



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

---

---

DÉFICIT DEL MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA  
ACTIVIDAD Y EL REPOSO A ADULTA MAYOR CON ENFERMEDAD  
DE HUNTINGTON

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA DE  
ENFERMERIA EN REHABILITACIÓN

P R E S E N T A

L.E.O EVELIN FABIOLA OCAÑA DÍAZ

CON LA ASESORIA DE:  
E.E.R. NOHEMÍ RAMÍREZ GUTIÉRREZ



CIUDAD UNIVERSITARIA, 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.

*Back under the stars*

*Back into your arms*

## **AGRADECIMIENTOS**

A DIOS POR PERMITIRME GOZAR DE ESTE MOMENTO AL LADO DE LAS PERSONAS MAS IMPORTANTES DE MI VIDA

A MIS PADRES, MARIA LUISA Y FRANCISCO; POR DARME LA VIDA, GUIARME Y DEJARME VOLAR TAN ALTO COMO YO LO DECIDA, A SU AMOR INCONDICIONAL MÁS ALLÁ DE MIS DEFECTOS Y VIRTUDES

A MIS HERMANOS, LIZBETH Y HORACIO; POR SER PARTE IMPORTANTE DE MI VIDA, PORQUE A PESAR DE NUESTRAS DIFERENCIAS, SIEMPRE NOS MANTENEMOS UNIDOS

A CAROLINA, GRACIAS POR EXISTIR, POR DARNOS UNA LECCIÓN DE VIDA DESDE EL MOMENTO QUE NACISTE, POR LLENARNOS DE LUZ

A MI ESPOSO, ARTURO; POR EL INICIO EN NUESTRA NUEVA VIDA JUNTOS, POR ENSEÑARME A AMAR INCONDIONALMENTE DIA A DIA, POR ACEPTARME Y CAMINAR A MI LADO, GRACIAS POR LAS LECCIONES DE VIDA, POR CREER EN MI INCLUSO CUANDO YO DUDABA, POR SER MI COMPAÑERO DE AVENTURAS, TANTO APOYO Y TANTA VIDA.

A LA PROFESORA NOHEMÍ, POR MOTIVARME DÍA A DÍA, POR SU ASESORIA Y SU GUÍA PARA LA CULMINACIÓN DEL PRESENTE TRABAJO.

A LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE HUNTINGTON POR QUE CADA DÍA ESPERAN UNA NUEVA OPORTUNIDAD DE VIDA.

# INDICE

I INTRODUCCIÓN	6
II OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	8
III FUNDAMENTACIÓN	9
3.1 ANTECEDENTES	10
ENFERMEDAD DE HUNTINGTON	11
CUADRO CLÍNICO	12
DIAGNÓSTICO	14
TRATAMIENTO	14
CUIDADOS PALIATIVOS	16
CUIDADOR PRIMARIO	17
REHABILITACIÓN	18
IV. MARCO CONCEPTUAL	19
4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA	19
4.1.1 ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA	19
4.1.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO	21
4.2 PARADIGMAS	23
4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA	25
4.3.1 CONCEPTO, OBJETIVO Y VENTAJAS	26
4.3.2 CLASIFICACIÓN DE TEORÍAS	27
4.4 MODELO CONCEPTUAL DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM	28
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO	28
TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	32
TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA	32
4.5 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	33
4.5.1 DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	34
V. METODOLOGÍA	39
5.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE CASO	39
5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN	39
5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS	44
ÉTICA EN ENFERMERÍA	44
CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES	48

CARTA DE LOS DERECHOS DE LAS Y LOS ENFERMEROS _____	48
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO _____	50
6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO _____	50
6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA _____	50
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA _____	51
7.1 VALORACIÓN (ANEXO 2) _____	51
7.1.1 VALORACION FOCALIZADA _____	56
7.1.2 ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE _____	58
7.1.3 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS _____	59
7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA _____	60
7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES _____	61
7.4 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS _____	62
7.5 EJECUCIÓN _____	91
7.5.1 REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES _____	91
7.6 EVALUACIÓN _____	96
7.6.2 EVALUACION DEL PROCESO _____	100
VIII. PLAN DE ALTA _____	101
IX. CONCLUSIONES _____	103
X. SUGERENCIAS _____	105
XI. BIBLIOGRAFÍA _____	106
XII. ÍNDICE DE ANEXOS _____	116

# I INTRODUCCIÓN

La enfermería ha evolucionado a lo largo de varias décadas de investigación y debido a la enorme demanda en los servicios de salud; cuidar es una actividad humana cuyo objetivo va más allá de tratar con la enfermedad, para la enfermería, es considerado como la esencia de la profesión disciplinar, donde se evalúa a la persona como receptor de los cuidados a través de las intervenciones de enfermería.

