complementan la investigación cuantitativa y cualitativa, entrega evidencias que son utilizadas en las diferentes instancias, siendo el que aporte el apoyo científico necesario a la experiencia profesional. Para poder realizar la práctica en la evidencia, se hacen necesarios los registros de enfermería.

Para la participación en proyectos de investigación enfermera es imprescindible el Consentimiento Informado por parte de los participantes, así como la intervención de los Comités de Éticos de Investigación encargados de velar por la protección de los derechos, seguridad y bienestar de los sujetos que participen y de ofrecer garantía pública al respecto.

En este sentido el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional. Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería en México. Como resultado de su educación formal, la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas. En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente.

LA ÉTICA

Disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto, es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal. La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar. El objeto material de la ética²¹ es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno. Para que un acto sea considerado como bueno o moral debe realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto, la ética estudia la moralidad de los actos humanos. El acto humano se concibe con el ejercicio de las facultades del razonamiento, la libertad y la voluntad, lo que implica la realización de un acto responsablemente. La moral considerada como regla de conducta es el conjunto de comportamientos y normas que algunos suelen aceptar como válidos, porque son los deberes y obligaciones para con la sociedad. La moral debe guiar la conducta humana en los comportamientos cotidianos de acuerdo a los principios y valores de un grupo determinado.

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

Los principios²² éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

Beneficencia y no maleficencia. - Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales.

Justicia. - La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo,

²² Ibíd. Pp 7

social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Autonomía. - Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial de los cuidados de enfermería.

Valor fundamental de la vida humana. - Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

Privacidad. - El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

Fidelidad. - Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hacer una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad. - Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad. - Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Solidaridad. - Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

Tolerancia. - Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o de fanatismo.

Terapéutico de totalidad. - Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

Doble efecto. - Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:

- Que la acción y el fin del agente sea bueno;
- Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Consentimiento Informado se logra como resultado del proceso de diálogo y de colaboración en el que se intenta tener en cuenta la voluntad y los valores del paciente, sería preferible llamarlo el derecho a la “decisión informada” o a la “elección informada”. Hay que entender el Consentimiento Informado como un nuevo ideal hacia la promoción de la autonomía de los pacientes. El Consentimiento Informado es la aceptación racional de una intervención médica o la elección entre cursos alternativos posibles. Claro está que para sumir este consentimiento el paciente debe reunir ciertas condiciones:

- 1) Disponer de una información suficiente.
- 2) Comprender la información adecuadamente.
- 3) Encontrarse libre para decidir de acuerdo a sus propios valores.
- 4) Ser competente para tomar la decisión en cuestión.

El objetivo ideal es tener auténtica comunicación con la persona.

Para este estudio se aplicó un consentimiento informado, firmado por el paciente y un testigo. (Ver anexo 1)

CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero. - El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

La observancia del Código²³ de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

²³ Ibid. Pp 11

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LAS ENFERMERAS Y LOS ENFERMEROS

1. Ejercer la Enfermería²⁴ con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
3. Contar con los recursos necesarios que le permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5. Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.
7. Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.

²⁴ Ibíd. Pp 14

8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.

CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LAS PACIENTES Y LOS PACIENTES

1. Recibir atención²⁵ médica adecuada
2. Recibir trato digno y respetuoso
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz
4. Decidir libremente sobre su atención
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado
6. Ser tratado con confidencialidad
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión
8. Recibir atención médica en caso de urgencia
9. Contar con un expediente clínico
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida

²⁵ Ibíd. Pp 14

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO.

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

Nombre : J. M.G. M.

Edad: 24 años

Domicilio: Barrio de Santa Martha. Milpa Alta. Distrito Federal.

Originario y residente de Distrito Federal.

Estado civil: Soltero

Escolaridad: Licenciatura incompleta

Religión: Católico

Empleo: Estudiante

Habita en casa propia de medio urbano que cuenta con todos los servicios básicos intra-domicilarios.

Refiere que inicia su padecimiento actual el pasado domingo 31/08/2013, quien acude por presentar accidente de tránsito viajando de copiloto e ir dormido, el cual acude al servicio de urgencias del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Paciente masculino en la etapa de la juventud, con una edad de 24 años, consiente, orientando en sus tres esferas, postoperado de artrodesis de cadera izquierda, por una Luxación Traumática de cadera. Fecha de cirugía de Artroscopia de cadera el día 13/09/13.

6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA

Antecedentes Heredofamiliares.

Abuelos maternos con diagnóstico de diabetes mellitus.

Antecedentes Personales no Patológicos

Alcoholismo: Ocasional, semanal hasta a la embriaguez

Antecedentes Personales Patológicos

Interrogado y negado.

Antecedentes quirúrgicos:

Artroscopia de cadera izquierda-

Padecimiento Actual:

Diagnostico actual: Luxación traumática de cadera izquierda + Artroscopia de cadera.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 VALORACIÓN

Se aplicó un instrumento de valoración especializado, el día 3/11/13

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Consumo un litro de agua simple al día; consume bebidas alcohólicas de manera ocasional

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Se enferma una vez al año de gripe.

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Ingiere 3 veces al día alimento con horarios de 9-15-17, no realiza colaciones
Duración de la ingesta es de 40 minutos.

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

Evacua todos los días: Color: café, Olor: Normal, Consistencia: Dura, Cantidad: Normal. Escala de Bristol. Tipo 3. (Normal).

Micción 4 veces al día: Color: amarillo-claro, Olor: normal, Cantidad: 300 ml.

Existe dificultad para realizar la eliminación intestinal y vesical debido a la altura del inodoro.

Baño diario que incluye lubricación de la piel y cambio de ropa; corte de uñas cada semana; lavado de manos antes y después de comer y antes y después de ir al baño. Cepillado de diente tres veces al día.

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Limitación física al caminar.

Dolor del pie izquierdo al realizar una actividad física.

Duerme 7 horas por las noches.

Debido a la cirugía dejó de hacer ejercicio y dejó de ir a la escuela.

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

Tiene desconfianza para la comunicación con personas ajenas, refiere mal humor y dolor de cabeza esporádicamente, relacionándolo con el estrés de su estilo de vida.

Irritabilidad.

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

Presenta alteración visual de tipo miopía, para la cual usa lentes.

Manifiesta dolor al caminar EVA 3/10 en pie izquierdo.

Presencia de barreras arquitectónicas en el hogar, que consisten en: Tamaño de puertas y habitaciones: pequeñas, presencia de tapetes, desniveles, piso resbaladizo del baño, no cuenta con pasamanos y barandales dentro de su vivienda.

Alteración de la marcha por claudicación de miembro pélvico izquierdo.

Controles de salud: 2 veces al año

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).

Se siente satisfecho con lo que tiene.

Religión: católica.

7.1.1 Valoración Focalizada

Exploración Física aplicada también el 3 de noviembre de 2013.

TA: 110/70

FC 74

FR 20

Temp. 36°C

Peso: 80 kg

Talla: 1.78 cm

EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente masculino de edad aparente igual a la cronológica, con buena coloración e hidratación de tegumentos. Consciente y cooperador al interrogatorio y a la exploración física. Orientado en las tres esferas. Lenguaje claro, conciso y bien articulado, higiene adecuada, sin movimientos anormales.

Piel: Palidez de tegumentos. Húmeda, presenta buen estado de hidratación. No hay presencia de lesiones primarias o secundarias. Sin presencia de exantema, hematomas, petequias ni equimosis. No hay presencia de nevos sospechosos.

Cabeza, cráneo: normocéfalo, de volumen normal, cabello con implantación de acuerdo a la edad y sexo del paciente, movimientos apropiados para la movilidad de cuello. Cabello de color negro, lacio, mediano, grueso y fuerte. A la palpación se detecta en la zona frontal una cicatriz de color rosado, lisa de 3 cm x 1mm.

Cara: de forma ovalada, tamaño y volumen simétrico y acorde al biotipo, movimientos oculares normales reflejo foto motor y consensual presentes. Región malar, mentón y cigomática de aspecto normal, sin presencia de hundimientos, abultamientos, fracturas ni lesiones.

Ojos. - Sus cejas son simétricas y no presenta orzuela el grosor es adecuado al igual que las pestañas que también son simétricas, cortas, rectas y hacia afuera, los párpados no están caídos, sus ojos son simétricos y grandes, su pupila responde bien a la luz cuando se acerca y se aleja la luz (reflejo corneal), se contrae y expande adecuadamente, su iris es de un color en ambos ojos, su conjuntiva es rosa. Miopía.

Oídos: orejas de forma y tamaño normales, implantación normal, simétricas, sin lesiones ni dolor a la palpación. Conducto auditivo externo permeable, sin presencia de inflamación, lesiones o secreciones. Membrana timpánica de aspecto liso y aperlado. Agudeza auditiva normal.

Nariz. - Es simétrica al rostro, es recta, no presenta anomalías en el color es igual al tono de piel del rostro, el tamaño y forma es de acuerdo a su rostro, no presenta ninguna desviación, no hay deformidad, el color de su mucosa es rosa, no presenta costras y tiene vello, su nariz esta humectada.

Boca. - Sus labios son simétricos de acuerdo a su rostro, son rosados, íntegros, no presentan queilitis, tiene dentadura completa, sus amígdalas no presentan anormalidades, no presenta nevos, no hay hipertrofias, no hay manchas crómicas. Deglución presente, orofaringe con mucosas bien hidratadas, con coloración normal, cuello sin adenomegalias palpables, no ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular presente.

Cuello: de forma cilíndrica, superficie con líneas de flexión presentes, movimientos pasivos de la tráquea presentes, así como pulsos carotídeos no transmisibles, movimientos activos de rotación, flexión y extensión normales. A la palpación se encuentra la tráquea central y desplazable.

Tórax: cilíndrico, movimientos respiratorios simétricos, así como vibraciones vocales presentes. Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad. Frecuencia respiratoria dentro de los límites normales. No se observan datos de dificultad ventilatoria. Movimientos respiratorios amplios y simétricos. Elasticidad y expansión torácica adecuadas. Amplexión y amplexación simétricas.

Abdomen: blando depresible, no doloroso a la palpación, peristalsis presente y normal. Reflejo abdominal, sin visceromegalias, sin datos de irritación peritoneal. A la palpación profunda no presenta dolor ni se detectan masas anormales. No se detecta presencia de esplenomegalia.

Miembros torácicos: íntegros, eutróficos, simétricos, arcos de movimientos normales, pulsos presentes, llenado capilar de 1 segundo.

Columna vertebral: Curvaturas de la columna vertebral normales y sin dolor a la palpación.

Miembros pélvicos: íntegros, con arcos de movilidad disminuidos en miembro inferior izquierdo, se observa edema y cicatriz en trocánter izquierda de 2x2 cm con pigmentación normal, coloración roja, flexibilidad flexible con mínima resistencia, altura plana (escala de Vancouver 3 puntos), llenado capilar de 1- 2 segundos, alteración de la marcha (claudicación), refiere un EVA 3/10 en pie izquierdo, edema en dorso del mismo y coloración violácea secuelas de la caída.

Exploración neurológica:

Estado de conciencia

De acuerdo a la evaluación basada en la escala de Glasgow, (ver anexo 2), se tiene un paciente consciente con una puntuación de 15/15.

Examen mental

-Orientación: el paciente está orientado en persona, tiempo y lugar.

-Memoria: el paciente presenta buena memoria, tanto remota como reciente.

-Juicio y raciocinio: ante diversas situaciones, el paciente reacciona de manera lógica y adecuada.

-Cálculo: el paciente es capaz de realizar operaciones sencillas, según su nivel de escolaridad sin dificultades.

-Información general: de acuerdo a su nivel de escolaridad, maneja información adecuada sobre datos generales, como nombre del presidente actual y acontecimientos recientes.

-Abstracción: es capaz de diferenciar y relacionar componentes de diferentes objetos y situaciones.

-Respuesta emocional: presenta un estado emocional un poco depresivo por lo que está viviendo. Se encuentra en estado de aflicción a consecuencia de su enfermedad.

-Percepción: se encuentra en estado lucido sin presentar ilusiones, alucinaciones o delusiones.

Exploración de Nervios Craneales:

I Olfatorio: identificación fácil de las sustancias que olfateo.

II Óptico: adecuada agudeza visual, campo por confrontación normal, distingue de manera normal los colores, sin alteraciones del reflejo pupilar directo, consensual y de acomodación en ambos ojos.

III Oculomotor, IV Troclear, VI Abductor (motor ocular externo): movilidad de globos oculares adecuada (sacádicos, de seguimiento, de vergencia, vestibulares).

V Trigémino: sensibilidad táctil, térmica y dolorosa de la cara normal. Presencia del reflejo corneal. No presenta alteración en los músculos de la masticación (maseteros, temporales y pterigoideos).

VII Facial: movilidad normal de músculos de la cara. Gusto de los dos tercios anteriores de la lengua normal. Glándulas lagrimales con secreción adecuada.

VIII Vestibulococlear: examen de la audición normal.

IX Glossofaríngeo: reflejo nauseoso positivo, sin alteraciones en la laringe, velo del paladar, membrana timpánica y canal auditivo externo. Presencia del gusto normal en el tercio posterior de la lengua.

X Vago: reflejo nauseoso positivo, sin alteraciones en el velo del paladar. Tono adecuado de la voz.

XI Accesorio: esternocleidomastoideo y trapecio de fuerza y resistencia normales.

XII Hipogloso: sin alteraciones en la movilidad y dirección de la lengua.

Equilibrio dificultad al caminar de talones y subir las escaleras. Buena coordinación en pruebas dedo-nariz y talón-rodilla en ojos abiertos y cerrados Sensibilidad conservada. Sensibilidad superficial: Táctil: conservada en los miembros superiores e inferiores. Dolorosa: conservada normal en los segmentos corporales. Térmica: conservada normal y por igual en todos los segmentos corporales. Sensibilidad profunda: Dolor profundo: al aplicar la misma fuerza, se obtiene dolor en miembro inferior izquierdo. Sensibilidad vibratoria: perceptible sin alteración en miembros superiores e inferiores. Capaz de reconocer objetos en prueba de estereognosia, capaz de reconocer lo escrito en su piel en prueba de grafetsia, capaz de diferenciar dos puntos que se describen como lejanos o separados cuando se encuentran cerca en prueba de discriminación de dos puntos, capaz de reconocer el sitio del cuerpo donde se le tocó en prueba de topognosia, capaz de reconocer el peso de los objetos en prueba de barognosia,

A la exploración física: marcha claudicante.

En la siguiente tabla se muestran los resultados de las escalas aplicadas.

ESCALAS	PUNTUACIÓN EN RESULTADOS
Escala de Glasgow (Anexo 2)	15 puntos Consciente.
Escala de Tinetti. Marcha y Equilibrio (Anexo 3)	16 puntos (Riesgo Alto de Caídas)
Goniometría (Anexo 4)	Cadera: movilidad flexión 110/100 abducción 20/20 Flexión rodilla 130/130 Tobillo flexión Plantar 30/30 Dorsiflexión 30/0 por dolor Eversión 20/10 Inversión 30/10.
Escala de Lovett (Anexo 5)	Flexores de cadera 4/3+ abductores 4/3+ cuádriceps 4/4 dorsiflexores de tobillo 4/3+ flexores plantares 4/3+ tibial anterior 4+/4 peronés 4+/3+.
Escala de Barthel. Valoración de las actividades de la vida diaria (Anexo 6)	61 puntos (grado de dependencia moderada)
Escala de Lawton y Brody. Actividades instrumentales de la vida diaria (Anexo 7)	5 puntos (Dependencia Moderada)
Escala del dolor EVA (Anexo 8)	3/10
Escala de Vancouver Anexo (9)	Cicatriz en trocánter izquierda de 2x2 cm con pigmentación normal,

	coloración roja, flexibilidad flexible con mínima resistencia, altura plana. (3 puntos)
Escala de Estrés Percibido (Anexo 10)	20 puntos
Escala de Bristol (Anexo 16)	Tipo 3

7.1.2 Análisis de los estudios de Laboratorio y Gabinete.

No se muestran por no tener acceso al expediente clínico.

7.1.3 Jerarquización de problemas

1. Postoperado de Artroscopia de cadera izquierda
2. Edema y cicatriz en trocánter de cadera izquierda de 2x2 cm con coloración morada, lisa.
3. Fuerza muscular de cadera izquierda 3+.
4. Arcos de movilidad de cadera y tobillo izquierdos ligeramente disminuidos.
5. Pie izquierdo con mancha de color violácea secuelas de la caída.
6. Alteración de la marcha por claudicación de miembro pélvico izquierdo.
7. Manifiesta dolor al caminar o hacer alguna actividad física, EVA 3/10 en pie izquierdo.
8. Equilibrio, le cuesta un poco de trabajo caminar de talones y subir las escaleras.
9. Bebe un litro de agua al día
10. Horarios de alimento 9-15-17
11. No realiza colaciones
12. Existe dificultad para realizar la eliminación intestinal y vesical debido a la altura del inodoro.
13. Duerme 7 horas por las noches.
14. Debido a la cirugía dejó de hacer ejercicio y dejó de ir a la escuela.
15. Alcoholismo ocasional
16. Irritabilidad y enojo
17. Mal humor y dolor de cabeza
18. Estrés
19. Presenta alteración visual de tipo miopía, para la cual usa lentes.
20. Presencia de barreras arquitectónicas en el hogar, que consisten en: Tamaño de puertas y habitaciones: pequeñas, presencia de tapetes, desniveles, piso resbaladizo del baño, no cuenta con pasamanos y barandales dentro de su vivienda.

21. En la zona frontal izquierda presenta cicatriz de color rosado, lisa de 3 cm x 1mm.
22. Se enferma una vez al año de gripe.

7.2 Diagnósticos de Enfermería

1. Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo relacionado con dolor en cadera izquierda, evaluado en EVA 3/10, manifestado por disminución de arcos de movilidad de MPI y fuerza muscular disminuida de MPI con Escala de Lovett Flexores de cadera 4/3+.
2. Déficit en la prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano relacionado con las deficiencias en la información de cómo cuidar su cirugía de artrodesis de cadera, manifestado por dolor en una escala de EVA de 3/10, malas posturas, claudicación al caminar, presencia de cicatriz en cadera izquierda.
3. Déficit en la promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, (normalidad) relacionado con falta de capacidad para moverse y movilizarse en su entorno, manifestado por deficiencia al vestirse y desvestirse, ir al retrete, traslado sillón-cama, deambulación, subir y bajar escaleras.
4. Déficit del Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social (temor) relacionado con cambio en el estilo de vida y enfrentarse a una enfermedad, manifestado por expresión verbal, mal humor, dolor de cabeza y estrés.
5. Riesgo de déficit de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano (riesgo de caídas) relacionado con alteración de la movilidad, marcha inestable, fuerza disminuida, miopía, presencia de barreras arquitectónicas en el hogar y Escala de Tinetti. Marcha y Equilibrio: 16 puntos (Riesgo Alto de Caídas).
6. Déficit de un aporte suficiente de alimentos (Alteración de la nutrición) relacionado con ingesta de alimentos de forma inadecuada y desequilibrada en cantidad y calidad manifestado por talla 1.78, Peso 80 kg, IMC 25.25 Kg/m².
7. Riesgo de déficit de un aporte suficiente de agua relacionado con beber un litro de agua simple al día.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (Cuidado personal, intención de reducir los factores de riesgo para la progresión de una inmovilidad física y sus secuelas que estas pueden ocasionar).