El proceso de enfermería es un sistema que permite utilizar los conocimientos teóricos adquiridos, dando un enfoque crítico y deliberativo para la resolución de problemas reales y potenciales de la persona, así como un enfoque preventivo, requiere de habilidades cognitivas y actualización continua de los conocimientos en el campo de la profesión.

La enfermedad de Huntington EH fue descrita por primera vez en 1872 por George Huntington, es una afección neurodegenerativa que se hereda de forma autosómica dominante de la que se tiene poco conocimiento; el tratamiento de la enfermedad es inespecífico ya que la evolución es muy variada y el diagnóstico suele realizarse en estadios avanzados de la enfermedad, la frecuencia de EH a nivel mundial es variable, en América del Sur existe concentraciones grandes encabezado por Venezuela, Perú, Brasil, Colombia y Chile<sup>1</sup>; actualmente en México el Instituto Nacional Neurología y Neurocirugía estima que existen 8 000 casos diagnosticados, sin embargo, se sabe que los registros son poco exactos debido a que el diagnóstico es difícil de obtener aunado a que la familia muchas veces opta por esconder al enfermo dificultando el acceso a la atención médica y un diagnóstico acertado; para la enfermería es importante conocer la evolución natural de la enfermedad para brindar cuidados específicos que ayuden al individuo a alcanzar su máxima independencia.

La rehabilitación es un proceso en el cual el individuo con discapacidad y su familia, se preparan para desempeñarse en diferentes ámbitos para obtener la mayor proporción posible de capacidad funcional. Se debe destacar la rehabilitación se encuentra conformada por un equipo multidisciplinario de salud para asegurar sea un proceso eficaz.

La enfermera con especialización en rehabilitación tiene como principales objetivos ayudar al paciente a alcanzar su máxima independencia de acuerdo a sus capacidades mejorando su calidad de vida, promover el autocuidado a través de

---

<sup>1</sup> Espinoza. S. N. Palacios. G. J. Morante. O. M. Cuidados paliativos en la enfermedad de Huntington: perspectivas desde la atención primaria de salud. Rev Neuropsiquiatr Perú [Internet] 2016 [Consultado 27 mayo 2017]; 79 (4): 230-238 Disponible en: file:///C:/Users/ArukasVGC/Downloads/2977-7388-1-PB.pdf

orientación y entrenamiento de situaciones que le permitan reinsertarse a su vida social y familiar, logrando una mejor adaptación a la discapacidad<sup>2</sup>.

Para la realización de este trabajo se seleccionó a una paciente de 67 años de edad, diagnosticada con Enfermedad de Huntington que acude a consulta externa de neurología en el Instituto Nacional de Rehabilitación, se le hizo a la paciente la invitación de trabajar con la estudiante de la Especialidad de Enfermería en Rehabilitación en el desarrollo de dicho caso, el paciente y su familia aceptaron y se establecieron las fechas de visitas domiciliarias, para la evaluación del paciente y su entorno.

Previo consentimiento informado, se realizó una valoración integral de enfermería a través de un interrogatorio retomando los conceptos de la Teoría general del déficit de Autocuidado de Dorothea Orem y la exploración física. Se complementó con herramientas de valoración como: Índice de Barthel que valora la realización de actividades de la vida diaria, Escala de Lawton que valora la realización actividades de la vida diaria instrumentales, Escala de Tinetti que evalúa la marcha, Escala de Daniels que determina la fuerza muscular, Examen mínimo del estado mental de Folstein que evalúa el estado de memoria, Escala de Zarit que evalúa el estado de sobrecarga del cuidador primario ya que son pacientes que requieren custodia, es indispensable concientizar a todos los miembro de la familia, sobre la evolución de la enfermedad a corto y largo plazo.

---

<sup>2</sup> Navarro. G. D. Ramírez. G. N. Hernández. C. S. Intervenciones de enfermería en rehabilitación a una persona con prótesis de cadera por tumor de células gigantes. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2016 May 05]; 8( 4 ): 35-41. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000400005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400005&lng=es)



## II OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

### Objetivo general:

- Desarrollar un estudio de caso a una mujer adulta mayor con déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, así como déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, basada en el enfoque teórico sobre el déficit del autocuidado de Dorothea Orem; con el propósito de brindar cuidados enfermeros de calidad, especializados en rehabilitación para la paciente con enfermedad de Huntington.

### Objetivo específico

- Aplicar un instrumento de valoración de enfermería que incluya historia clínica y exploración física que permita conocer los déficits y factores de riesgo de la paciente.
- Realizar un análisis para estructurar diagnósticos de acuerdo a los déficits de autocuidado.
- Planear intervenciones de enfermería especializadas en rehabilitación
- Ejecutar un plan de cuidados individualizado y especializado que ayude a la persona a la realización de sus actividades de la vida diaria de acuerdo a su estado de salud actual.
- Realizar una evaluación de las intervenciones realizadas, garantizando incremento en la calidad de la vida de la paciente

### III FUNDAMENTACIÓN

El estudio de caso es una herramienta útil para el profesional de enfermería ya que se realiza con la finalidad de proporcionar una atención individualizada e irreplicable desarrollando un pensamiento crítico y reflexivo para solucionar problemas de salud de acuerdo con los requisitos de autocuidado universal, basados en la teoría de Dorothea Orem; y con ello aumentar la calidad de los cuidados de enfermería que orientara al individuo para lograr la máxima independencia posible.

El motivo principal para la elaboración del estudio de caso es aplicarlo a un paciente con enfermedad de Huntington, de la cual se obtuvo poca información, las investigaciones sobre la enfermedad son enfocadas hacia el tratamiento de la sintomatología, sin embargo, no hay ningún tratamiento que inhiba el curso de la enfermedad ni muestre una mejoría significativa.

En México en 1985, Adolfo y Nieto estudiaron 28 pacientes con enfermedad de Huntington, durante el asesoramiento genético determinaron que era problemático, por la resistencia de los familiares a aceptar el riesgo de heredar la enfermedad<sup>3</sup>.

En Latinoamérica ya está disponible el examen genético que permite confirmar la enfermedad, ya sea en estado sintomático o pre sintomático, donde es posible encontrar la mutación del gen que codifica para la proteína <huntingtina>, así la secuencia CAG se repite más de 40 veces; el sujeto va a desarrollar la enfermedad en algún momento de su vida y sus hijos tienen 50% de riesgo de heredar la expansión CAG y desarrollar la enfermedad. Si el gen tiene de 27 a 35 repeticiones de CAG el sujeto portador no está en peligro de desarrollar la enfermedad, pero si es varón, puede heredarlo a sus hijos<sup>4</sup>

Actualmente las estadísticas son escasas, ya que los estudios genéticos solo se realizan para confirmar o descartar la enfermedad, una vez que el paciente ha sido evaluado por un neurólogo. Los familiares tienen la opción de realizarse este test predictivo, se requiere de la solicitud del médico tratante, se recomienda el apoyo y evaluación psicológica previa y posterior al examen, independientemente del resultado final para abordar mejor las consecuencias que implica el diagnóstico.

---

<sup>3</sup> Kofman-Alfaro. S y Armendares. S. La genética humana en México. Gaceta Médica de México [Internet] 1991 [citado 2017 febrero 28]; 127: 90. Disponible en: [http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864\\_2007/1991-127-1-85-104.pdf](http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1991-127-1-85-104.pdf)

<sup>4</sup> Pérez P Carolina, Miranda C Marcelo, Segura-Aguilar Juan. Diagnóstico genético disponible para la enfermedad de huntington en Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2009 Ago [citado 2017 febrero 16]; 137( 8 ): 1128-1129. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000800022&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000800022&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000800022>