7.3 Problemas interdependientes

Interconsultas con:

- Nutriólogo 17/09/13 19/03/14
- Ortopedia 13/10/13 15/11/13 18/12/13 20/01/14 27/02/14
- Psicología 10/12/13 08/02/14
- Terapistas físicos a partir del 07/11/13- 18/11/13

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

1.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo relacionado con dolor en cadera izquierda, evaluado en EVA 3/10, manifestado por disminución de arcos de movilidad de MPI y fuerza muscular disminuida de MPI con Escala de Lovett Flexores de cadera 4/3+.			
OBJETIVO De la persona: ✓ Disminuir el dolor, aumentar la movilidad y fuerza. De enfermería: ✓ La persona logrará la disminución del dolor y aumentará el movimiento dentro de su entorno.			
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	AGENTE	SISTEMA

<p>✓ Checar de Signos Vitales²⁶</p> <p>Son mediciones de las funciones más básicas del cuerpo. Los cuatro signos vitales principales que se examinan de forma rutinaria son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La temperatura del cuerpo • El pulso • La frecuencia respiratoria • La presión sanguínea 	<p>✓ Los signos vitales reflejan funciones esenciales del cuerpo, el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial, para evaluar su nivel de funcionamiento físico</p>	<p>Enfermera Paciente Familiar</p>	<p>Apoyo educativo Parcialmente compensatorio</p>
<p>✓ Utilizar escala de EVA para valorar el dolor antes, durante y después de la terapia.</p>	<p>✓ Con esta escala se identifica las características del dolor, podremos determinar las medidas más adecuadas para aliviarlo.²⁷</p>		
<p>✓ Utilizar la escala de Lovett²⁸ para valorar la fuerza muscular y antes, durante y después de la terapia.</p>	<p>✓ Es para calificar la fuerza de los músculos de forma individual, basada en el movimiento, la gravedad y la aplicación manual de resistencia. Tiene como finalidad la valoración de la fuerza muscular que puede presentar un individuo sano o con alguna alteración musculoesquelética.</p>		

²⁶ Aguirre A, Corpas A, Llimona A, et al. Enciclopedia de la Enfermería. Editorial Océano. Barcelona, 2012.

²⁷ Escala de Eva. Disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MOP-SSQ-02.pdf>

²⁸ Escala de Lovett. Disponible en: <http://www.efisioterapia.net/articulos/generalidades-la-valoracion-fisioterapica-y-ortopedica>.

<p>✓ Realizar terapia física: ✓ Aplicación de compresa²⁹ Se calienta en un baño de agua controlada por un termostato o se mete al horno de microondas. Se aplica con 71° a 79° C y se envuelven en toallas para que mantengan la temperatura. El calor se aplica superficialmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retirar la ropa al paciente en la zona a tratar. • Inspeccionar la zona • Aplicar la compresa envuelta al paciente sobre la cadera izquierda. • Pedirle al paciente que llame inmediatamente si percibe cualquier tipo de malestar. • Después de cinco minutos a su aplicación, comprobar cómo se siente el paciente e inspeccionar la zona en tratamiento para evitar que haya enrojecimiento excesivo, ampollas u otros signos de quemadura. • Se aplican entre 15 y 20 min durante 10 sesiones. • Cumplido el tiempo indicado se le retira la compresa al paciente y se inspecciona la zona de tratamiento. Es normal que la zona aparezca ligeramente enrojecida y que al tocarlas este caliente. 	<p>✓ Aplicación de calor: los efectos biológicos derivados de la aplicación de calor incluyen un marcado incremento en la tasa metabólica, aumento del riego sanguíneo, aumento de la oxigenación en los tejidos, reducción de la excitabilidad nerviosa, efecto relajante, efecto analgésico y antiinflamatorio, descenso de la presión sanguínea, y aumento de la sudoración. La temperatura del calor aplicado suele oscilar entre los 40 a 45 °C.</p> <p>✓ Contraindicaciones si bien se recomienda extremar el cuidado en el caso de insuficiencia circulatoria, tratamientos con anticoagulantes, embarazo ya que el calor puede producir desprendimiento placentario o cuando existen edemas pues el calor produce vasodilatación que lleva a un aumento del mismo. Se recomienda no aplicar en niños y</p>		
---	--	--	--

²⁹ Jorge Enrique Martín Cordero. Agentes Físicos Terapéuticos. Edición: Ing. Damiana I. Martín Laurencio, MSc. Frank W. Castro López, Lic. Tania Sánchez Ferrán. Editorial Ciencias Médicas. PP 155-161.

<p>✓ Realizar terapia física: con uso de TENS Se aplica corriente interferencial: Esta forma de estimulación es más cómoda que otros tipos de corriente, porque la corriente que atraviesa la piel tiene baja amplitud. Método de dos polos (bipolar): La corriente interfiere dentro del equipo y sale una corriente resultante donde la profundidad de la modulación tiene el mismo valor en toda dirección y es de un 100 % (máxima intensidad), siendo mayor en la línea que une a los electrodos.</p> <p>✓ Propiedades fisiológicas de corriente interferencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución del dolor. • Normalización del balance neurovegetativo con relajación y mejoría de la circulación. • Estimula fibras nerviosas aferentes. • Acomodación (el paciente se adapta a la corriente). 	<p>ancianos.</p> <p>✓ El uso de los TENS³¹ es la Despolarización de los nervios sensitivos periféricos para provocar, fundamentalmente, disminución Del dolor. Las contracciones musculares producidas por potenciales de acción estimulados eléctricamente pueden fortalecer los músculos, aumentar la resistencia muscular, mejorar la función, ayudar a la posición articular, reducir la espasticidad, aumentar la circulación y controlar el dolor.</p>		
<p>✓ Efectos específicos de la frecuencia de la corriente interferencial: 50 - 100 Hz frecuencia 15 s Analgesia con largo tiempo de duración.</p> <p>✓ Dosificación: Dosis normales o altas en procesos subagudos y crónicos, tiempos de 15 min. Preparación del paciente para electroterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examinar la piel por si tiene heridas y limpie la piel. 	<p>✓ Es la forma de onda producida por la interferencia de dos CA sinusoidales de frecuencia media (1.000 a 10.000 Hz) con frecuencias ligeramente distintas. Estas dos corrientes interfieren para producir una corriente rítmica con una frecuencia igual a la diferencia entre las</p>		

³¹ Dr. Jorge Enrique Martín Cordero. Agentes Físicos Terapéuticos. Edición: Ing. Damiana I. Martín Laurencio, MSc. Frank W. Castro López, Lic. Tania Sánchez Ferrán. Editorial Ciencias Médicas. PP 257-272.

<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar los electrodos en la zona del tratamiento. • Asegurarse de que los electrodos están aplicados firmemente a la piel. • Asegurarse del buen contacto entre cada electrodo y la piel. • Comprobar con regularidad el contacto del electrodo durante el tratamiento. • Examinar la piel otra vez después del tratamiento. <p>Para garantizar una liberación homogénea de la corriente, los electrodos deben apoyarse suavemente sobre la piel sin arrugas ni defectos. En ocasiones, suele ser necesaria la colocación de bandas flexibles para mantener un buen contacto entre el electrodo y la piel. Los electrodos no deben colocarse directamente sobre prominencias óseas por la alta resistencia del hueso y porque la mala adhesión de los electrodos en superficies con muchos relieves aumenta el riesgo de molestia y de quemaduras y es menos probable que se consigan los beneficios terapéuticos.</p> <p>La distancia o el espacio entre los electrodos afecta la profundidad y al trayecto de la corriente. Cuanto mayor sea la distancia de los electrodos, la corriente se desplazará a mayor profundidad.</p>	<p>dos corrientes aplicadas y una amplitud igual a la suma de las amplitudes de las dos corrientes aplicadas.</p>		
---	---	--	--

<p>✓ Explicar el objetivo de cada ejercicio</p> <p>Ejercicios de estiramiento³⁰: Consiste en la realización de ejercicios para conseguir estirar estructuras musculo tendinosas. Se debe de respetar la amplitud articular sin provocar dolor, evitando realizarlos bruscamente, siempre con preparación previa y de forma progresiva. Mover la extremidad hasta el punto en que notemos tensión y mantendremos la posición durante 20 segundos. Repetiremos 10 veces cada ejercicio.</p> <p>Estiramiento de extensores de cadera: Acostarse en decúbito dorsal con una rodilla ligeramente flexionada y la otra flexionada Inhalar el aire por la nariz. Soltar el aire por la boca mientras se lleva la rodilla hacia el pecho con ayuda de las manos. Mantener 5 segundos y la bajar lentamente. Se realizan 15 repeticiones con cada pierna.</p> <p>Estiramiento de glúteo:</p> <p>Acostado boca arriba con una rodilla ligeramente flexionada y la otra flexionada</p> <p>Inhalar el aire por la nariz.</p> <p>Soltar el aire por la boca mientras se lleva la rodilla hacia el hombro contrario con ayuda de las manos.</p>	<p>✓ La realización de los ejercicios permite realizar los ejercicios a tolerancia evitando lesiones. Estos ejercicios van destinados a mejorar la movilidad y disminuir el dolor en la cadera y en la fascia lata; son útiles en las tendinitis de fascia lata, trocanteritis y dolores inespecíficos de la cadera.</p>		
---	--	--	--

³⁰ Sohier, Raymond. Company Bauzá, Margarita. Fisioterapia analítica de la articulación de la cadera. 2012.

<p>Mantener 5 segundos y bajar lentamente.</p> <p>Se realizan 15 repeticiones con cada pierna.</p> <p>Estiramiento de isquiotibiales y gemelos:</p> <p>En decúbito dorsal con ambas caderas y rodillas flexionadas</p> <p>Inhalar aire por la nariz y estirar una pierna.</p> <p>Exhalamos el aire por la boca mientras se realiza el movimiento de elevar la pierna estirada en el aire llevando los dedos del pie hacia nosotros Mantener 5 segundos y bajar lentamente.</p> <p>Se realizan 10 repeticiones con cada pierna.</p> <p>Este ejercicio se puede realizar con una venda, forzando la flexión de cadera y de tobillo con la rodilla estirada.</p> <p>Estiramiento de aductores:</p> <p>En sedestación sobre la cama con las piernas abiertas y los pies juntos.</p> <p>Inhalar aire por la nariz.</p> <p>Exhalar el aire por la boca mientras se realiza el</p>			
---	--	--	--

<p>movimiento de llevar las rodillas hacia la camilla apretando con los codos.</p> <p>Mantener 10 segundos y volver a la posición inicial.</p> <p>Se realizan 15 repeticiones</p> <p>✓ Fomentar la motivación y el cumplimiento de los ejercicios.</p>			
<p>✓ Aumentar la movilidad de las extremidades, determinar el tipo de ejercicio adecuado para la persona (pasivo, activo-asistido, activo, activo-resistido).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar ejercicio de movilización articular pasiva o activo-asistido. 	<p>✓ El precalentamiento con calor local o con un estiramiento suave antes de cada ejercicio de fortalecimiento y resistencia, prepara gradualmente a los músculos para un trabajo más intenso.</p>		
<p>✓ Realizar ejercicios activos para los miembros pélvicos de cadera y tobillos una serie de 10, dos veces al día. (abducción, flexión, extensión, rotación externa e interna de los miembros inferiores).</p>	<p>✓ La movilización activa aumenta la masa, el tono y la fuerza de los músculos y mejora la función cardíaca y respiratoria. La movilización pasiva mejora la movilidad articular y la circulación.</p>		
<p>✓ Enseñar posiciones correctas para realizar la carga de objetos, así como de posturas correctas para disminuir o evitar zonas de lesión de la espalda.</p>	<p>✓ Un programa habitual de ejercicios que abarquen la movilización articular, una actividad aeróbica seleccionada puede ayudar a mantener la integridad de la</p>		

<p>Tríptico de Higiene de columna. Ver anexo (13)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a una movilización progresiva: • Ayudar a la persona sentarse lentamente. <p>La cadera se puede dislocar o luxar si se flexiona mucho la cadera, por eso:</p>   <p>Evitar sentarse en sillas bajas que obliguen a flexionar más de 90° la cadera</p> <p>Sentarse siempre con las rodillas más bajas que las caderas o a la misma altura. Sentarse en sillas altas o coloque un cojín.</p>  <p>Evitar demasiada flexión</p> <p>No inclinarse por la cintura, ni sentarse con las caderas más abajo de las rodillas.</p>	<p>función articular.</p> <p>✓ La higiene de columna nos ayuda para todo trabajo, movimiento o posición que realicemos existe una manera adecuada y correcta de realizarla evitando lesiones a largo plazo o molestias en nuestro cuerpo. Reduce y previene la carga y daños en la columna vertebral principalmente, cuando se realizan actividades de la vida diaria.</p>		
---	--	--	--

 <p>Evitar aproximar o aducir la pierna operada.</p>  <p>No cruzar la pierna operada encima de su otra pierna. Mantener siempre los muslos separados.</p>  <p>Evitar rotar la cadera hacia dentro (pie hacia dentro) No girar la pierna operada hacia adentro.</p>			
<p>✓ Enseñar los métodos para trasladarse de la cama a la silla a la cama y para ponerse de pie.</p> <p>TRIPTICO DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA + POSTOPERADO DE ARTRODESIS DE CADERA IZQUIERDA. Ver anexo (14).</p>	<p>✓ Las ayudas para la marcha deben utilizarse de modo correcto y seguro, para garantizar su eficacia y prevenir lesiones.</p>		

2.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Déficit en la prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano relacionado con las deficiencias en la información de cómo cuidar su cirugía de artrodesis de cadera, manifestado por dolor en una escala de EVA de 3/10, malas posturas, claudicación al caminar, presencia de cicatriz en cadera izquierda.

OBJETIVO

De la persona:

- ✓ Aprender como cuidar su cirugía y cuidados a la cicatriz.

De enfermería:

- ✓ La persona demostrara mayor capacidad para el control del dolor y las medidas terapéuticas.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	AGENTE	SISTEMA
<p>✓ Checar de Signos Vitales³²</p> <p>Son mediciones de las funciones más básicas del cuerpo. Los cuatro signos vitales principales que se examinan de forma rutinaria son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La temperatura del cuerpo • El pulso • La frecuencia respiratoria • La presión sanguínea 	<ul style="list-style-type: none"> • Los signos vitales reflejan funciones esenciales del cuerpo, el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial, para evaluar su nivel de funcionamiento físico 	<p>Enfermera</p> <p>Persona</p> <p>Familia</p>	<p>Apoyo educativo</p> <p>Parcialmente compensatorio</p>
<p>✓ Se le mostrara y se utilizara la escala de EVA que nos sirve para valorar el dolor.</p>	<p>✓ Esta escala nos permite cuantificar un dolor y llevar en nuestra ficha el avance o retroceso de un malestar respecto a la atención anterior.</p>		

³² Sohier, Raymond. Company Bauzá, Margarita. Fisioterapia analítica de la articulación de la cadera. 2012.

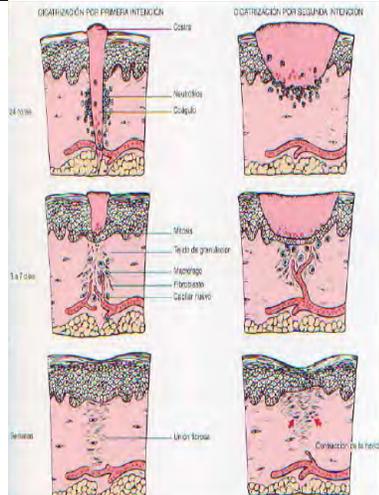
<p>✓ Verificar con la persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicio y duración • Localización. • Intensidad. • Calidad <p>(opresivo, quemazón, punzada, como descargas eléctricas, fijo y continuo).</p>	<p>✓ Si identificamos las características del dolor, podremos determinar las medidas más adecuadas para aliviarlo.³³</p>		
<p>✓ Enseñar a la persona no automedicarse.</p>	<p>✓ Los analgésicos poseen efectos secundarios y la valoración del médico por parte de la clínica del dolor hará el tratamiento individualizado</p>		
<p>✓ Reducir el estímulo doloroso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sugerir posiciones adecuadas para evitar el dolor colocándose cómodamente sin tensiones musculares. 	<p>✓ Es recomendable no alterar la percepción del dolor e intentar reducir los factores que disminuyen el umbral doloroso.</p>		
<p>✓ Utilizar métodos de distracción que el paciente prefiera y que se puedan adaptar a sus posibilidades: leer, pintar, escuchar música, pasear, etc.</p>	<p>✓ Pueden hacer que la persona enfoque su atención en sensaciones más agradables, obteniendo así un efecto positivo sobre la percepción dolorosa que experimenta.</p>		
<p>✓ Adoptar medidas complementarias para tratar el dolor si se estima oportuno y hay posibilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estimulación 	<p>✓ Los efectos del dolor afectan el confort y la calidad de la vida de la persona provoca: insomnio, irritabilidad, disminución de la actividad</p>		

<p>cutánea: el calor, el frío, el masaje, y la estimulación nerviosa o la utilización de teens.</p>	<p>física, alteración de sus relaciones con la familia, etc.</p>		
<p>✓ Cuidados de la herida:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavarse muy bien las manos. 2. Utilizar una mesa limpia donde pueda colocar todo lo necesario para la realización de la curación (gasas estériles, jabón líquido, guantes, apósito, etc.). 3. Retirar la cinta de microporo o el apósito auto adherible que cubre la herida, evitando jalar con fuerza; si la cinta microporo o apósito están muy adheridos, tendrá que humedecerlos con agua y jabón cuando se bañe, retirarlos muy despacio y con cuidado, en dirección de la herida, deteniendo suavemente la piel con la otra mano. 4. Retirado el apósito, debe observarse el estado en que se encuentra la herida: si hay separación de los bordes, si tiene pus, si existe inflamación excesiva, si la piel está enrojecida, o cualquier otro signo que lo alarmen. 5. La limpieza de la 	<p>✓ La piel protege al cuerpo frente a las infecciones. La incisión (corte) en la piel practicada para una intervención quirúrgica (Operación) es un evento no natural, que rompe las barreras defensivas del organismo y tiene el riesgo de infectarse.</p>		

<p>herida debe hacerse con agua y jabón líquido, de preferencia nuevo, con movimientos suaves y sin frotar. Retirar el exceso de jabón dejando caer sobre la herida un pequeño chorro de agua limpia, preferentemente hervida; también se puede usar agua embotellada, solución salina o agua estéril.</p> <p>6. Una vez limpia la herida secarla suavemente con gasas estériles.</p> <p>7. Posteriormente cubrir con su apósito o gasa o dejarla al aire.</p> <p>8. Cuando termine, lavarse nuevamente las manos y guarde el equipo y los materiales en un lugar limpio y fresco.</p>			
<p>✓ Manejo de la cicatriz:</p> <p>Mantener siempre la piel limpia y bien hidratada.</p> <p>✓ Dar masaje</p> <p>✓ Se coloca el paciente en sedestación o en semifowler en la cama con la pierna en abducción y rotación externa con ligera flexión de rodilla;</p>	<p>✓ La cicatrización está relacionada con la edad, el origen étnico y la gravedad, profundidad y localización. Las cicatrices se forman cuando se ha dañado la capa dérmica o inferior de la piel. El cuerpo forma una proteína llamada colágeno para ayudar a cicatrizar la piel dañada. Normalmente las fibras de colágeno se forman de manera muy organizada.</p>		

colocando los dedos índices, medio y anular sobre la lesión, aplicar aceite de almendras y realizamos una flexo-extensión de la muñeca; también podemos utilizar los nudillos colocando la mano con el puño cerrado sobre la inserción de los aductores y aplicar una maniobra de pronosupinación de la muñeca; es una maniobra dolorosa pero sumamente eficaz.