### 3.1 ANTECEDENTES

Para la realización del presente estudio de caso, se realizó una búsqueda de Enfermería Basada en Evidencia, las aportaciones en las Intervenciones de Enfermería Especializada en Rehabilitación, con respecto a atención de pacientes con Enfermedad de Huntington que se encontraron fueron escasa, encontrando un documento publicado en 2004 titulado “Living with Huntington’s disease: Need for supportive care”, enfocado en como la enfermedad de Huntington destaca no solo por sus efectos neurodegenerativos si no por el impacto que es devastador para los individuos y sus familias, este trabajo se realizó con la finalidad de explorar las necesidades de atención tanto con cuidadores informales como trabajadores de la salud. Los hallazgos demuestran que tanto el paciente con enfermedad de Huntington y sus cuidadores necesitan apoyo psicológico. El suicidio ocurre 4 a 6 veces la tasa en la población general. No existe tratamiento disponible para revertir o detener la enfermedad.

Los cuidadores de personas con EH sufren enfermedades relacionadas con el estrés y se demostró que hubo mejor afrontamiento si contaban con el apoyo de la enfermera y el médico.

Los principales sentimientos que tuvieron los entrevistados eran fatiga, angustia, aislamiento y sensación de sobrecarga por sus responsabilidades. En miembros de las familias se experimentaron sentimientos de culpabilidad sobre obtener un resultado negativo a padecer la enfermedad y experimentaban el duelo de la pérdida de “la persona con la que se habían casado” y verlo convertirse en un compañero dependiente. Se dio énfasis a considerar pausas semanales o periódicas para el cuidador. De ahí la importancia de darle seguimiento a todos los cuidadores para evitar el síndrome del cuidador primario.

Tristemente se observó que muchos participantes reportaron vacilación al asistir a sesiones de información por temor a conocer la etapa de la enfermedad en que se encontraban ellos o su familiar el futuro fue visto sombrío con miedo a enfrentar lo incierto y sobre todo a verse reflejados los hijos en los padres con EH, ver a sus seres queridos sufrir y esperar el mismo destino. Los cuidadores se sentían vulnerables a continuar proporcionando el servicio. El tiempo promedio de cuidado fue de 11 años.

En el segundo artículo 2013 titulado “Huntington disease: a nursing perspective” y 2013 titulado “The role of nursing in the rehabilitation of people with movement disorders” coinciden en la importancia que aporta cada profesional del equipo multidisciplinario para permitir al individuo independencia y autonomía, pero se hace mención de que el profesional de enfermería especializado en rehabilitación es pieza fundamental para asegurar la continuidad del cuidado de la persona con EH y asegurar que el paciente sea capaz de lograr mayor autonomía dentro de su autocuidado.

## ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

La palabra corea proviene del griego “κορεία” que significa danza. La corea es un trastorno involuntario del movimiento, de tipo hipercinético, caracterizado por movimientos espontáneos, sin propósito, excesivos, abruptos, arrítmicos, no sostenidos, irregulares en tiempo, distribuidos de forma aleatoria, con cambios en la velocidad y dirección que migran de una parte del cuerpo a otra, dando la apariencia de danza<sup>5</sup>.

La enfermedad de Huntington o también llamada “mal de San Vito”, fue reconocida en 1872 por el médico norteamericano George Summer Huntington, quien realizó la primera descripción clínica completa de una familia de Long Island, Nueva York.

Es una enfermedad de herencia autosómica dominante ligada a mutaciones inestables del gen IT15 (Interesting Transcrip 15) localizado en el brazo corto del cromosoma 4 (4p16.3). las expansiones son traducidas en un segmento poliglutamina (poliQ) cerca del amino terminal en la proteína llamada hungtintina (htt)<sup>6</sup>. El gen contiene normalmente una secuencia de 3 nucleótidos citosina-adenina-guanina CAG que se repiten 11 a 35 veces en repetición de trinucleótidos codificando una poliglutamina.

Los individuos sanos poseen de 6 a 35 repeticiones CAG. Los individuos con EH poseen más de 36 repeticiones, lo que significa que en algún momento de su vida desarrollara EH.

El producto del RNA mensajero del gen en la EH es una proteína anómala por repeticiones de poliglutamina denominada <<Huntingtina>> la proteína mutante pierde su función antiapoptótica y genera residuos tóxicos, su prevalencia es de 5/100 000 con igual incidencia en ambos sexos<sup>7</sup>. La edad de comienzo suele ser entre la cuarta y quinta década de la vida. Repeticiones de más de 60 tripletes dan lugar al comienzo en la infancia representado el 10% de los casos<sup>8</sup>.

Los ganglios basales tienen que ver con las funciones de aprendizaje motor, de secuencia y movimiento, atención, memoria y aprendizaje. Las enfermedades de los ganglios basales se caracterizan por presencia de movimientos anormales, signos y síntoma psiquiátricos y alteraciones cognitivas.

---

<sup>5</sup> Rodríguez Pupo Jorge Michel, Díaz Rojas YunaViviana, Rojas Rodríguez Yesenia, Rodríguez Batista Yordanis, Núñez Arias Enriqueta. Actualización en enfermedad de Huntington. CCM [Internet]. 2013 [citado 2017 febrero 15]; 17( Suppl 1 ): 546-557. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812013000500003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000500003&lng=es)

<sup>6</sup> Vásquez.C. M. Morales. M. F. Fernández. M. H. Del Valle. C. G. Fronaguera. T. J. Diagnóstico molecular de la enfermedad de Huntington en Costa Rica. [Internet] AMC 2008 [Consultado 15 Febrero 2016]; 50 (1): 35-41. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v50n1/3703.pdf>

<sup>7</sup> Rosales Reynoso Mónica, Barrios Nuñez Patricio. Diagnóstico molecular de la enfermedad de Huntington. [Internet] 2008 [citado 2016 Noviembre 20]; Gac Méd Mex vol.144 No.3: 271-273. Disponible en: [http://www.anmm.org.mx/GMM/2008/n3/79\\_vol\\_144\\_n3.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2008/n3/79_vol_144_n3.pdf)

<sup>8</sup> Landles C, Bates G. Huntingtin and the molecular pathogenesis of Huntington disease. [Internet] 2004 [citado 2016 Noviembre 20]; 5:958-963 Disponible en: <http://embor.embopress.org/content/5/10/958>

Las lesiones principales se encuentran en la parte anterior del caudado y el putamen. Su atrofia suele ser tan grande que es visible macroscópicamente provocando dilatación del asta frontal de los ventrículos. También existe una atrofia cortical fronto-temporal anterior. Histológicamente se aprecia una pérdida neuronal de hasta un 40% en la sustancia negra.

Cada hijo de un padre con EH tiene una probabilidad del 50% de heredar la enfermedad, independientemente si sus hermanos lo hayan heredado. Si el hijo no hereda el gen de sus padres, entonces no padecerá EH ni lo transmitirá a su descendencia, por el contrario, si la persona ha heredado el gen, desarrollara la enfermedad tarde o temprano. El transmisor es el padre en 80% de los casos.<sup>9</sup>

En México se estima que existen alrededor de 8, 000 personas con enfermedad de Huntington diagnosticados<sup>10</sup>, sin embargo, las estadísticas exactas son difíciles de obtener, no solo porque en nuestro país no se cuenta con infraestructura para llevar a cabo censos en este tipo de padecimientos, sino porque la enfermedad es difícil de diagnosticar y muchas personas optan por esconder a sus familiares con EH negando su existencia a través de las generaciones.

## CUADRO CLÍNICO

La clínica es de presentación tardía cuarta y quinta década de la vida se caracteriza por la aparición de movimientos coreicos o distónico faciales y espasmódicos, amplios y bruscos de las extremidades a los que se añade demencia subcortical, acompañado de trastornos de memoria y síntomas psiquiátricos tales como problemas afectivos, cambios de la personalidad, agresividad, brotes psicóticos y deseos de suicidios. La degeneración neurológica progresiva llega a conducir a la demencia<sup>11</sup>. La variabilidad clínica es muy amplia y el cuadro clínico suele ser ya muy avanzado cuando se hace el diagnóstico.

Se caracteriza por una triada de sintomatología motora, cognitiva y psiquiátrica<sup>12</sup>.

Trastorno motores: al inicio los movimientos involuntarios son muy sutiles, a medida que avanza la enfermedad los movimientos se hacen prominentes, no son suprimibles. La corea afecta el equilibrio de la marcha. El lenguaje se torna disártrico por la hipercinesia, la hiperreflexia es común y en el 10% hay signo Babinski.