Ritmo
-Lento: 12-14
movimientos por
minuto. Sedativo



✓ La cicatriz se debe movilizar con la finalidad de evitar adherencias y por eso hay que hacerlo pronto, antes de que se creen muchas adherencias, o de que las que se formen sean muy grandes, pero siempre respetando los tiempos de cicatrización para permitir cerrarse a la cicatriz. Las nuevas fibras que nacen en una cicatriz lo hacen de manera anárquica, es decir, lo hacen tanto en el mismo plano como salen fibras hacia planos inferiores, por eso es tan importante movilizar la cicatriz, para evitar adherencias con planos subyacentes.

3.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Déficit en la promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, (normalidad) relacionado con falta de capacidad para moverse y movilizarse en su entorno, manifestado por deficiencia al vestirse y desvestirse, ir al retrete, traslado sillón-cama, deambulación, subir y bajar escaleras.

OBJETIVO

De la persona:

- ✓ Tener mayor capacidad para la actividad del baño

De enfermería:

- ✓ La persona se reincorporará al funcionamiento de la capacidad de movilizarse en su entorno, para la satisfacción de necesidades básicas, actividades de la vida diaria y la mejora del potencial humano

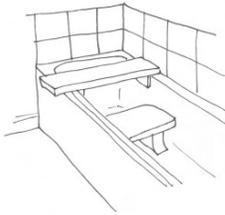
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	AGENTE	SISTEMA
<p>✓ Reducir estímulo doloroso siempre que se pueda: Evitando movimientos innecesarios. Sugerir posiciones adecuadas para evitar el dolor colocándose cómodamente sin tensiones musculares.</p>  <ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar de modo que la parte de atrás de las piernas queden contra la parte delantera de la silla. 2. Llevar los brazos hacia atrás hasta coger los brazos de la silla. Usar las manos de una en una. 3. Deslizar la pierna operada estirada hacia el frente sin flexionar la 	<p>✓ El dolor es definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial.</p>	<p>Enfermera Persona Familia</p>	<p>Apoyo educativo Parcialmente compensatorio</p>

<p>rodilla.</p> <p>4. Sentarse en la parte delantera del asiento. Luego moverse hasta sentirse cómodo</p>			
<p>✓ La hora y los métodos del baño deben ser constantes para favorecer su independencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar intimidad durante el baño. • Mantener el entorno tranquilo y ordenado. • Enseñar a la persona y al familiar el estado de la piel durante el baño. • Utilizar todo el material de baño y situarlo al alcance de la mano. • Dar seguridad en el cuarto del baño, (alfombrillas, antideslizantes, barras para agarrarse). 	<p>✓ La incapacidad para llevar a cabo el cuidado personal, genera sentimientos de dependencia. Aumentando la independencia para el cuidado personal, se eleva la autoestima.</p> <p>✓ La limpieza es importante para tener comodidad y una autoestima positiva y para las relaciones sociales con otras personas.</p>		
<p>✓ Proporcionar equipo de adaptación de acuerdo a las necesidades: Sentarse y levantarse del inodoro. Evitar los asientos bajos</p> 	<p>✓ La movilidad es necesaria para satisfacer las necesidades de cuidado personal y mantener una buena salud y la autoestima.</p>		

<p>Colocar o un asidero de apoyo para mantener el equilibrio, o apoyarse fuertemente en la pared. Poner la pierna operada estirada frente.</p> <p>Agarrar el asiento del inodoro con la otra mano.</p> <p>Bajar lentamente sobre el asiento deslizando la pierna operada estirada.</p> <p>Se recomienda utilizar un aumento para wc para levantar el asiento.</p> <p>Para levantarse del inodoro realizar el procedimiento inverso.</p> <p>Medidas de precaución:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Silla en la bañera • Esponja de mango largo para alcanzar la espalda y las extremidades inferiores. • Barras para agarrarse en las paredes del cuarto de baño, para facilitar la movilidad. • Alfombrillas antideslizantes en el suelo del cuarto de baño. • Manoplas de lavado con bolsillo para el jabón. <p>Es mejor usar la ducha. Utilizar cepillos de mango largo y alfombras antideslizantes.</p>			
--	--	--	--



No usar la bañera no se acueste en el fondo de la bañera.



Usar los siguiente accesorios:

- Tabla de bañera
- Asiento de bañera
- Taburete
- Asideros de apoyo



No intentar entrar ni salir de la bañera sin usar una tabla ni asiento de bañera durante las diez o doce semanas tras la operación.

Sentarse en la tabla y levantar las piernas para introducirlas en la bañera una a una.

Mantener estirada la pierna operada.



Mantener estirada la pierna operada.



Bajar al asiento de bañera cargando el peso sobre la pierna no operada y sobre los brazos.

✓ En la cama:



Evitar las camas muy bajas.



No es recomendable acostarse sobre ninguno de los lados en las primeras etapas de la recuperación.



No dormir ni descansar boca abajo (decúbito prono).



Se recomienda dormir boca arriba durante las primeras semanas con un cojín entre las piernas.

✓ Bajar de la cama

Para bajar de la cama, levantar las piernas y sacarlas una por una girando el trasero.

No flexionar la rodilla de su pierna operada.

El tronco y la pierna operada deben estar alineados en todo momento.



Sentarse en el borde de la cama con el pie de la pierna no operada apoyado firmemente sobre el suelo, la rodilla flexionada

y la pierna operada estirada frente hacia la rodilla sin flexionar.



Colocar las manos sobre la cama ambos lados manteniendo estirada la pierna operada, y apoyando las manos sobre la cama ponerse de pie, llevando hacia atrás la pierna operada



Al estar de pie y seguro, agarrar andador / muletas / bastones.

Para volver a la cama debe seguir el procedimiento inverso.

✓ Ponerse la ropa de la mitad inferior del cuerpo:

Evitar las posiciones en las que la cadera operada se encuentra en rotación interna (rodilla hacia dentro).



No inclinarse excesivamente hacia delante para coger el pie de la pierna operada, ni levantar demasiado ese pie.



Usar un calzador de mango largo y un accesorio para ponerse las medias o calcetines en la pierna intervenida.



Comenzar siempre por el lado operado para ponerse la ropa interior, los calcetines, una falda, un pantalón... Puede hacer sin problemas rotación externa (rodilla hacia fuera) de la pierna operada.

<p>✓ Educación muscular</p> <p>1. Recuperar la funcionalidad de la articulación</p> <p>2. Desarrollar una secuencia motora y una respuesta voluntaria.</p> <p>3. Fases de la reeducación muscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Activación ➤ Fortalecimiento ➤ Coordinación ➤ Resistencia a la fatiga <p>✓ Movilizar la cadera ³⁴, fortalecer la musculatura, particularmente los músculos glúteos, estirar el músculo psoas ilíaco y los aductores.</p>  <p>De pie sobre la pierna no operada, levantar la pierna operada</p>	<p>✓ Educación muscular ³⁵ es la implementación metodológica y técnica para la progresión de la mejora de patrones de movimiento y una adecuada mecánica corporal con el fin de optimizar el desempeño motor y prevenir posibles complicaciones osteomusculares y neurovasculares que se presentan secundario a un déficit de la rehabilitación de los movimientos musculoesqueléticos de la cadera.</p> <p>✓ Así también es aquella fase del ejercicio, dedicada a desarrollar o recuperar el dominio muscular voluntario, enseñar a un músculo que ha perdido su función por lesión, desuso, atrofia o patología a que recupere su función y actividad.</p> <p>✓ La activación es la primera etapa de la reeducación muscular. Es aquella etapa en la cual el paciente es</p>		
--	--	--	--

lateralmente.
 Hacer un movimiento lento y controlado, no oscilando la pierna y no moviendo ninguna otra parte del cuerpo.
 Repetir 5-10 veces y aumentar a 15-20.



Mover la pierna operada hacia atrás manteniéndola derecha.
 Hacer un movimiento lento y controlado, no oscilando la pierna y no moviendo ninguna otra parte del cuerpo.

Repetir 5-10 veces y aumentar a 15-20.



De pie sobre la pierna no operada, levantar la pierna operada hacia adelante.
 Hacer un movimiento lento y controlado, no oscilando la pierna y no moviendo ninguna otra parte del cuerpo.

incapaz de contraer voluntariamente un grupo muscular específico. Todas las técnicas dentro de esta etapa están dirigidas a activar unidades motoras.

✓ El fortalecimiento está designado a aumentar la fuerza muscular, la persona realiza el movimiento, primero suprimiendo la gravedad y luego contra la gravedad.

✓ Es el proceso dentro de la reeducación muscular que deriva de una combinación de actividades de una cierta cantidad de músculos.

✓ La coordinación tiene como meta en el entrenamiento de la coordinación desarrollar la capacidad de producir libremente, patrones multimusculares motores, más precisos e intensos, el control voluntario de cada músculo como el complejo proceso neuromuscular de utilizar la secuencia correcta de movimientos musculares con el tiempo y la fuerza adecuada.

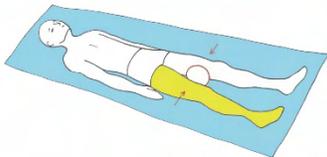
Repetir 5-10 veces y aumentar a 15-20.



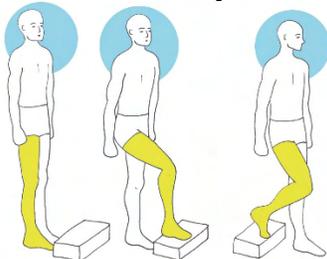
De pie sobre la pierna no operada, levantar la pierna operada lateralmente y llevarla delante de la pierna sana con rotación externa de cadera (rodilla y pie hacia fuera).

Hacer un movimiento lento y controlado, no oscilando la pierna y no moviendo ninguna otra parte del cuerpo.

Repetir 5-10 veces y aumentar a 15-20.

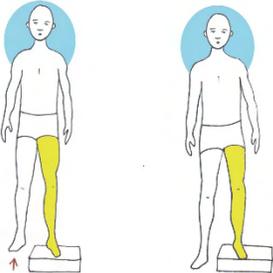


Acostado boca arriba, con las piernas estiradas, coloque una pelota entre las rodillas y deslice.



Subir y bajar escaleras.

✓ Resistencia a la fatiga es la capacidad de realizar movimientos funcionales sin percibir dolor, cansancio en corto tiempo, impidiéndole llevar a cabo actividades de la vida diaria que limiten su autonomía e independencia.

<p>Subir a un banquito, la pierna operada primero, después bajar por el otro lado con la pierna sana primero.</p>  <p>Apoyar el pie de la pierna operada sobre el escalón y a continuación estire esa pierna. Mantener unos segundos.</p> <p>Vuelva a la posición inicial.</p> <p>Repita 20 veces.</p>			
---	--	--	--

<p>4.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Déficit del Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social (temor) relacionado con cambio en el estilo de vida y enfrentarse a una enfermedad, manifestado por expresión verbal, mal humor, dolor de cabeza y estrés.</p>			
<p>OBJETIVO De la persona: ✓ Usar técnicas para relajar y disminuir el mal humor, dolor de cabeza y estrés. De enfermería: ✓ La persona demostrara mayor control en su estado de ánimo.</p>			
<p>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>	<p>AGENTE</p>	<p>SISTEMA</p>
<p>✓ Valoración del tipo de estrés.³⁶</p>	<p>✓ El estrés es la respuesta fisiológica,</p>	<p>Enfermera</p>	<p>Apoyo educativo</p>

MOP-SSQ-02.pdf
 ción para el manejo del estrés. Disponible en:
http://www.contusalud.com/website/folder/sepa_pruebas_test_stress.htm

<p>✓ Estrés psíquico³⁷: ✓ Dedicar una parte del día a alguna actividad de ocio sin remordimientos: Leer, ir al cine, deporte, escuchar música, pintar, etc. ✓ Dedicar tiempo a familiares y amistades. Durante la semana, dedicar un día entero a descansar y realizar actividades que gusten y no tenga ninguna relación con las obligaciones habituales. •Practicar alguna actividad física, esto beneficia la salud, además de que sirve como relajante puesto que se eliminan tensiones.</p>	<p>psicológica y de comportamiento del cuerpo humano a presiones tanto internas como externas. Es el estímulo que afecta a nivel emocional o físico, ante una situación de peligro, ya sea real o que se perciba como tal. Usualmente provoca tensión, ansiedad, y reacciones fisiológicas como aumento de frecuencia cardíaca, sudoración, temblor en manos, sequedad de boca, aumento de la frecuencia respiratoria y aumento de la presión arterial.</p>	<p>Persona Familia</p>	
<p>✓ Sustituir acciones comunes por actividades físicas, como utilizar escaleras en lugar del elevador, aprovechar cualquier oportunidad para caminar, etc.</p>			
<p>✓ Informar a su familia de la importancia de ayudar a disminuir sus preocupaciones.</p>			
<p>✓ Animar a la persona a combatir sus sentimientos y preocupaciones. Ayudar a expresar sus sentimientos acerca de su padecimiento con las personas que lo</p>	<p>✓ Compartir los sentimientos abiertamente fomenta la confianza y ayuda a reducir la ansiedad.</p>		

acompañan (amigos, compañeros de la escuela, familia, etc.)			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener un ambiente calmado y relajado, mostrar una actitud tolerante y escuchar con atención. ✓ Identificar sistemas de apoyo como ir al psicólogo en las fechas programadas. ✓ Informar al paciente sobre su padecimiento, evolución y tratamiento para ayudar a disminuir el temor. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Una percepción realista de la situación por parte de la familia ayuda a la adaptación del paciente afrontar su padecimiento actual. ✓ El patrón de regulación e integración en la vida diaria de la persona de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas es satisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud. 		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ejercicios de respiración³⁸. ✓ Acostarse en el suelo boca arriba sobre una alfombra o manta, y colocarse en posición de relajación, con las piernas estiradas y ligeramente separadas (doblar las rodillas), los brazos ligeramente separados del cuerpo, las palmas de las manos mirando hacia arriba, y los ojos cerrados. ✓ Sentado. Poner las manos encima de los muslos, las piernas paralelas y los pies bien apoyados en el suelo, la columna vertebral derecha y en línea con la cabeza, la nuca estirada y la 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El estrés es la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento del cuerpo humano a presiones tanto internas como externas. ✓ Los efectos de la respiración los notas inmediatamente en bienestar y relajación, pero tardarás algunas semanas en notar como con la práctica diaria este bienestar se 		

³⁸ A. Payné, Rosemary. Técnicas de Relajación Guía Práctica. 3ª Edición. Editorial Paidotribo. 2012. Pág. 197.

<p>barbilla metida. Dirigir la atención hacia la respiración. Poner la mano derecha en el pecho y la izquierda en la parte frontal del pecho, debajo de la clavícula. Observar lo que ocurre debajo de las manos al respirar: cuando entra el aire, se observa la expansión del cuerpo, primero el abdomen (se eleva la mano derecha), y después el pecho (se eleva la mano izquierda). Respirar durante 2 o 3 minutos.</p>	<p>extiende al resto del día.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relajación muscular progresiva³⁹ ✓ Usar ropa cómoda, calzado cómodo y sentarse en un asiento cómodo ✓ Hacer una respiración profunda, cerrar los ojos ✓ Usar música relajante ✓ Cuando se encuentre relajado, centra tu atención en el antebrazo derecho. ✓ Tensar el antebrazo derecho, apretándolo fuerte. Aguantar y contar hasta 8-10 segundos ✓ Relajar el antebrazo derecho, contratarse en cómo se va la tensión, a medida que se va relajando. ✓ Mantener en un 	<p>✓ Se trata de poner en tensión los músculos para relajarlos a continuación. De esa forma, liberarás tensión de tu cuerpo y relajarás la mente.</p>		

³⁹ A. Payné, Rosemary. Técnicas de Relajación Guía Práctica. 3ª Edición. Editorial Paidotribo. 2012. Pág. 99.