<sup>9</sup> Arroyave. P. Riveros. M. enfermedad de Huntington. Universitas Med 2006 [Consultado 2016 Noviembre 18]; 47 (2): 121-130.

Disponible en:

[http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/1052781/3djvrg7v5slmn3r.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1496257175&Signature=ntPQPv%2F7WpTAXZD3mFbzUbJnpuY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEnfermedad\\_de\\_Huntington.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/1052781/3djvrg7v5slmn3r.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1496257175&Signature=ntPQPv%2F7WpTAXZD3mFbzUbJnpuY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEnfermedad_de_Huntington.pdf)

<sup>10</sup> Enfermedad de Huntington. [Internet] [Consultado el 14 de Octubre de 2014] Disponible en

<http://www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos/huntington.html>

<sup>11</sup> Pérez. B. E y cols Corea de Huntington. Revista de Colegio Oficial de Enfermería de Lugo 2012; 19: 21-24 [Consultado el 12 noviembre 2014] Disponible en <http://www.enfermerialugo.org/enfermeiras/19a.pdf>

<sup>12</sup> Rodríguez Pupo et. Al. Op. Cit. 550

Trastornos cognitivos: inicialmente consiste en alteración de la memoria reciente y el juicio, hasta el desarrollo de demencia con dominio de bradifrenia, déficit de atención y de funciones ejecutivas con ausencia de alteraciones corticales como afasia, apraxia y agnosia.

Trastornos psiquiátricos: incluyen cambios de la personalidad, apatía, irritabilidad y agresividad, trastornos afectivos (depresión o manía) alucinaciones o paranoia. Descuido personal, es frecuente la tendencia al suicidio.

Los principales déficits neuropsicológicos se centran en una alteración de la atención y la capacidad de concentración, pensamiento enlentecido, incapacidad para operar con un conocimiento adquirido, disminución de la capacidad de aprendizaje visual y verbal, falta de planificación y orden secuencial<sup>13</sup>.

Se ha sugerido la existencia de tres grupos evolutivos distintos en función del deterioro neuropsicológico:

1. Signos de deterioro subcortical:  
Bradipsiquia, disartria, bradicinesia y alteración de la memoria. Estas alteraciones responden a afección de los ganglios basales.
2. Signos de deterioro subcortical más signos de disfunción frontal:  
Alteraciones del cálculo mental y escrito, adinamia verbal, agrafia, capacidad de inhibición.
3. Signos afaso-apraxo-agnósico y mayor afectación de las funciones motoras que reflejan una generalizada degeneración que afecta el córtex cerebral.

En fase avanzada de la enfermedad, los pacientes presentan movimientos coreicos o distónicos intensos de la cara, cuello, tronco y extremidades. El fenómeno de la impersistencia motora les incapacita para mantener la lengua de forma sostenida fuera de la boca. Un fenómeno curioso es la contracción sostenida de cuádriceps al explorar el reflejo rotuliano, con los que la pierna queda “colgada” hung-up tras la percusión del tendón. El deterioro mental se hace evidente con fallos de memoria, del juicio, la atención y las funciones visuoespaciales; la tasa de depresión y suicidios es alta. Con el paso de los años, los movimientos coreicos suelen disminuir de amplitud, empeoran las posturas distónicas y la demencia es profunda con mutismo e incontinencia.

El pronóstico fatal se estima en 15-20 años del diagnóstico de la enfermedad, la muerte se produce por complicaciones de encamamiento prolongado; cuando no se trata de casos de suicidio; los hematomas subdurales, debidos a posibles caídas e

---

<sup>13</sup>Rayo. G. P Neuropsicología clínica. [Internet] 2011; 4ta ed [Consultado el 13Noviembre de 2014] Disponible en <http://www.hdsa.org/images/content/1/2/12746.pdf>

impactos craneales no referidos por el paciente, son frecuentes y contribuyen a la mortalidad de los pacientes con EH.

Descripciones posteriores de la enfermedad señalan que hasta un 40% de los pacientes con Enfermedad de Huntington presentan depresión.<sup>14</sup>

Los impedimentos asociados a la Enfermedad de Huntington incluyen una tríada de trastornos motores, cognitivos y emocionales, las cuales afectan adversamente la capacidad de la persona para participar en actividades familiares, sociales y laborales. Esta serie de cambios se pueden asociar con dificultades para mantener empleo, la reducción del contacto social, trastornos de la comunicación y la cesación de actividades deportivas y recreativas<sup>15</sup>.

La presentación de los trastornos involuntarios del movimiento con frecuencia son el primer signo que indica la aparición de la enfermedad. puede haber progresión de los déficits cognitivos incluyendo el deterior de la memoria, planificación, resolución de problemas, organización, nuevo aprendizaje y atención. Inestabilidad postural leve, aumento de la bradicinesia de la marcha y reducción en la calidad de la escritura a mano debido a la corea, puede verse afectada la capacidad de encontrar palabras y la fluidez verbal.

## DIAGNÓSTICO

De sospecha través de la clínica confirmándose con el análisis molecular del DNA, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética de cráneo muestran dilatación de los cuernos frontales de los ventrículos laterales, donde se puede observar atrofia del núcleo caudado y el putamen, así como surcos de la corteza cerebral predominantemente a nivel frontal<sup>16</sup>.

El diagnóstico diferencial se realiza con esquizofrenia, ataxia, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Pick, enfermedad de Cruetzfeldt-Jakob.

## TRATAMIENTO

No existe tratamiento específico que cure o impida la progresión para EH.

La medicación disponible se limita a contrarrestar la sintomatología, así como la cirugía con estimulación cerebral profunda puede disminuir el progreso de la enfermedad. la investigación que examina la fisiopatología espera encontrar agentes neuroprotectores que prevengan o retraen la aparición de la enfermedad.

---

<sup>14</sup> P. Naarding, H. P. Kremer, F. G. Zitman. Enfermedad de Huntington: una revisión de las publicaciones sobre la prevalencia y el tratamiento de los fenómenos neuropsiquiátricos. 2002 [citado 2017 febrero 10] ; 3: 147-154. Disponible en: <http://formaciones.elmedicointeractivo.com/emiold/publicaciones/europeanpsy2002/3/147-154.pdf>

<sup>15</sup> Iansek. R. Morris. M. Rehabilitation in movement disorders. 2013. Cambridge University Press. Pag 164

<sup>16</sup> Rosales Reynoso. Op. Cit. 272

Se utilizan bloqueadores de dopamina, el haloperidol y las fenotiazinas pueden ayudar a contrarrestar los movimientos coreicos y los trastornos psíquicos, el soporte psicológico, psiquiátrico, nutricional, así como la terapia familiar y social son esenciales para el tratamiento rehabilitatorio del paciente con EH.

En contraparte Cochrane demostró que no hay pruebas que apoyen el uso de farmacología disponible que modifique el proceso de la enfermedad<sup>17</sup>

Ya que no puede retrasarse o reducir la severidad, el pilar para el tratamiento de la enfermedad sigue siendo un enfoque rehabilitatorio y en las últimas etapas, el cuidado con un enfoque paliativo<sup>18</sup>.

Los objetivos de un programa de rehabilitación neurológica suelen ayudar al paciente a recuperar el máximo nivel posible de funcionalidad e independencia, así como mejorar la calidad de vida, tanto en el aspecto físico, como psicológico y social<sup>19</sup>. Se realiza con la participación de un equipo multidisciplinario con diferentes formaciones profesionales y contar con la colaboración de los individuos que sean parte de la familia o cuidadores del paciente<sup>20</sup>. Las posibles metas de rehabilitación incluyen:

- Realizar actividades de la vida diaria de forma independiente que mejoren la calidad de vida (comer, vestirse, desvestirse, bañarse, escribir a mano, cocinar).
- Terapia del lenguaje: ayuda a expresar sus ideas, dicción e interacción social.
- Mejorar el control y equilibrio de los músculos del tronco, pelvis y la cintura escapular, así como fortalecer la seguridad y eficacia de los movimientos, evitando la atrofia muscular, se mantendrán arcos de movilidad.
- Rehabilitación de la marcha con la finalidad de reducir el riesgo de lesión por caídas
- Participación de los grupos de apoyo dentro de la comunidad, participación en el trabajo, relaciones sociales y ocio, así como la educación para la salud con respecto a la enfermedad y su proceso.
- Actividades para mejorar los problemas cognoscitivos (concentración, atención, memoria y juicio).
- Prevención de complicaciones tales como la neumonía por aspiración.