<p>estado relajado durante unos 8 segundos, respirando profunda y lentamente.</p> <p>✓ Cambiar el antebrazo izquierdo y volver a comenzar la secuencia.</p> <p>Técnicas de relajación:</p>			
<p>✓ Aromaterapia⁴⁰</p> <p>Método de inhalación: Colocar 5 gotas en ½ litro de agua recién hervida para realizar inhalaciones directas con una toalla sobre la cabeza o colocar 5 gotas de lavanda en un recipiente de agua hirviendo para que las moléculas de aceite esencial se evaporen al aire.</p> <p>Preparar un ambiente cálido: La habitación debe ser cálida y lo más relajada posible. Utiliza la menor luz posible o luces ténuas ya que debe dar la sensación de tranquilidad. Un gran colaborador para éstos ambientes es la música clásica.</p>	<p>✓ Esta técnica, basa su eficacia en dos mecanismos básicos: el sentido del olfato y la capacidad absorbente de la piel. La inhalación de determinadas fragancias hace que el cerebro libere productos químicos que combaten el estrés y la fatiga. Algunos aceites ejercen un efecto medicinal tras ser absorbidos por la piel.</p> <p>Consiste en utilizar aceites de hierbas y otras plantas aromáticas para que, aplicadas en el cuerpo, logren la relajación o el alivio de un dolor o trastorno</p> <p>Estas soluciones se pueden aplicar sobre la piel con un relajante masaje, inhalar en forma de vapor o del humo generado por velas aromáticas, agregarse en forma de burbujas o aceites en el agua del baño o usarse en compresas que se</p>		

⁴⁰ Aromaterapia. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/tecnicas-reducir-estres>

<p>✓ Abrazoterapia⁴¹ Es una forma de expresar lo que sentimos más allá de las palabras.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abrazo del oso: es el típico de padres e hijos, donde el más grande envuelve con su cuerpo al más pequeño <p>✓ La persona y el familiar de pie, frente a frente, con los brazos alrededor de los hombros, el costado de la cabeza en mutuo contacto y el cuerpo inclinado hacia delante, sin contacto alguno por debajo de los hombros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abrazo y contacto de mejillas: Uno coloca los brazos sobre los hombros del otro, a la vez que le da un beso en cada mejilla. Implica consuelo, bondad, consideración. <p>✓ La persona y el familiar debe colocar cómodamente cara a cara. Cada uno oprimirá la mejilla contra la del otro. Una mano puede estar en la espalda de la pareja; la otra, sirviendo de apoyo a la nuca para contrarrestar la presión de la mejilla.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abrazo de a tres: Para padres con hijos o 	<p>aplican en determinados lugares del cuerpo.</p> <p>✓ Los abrazos, además de hacernos sentir bien, se emplean para aliviar el dolor, la depresión y la ansiedad. Provocan alteraciones fisiológicas positivas en quien toca y en quien es tocado. Acrecienta la voluntad de vivir a los enfermos. Es de todos bien sabido que cuatro abrazos al día son necesarios para sobrevivir, ocho para mantenerse y doce para crecer como personas.</p>		
---	--	--	--

⁴¹ Abrazoterapia. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/tecnicas-reducir-estres>

<p>varios amigos. Implica consuelo, felicidad. La persona abrazada se siente totalmente a salvo.</p> <p>✓ Dos están frente a frente; el tercero, en el medio, cara a cara con uno de los otros. Cada miembro exterior rodea la cintura del otro y aprieta. El del centro rodea con los brazos la cintura del abrazante que está frente a sí. Como alternativa, los dos exteriores pueden abrazarse por los hombros y los tres reunir las cabezas. Los cuerpos se tocan cómodamente.</p> <p>• Abrazo de corazón: Largo, intenso, cálido, brota directamente del corazón. Surge en cualquier momento para saludar, recordar fechas especiales, expresar alegría. Ofrece ternura y amor incondicional.</p>			
<p>✓ El abrazo de corazón se inicia con un contacto ocular directo, mientras los dos abrazantes permanecen de pie, cara a cara. Luego, los brazos rodean hombros o espalda. Las cabezas se juntan y se establece un contacto físico total. El abrazo es firme, pero suave. En tanto ambos respiran juntos con lentitud y facilidad, se concentran</p>			

<p>en la ternura que fluye de un corazón al otro.</p> <p>✓ Musicoterapia⁴² El sonido puede ser un gran sanador.</p> <p>✓ En la habitación de la persona debe ser amplia, acogedora, poner una colchoneta sobre el suelo, luminosa, cálida, insonorizada.</p> <p>✓ La persona debe estar en decúbito dorsal. Canción de inicio y de fin (la que quiera la persona para todas las sesiones).</p>	<p>✓ La música influye sobre el ritmo respiratorio, la presión arterial, las contracciones estomacales y los niveles hormonales. Los ritmos cardiacos se aceleran o se vuelven más lentos de forma tal que se sincronizan con los ritmos musicales. También se sabe que la música puede alterar los ritmos eléctricos de nuestro cerebro.</p>		
<p>✓ Manejo del estrés.⁴³</p> <p>✓ Focalizar objetivos a corto y medio plazo tanto en tu casa como en el trabajo</p> <p>✓ No permitir que ninguna circunstancia ni persona rebaje su dignidad. Una autoestima alta minimiza y relativiza el impacto de cualquier estrés</p> <p>✓ Respetar motivaciones y hacer las cosas que realmente gustan. Tratar de realizar las tareas que resulten más interesantes y placenteras. Si una</p>	<p>✓ Es el estímulo que afecta a nivel emocional o físico, ante una situación de peligro, ya sea real o que se perciba como tal. Usualmente provoca tensión, ansiedad, y reacciones fisiológicas como aumento de frecuencia cardíaca, sudoración, temblor en manos, sequedad de boca, aumento de la frecuencia respiratoria y aumento de la presión arterial.</p>		

⁴² Pérez V M. La Musicoterapia. Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas. [internet]. Agosto 2010 [Citado 02 marzo 2014]; (33). Disponible en: <http://www.fundacionborjasanchez.org/upload/documentos/20110907150543.musicoterapia.pdf>.

⁴³ National Institute of Mental Health. Fact sheet on stress. Available at: www.nimh.nih.gov/health/publications/stress/index.shtml. Accessed April 17, 2014.

<p>actividad resulta desagradable, procurar no realizarla, o encontrar alguna utilidad o justificación ante si mismo.</p> <p>✓ Dormir 7 u 8 horas para el buen funcionamiento del organismo. Levantarse con el tiempo suficiente para acudir al trabajo puntualmente. Si las horas de sueño son escasas, dormir una siesta no superior a 15 minutos</p> <p>✓ Tomar un receso de 5 minutos, cerrando la puerta (de contar con ella) o en el lugar de trabajo, haciendo estiramiento, escuchando música relajante, practicando respiración profunda, leyendo 5 páginas de una novela o escuchar una cinta de meditación</p> <p>✓ Tomar suficiente agua durante el día</p> <p>✓ No saltar las comidas y tener bocadillos saludables en la oficina como; pasitas, nueces y cacahuates sin sal; granola y galletas con alto contenido de fibra. Incluir en su alimentación aceite de oliva, cereal, pescado, aves, verduras, legumbres y frutas. Evitar las comidas con exceso de azúcar refinada, grasas, frituras o huevos</p> <p>✓ Reducir el consumo de sal, café, té, tabaco y alcohol.</p>			
---	--	--	--

5.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de déficit de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano (riesgo de caídas) relacionado con alteración de la movilidad, marcha inestable, fuerza disminuida, miopía, presencia de barreras arquitectónicas en el hogar y Escala de Tinetti. Marcha y Equilibrio: 16 puntos (Riesgo Alto de Caídas).

OBJETIVO

De la persona:

- ✓ Mejorar la movilidad, equilibrio y la Marcha

De enfermería:

- ✓ La persona mejorara la movilidad, equilibrio y educación de la marcha, además de eliminar barreras arquitectónicas.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	AGENTE	SISTEMA
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilizar escala de Tinetti.⁴⁴ Esta escala valora el riesgo de caídas que puede presentar durante la recuperación. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valora la marcha para determinar el riesgo que presenta de sufrir una caída. 	Enfermera Paciente Familia	Apoyo educativo
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar diariamente ejercicios de fortalecimiento de los tobillos. <ul style="list-style-type: none"> • De pie, detrás de una silla recta, con los pies ligeramente separados. Levantar lentamente ambos talones hasta que el peso del cuerpo recaiga sobre los pies; mantener durante 3 segundos. • Realizar 5-10 repeticiones a medida que aumente la fuerza. • Pasear al menos de dos a tres veces por semana: • Realizar los ejercicios de los tobillos como precalentamiento. • Si es necesario, empezar 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un programa de fortalecimiento del tobillo y paseo puede favorecer el equilibrio, aumentar la fuerza de tobillos, mejorar la velocidad de la marcha, disminuir las caídas y el miedo al caerse y aumentar la confianza para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. 		

⁴⁴ Escala de valoración de la marcha y equilibrio. Disponible en: www.hvn.es/.../escala_de_valoracion_del_equilibrio_y_la_marcha.pdf

con paseos de 10 minutos con compañía.

➤ Empleo de dispositivos de ayuda:

- Muletas: enseñar ejercicios que fortalezcan los músculos del hombro y del brazo para facilitar el uso de muletas; utilizar pesas y barras paralelas

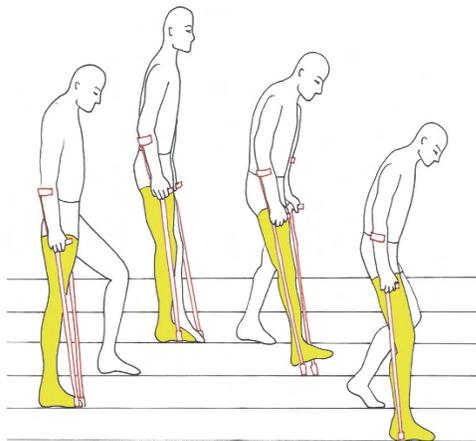
- Medir y adaptar las muletas a cada persona (5-7.5 cm entre la porción superior de la muleta axilar y la axila); una longitud incorrecta de las muletas puede ocasionar lesiones nerviosas o caídas.

- Instruir a la persona para que utilice un calzado bien ajustado y con suela antideslizante.

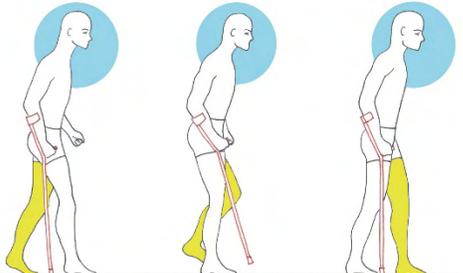
- Valorar la capacidad para caminar subir y bajar escaleras.

Para subir escaleras, colocar primero la pierna no operada y luego la operada, y por último los bastones o muletas.

Para bajar escaleras, al revés; colocar los bastones o muletas primero, luego la pierna operada y finalmente la pierna sana.



✓ Una persona con problemas de la movilidad necesita que se instalen dispositivos de seguridad y se eliminen los peligros, para facilitarse así las actividades de la vida diaria.

<p>✓ Educación de la marcha.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bastón: • Enseñar a mantener el bastón en la mano contraria de la pierna afectada y a mover ambos al mismo tiempo. • El bastón debe tener la longitud adecuada para que la persona pueda extender el codo y cagar sobre la mano. • El bastón debe estar rematado con una contera de goma. <p>Al utilizar un bastón o muleta siempre debe colocarse en el lado contrario a la pierna operada.</p> <p>El uso del bastón o la muleta pretende es servir de apoyo y así disminuir la carga en la extremidad operada</p> <p>La marcha se realizará en 3 pasos:</p> <p>Se debe avanzar primero la muleta o bastón.</p> <p>Después avanzar la pierna afectada, para que la sana soporte el peso del cuerpo.</p> <p>Avanzar por último la pierna sana.</p>  <p>TRIPTICO DE RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE CON LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA. Ver anexo (15).</p>	<p>✓ Capacidad de poder ser trasladarnos de un lado a otro, y más que eso es uno de los factores más importantes para ser independientes, mejorando la capacidad para alcanzar una marcha independiente o poder ser asistidos por Ayudas Biomecánicas.</p>		
---	--	--	--

<p>Usar correctamente el calzado en casa: Usar zapatos con suela que no resbale, cerrados y que sujeten el pie. Retirar objetos con las que se pueda tropezar: las alfombras pequeñas, cables de electricidad y objetos en el suelo. Mantener los artículos de uso frecuente al alcance de la mano. Si tiene escaleras, usar la barandilla</p>	<p>✓ El uso adecuado de un calzado correcto evita lesiones o caídas.</p>		
<p>Ejercicios de marcha⁴⁵:</p> <p>Para rehabilitar la marcha⁴⁶ debe de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la fuerza muscular en miembros inferiores. 2. Aumentar la estabilidad funcional y el equilibrio para desarrollar la marcha. 3. Facilitar el aprendizaje de los patrones de movimiento normal. 4. Mejorar el control de la postura y el movimiento. 5. Lograr buen control de tronco y de desplazamiento de peso. <p>Antes del reentrenamiento de la marcha los pacientes deben mejorar el arco de movilidad articular y la fuerza muscular.</p> <p>Poner especial atención en el</p>	<p>✓ La marcha bípeda equilibrada, ésta pasa a convertirse en un acto involuntario, lo que la hace del mismo modo arriesgada, ya que puede alterarse por diversos factores como es una lesión o la práctica de Una intervención quirúrgica.</p>		

⁴⁵ Kisner, C., y Colby, L. A. Ejercicio terapéutico: fundamentos y técnicas (5ta. ed.). Filadelfia: F. A. Davis Company. 2012.

⁴⁶ Janssen I et al. Low relative skeletal muscle mass (sarcopenia) in older persons is associated with functional impairment and physical disability. Am Geriatr Soc. May; 50(5):889-96. 2012.

<p>fortalecimiento de los siguientes músculos: peroneos (superficial y profundo), tibial anterior, gastrocnemios, iliopsoas. No hay que olvidar a los estabilizadores dinámicos del tronco.</p> <p>Las fases de la marcha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choque de talón • Pie sobre lo plano • Apoyo total (esta es la fase en la cual las personas mayores tienden a caerse) • Despegue • Balanceo inicial • Balanceo • Refrenado <ul style="list-style-type: none"> • Deambulación lateral con ayuda de las paralelas. Comenzar con pasos más cortos, y continuar por unos más largos. • Deambulación hacia delante: Elevando bien las rodillas, y apoyando primero el talón y después la puntera. <p>Elevando la rodilla para llevar el talón de una pierna hacia la rodilla contraria; de esta forma, dejar arrastrar el talón a lo largo de la tibia, hasta llegar al suelo donde apoyaremos primero el talón y luego la punta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deambulación hacia atrás: apoyando primero la punta y después el talón. • Deambulación sobre marcas específicas señaladas sobre el suelo. 			
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Deambulaci3n sorteando obst3culos, en terrenos lisos, m3s rugosos ser3a interesante caminar sobre distintos espesores de arena. Una vez que est3 superado, podemos caminar portando objetos. En todo momento, intentar mantener la posici3n erguida, con la mirada hacia el frente. Es muy 3til, el apoyo visual con un espejo. • Deambulaci3n por una rampa. • Subir y bajar el pelda3o de una escalera. • Realizar giros, hacia un lado y otro. <p>Al principio, sin marcar unos l3mites concretos, y despu3s, sin salirse de los l3mites marcados.</p>			
--	--	--	--

6.-DIAGN3STICO DE ENFERMER3A

D3ficit de un aporte suficiente de alimentos (Alteraci3n de la nutrici3n) relacionado con ingesta de alimentos de forma inadecuada y desequilibrada en cantidad y calidad manifestado por talla 1.78, Peso 80 kg, IMC 25.25 Kg/m2.

OBJETIVO

De la persona:

- ✓ Disminuir el peso, llevando a cabo buenos h3bitos alimenticios. As3 como el sentirse bien y mantener un peso ideal.

De enfermer3a:

- ✓ La persona conocer3 la importancia de una alimentaci3n balanceada de acuerdo a sus requerimientos energ3ticos. Como es la ingesta de alimentos en cantidad y calidad.

INTERVENCI3N DE ENFERMER3A	FUNDAMENTACI3N	AGENTE	SISTEMA
✓ Recomendar la visita con un nutri3logo para que le ense3e y programe una alimentaci3n equilibrada de	✓ La elaboraci3n de un plan alimenticio de manera multidisciplinaria	Enfermera Persona Familia	Apoyo educativo Parcialmente compensatorio

<p>acuerdo a sus requerimientos energéticos, adoptándola a sus gustos, horarios, hábitos y recursos económicos de la persona y familia.</p>	<p>ayudara a alcanzar el objetivo.</p>		
<p>✓ Explicar al paciente la importancia de una buena alimentación con el plato del bien comer. *ver anexo el plato del bien comer⁴⁷ (11).</p> <p>✓ Considerar factores de edad, experiencias alimentarias pasadas, cultura, recursos económicos y formas de cumplir con las necesidades nutricionales de la paciente, familia y de la comunidad para planificar una dieta específica.</p> <p>✓ Proporcionar información, de la importancia de modificar la dieta por razones de salud para el control de peso, reducción de sodio y reducción del colesterol, entre otras características.</p> <p>1. Verduras y frutas: Proporcionan vitaminas, minerales, agua y fibra.</p>	<p>✓ El Plato del Bien Comer facilita: La identificación de los tres grupos de alimentos. La combinación y variación de la alimentación. La selección de menús diarios con los tres grupos de alimentos. El aporte de energía y nutrimentos a través de la dieta correcta.</p>		

⁴⁷

Kisner, C., y Colby, L. A. Ejercicio terapéutico: fundamentos y técnicas (5ta. ed.). Filadelfia:

<p>Se deben consumir de preferencia cruda y con cáscara, bien lavadas. Es conveniente consumir las de temporada, ya que son las de mejor calidad y las más baratas.</p> <p>El consumo de frutas y verduras ayuda a prevenir enfermedades entre las que se encuentran la obesidad, ciertos tipos de cáncer y las enfermedades del corazón.</p> <p>2. Cereales y tubérculos Son fuente de energía, proporcionan hidratos de carbono, vitaminas, minerales y fibra. Se recomienda comerlos en cantidad suficiente.</p> <p>3. Leguminosas y productos de origen animal Proporcionan proteínas, vitaminas y minerales. Las leguminosas y oleaginosas no contienen colesterol.</p> <p>En el caso de los alimentos de origen animal, éstos tienen un alto contenido de grasas saturadas y colesterol, por lo que se deben consumir en poca cantidad.</p> <p>Recomendaciones para integrar una Alimentación Correcta</p> <p>1. Incluir al menos un alimento de cada grupo en cada una de las tres comidas al día.</p> <p>2. Come la mayor variedad</p>			
---	--	--	--

<p>posible de alimentos: Muchas verduras y frutas, en lo posible crudas y con cáscara, prefiere las de temporada que son más baratas y de mejor calidad. Pocos alimentos de origen animal, prefiere el pescado o el pollo sin piel a las carnes de cerdo, borrego, cabrito o res.</p> <p>3. Comer de acuerdo con tus necesidades y condiciones, ni más, ni menos.</p> <p>4. Consumir lo menos posible de grasa, aceites, azúcar y sal. Preferir los aceites a la manteca, mantequilla o margarina. Cocinar con poca sal, endulza con poco azúcar. No los pongas en la mesa. Modera el consumo de productos que los contengan en exceso.</p> <p>5. Beber agua natural en abundancia.</p> <p>6. Procurar la máxima higiene al almacenar los alimentos. Beber únicamente agua hervida o desinfectada con cloro o plata coloidal. Lavar y desinfectar las verduras y frutas que se comen crudas. Lavarse las manos con agua y jabón antes de comer y después de ir al baño o de cambiar pañales. Los pescados y mariscos deben consumirse bien cocidos.</p>			
--	--	--	--

<p>7. Realizar 30 minutos de actividad física al día. Iniciar por periodos de 5 a 10 minutos e incrementa poco a poco el tiempo. Procurar que se acelere tu corazón y tu respiración se haga más rápida pero que se pueda hablar sin sofocarse.</p> <p>8. Mantener un peso saludable, el exceso y la falta de éste favorecen el desarrollo de problemas de salud.</p> <p>9. Cuidar que la cintura mida menos que tu cadera.</p> <p>10. Al tomar bebidas alcohólicas, no bebas más de dos copas al día y hazlo sólo con alimentos. Evitar fumar.</p> <p>11. Disfruta tus alimentos.</p> <p>12. Comer tranquilo, sabroso, en compañía y de preferencia en familia.</p> <p>✓ Programar ingesta de alimentos fragmentados en el día, es decir: de 5-6 veces al día en cantidades moderadas. En horarios.</p> <p>✓ 7:00 am Desayuno</p> <p>✓ 11:00 am colación</p> <p>✓ 14:00 pm Comida</p> <p>✓ 18:00 pm colación</p> <p>✓ 21:00 pm Cena</p> <p>✓ Sugerir comer con calma, sentado, que mastique</p>			
--	--	--	--

<p>adecuadamente sus alimentos y que los ingiera de manera pausada de 30 a 60 min por comida.</p>	<p>✓ Supervisar su consumo de alimento de la persona sobre los tamaños de porciones normales que debe consumir.</p> <p>✓ El masticar bien los alimentos y comer de manera pausada y lenta ayuda a mejorar la absorción de nutrientes y digerir mejor los alimentos.</p>		
---	---	--	--

<p>7.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Riesgo de déficit de un aporte suficiente de agua relacionado con beber un litro de agua simple al día</p>			
<p>OBJETIVO De la persona: ✓ Lograr y conocer una buena ingesta de líquidos. De enfermería: ✓ La persona conocerá la importancia de la ingesta de líquidos durante el día.</p>			
<p>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>	<p>AGENTE</p>	<p>SISTEMA</p>
<p>1. El agua mantiene el equilibrio de fluidos en el cuerpo El organismo necesita mantener un correcto equilibrio entre el sodio y el potasio para poder funcionar correctamente y, sin agua potable, esto no sería posible.</p> <p>2. Controlar el peso A diferencia de otras bebidas</p>	<p>✓ La Organización Mundial de la Salud⁴⁸ (OMS) recomienda beber al menos dos litros de agua al día para mantener el organismo sano e hidratado. Sin embargo, es innegable que en la actualidad existe una predilección por las</p>	<p>Enfermera Paciente</p>	<p>Apoyo educativo Parcialmente compensatorio</p>

F. A. Davis Company. 2012.

⁴⁸ Janssen I et al. Low relative skeletal muscle mass (sarcopenia) in older persons is associated w

<p>artificiales, el agua es 100% libre de calorías y azúcares. Además, si hay problemas para controlar la cantidad de comida que se ingiere, el agua ayuda a controlar esos antojos innecesarios.</p> <p>3. Aumentar los niveles de energía Como el agua es utilizada en casi todos los procesos que hace el organismo. Si se encuentra débil, es mucho más recomendable beber un vaso de agua que una taza de café, que puede causar deshidratación aún más.</p> <p>4. Prevención de cuadros depresivos Los bajos niveles de agua en el cerebro pueden causar depresión. Los estudios demuestran que quienes beben las cantidades recomendadas de agua por día viven vidas más sanas y felices.</p> <p>5. Piel saludable La deshidratación puede provocar que la piel se vea más opaca y arrugada. Por el contrario, el agua potable contribuirá a que la piel luzca más joven, más brillante y más sana.</p> <p>6. Ayuda a la digestión El agua mantiene limpios los intestinos y riñones favoreciendo un correcto proceso digestivo.</p> <p>7. Previene el acné Está demostrado que beber</p>	<p>bebidas artificiales, y son varios quienes creen que tomar una bebida cola es igual de beneficioso que beber agua pura.</p>		
--	--	--	--

<p>un vaso de agua caliente con unas gotas de limón por la mañana, ayuda a reducir los brotes en la piel causados por las bacterias.</p> <p>8. Previene enfermedades El agua eliminará las toxinas de tu organismo impidiendo que se alojen bacterias infecciosas que pueden devenir en numerosas enfermedades.</p> <p>9. Mantiene los músculos en funcionamiento Al realizar un trabajo se observa una deshidratación, Se nota que los músculos no se pueden mover. Beber agua para mantener el cuerpo en movimiento.</p> <p>10. Lucir más delgado Cuando el cuerpo se deshidrata, se compensa mediante la retención de agua, lo que provoca que luzca hinchado. La mejor manera de reducir esa hinchazón es beber agua regularmente.</p>			
<p>✓ Enseñar la jarra del buen beber. Anexo (12) Nivel 1: Agua potable Se recomienda tomar entre 750 y 2000ml al día (3 a 8 tazas/vasos al día).</p>	<p>✓ La Jarra del buen beber le da preferencia al consumo del agua natural (nivel uno), debido a que este líquido es el mejor hidratante para el organismo, al mismo tiempo que le aporta minerales. Además, como es libre de calorías y grasa no</p>		

<p>✓ Se deben consumir al día de seis a ocho vasos de agua natural potable; en cuanto a la leche semi o descremada y bebidas de soya sin azúcar, se pueden consumir de cero hasta dos vasos. En el caso del café y té sin azúcar, se da la opción de consumir hasta cuatro tazas.</p>	<p>favorece el sobrepeso, la obesidad o las caries dentales.</p> <p>✓ Una buena hidratación también contribuye a la belleza externa, pues las células de todo el organismo se oxigenan y eso ayuda a mantener una piel sana y brillante, apoyando la regeneración a través de un soporte suficiente de minerales, nutrimentos y oxígeno; lo que ayuda a hidratar, tonificar y purificarla.</p>		
---	--	--	--

8.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (Cuidado personal, intención de reducir los factores de riesgo para la progresión de una inmovilidad física y sus secuelas que estas pueden ocasionar).

OBJETIVO

De la persona:

- ✓ Llevar a cabo un cuidado personal adecuado para reducir riesgos en cuanto a la salud

De enfermería:

- ✓ La persona tendrá un mejor cuidado personal.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	AGENTE	SISTEMA
<p>✓ Utilizar la escala de Barthel.⁴⁹ Para realizar las actividades de la vida diaria durante y después de estas.</p>	<p>✓ Valora las Actividades básicas de la vida diaria.</p>	<p>Enfermera Persona</p>	<p>Apoyo educativo</p>
<p>✓ Enseñar a la persona que acontecimientos podrían perjudicar su control y como reducir el impacto negativo. Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognoscitiva Identificar los riesgos respecto a la seguridad del medio ambiente. Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos y propiciar la seguridad. Utilizar dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad.</p>	<p>✓ La enfermedad se refiere a la falta de salud debido a una disfunción biológica. El proceso de la enfermedad en la perspectiva que la persona tiene del impacto o las experiencias relacionadas.</p>		
<p>Utilizar dispositivos de protección para limitar físicamente la movilidad del paciente o acceder a situaciones peligrosas. ✓ Describir o demostrar las técnicas necesarias de cuidado personal: ✓ Reducir la tensión en otros aspectos de la vida, si es posible: ✓ Dormir 7-8 horas. ✓ Desayunar bien. ✓ Ejercicio diario. ✓ Eliminar el consumo de alcohol.</p>	<p>✓ Los profesionales de la salud pueden ayudar a la persona a reducir las experiencias del proceso de la enfermedad. Ayudar a las personas a valorar los efectos del estrés de forma realista, puede favorecer las actividades que reducen el estrés.</p>		

ith functional impairment and physical disability. Am Geriatr Soc. May; 50(5):889-96. 2012.
20carpeta%20WEB/Escalas/Indice%20Barthel.pdf

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminuir el consumo de grasas. ✓ Disminuir el consumo de cafeína. ✓ Aumentar el cumplimiento de los hábitos saludables. ✓ Aumentar las actividades relacionadas con la espiritualidad; ✓ Meditación ✓ Escuchar música relajante ✓ Leer poesía 			
--	--	--	--

7.5 Ejecución

Para la aplicación de las intervenciones planeadas, se realizaron 19 visitas domiciliarias (ver anexo 13 Registro de visitas domiciliarias).

7.5.1. Registros de las intervenciones

Intervención	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Toma de signos vitales	3, 15, 22	10	16, 30	20, 27	6, 13, 27	3, 17, 24	8, 15, 29	5, 12
Valorar el dolor	3, 15, 22	10	16, 30	20, 27	6, 13, 27	3, 17, 24	8, 15, 29	5, 12
Aplicación de compresa	15	10	30		13		8, 29	12
Aplicación de tens	22		16	27	6, 27		15	5
Ejercicios de estiramiento	3, 15, 22	10	16, 30	20, 27	6, 13, 27	3, 17, 24	8, 15, 29	5, 12
Estiramiento de extensores de cadera	3, 15	10	30	27	13	17	15	5, 12
Estiramiento de glúteo	22		16	20	6	17, 24	29	12

Estiramiento de aductores	3, 15	10	30	27	27	3	8	5
Realizar ejercicio de movilización articular pasiva o activo-asistido.	3, 15, 22	10	16, 30	20, 27	13	17	15	5, 12
Realizar ejercicios activos para los miembros pélvicos de cadera y tobillos	22		30	27	13, 27	3, 17, 24	8, 15, 29	5, 12
Enseñar posiciones correctas para realizar la carga de objetos, así como de posturas correctas para disminuir o evitar zonas de lesión de la espalda.	3, 15, 22	10				3, 17, 24		
Enseñar los métodos para trasladarse de la cama a la silla a la cama y para ponerse de pie.	3, 15		16, 30		13, 27		15	
Cuidados de la herida	3, 15, 22	10	16, 30	20, 27				
Manejo de la cicatriz					6, 13, 27	3, 17, 24	8	
Dar masaje							8, 15, 29	5, 12
Sugerir posiciones adecuadas para evitar el dolor colocándose	3, 15	10	30		13	17, 24		5

cómodamente sin tensiones musculares								
La hora y los métodos del baño deben ser constantes para favorecer su independencia.	3, 15, 22	10		20	27		29	
Proporcionar equipo de adaptación de acuerdo a las necesidades	3, 22		16, 30		13			
Bajar de la cama	15	10	16, 30		13			12
Ponerse la ropa de la mitad inferior del cuerpo	3, 22		16, 30	27		24	15	12
Educación muscular	3, 15, 22		30	27		24	15	5
Movilizar la cadera	3, 15°	10	30	27	13	17	15	5, 12
Valoración del tipo de estrés		10	30	20				
Informar a su familia de la importancia de ayudar a combatir sus preocupaciones.	3, 15		16	20				
Ejercicios de respiración	15	10	16	20	6	3	8	5
Técnicas de relajación	15	10	16	20	6	3	8	5
Aromaterapia		10	30	27	27		29	
Abrazoterapia			16	20	13			
Musicoterapia					6	17	24	12
Manejo del estrés	15	10	16	20	6	3	8	5
Realizar	22		30	27	13,	3,	8,	5

diariamente ejercicios de fortalecimiento de los tobillos.					27	17, 24	15, 29	
Empleo de dispositivos de ayuda	3, 15, 22		16		6			
Instruir a la persona para que utilice un calzado bien ajustado y con suela antideslizante.	15	10		20				
Valorar la capacidad para caminar subir y bajar escaleras.	3		16		6		15	5
Educación de la marcha. Bastón	3	10	16					
Ejercicios de marcha	22		30	27	13, 27	3, 17, 24	8, 15, 29	
Explicar al paciente la importancia de una buena alimentación	3, 15		16		13, 27	24		5, 12
Recomendaciones para integrar una Alimentación Correcta	3, 15		16		13, 27	24		5, 12
Enseñar la jarra del buen beber	3, 15		16		13, 27	24		5, 12
Enseñar a la persona que acontecimientos podrían perjudicar su control y como reducir el impacto negativo		10		20		17	15	12

Reducir la tensión en otros aspectos de la vida, si es posible:		10		20		17	15	12
--	--	----	--	----	--	----	----	----

7.6 Evaluación

7.6.1. Evaluación de las respuestas de las personas

7.6.2. Evaluación del proceso

Formato para la Evaluación

1. Diagnóstico de Enfermería			
Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo relacionado con dolor en cadera izquierda, evaluado en EVA 3/10, manifestado por disminución de arcos de movilidad de MPI y fuerza muscular disminuida de MPI con Escala de Lovett Flexores de cadera 4/3+.			
Objetivo de Enfermería			
La persona lograra la disminución del dolor y aumentará el movimiento dentro de su entorno			
7.6.1. Evaluación de las respuestas de la persona	NOV	MAR	JUN
	14, 21, 28	6, 13, 27	5, 12
Indicador (es):			
Dolor	3/10	1/10	0/10
Fuerza muscular			
Arcos de movilidad			

Herramienta de medición: Escala Visual Análoga Escala de Lovett	Flexores de cadera 3+	Flexores de cadera 4	Flexores de cadera 4
	Goniometría	Cadera: movilidad flexión 110/100 abducción 20/20 Flexión rodilla 130/130 Tobillo flexión Plantar 30/30 Dorsiflexión 30/0 por dolor Eversión 20/10 Inversión 30/10.	Cadera: movilidad flexión 110/100 abducción 20/20 Flexión rodilla 130/130 Tobillo flexión Plantar 30/30 Dorsiflexión 30/20 Eversión 20/10 Inversión 30/20.

7.6.2. Evaluación del proceso

Actualmente el dolor está en un puntaje de 0/10 en la escala de EVA, flexores de cadera 4/4 en escala de Lovett, sin embargo, en el plan de alta se recomienda seguir utilizando las medidas terapéuticas.

2. Diagnóstico de Enfermería

Déficit en la prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano relacionado con las deficiencias en la información de cómo cuidar su cirugía de artrodesis de cadera, manifestado por dolor en una escala de EVA de 3/10, malas posturas, claudicación al caminar, presencia de cicatriz en cadera izquierda.

Objetivo de Enfermería

La persona demostrara mayor capacidad para el control del dolor y las medidas terapéuticas.

7.6.1. Evaluación de las respuestas de la	NOV	MAR	JUN
--	------------	------------	------------

persona	14, 21, 28	6, 13, 27	5, 12
Indicador (es): Dolor	3/10	1/10	0/10
Manejo de la cicatriz			
Herramienta de medición: Escala Visual Análoga	Cicatriz en trocánter izquierda de 2x2 cm con pigmentación normal, coloración roja, flexibilidad flexible con mínima resistencia, altura plana. 3 puntos	Cicatriz en trocánter izquierda de 2x2 cm con pigmentación normal, coloración rosa, flexibilidad flexible con mínima resistencia, altura plana. 2 puntos.	Cicatriz en trocánter izquierda de 2x2 cm con pigmentación normal, coloración normal, flexibilidad normal, altura plana. 0 puntos
Escala de Vancouver ⁵⁰			

7.6.2. Evaluación del proceso

Actualmente el dolor está en un puntaje de 0/10 en la escala de EVA, seguir realizando los cuidados de la herida y el manejo de la cicatriz.

3. Diagnóstico de Enfermería

Déficit en la promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, (normalidad) relacionado con falta de capacidad para moverse y movilizarse en su entorno, manifestado por deficiencia al vestirse y desvestirse, ir al retrete, traslado sillón-cama,

⁵⁰ Rivera-Secchi, K.; Acosta, G.; Vélez, M.; Trelles, M.A. Remodelación con láser de cicatrices hipertróficas y queloideas: estudio prospectivo en 30 pacientes. Cir. plást. iberolatinoam. vol.39 no.3 Madrid jul. /sep. 2013.

deambulaci3n, subir y bajar escaleras.			
Objetivo de Enfermería La persona demostrará mayor capacidad para la actividad del baño.			
7.6.1. Evaluaci3n de las respuestas de la persona	NOV	MAR	JUN
	14, 21, 28	6, 13, 27	5, 12
Indicador (es): Valoraci3n de las actividades de la vida diaria	61 puntos (dependencia moderada)	91 puntos (dependencia escasa)	100 puntos (independencia)
Actividades instrumentales de la vida diaria			
Herramienta de medici3n: Escala de Barthel.	5 puntos (Dependencia Moderada)	7 puntos (Dependencia Leve)	8 puntos (Dependencia Aut3noma)
Escala de Lawton y Brody			
7.6.2. Evaluaci3n del proceso Realiza la actividad del baño de manera independiente con las ayudas t3cnicas y las medidas necesarias.			

4. Diagn3stico de Enfermería Déficit del Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacci3n social (temor) relacionado con cambio en el estilo de vida y enfrentarse a una enfermedad, manifestado por expresi3n verbal, mal humor, dolor de cabeza y estr3s
Objetivo de Enfermería La persona demostrara mayor control en su estado de ánimo.

7.6.1. Evaluación de las respuestas de la persona	NOV	MAR	JUN
	14, 21, 28	6, 13, 27	5, 12
Indicador (es): Valoración del estrés Herramienta de medición: Escala de Estrés Percibido ⁵¹	20 puntos	10 puntos	5 puntos
7.6.2. Evaluación del proceso El manejo del estrés con las ayudas técnicas de relajación le ayudado a mejorar el mal humor y a su estado de ánimo.			

5. Diagnóstico de Enfermería			
Riesgo de déficit de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano (riesgo de caídas) relacionado con alteración de la movilidad, marcha inestable, fuerza disminuida, miopía, presencia de barreras arquitectónicas en el hogar y Escala de Tinetti. Marcha y Equilibrio: 16 puntos (Riesgo Alto de Caídas).			
Objetivo de Enfermería La persona mejorara la movilidad, equilibrio y educación de la marcha, además de eliminar barreras arquitectónicas.			
7.6.1. Evaluación de las respuestas de la persona	NOV	MAR	JUN

⁵¹ Campo Arias Adalberto, Celina Oviedo Heidi, Herazo Edwi. Escala de Estrés Percibido-10: desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. Rev. Fac. Med. 2014 Vol. 62 No. 3: 407-413.

	14, 21, 28	6, 13, 27	5, 12
Indicador (es): Riesgo de caídas Herramienta de medición: Escala de Tinetti	Marcha y Equilibrio: 16 puntos (Riesgo Alto de Caídas).	Marcha y Equilibrio: 19 puntos (Riesgo de Caídas).	Marcha y Equilibrio: 24 puntos (Sin Riesgo de Caídas).

7.6.2. Evaluación del proceso

Se eliminó las barreras arquitectónicas pertinentes y obtuvo un puntaje de 24 puntos en la Escala de Tinetti.

6. Diagnóstico de Enfermería

Déficit de un aporte suficiente de alimentos (Alteración de la nutrición) relacionado con ingesta de alimentos de forma inadecuada y desequilibrada en cantidad y calidad manifestado por talla 1.78, Peso 80 kg, IMC 25.25 Kg/m².

Objetivo de Enfermería

La persona conocerá la importancia de una alimentación balanceada de acuerdo a sus requerimientos energéticos. Como es la ingesta de alimentos en cantidad y calidad.

Mantener el peso.

7.6.1. Evaluación de las respuestas de la persona	NOV	MAR	JUN
	14, 21, 28	6, 13, 27	5, 12

Indicador (es): Alimentación	Talla 1.78, Peso 80 kg, IMC 25.25 Kg/m2.	Talla 1.78, Peso 80.7 kg, IMC 25.25 Kg/m2.	Talla 1.78, Peso 79.5 kg, IMC 25.25 Kg/m2.
Herramienta de medición: Talla 1.78, Peso 80 kg, IMC 25.25 Kg/m2.			

7.6.2. Evaluación del proceso

Aprendió la importancia de una alimentación equilibrada para ayudar a mantener el peso correcto, así como el sentirse bien

7. Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de déficit de un aporte suficiente de agua relacionado con beber un litro de agua simple al día

Objetivo de Enfermería

La persona conocerá la importancia de la ingesta de líquidos durante el día.

7.6.1. Evaluación de las respuestas de la persona	NOV	MAR	JUN
	14, 21, 28	6, 13, 27	5, 12
Indicador (es): Ingesta de líquidos	1 litro de agua	1 litro y medio	2 litros de agua
Herramienta de medición: Litros de agua al día	al día	de agua al día	al día

7.6.2. Evaluación del proceso

Mejoro la ingesta de líquidos ya que vio la importancia de que tan importante es el agua.

8. Diagnóstico de Enfermería

Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales

de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (Cuidado personal, intención de reducir los factores de riesgo para la progresión de una inmovilidad física y sus secuelas que estas pueden ocasionar).

Objetivo de Enfermería

La persona tendrá un mejor cuidado personal.

7.6.1. Evaluación de las respuestas de la persona	NOV	MAR	JUN
	14, 21, 28	6, 13, 27	5, 12
Indicador (es): Actividades de la vida diaria Herramienta de medición: Escala de barthel	61 puntos (dependencia moderada)	91 puntos (dependencia escasa)	100 puntos (independencia)

7.6.2. Evaluación del proceso

Identifico los factores de riesgo y mejoro su cuidado personal

VIII. PLAN DE ALTA

PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: J.M.G.M. **Edad:** 25 años

Fecha de Nacimiento: 1989 **Diagnostico:** luxación traumática de cadera izquierda + Artroscopia de cadera

Fecha de Ingreso: 31/08/2013 Fecha de Egreso: 03/09/2013
Servicio: Rehabilitación osteoarticular

EN CASO DE DUDA O ACLARACIÓN COMUNICARSE AL TELEFONO: 59991000 EXT.

Enfermera(o) que entrega y explica (Nombre y Firma): Pérez López Anayeli

Nombre del Cuidador: Norma Leticia Montaña Cortez
Parentesco: Mamá

Guía de cuidados y ejercicio para el plan del alta del paciente Postoperado de artroscopia de cadera.

Una vez finalizado el tratamiento de fisioterapia en el hospital deben seguir las instrucciones recomendadas:

CUIDADOS DE LA NUTRICIÓN

2.- CUIDADOS DE NUTRICION

Tipo de dieta: normal

Horarios de comidas: 7-14- 21 Colaciones: 11-18

Líquidos por día. 2000 Litros

Alimentos que debe consumir

- ✓ Fibra
- ✓ Líquidos
- ✓ Frutas y verduras
- ✓ Pan y cereales

Alimentos que no debe consumir

- ✓ Irritantes
- ✓ Refrescos
- ✓ Cítricos
- ✓ Alimentos grasosos
- ✓ Comida chatarra (frituras)
- ✓ Exceso de azúcar y sal

Higiene de alimentos

- ✓ Lavarse las manos antes de manipular los alimentos
- ✓ Lavar frutas
- ✓ Lavar y desinfectar verduras
- ✓ Comprar la carne

CUIDADOS DE LA ACTIVIDAD Y RESPOSO

¿Cómo trabajar en la cama?

Ejercicios de flexo-extensión de tobillo.

Llevar el pie hacia la cara y hacia la cama. Repetir el ejercicio durante 5 minutos.

Ejercicios de flexo-extensión de rodilla y cadera.

Doblar la rodilla arrastrando el talón por la cama y estirar la rodilla apoyándola en la cama. Realizar 3 series de 10 repeticiones.

Ejercicios isométricos de cuádriceps (muslo).

Colocar una almohada o cojín debajo de las rodillas y aplastarlo, mantener 10 segundos (contar hasta 10). Al mismo tiempo llevar los pies hacia la cara.

Realizar 3 series de 10 ejercicios.

Cómo trabajar sentado.

Ejercicios de flexión-extensión de tobillo.

Llevar el pie hacia la cara y hacia el suelo.

Realizar 3 series de

10 repeticiones.

Ejercicios de flexión-extensión de rodilla.

Estirar y doblar la rodilla forzando la flexión, sin sentir dolor. Realizar 3 series de 10 ejercicios.

CUIDADOS ACERCA LA PREVENCION DE PELIGROS PARA LA VIDA EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

Atención a los elementos del hogar:

Utilizar calzado cómodo y cerrado que sujete bien el pie.

El exceso de peso es negativo para la recuperación, mantenga una dieta equilibrada, rica en hierro, fibra y acompañada de abundantes líquidos.

Tomar la medicación prescrita

Retirar alfombras o mobiliario que pueda provocar una caída.

Cuidado con el suelo mojado.

En la cama:

Dormir boca arriba con una almohada entre las piernas, no se acueste de lado del lado afectado.

No elevar la pierna operada sin doblar la rodilla.

Sentado:

Alternar la postura de la pierna en flexión y extensión.

No cruzar las piernas evitando movimientos bruscos y rotaciones con la pierna operada.

En el baño:

Adaptar un alza en el inodoro de unos 10- 15 cm o al nivel de la cadera.

La marcha:

Utilizar las muletas o bastón e ir dejando poco a poco las ayudas técnicas, supervisado por su médico.

Los primeros días caminar 3-4 veces unos 10 minutos, después inicie una actividad mayor, pero con muchos periodos de descanso.

Subir escaleras, pero NO como ejercicio.

Otras recomendaciones:

Calzar con un calzador de mango largo.

Utilizar las medias de compresión (enteras).

Subir al coche a partir del segundo mes, en el lugar del copiloto. Reclinar el asiento y una vez sentado, introducir con mucho cuidado las piernas en el interior.

No conducir hasta pasado de tres meses.

¿Cómo caminar con muletas o bastones?

1. Marcha en paralelo. Adelantar consecutivamente los dos bastones, la pierna operada y finalmente la pierna sana.

2. Marcha cruzada. Adelantar consecutivamente el bastón contrario a la pierna operada, la pierna operada, el otro bastón y finalmente la pierna sana.

¿Cómo debe sentarse?

Con las piernas en contacto con la silla, colocar las manos en los apoyabrazos, adelantar el pie de la pierna operada y sentarse lentamente. Para levantarse seguir el mismo procedimiento.

¿Cómo subir y bajar escaleras?

SUBIR: Colocar el/los bastones en el escalón superior, subir la pierna sana y a continuación la operada.

Subir escaleras con pasamanos.

BAJAR: Colocar el/los bastones en el escalón inferior, bajar la pierna operada y a continuación la pierna sana.

Bajar escaleras con pasamanos

ALTERACIONES O DESVIACIONES DE LA SALUD

SIGNOS DE ALARMA

Acudir al servicio de urgencias en caso de presentar los siguientes signos y síntomas:

- Mal estado general.
- Fiebre de más de 38°C.

- Sangrado
- Salida de secreción purulenta o de mal olor de la herida quirúrgica.
- Cambio de coloración de la herida quirúrgica.
- Dolor intenso y que no disminuye con nada.
- Dolor intenso en la herida quirúrgica que no se quite con analgésicos.
- Hinchazón que no desaparece al elevar la extremidad.
- Cambios en el color de la piel.

Los cuidados a la cicatriz:

- Lavar la herida quirúrgica con agua y jabón, aplicar crema hidratante sin perfume con un ligero masaje, dos veces al día.
- Mantener la pierna elevada siempre que sea posible.
- Sentarse en sillas altas con apoyabrazos o sofás rígidos a nivel de la cadera

IX- CONCLUSIONES

Tomando como eje conductor el objetivo general del presente estudio de caso, se concluye que:

1. El objetivo general se cumplió con la elaboración de un Estudio de caso como proceso de investigación, donde la indagación de un determinado caso, se caracteriza por la sistematización y análisis de una situación de salud específica en su escenario real, de tal forma que fue posible con base en las etapas del método enfermero, y bajo la perspectiva teórica de Dorothea Orem, identificar una vía metodológica para otorgar cuidados especializados a una persona con luxación traumática de cadera izquierda, así como seleccionar, reestructurar, elaborar e implementar intervenciones especializadas, basadas en los procesos educativos durante el Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, así como la búsqueda de fuentes de información que permitieron desarrollar un plan de intervenciones que tiene la intención directa de participar en la agencia de autocuidado de la persona, donde el papel de la enfermera especialista en rehabilitación, contiene en su saber, las bases para la toma de decisiones y una participación activa en la rehabilitación de la persona con luxación traumática de cadera, de tal forma que impacta en un estilo de vida saludable y comportamientos responsables para realizar las actividades de la vida diaria, tomando en cuenta que la taza con mayor riesgo de sufrir luxación traumática, son adultos mayores.

Sobre los objetivos específicos se concluye que:

2. Aplicar un instrumento de Valoración al paciente del Estudio de Caso para la detección de déficits de autocuidados que se encuentren alterados de acuerdo a la Teoría de Dorotea Orem fue la base del estudio de caso, ya que a partir de la valoración se determinan los diagnósticos de enfermería,

cabe resaltar que las escalas de valoración utilizadas para conocer de forma cuantitativa a la persona, son de gran relevancia para poder medir el inicio y los avances de las intervenciones de enfermería, por ejemplo, el aumento benéfico de los ángulos de movimiento, entre otros como la evaluación y control del dolor. De tal forma que se debe resaltar la importancia de una buena valoración con el fin de conocer a la persona de forma integral y a partir de ello en el presente trabajo, permitió determinar diagnósticos y generar los planes de intervención, no se debe olvidar las bases teóricas, como la mirada con la que se observa, valora, diagnostica e interviene a la persona, es decir, la teoría de Orem es la mirada para otorgar cuidados de enfermería a una persona con déficit de su autocuidado.

3. Como se ha mencionado, para el presente estudio de caso, la valoración del estado de salud de la persona elegida, permitió identificar, determinar y jerarquizar los déficits de autocuidado más relevantes, lo cual dió pie a la estructuración de los Diagnósticos de Enfermería de acuerdo a los principales problemas detectados, siempre bajo la mirada de la Teoría de Orem, donde a su vez se establecieron objetivos propios de la persona, de enfermería, que en conjunción determinaron las intervenciones de enfermería fundamentadas a partir de información científica recabada de diferentes autores.
4. Es importante destacar que la implementación es una etapa donde la acción de enfermería está enfocada en implementar el plan de Intervenciones de Enfermería Especializada en Rehabilitación previamente diseñado a partir de los diagnósticos y la valoración, eslabones de orden y secuencia metodológica que permitió llevar a cabo una adecuada mejora en

la función motora, movilidad e independencia de la vida diaria de la persona elegida.

5. Se ha mencionado en múltiples ocasiones que la teoría se aleja de la práctica en todas las disciplinas, enfermería parece no ser la excepción, sin embargo, a partir del estudio de caso es posible contextualizar el problema de salud desde el propio escenario real de la persona, lo cual facilitó la ejecución de las intervenciones planeadas, integrando el método enfermero y la teoría del déficit de autocuidado como elementos primordiales para la ejecución, es decir, las bases teóricas y científicas otorgaron el orden lógico para ejecución del plan de cuidados previamente diseñado.

6. A partir de la elaboración y ejecución del estudio de caso seleccionado, se identificó la importancia de la evaluación casi para cualquier etapa del proceso enfermero, es decir, la evaluación debe darse continuamente y en cada intervención realizada, inclusive, la evaluación de la selección de la información que se eligió para fundamentar el presente trabajo, así también, la evaluación se enfoca en verificar y medir los objetivos alcanzados con las intervenciones realizadas a la persona, lo que a su vez permitió pasar a la etapa siguiente o bien, determinar nuevos diagnósticos y diseñar nuevos cuidados que me llevaran a lograr el objetivo planteado.

X. SUGERENCIAS

- A partir de la experiencia de la formación profesional y especializada de la enfermería en rehabilitación es posible sugerir la importancia de las recomendaciones y cuidados que posibilitan el autocuidado del paciente en su domicilio a partir del fomento a la independencia y autonomía de la persona y su familia.
- Así también a partir de la comprobación y a través de la educación sanitaria, el tratamiento inmediato y rehabilitación precoz se logró una recuperación óptima, lo cual permitió reincorporar a la persona a las actividades de la vida diaria en el menor tiempo posible y con las mínimas consecuencias, por lo que se sugiere la aplicación y apego a protocolos que permitan estandarizar los cuidados, sin olvidar la parte subjetiva de las necesidades propias de cada persona según su contexto personal y cultural.
- También se sugiere a partir de la información obtenida del presente estudio de caso es que la persona afronta con mayor seguridad y satisfacción la continuidad de los cuidados en su domicilio, a partir del trabajo de enfermería para crear el vínculo de confianza entre la enfermera especialista en rehabilitación - y la persona con luxación traumática de cadera
- Una vez concluido el periodo de aplicación del proceso atención de enfermería es posible sugerir que: Durante el tiempo que se aplicó el Proceso Atención de Enfermería se contó con el apoyo de la familia y de

J.M.G.M., ya que estuvieron atentos a todas las visitas domiciliarias y al realizar las terapias indicadas, en el transcurso de ellas se fue observando la evolución del J.M.G.M. identificando cada vez, un aumento de la fuerza del miembro pélvico izquierdo (cadera) a 5/4+ en la escala de Lovett. Al valorar la escala de dolor de EVA se obtuvo una puntuación de 0/10. Un riesgo mínimo de caídas con 26 puntos en la escala de Tinetti. En la escala de Barthel tiene una puntuación de 100 puntos que es totalmente independiente. Es decir, se debe sugerir y hacer hincapié en utilizar constantemente las escalas de evaluación de los diferentes déficits identificados, lo cual ayudará a su vez para evaluar la evolución de mejora.

- Cabe destacar que se debe hacer hincapié en la sugerencia de dar continuidad y apego a la terapia física y rehabilitación en casa, de manera que dicha continuidad evite el retroceso u alguna complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Abrazoterapia. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/tecnicas-reducir-estres>.
- Aguirre A, Corpas A, Llimona A, et al. Enciclopedia de la Enfermería. Editorial Océano. Barcelona, 2012.
- Ahlberg A., Moussa M, Al-nahdi M. On geographical variations in the normal range of motion. Clin Orthop Relat Res. 2011; p. 234: 229-231.
- Alimentación saludable. Disponible en: http://usapeec.org.mx/nutricion/alimentacion_saludable/consumo_de_bebidas_para_una_vida_saludable.html.
- Aromaterapia. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/tecnicas-reducir-estres>.
- Payné, Rosemary. Técnicas de Relajación Guía Práctica. 3ª Edición. Editorial Paidotribo. 2012. Pág. 197.
- Bello Fernández N, Fenton Tait M, Yera León A. Proceso de Atención de Enfermería. Necesidad de Cambio. Revista Cubana de Enfermería. 4 (3) 2012:11-27.
- Bernabéu, Alejandra., Tratamiento de las cicatrices. Vol. 28 Núm. 2 febrero 2012. Pág. 40-43.
- Campo Arias Adalberto, Celina Oviedo Heidi, Herazo Edwi. Escala de Estrés Percibido-10: desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. Rev. Fac. Med. 2014 Vol. 62 No. 3: 407-413.
- Ejercicios de cadera. Disponible en: http://ctoam.com/rhb_cadera.htm#EJERCICIOS_DE_REHABILITACIÓN_DE_LA_CADERA.
- Escala de Barthel. Disponible en: <http://www.dep19.san.gva.es/servicios/Neurologia/Nueva%20carpeta%20WEB/Escalas/Indice%20Barthel.pdf>
- Escala de Barthel. Disponible en: www.hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel.pdf.
- Escala de EVA. Disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MOP-SSQ-02.pdf>
- Escala de Lovett. Disponible en: <http://www.efisioterapia.net/articulos/generalidades-la-valoracion-fisioterapica-y-ortopedica>.
- Escala de valoración de la marcha y equilibrio. Disponible en: www.hvn.es/.../escala_de_valoracion_del_equilibrio_y_la_marcha.pdf
- Gaitán M.C., Acevedo G.C. Una experiencia en la aplicación de la teoría de Dorothea Orem utilizando el proceso de enfermería. Revista Perspectiva proceso salud-enfermedad. Vol. 4, Nº 2. 2011, p. 75-76.
- Gil M., Garcia M., Ibarra A. Valoración Neurológica. Cp. 119 [Actualizado 12/07/2010; citado 24/05/2011], disponible en: www.eccpn.aibarra.org/temerio/seccion7/capitulo119/capitulo119.htm

- González Bello A, Rojas Sámano I, Muciño Maldonado R, Luxación traumática bilateral simultánea de cadera. Reporte de 3 casos. Acta Ortopédica Mexicana 2004; 18(4): Jul.-Ago.: 168-172.
 - González Quintana C. Ética Enfermera Básica. Revista CONAMED. Vol. 20, Núm. 4 Sup (2015).
 - Fernández Arellano M J, Rehabilitación precoz en los pacientes intervenidos de fractura de cadera. Septiembre 2014.
 - Ilizaliturri V.M, Suárez-Ahedo C. Artroscopia de cadera en patología traumática. Revista española de Artroscopia y Cirugía Articular. Publicada por El Sevier España. 2016. No de pág. 9.
 - Instituto Mexicano del Seguro Social. El plato del bien comer
 - Janssen I et al. Low relative skeletal muscle mass (sarcopenia) in older persons is associated with functional impairment and physical disability. Am Geriatr Soc. May; pp. 889-96. 2012.
 - Jarra del buen beber. Disponible en: <http://yucatan.com.mx/salud/jarra-del-buen-beber-guia-para-una-hidratacion-correcta>.
 - Jiménez-Caballero P. E., López-Espuela F., Portilla-Cuenca J. C., Pedrera-Zamorano J. D, Jiménez-Gracia A, Lavado-García J, Casado-Naranjo I. Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton y Brody. Rev Neurol 2012, pp. 337-342.
 - Jorge Enrique Martín Cordero. Agentes Físicos Terapéuticos. Edición: Ing. Damiana I. Martín Laurencio, MSc. Frank W. Castro López, Lic. Tania Sánchez Ferrán. Editorial Ciencias Médicas. PP 155-161.
 - Jover N, Barrés M, Balfagón A, Luxación anterior de cadera: presentación de un caso y revisión de la literatura. Revista Española de Cirugía Osteoarticular. Nº 255. Vol. 48. Julio-septiembre 2013.
 - Kisner, C., y Colby, L. A. Ejercicio terapéutico: fundamentos y técnicas (5ta. ed.). Filadelfia: F. A. Davis Company. 2012.
-
- Kunzle Elizeche H, Martínez C, Valenzuela M, Rojas R, Sisa J, Gregor R, Luxación Traumática anterior de cadera. Revista Nacional. (Itaniguà). Vol. 5 (2). Diciembre 2013. Pp. 54-56.
 - La jarra del buen beber. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/nutricion/esquemas/la-jarra-del-buen-beber.html>
 - Manual de procedimientos técnicos clínica del dolor. Disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MOP-SSQ-02.pdf>
 - Martínez Carazo, Piedad Cristina. “El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica”. Universidad del Norte. Consultado el 28 de abril de 2016.
 - Martínez González L, Olvera-Villanueva G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Revista de Enfermería. Instituto Mexicano del Seguro Social 2011; 19 (2): 105-108.
 - Martinez AP, Azevedo GR. Traducción, adaptación cultural y validación de la “Bristol Stool Form Scale”. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet. 2012.

Disponible en: http://www.allsalud.com/2016/11/la-escala-de-heces-de-bristol_18.html.

- National Institute of Mental Health. Fact sheet on stress. Available at: www.nimh.nih.gov/health/publications/stress/index.shtml. Accessed April 17, 2014.
- Peña-Ramos T, Vilchez-Cavazos F, Mendoza-Lemus O, Acosta-Olivo C. Luxación antero-inferior de cadera en una presentación poco común. Estudio de un caso y revisión de literatura. Trauma Fundamentos Mapfre (2013) Vol. 24 nº 3. Pp.156-159.
- Pérez V M. La Musicoterapia. Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas. [internet]. Agosto 2010 [Citado 02 marzo 2014]; (33). Disponible en:<http://www.fundacionborjasanchez.org/upload/documentos/20110907150543.musicoterapia.pdf>.
- Plato del buen comer. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/periodico/30%20plato/>
- Prado Solar L.A, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K, La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica. vol.36 no.6 Matanzas nov.-dic. 2014.
- Remor E. Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). The Spanish Journal of Psychology, (2012). Pp. 86-93.
- Rivera-Secchi, K.; Acosta, G.; Vélez, M.; Trelles, M.A. Remodelación con láser de cicatrices hipertróficas y queloides: estudio prospectivo en 30 pacientes. Cir. plást. iberolatinoam. vol.39 no.3 Madrid jul. /sep. 2013.
- Silberman S F, Varaona O. Ortopedia y traumatología. 2ª edición, editorial: Panamericana. México, pp. 354.
- Sohier, Raymond., Company Bauzá, Margarita. Fisioterapia analítica de la articulación de la cadera. 2012.
- Test de valoración para el manejo del estrés. Disponible en: http://www.contusalud.com/website/folder/sepa_pruebas_test_stress.htm
- Urra Medina E.; Nuñez Carrasco R.; Retamal Valenzuela C., Jure Cares L., Enfoques de estudio de casos en la investigación de enfermería. Ciencia y enfermería. 2014, vol.20, n.1, pp. 131-142.
- Vilaseca T.R, Chahla J. A. Artroscopia de Cadera: Indicaciones, Resultados y Complicaciones. Revisión Bibliográfica y Experiencia Personal. Vol. 22, N° 3: 2015.PP 107-113.

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

México DF a 3 de noviembre 2016

Por medio de la presente yo José Miguel Gómez Montaña. Doy mi consentimiento para que la (el) Lic. Enf. Anayeli Pérez López. 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 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):

José Miguel Gómez Montaña

Testigo (nombre y firma):

Norma Leticia Montaña Cortez

Estudiante del Posgrado (nombre y firma):

Anayeli Pérez López

ANEXO 2

ESCALA DE GLASGOW⁵²

La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala. Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una de las subescalas evaluadas independientemente. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala.

Respuesta ocular		
Espontánea	4	
A estímulos verbales	3	
Al dolor	2	
Ausencia de respuesta	1	
Respuesta verbal		
Orientado	5	Puntuación: 15 Normal < 9 Gravedad 3 Coma profundo
Desorientado/confuso	4	
Incoherente	3	
Sonidos incomprensibles	2	
Ausencia de respuesta	1	
Respuesta motora		
Obedece ordenes	6	
Localiza el dolor	5	
Retirada al dolor	4	
Flexión anormal	3	
Extensión anormal	2	
Ausencia de respuesta	1	

⁵² Gil M., García M., Ibarra A. Valoración Neurológica. Cp. 119 [Actualizado 12/07/2010; citado 24/05/2012], disponible en: www.eccpn.aibarra.org/temerio/seccion7/capitulo119/capitulo119.htm

ANEXO 3

EQUILIBRIO Y MARCHA

ESCALA DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO:

Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos.

1. Equilibrio sentado	Se recuesta o resbala de la silla	0
	Estable y seguro	1
2. Se levanta	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero usa los brazos	1
	Capaz sin usar los brazos	2
3. Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero requiere más de un intento	1
	Capaz de un solo intento	2
4. Equilibrio inmediato de pie (15 seg)	Inestable (vacila, se balancea)	0
	Estable con bastón o se agarra	1
	Estable sin apoyo	2
5. Equilibrio de pie	Inestable	0
	Estable con bastón o abre los pies	1
	Estable sin apoyo y talones cerrados	2
6. Tocado (de pie, se le empuja levemente por el esternón 3 veces)	Comienza a caer	0
	Vacila se agarra	1
	Estable	2
7. Ojos cerrados (de pie)	Inestable	0
	Estable	1
8. Giro de 360 °	Pasos discontinuos	0
	Pasos continuos	1
	Inestable	0
	Estable	1
9. Sentándose	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla	0
	Usa las manos	1
	Seguro	2

ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA:

Con el paciente caminando a su paso usual y con la ayuda habitual (bastón o andador).

1. Inicio de la marcha	Cualquier vacilación o varios intentos por empezar	0
	Sin vacilación	1
2. Longitud y altura del paso	A) Balanceo del pie derecho	
	No sobrepasa el pie izquierdo	0
	Sobrepasa el pie izquierdo	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1
	B) Balanceo del pie izquierdo	
	No sobrepasa el pie derecho	0
	Sobrepasa el pie derecho	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1

3. Simetría del paso	Longitud del paso derecho desigual al izquierdo	0
	Pasos derechos e izquierdos iguales	1
4. Continuidad de los pasos	Discontinuidad de los pasos	0
	Continuidad de los pasos	1
5. Pasos	Desviación marcada	0
	Desviación moderada o usa ayuda	1
	En línea recta sin ayuda	2
6. Tronco	Marcado balanceo o usa ayuda	0
	Sin balanceo pero flexiona rodillas o la espalda o abre los brazos	1
	Sin balanceo, sin flexión, sin ayuda	2
7- Posición al caminar	Talones separados	0
	Talones casi se tocan al caminar	1

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA MARCHA⁵³ (máx. 12). GENERAL (máx. 28).

El tiempo aproximado de aplicación de esta prueba es de 8 a 10 minutos. El entrevistador camina detrás del paciente y le solicita que responda a las preguntas relacionadas a la marcha. Para contestar lo relacionado con el equilibrio, el entrevistador permanece de pie junto al paciente (enfrente y a la derecha).

La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.

Interpretación:

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación para la marcha es 12, para el equilibrio es 16. La suma de ambas puntuaciones proporciona el riesgo de caídas.

A mayor puntuación=menor riesgo

Menos de 19 = riesgo alto de caídas

De 19 a 24 = riesgo de caídas

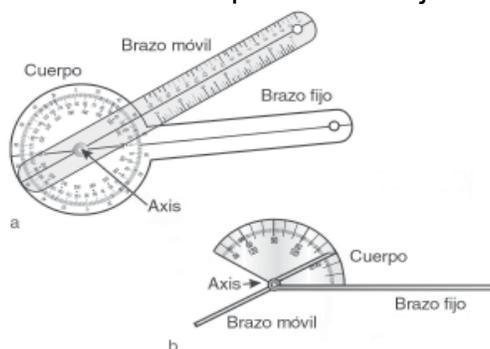
⁵³ Escala de Tinetti. Disponible en : marthacoronah.weebly.com/uploads/5/5/4/.../escala_de_tinetti.pdf

ANEXO 4

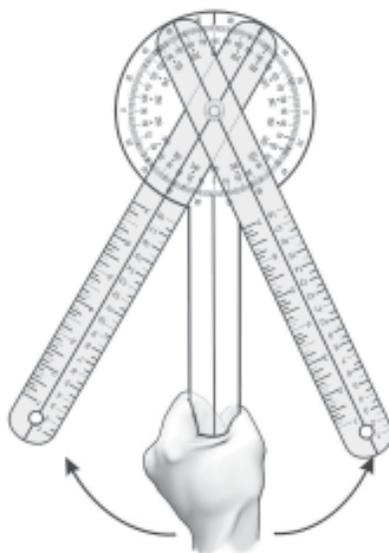
GONIOMETRÍA

El goniómetro⁵⁴ es el principal instrumento que se utiliza para medir los ángulos en el sistema osteoarticular. Se trata de un instrumento práctico, económico, portátil y fácil de utilizar, que suele estar fabricado en material plástico (generalmente transparente), o bien, en metal (acero inoxidable).

Los goniómetros poseen un cuerpo y dos brazos o ramas, uno fijo y el otro móvil. El cuerpo del goniómetro es, en realidad, un transportador de 180° ó 360°. La escala del transportador suele estar expresada en divisiones cada 1°, cada 5°, o bien, cada 10°. El punto central del cuerpo se llama eje o axis.



El brazo fijo forma una sola pieza con el cuerpo y es por donde se empuña el instrumento. El brazo móvil gira libremente alrededor del eje del cuerpo y señala la medición en grados sobre la escala del transportador.



⁵⁴ Ahlberg A., Moussa M, Al-nahdi M. On geographical variations in the normal range of motion. Clin Orthop Relat Res. 2011; p. 234: 229-231.

ANEXO 5

ESCALA DE LOVETT

Fuerza muscular⁵⁵

Podemos medir la musculatura midiendo la fuerza muscular, ya que de esta manera podemos ver la capacidad del músculo para contraerse. Podemos valorar el grado de movimiento de nuestro paciente mediante la escala de Robert Lovett

Grados	Término	Descripción
5	Normal	Alcanza la amplitud total disponible de movimiento contra la gravedad y es capaz de mantener una resistencia máxima .
4	Buena	Alcanza la amplitud total disponible de movimiento contra la gravedad y es capaz de mantener una resistencia moderada .
3	Regular	Alcanza la amplitud total disponible de movimiento sólo contra la gravedad al eliminar la resistencia .
2	Pobre	Alcanza la amplitud total de movimiento al eliminar la gravedad .
1	Vestigios	Contracción visible o palpable sin movimiento muscular significativo.
0	Nula	No se observa ni se siente contracción .

⁵⁵ Escala de Lovett. Disponible en: <http://www.efisioterapia.net/articulos/generalidades-la-valoracion-fisioterapica-y-ortopedica>

ANEXO 6

Autonomía para las actividades de la vida diaria. Escala de Barthel⁵⁶

Heteroadministrado con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

0-20 dependencia total

21-60 dependencia severa

61-90 dependencia moderada

91-99 dependencia escasa

100 independencia

COMER	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo
0	DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona
VESTIRSE	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
5	NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	DEPENDIENTE.
ARREGLARSE	
5	INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
0	DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda
DEPOSICIÓN	
10	CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia.
5	ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
0	INCONTINENTE.
MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)	
10	CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí sólo.
5	ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.
0	INCONTINENTE.
IR AL RETRETE	
10	INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona
5	NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo.
0	DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.
TRASLADO SILLÓN – CAMA (Transferencias)	
15	INDEPENDIENTE. No precisa ayuda
10	MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
5	GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0	DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
DEAMBULACIÓN	
15	INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo.
10	NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.
5	INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.
0	DEPENDIENTE
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
5	NECESITA AYUDA
0	DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.
<20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve	

⁵⁶ Escala de Barthel. Disponible en: www.hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel.pdf

ANEXO 7

Escala de Lawton y Brody⁵⁷

Las actividades instrumentales de la vida diaria son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, y su realización permite que una persona pueda ser independiente dentro de una comunidad. Incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad; coger el autobús; preparar la comida y realizar compras, entre otras.

Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria

Item	Aspecto a evaluar	Puntos
1	Capacidad para usar el teléfono:	
	- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
	- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
	- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
	- No es capaz de usar el teléfono	0
2	Hacer compras:	
	- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
	- Realiza independientemente pequeñas compras	0
	- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
	- Totalmente incapaz de comprar	0
3	Preparación de la comida:	
	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
	- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
	- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
	- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
4	Cuidado de la casa:	
	- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
	- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
	- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
	- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
	- No participa en ninguna labor de la casa	0
5	Lavado de la ropa:	
	- Lava por sí solo toda su ropa	1
	- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
	- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
6	Uso de medios de transporte:	
	- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
	- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
	- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
	- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
	- No viaja	0

⁵⁷Jiménez-Caballero P. E., López-Espuela F., Portilla-Cuenca J. C., Pedrera-Zamorano J. D, Jiménez-Gracia A, Lavado-García J, Casado-Naranjo I. Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton y Brody. Rev Neurol 2012; 55 (6): 337-342.

7	Responsabilidad respecto a su medicación: - Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta - Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente - No es capaz de administrarse su medicación	1 0 0
8	Manejo de sus asuntos económicos: - Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo - Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos... - Incapaz de manejar dinero	1 1 0
Total:		

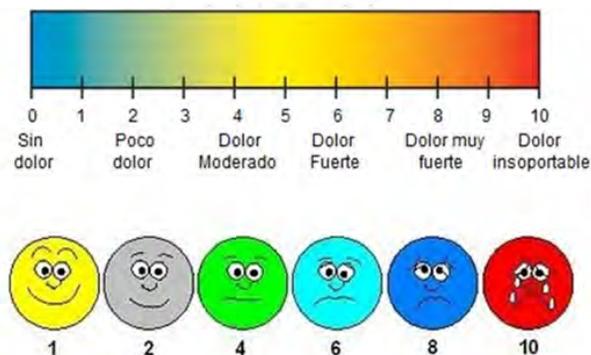
La información se obtendrá de un cuidador fidedigno
La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de cero puntos, y 8 puntos expresarían una independencia total

ANEXO 8

ESCALA DE EVA

La escala de valoración del dolor⁵⁸ son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos.

Escalas de dolor



⁵⁸ Escala de dolor Eva. Disponible en: www.1aria.com/.../areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf

ANEXO 9

ESCALA DE VANCOUVER⁵⁹

Vancouver para cicatrices, categoriza las diferentes características valorables en una cicatriz: pigmentación, vascularidad, flexibilidad y altura/grosor. Estos parámetros se expresaron sobre un total de 13 puntos.

Tabla III. Escala de Vancouver (Vancouver Scar Scale – VSS)

Pigmentación	
0	Color Normal (parecido a piel cercana)
1	Hipopigmentada
2	Hiperpigmentada
Vascularidad	
0	Normal
1	Suave (flexible con mínima resistencia)
2	Roja (aumento significativo en el riego sanguíneo local)
3	Morada (excesivo riego sanguíneo local)
4	Bandas (bridas, no limitan rango de movimiento)
5	Contractura (acortamiento permanente de la cicatriz produciendo deformidad o distorsión, limitando el movimiento)
Altura/Grosor	
0	Normal
1	<2 mm
2	>2 y <5 mm
3	>5 mm

⁵⁹ Rivera-Secchi, K., Acosta, G., Vélez, M., Trelles, M.A. Remodelación con láser de cicatrices hipertróficas y queloideas: estudio prospectivo en 30 pacientes. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana - Vol. 39 - Nº 3 de 2013/ Pág. 307-317.

ANEXO 10

Escala de Estrés Percibido⁶⁰

Escala de Estrés Percibido - Perceived Stress Scale (PSS) – versión completa 14 ítems.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en	
cuando	A menudo	Muy a menudo		

1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?

0 1 2 3 4

2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?

0 1 2 3 4

3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?

0 1 2 3 4

4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?

0 1 2 3 4

5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?

0 1 2 3 4

6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?

⁶⁰ Remor E. Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). The Spanish Journal of Psychology, (2012). Pp. 86-93.

0 1 2 3 4

7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?

0 1 2 3 4

8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?

0 1 2 3 4

9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?

0 1 2 3 4

10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?

0 1 2 3 4

11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?

0 1 2 3 4

12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?

0 1 2 3 4

13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?

0 1 2 3 4

14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?

0 1 2 3 4

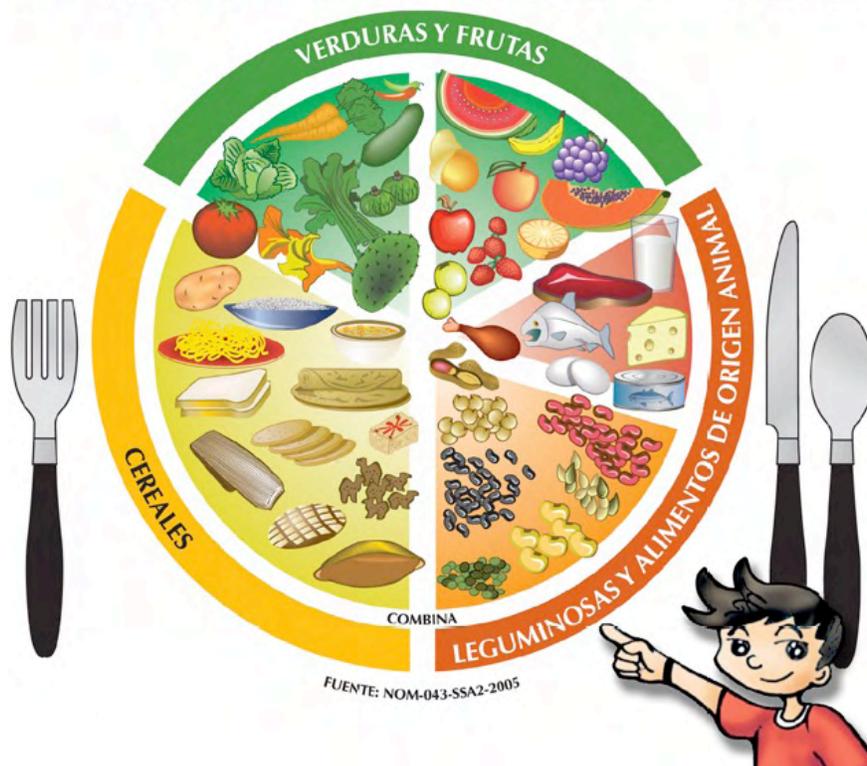
Esta escala es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La

puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

ANEXO 11

EL PLATO⁶¹ DEL BIEN COMER⁶²

El Plato del Bien Comer



La alimentación correcta es la base de una buena salud junto con el consumo de agua simple potable y la práctica diaria de actividad física, es la mejor manera de prevenir y controlar el sobrepeso, obesidad y otras enfermedades, como la diabetes y presión alta, entre otras. Por lo que es muy importante, asegurar tener una alimentación correcta a lo largo de toda la vida.

Consejos para una alimentación⁶³ correcta:

⁶¹ Instituto Mexicano del Seguro Social. El plato del bien comer

⁶² Plato del buen comer. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/periodico/30%20plato/>

⁶³ Alimentación saludable. Disponible en: http://usapeec.org.mx/nutricion/alimentacion_saludable/consumo_de_bebidas_para_una_vida_saludable.html

- ✓ Ningún alimento contiene todas las sustancias nutritivas que tu cuerpo necesita, por lo que debes incluir diariamente alimentos de los tres grupos y variarlos
- ✓ Consume tres comidas completas y dos colaciones saludables al día, en horarios regulares, con la cantidad de alimentos de acuerdo a tu actividad física
- ✓ Desayuna o come antes de acudir a la escuela
- ✓ Consume alimentos frescos, **NO** industrializados
- ✓ Incluye diario en las comidas principales y refrigerios las verduras y frutas frescas de temporada, dando variedad y color
- ✓ Elige cereales de grano entero y sus derivados integrales
- ✓ Consume cantidades moderadas de alimentos de origen animal, da preferencia a pescado, aves como pavo y pollo sin piel y carne magra, asadas, horneadas, cocidas, así como leche semidescremada o descremada por su menor contenido de grasa saturada
- ✓ Prefiere quesos bajos en grasa como el tipo panela, requesón o cottage
- ✓ Evita el abuso de alimentos como: hamburguesas, pizza, hot-dogs, frituras, tortas gigantes, donas, churros, pan dulce, pasteles, mantequilla, margarina, crema, mayonesa, tocino, postres, golosinas refrescos, jugos industrializados, entre otros. Por su elevado contenido en grasas, azúcares y kilocalorías
- ✓ Limita el consumo de grasas y azucares
- ✓ Evita el consumo excesivo de sal, utiliza condimentos y especias para darle sabor a tus alimentos
- ✓ Bebe de 6 a 8 vasos de agua simple potable al día
- ✓ Prepara tus alimentos y bebidas con higiene, lava tus manos antes de cada comida y evita comer alimentos en lugares con poca higiene o expuestos al aire libre

Selecciona tu plan de alimentación correcta de acuerdo al tipo de actividad física que realices (números de raciones diarias)

Grupo de alimento	1,500 kilocalorías actividad física ligera	1,800 kilocalorías actividad física moderada	2200 kilocalorías actividad física intensa
Verduras	3	4	5
Frutas	3	4	6
Cereales	7	8	9
Leguminosas	1	1	1
Leche	2	2	2
Alimentos de origen animal	3	4	5
Grasas	3	3	5
Azúcares	0	2	2

Nota: Tu nutrióloga te puede realizar los ajustes necesarios de acuerdo a tus requerimientos.

La siguiente tabla muestra algunos ejemplos:

1500 kilocalorías	1800 kilocalorías	2200 kilocalorías
Desayuno: <ul style="list-style-type: none"> Leche 1 vaso 240 ml Huevo con ejotes (1 pieza de huevo con 1 taza de ejotes) Tortilla de maíz 2 piezas Guayabas 3 piezas 	Desayuno: <ul style="list-style-type: none"> Leche con café 1 taza 240 ml Sándwich de queso panela, jitomate, germinado, aguacate Naranja 1 pieza Galleta sin relleno 2 piezas 	Desayuno: <ul style="list-style-type: none"> Leche 1 vaso 240 ml Molletes de frijoles con queso oaxaca 2 piezas Salsa mexicana Cocktail de fruta 1 platito Gelatina ½ taza
Refrigerio: <ul style="list-style-type: none"> Palomitas de maíz natural 2 ½ tazas 	Refrigerio: <ul style="list-style-type: none"> Durazno amarillo 2 piezas 	Refrigerio: <ul style="list-style-type: none"> Toronja 1 pieza
Comida: <ul style="list-style-type: none"> Sopa de verduras 1 tazón Pierna de pollo a la mexicana 1 pieza Verduras cocidas 1 taza Frijoles caldosos ½ taza Tortillas 2 piezas Papaya picada 1 taza 	Comida: <ul style="list-style-type: none"> Ensalada de verduras 1 plato Albóndigas 2 piezas con calabacitas Frijoles caldosos ½ taza Tortillas de maíz 2 piezas Melón picado 1 taza Ate 1 rebanada chica 	Comida: <ul style="list-style-type: none"> Caldo de camarón con zanahoria y papa 1 tazón Arroz ½ taza Atún a la vizcaína 1 plato Galletas saladas 8 piezas Piña 1 rebanada
Refrigerio: <ul style="list-style-type: none"> Jícama rallada con sal y limón 	Refrigerio: <ul style="list-style-type: none"> Pepino con sal y limón 	Refrigerio: <ul style="list-style-type: none"> Plátano dominico 3 piezas
Cena: <ul style="list-style-type: none"> Yogurt natural 1 taza Granola 3 cucharadas Manzana 1 pieza Galletas marías 5 piezas 	Cena: <ul style="list-style-type: none"> Atole de amaranto 1 taza Quesadilla de flor de calabaza con queso oaxaca 2 piezas Salsa mexicana Uvas 1 taza Gelatina ½ taza 	Cena: <ul style="list-style-type: none"> Leche 1 vaso 240 ml Enchiladas de pollo 2 piezas con crema 1 cucharadita Ensalada verde 1 plato Papaya Gelatina ½ taza

ANEXO 12

LA JARRA DEL BUEN BEBER ⁶⁴



Representación gráfica de los líquidos que debemos consumir, así como la cantidad diaria sugerida para un adulto.

La recomendación se basa en los beneficios que cada bebida proporciona.

Las sugerencias se encuentran en el lado derecho, dadas en vasos o tazas que se pueden ingerir diariamente.

Vistos a detalle, los niveles de la jarra del buen beber son los siguientes:

⁶⁴ La jarra del buen beber. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/nutricion/esquemas/la-jarra-del-buen-beber.html>

- Nivel 1: agua potable natural. Es la bebida más adecuada para cubrir las necesidades diarias de líquidos. Se debe consumir mínimo 8 vasos de agua natural al día.
- Nivel 2: leche semidescremada, descremada y bebidas de soya sin azúcar adicionada. Aportan calcio, vitamina D y proteína de alta calidad; se recomienda beber máximo 2 vasos al día. Se deben preferir sobre la leche entera y bebidas con azúcar agregada.
- Nivel 3: café y té sin azúcar. Se pueden tomar 4 tazas (250 ml por taza) al día. El té provee micro nutrientes como fluoruro, aminoácidos y vitaminas.
- Nivel 4: Bebidas no calóricas con edulcorantes artificiales. Son refrescos de dieta, agua con vitaminas, bebidas energizantes y otras con base en café o té. Se aconsejan 0 a 500 ml por día (0 a 2 vasos). Se recomienda su consumo esporádico.
- Nivel 5: Bebidas con alto valor calórico y beneficios en salud limitados. Se trata de jugos de fruta, leche entera y bebidas alcohólicas o deportivas; se recomienda de 0 a 1/2 vaso (125 ml) por su aporte de calorías. Se recomienda no ingerirlas.
- Nivel 6: Bebidas con azúcar y bajo contenido de nutrientes. Incluye refrescos y bebidas con azúcar adicionada (jugos, aguas de sabor y café). Su consumo se asocia con caries dental y obesidad. Se recomienda no ingerirlas.

TRIPTICO DE HIGIENE DE COLUMNA

Recuerda q el 80% de los pacientes que sufre dolor de espalda mejora al cumplir al 100% de la Higiene de Columna.

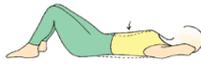
Algunos ejercicios que se pueden realizar son:



Estiramiento erguido del muslo



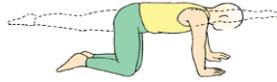
Gato y camello



Inclinación de la pelvis



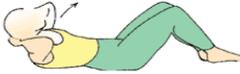
Dos rodillas hacia el pecho



Estiramiento de brazos y piernas



Flexión abdominal parcial



Estiramiento piriforme

Elaborado:
Pérez López Anayeli
Asesoró:
L.E.E.R. Dulce María Esquivel
Estudiante del posgrado de enfermería en rehabilitación

ANEXO 13



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de posgrado



HIGIENE DE COLUMNA

POSGRADO DE ENFERMERIA EN REHABILITACION



HIGIENE DE COLUMNA O HIGIENE POSTURAL

La columna vertebral tiene diferentes curvaturas estas junto con los discos intervertebrales permiten absorber y distribuir el esfuerzo de las actividades diarias.

El dolor aparece cuando existe una alteración en las curvaturas y un excesivo trabajo de los músculos de la espalda.



Existen cuatro curvas normales en la columna vertebral

Se entiende por higiene de la columna o higiene postural, al sistema de principios y normas para conservar la salud de la columna y prevenir enfermedades.

En diversos estudios se ha relacionado el dolor LUMBAR con una mala postura o incumplimiento con la higiene de columna.*

Algunos consejos profilácticos, o conjuntos de medidas preventivas comunes, incluyen:

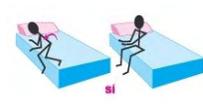
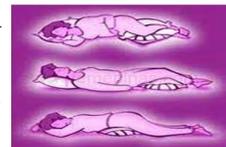


1. Al levantar objetos debe flexionar rodillas y tomar el objeto lo mas cerca del cuerpo y al levantar la fuerza la realizan las piernas.



2. Si se esta sentado por mucho tiempo la espalda debe estar recta y el asiento debe de tener un soporte lumbar.

3. Al estar recostado debe de procurar mantener las curvaturas vertebrales con ayuda de un cojín



4. en el momento de incorporarse de la cama se deben primero descender los pies, posteriormente impulsarse con los brazos para poder levantarse

5. Una buena almohada permite tener el cuello en posición recta respecto a todo el cuerpo, esta no debe ser muy alta ni muy baja



6. Si se esta mucho tiempo de pie, colocar una pierna sobre un banco e ir alternando los pies cada determinado tiempo.



Para alcanzar un objeto



7. Para alcanzar un objeto se debe de precisar un banco o escalón para no estirar de más a los músculos de la espalda.

Bibliografía: Sohier, Raymond. Company Bauzá, Margarita. Fisioterapia analítica de la articulación de la cadera. 2012.

ANEXO 14

TRIPTICO DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA + POSTOPERADO DE ARTRODESIS DE CADERA IZQUIERDA

PROGRAMA DE EJERCICIOS

Para mejorar la movilidad de la cadera y recuperar fuerza muscular es conveniente que haga 10 repeticiones de cada uno de estos ejercicios 3 veces cada día.

Flexión-extensión de tobillo; estando tumbado mueva el pie y los dedos hacia la nariz y luego hacia abajo. Repetir 10 veces.



Estirar la rodilla; boca arriba, coloque una toalla enrollada detrás de la rodilla. Apriete la pierna contra la cama, estirando la rodilla. A la vez lleve los dedos del pie hacia la nariz. Cuento hasta 5 mientras aprieta contra la cama. Descanse otros 5. Repita el ejercicio 10 veces.



Flexión de rodilla; boca arriba y arrastre el talón sobre la cama, para ir doblando la rodilla cada vez más (la otra pierna permanece estirada). Repetir 10 veces.



Elevación de la pierna; estando sentado, estire la rodilla todo lo que pueda. Cuento hasta 5 en esta posición. Repetir 10 veces.



DIRECTORIO ENEO

Mtra. María Dolores Zarza Arizmendi
Directora
Mtra. Reyna Matus Miranda
Jefa de División de Estudios de Posgrado
Mtra. Angélica Elías Ramírez
Secretaría Académica
Lic. Cristina Balan Gleaves
Coordinadora PUEE

DIRECTORIO INR

Dr. Luis Guillermo Ibarra I.
Director General del INR
Dra. Matilde L. Enriquez Sandoval
Directora de Enseñanza
MAH. Leticia González González
Subdirectora de Enfermería
MAH. Martín Pantoja Herrera
Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación en Enfermería
LEO. Nohemí Ramírez Gutiérrez
Coordinadora del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación

REALIZÓ
L.E.O. ANAYELI PÉREZ LÓPEZ
ESTUDIANTE DE POSGRADO EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN.

INR
AV. MÉXICO XOCHIMILCO #289 COOL ARENAL DE GUADALUPE CP. 14389 DELEGACIÓN TLALPAN TELÉFONO 59991000

ANEXO 14

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

LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA + POSTOPERADO DE ARTRODESIS DE CADERA

Recomendaciones para el paciente



La artrodesis de cadera es un procedimiento utilizado como cirugía reconstructiva o de salvamento, especialmente en pacientes jóvenes con coxartrosis unilateral dolorosa. Su principal indicación es la artrosis severa de la cadera, cuya etiología puede ser multifactorial: infecciosa, traumática, degenerativa por procesos mecánicos y/o metabólicos, tumoral, etc.

Los ejercicios de piernas son especialmente importantes porque los músculos de la pierna en el lado afecto están generalmente débiles y contracturados, ya que el dolor y la rigidez en la cadera postoperada han limitado su normal movilidad. Estos ejercicios también son útiles en la recuperación, ayudando a desarrollar una buena musculatura alrededor de la cadera y facilitar su curación.

¿QUÉ SE DEBE EVITAR PARA NO LASTIMARSE DESPUÉS DE LA CIRUGÍA?

Durante las primeras semanas, ciertas posturas y movimientos porque existe riesgo de lastimarse. Esta es una complicación grave que retrasa la recuperación.

NO OLVIDE:

- ✓ Debe usar calzado cerrado.
- ✓ Quitar del suelo todo aquello que pueda suponer un obstáculo para usted (alfombras, juguetes, cables).
- ✓ Utilizar calzado adecuado: cerrado y con suela antideslizante (goma).
- ✓ Controlar su peso: la obesidad influye negativamente sobre su rehabilitación y sobre su prótesis.

CONSEJOS GENERALES

No cruzar las piernas: para no hacerlo mientras duerme, puede colocar una almohada entre las piernas.



¿CÓMO DEBE BAJAR DE LA CAMA?

Acérquese al borde de la cama sin cruzar las piernas. Apoye el codo que tiene más cerca del borde e incorpore el cuerpo. Mantenga la pierna operada estirada y flexione ligeramente la sana. Gire el cuerpo apoyando las manos en el colchón.

Levántese igual que de una silla.



Si el baño de su domicilio es muy bajo, puede adquirir un dispositivo para que la altura sea mayor.

Cuando esté sentado, NO se incline mucho hacia delante para atarse los zapatos o ponerse los calcetines.

¿CÓMO CAMINAR?

Si su médico le indica apoyar la pierna operada podrá usar bastones o andador para caminar. En caso de que no pueda apoyar la pierna operada usará bastones.

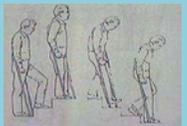


ESCALERAS

a. Subiendo las escaleras, primero ponga en el escalón la pierna no operada, después la operada y, finalmente, los bastones o las muletas. Si es posible use la baranda con la mano que le queda libre.

b. Bajando las escaleras, primero las muletas, después la pierna operada y por fin la pierna no operada. Bajar es al revés que subir.

La reeducación de la marcha es también muy importante.



Bibliografía: Sohier, Raymond. Company Bauzá, Margarita. Fisioterapia analítica de la articulación de la cadera. 2012.

ANEXO 15

TRIPTICO DE RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE CON LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA

6) Presión con pelota: Acostado boca arriba, con las piernas estiradas, coloque una pelota grande entre las rodillas y deslice los talones tratando de juntarlos apretando el balón con las rodillas. Mantener 5-10 segundos y descansar.




7) Flexión de cadera: De pie, usando el respaldo de una silla como apoyo si es necesario, doblar la pierna haciendo el gesto de caminar sin moverse del sitio.



8) Cuádriceps: Acostado en la cama, con una toalla bajo la parte posterior de la rodilla (Fig 1), se contrae toda la musculatura del muslo como si se quisiera aplastar la toalla (Fig 2). Mantener 10 segundos, descansar 20 y repetir.




DIRECTORIO ENEO
Mtra. María Dolores Zarza Arizmendi
Directora
Mtra. Reyna Matus Miranda
Jefa de División de Estudios de Posgrado
Mtra. Angélica Elías Ramírez
Secretaría Académica
Lic. Cristina Balan Gleaves
Coordinadora PUEE

DIRECTORIO INR
Dr. Luis Guillermo Ibarra I.
Director General del INR
Dra. Matilde L. Enríquez Sandoval
Directora de Enseñanza
MAH. Leticia González González
Subdirectora de Enfermería
MAH. Martín Pantoja Herrera
Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación en Enfermería
LEO. Nohemí Ramírez Gutiérrez
Coordinadora del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación

REALIZÓ
L.E.O. ANAYELI PÉREZ LÓPEZ
ESTUDIANTE DE POSGRADO EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN.

INR
AV. MÉXICO XOCHIMILCO #289 COL. ARENAL DE GUADALUPE CP. 14389 DELEGACIÓN TLALPAN TELÉFONO 59991000

ANEJO 15

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

UNAM
POSGRADO

Recomendaciones para el paciente con Luxación Traumática de Cadera, postoperado de artrodesis de Cadera



El siguiente programa de ejercicios está destinado a pacientes con Luxación Traumática de Cadera, portoperado de una artrodesis de cadera para una mejor rehabilitación, y tiene la finalidad de fortalecer los músculos y mejorar la elasticidad de su cadera y de su pierna, por lo que pueden serle de utilidad. Se recomienda realizarlos en series de 10-15 repeticiones, una vez al día.

Deje de realizar cualquiera de los ejercicios si le produce dolor.

1) Deslizamiento de talones: Tumbese en el sofá o sobre la cama. Comenzando con la pierna estirada (Fig 1) deslice el talón hacia los glúteos todo lo que pueda (Fig 2), mantenga unos 10 segundos y vuelva a estirar la pierna lentamente (Fig 3). También puede ayudarse con una toalla apoyada en la cara anterior del tobillo (Fig 4).






2) Bombeo con el tobillo: Este ejercicio puede realizarse tanto sentado como acostado, y consiste en mover el pie hacia el cuerpo y separarlo de él (como si se estuviese pisando el acelerador de un coche).



3) Subir y bajar escalón: se puede realizar tanto con un escalón frontal como con un escalón lateral. Se apoya el pie de la pierna afectada sobre el escalón (Fig 1) y a continuación se estira la pierna (Fig 2). Se mantiene 10 segundos y se vuelve a la posición inicial de descanso (Fig 3).








4) Arco corto del cuádriceps: Acostado sobre la espalda, y con una toalla enrollada o un cojín bajo el muslo (Fig 1), levante el pie, estirando la rodilla (Fig 2), mantenga 10 segundos y descansa. No levante el muslo de la toalla.




5) Abducción y aducción (deslizar talones hacia fuera y hacia dentro): Acostado sobre la espalda, con las piernas estiradas, las rodillas rectas y las puntas de los pies hacia arriba (Fig 1), separe las piernas hacia los lados (Fig 2), mantenga unos 10 segundos. Vuelva a la posición de inicio y luego junte las piernas (Fig 3).





Bibliografía: Kisner, C., y Colby, L. A. Ejercicio terapéutico: fundamentos y técnicas (5ta. ed.). Filadelfia: F. A. Davis Company. 2012.

ANEXO 16

ESCALA DE BRISTOL

La escala de Bristol⁶⁵ es una tabla visual diseñada para clasificar la forma de las heces en siete grupos. Fue desarrollada por Heaton y Lewis en la universidad de Bristol y publicada en el *Scandinavian Journal of Gastroenterology* al 1997. Los siete tipos son:

Tipo 1: Terrones duros separados, como tuercas (difíciles de evacuar).

Tipo 2: Parecido a una salchicha, pero aterronado.

Tipo 3: Como una salchicha, pero con grietas en su superficie.

Tipo 4: Como una salchicha o una serpiente, lisa y suave.

Tipo 5: Bolas blandas con los bordes definidos (fáciles de evacuar).

Tipo 6: Pedazos blandos con los bordes desiguales.

Tipo 7: Acuosa, ningún sólido une las piezas (enteramente líquidas).



Interpretación:

Los tipos 1 y dos representan heces duras, tránsito lento (constipación).

⁶⁵Martinez AP, Azevedo GR. Traducción, adaptación cultural y validación de la “Bristol Stool Form Scale”. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet. 2012. Disponible en: http://www.allsalud.com/2016/11/la-escala-de-heces-de-bristol_18.html.

Los tipos 3 y 4 heces blandas, tránsito regular.

Los tipos 5, 6 y 7 heces como puré o líquidas, tránsito muy rápido (diarrea).