---

<sup>17</sup> Mastre. T. Ferreira. J. Coehlo. M. et al. Therapeutic interventions for disease progression in Huntington's disease, 2009, Cochrane database Sys Rev; 3: Disponible en:

<sup>18</sup> Iansek. Op. Cit. p 166

<sup>19</sup> Rodríguez.P. J. Díaz. R. Y. Rojas. R. Y. Actualización en Enfermedad de Huntington. 2013. Cuba. CCM Vol. 17 Supl.1 Holguín Disponible en [http://scielo.slu.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000500003&script=sci\\_arttext](http://scielo.slu.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000500003&script=sci_arttext)

<sup>20</sup> Fidas. E. León- Sarmiento. Edgardo Bayona, Jaime Bayona. Neurorrehabilitación. La otra revolución del siglo XXI. Act Med Colomb [Internet] 2009 (citado 2017 febrero 11) Vol. 34 No.2 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v34n2/v34n2a7.pdf>



## CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos son definidos por la Organización Mundial de la Salud como “un enfoque de atención que mejora la calidad de vida de las personas enfermas y de sus familias, afrontando los problemas asociados con enfermedades mortales a través de la prevención y alivio del sufrimiento. Todo ello, mediante la rápida identificación y la correcta valoración y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”<sup>21</sup>

Los cuidados paliativos se pueden aplicar desde fases iniciales, paralelamente a otras terapias que intenten prolongar la vida, en la enfermedad de Huntington comienza apenas se considera el diagnóstico.

A pesar que en la actualidad no existe cura para al EH, existen muchas opciones terapéuticas disponibles para el manejo de los síntomas con el fin de mejorar la calidad de vida. Los cuidados paliativos se plantean como la indicación ideal de manejo de la enfermedad crónica, durante las diferentes fases y el desenlace es poco predecible.

Los cuidados paliativos son cuidados con atención integral, activa y continuada del paciente y sus familiares, cuando la meta no es la curación, sino proporcionar calidad de vida sin el objetivo de alargar la supervivencia. El comportamiento en la EH es un proceso dinámico, ya que los síntomas cambian de una persona a otra, si bien existen patrones generales, las intervenciones deben adaptarse a la persona.<sup>22</sup>

Desde un primer momento debemos respetar los deseos, creencias, expectativas: así mismo, debemos absolver dudas y orientarlo en el proceso de la enfermedad, tanto al paciente como la familia, permitiendo al paciente tener la certeza que sus deseos son escuchados y serán respetados.

---

<sup>21</sup> Espinoza. S. N. Palacios. G. J. Morante. O. M. Cuidados paliativos en la enfermedad de Huntington: perspectivas desde la atención primaria de salud. Rev Neuropsiquiatr Perú [Internet] 2016 [Consultado 27 mayo 2017]; 79 (4): 230-238 Disponible en: <file:///C:/Users/ArukasVGC/Downloads/2977-7388-1-PB.pdf>

<sup>22</sup> Espinoza et. al Op. Cit. P 233

## CUIDADOR PRIMARIO

Las reacciones de los miembros de la familia suelen ser diferentes según el rol que desempeñen dentro de ella con el miembro afectado, A medida que la enfermedad avanza, el rol familiar del enfermo va cambiando, el cuidador primario con frecuencia puede sentirse exhausto, aislado y desbordado por sus responsabilidades; es posible que se entre en conflicto con la persona enferma u otros miembros de la familia<sup>23</sup>.

El cuidador afronta el reto de encontrar equilibrio entre su autonomía y sus necesidades personales, en contra parte los sentimientos de responsabilidad hacia los miembros de la familia, percepciones sociales y dependencia de apoyo. Existe una constante presión de que todo depende de ellos y no puede salir, enfermar o relajarse. Los sentimientos de culpa del hermano no portador y los de injusticia del portador, pueden provocar la ruptura de los vínculos entre los hermanos.

El cuidador es una ocupación a tiempo completo que requiere dedicación y compromiso, ciertamente no es un papel fácil de asumir. El cuidador de un individuo con EH puede resultar muy problemático debido a las complicaciones que surgen de acuerdo al desarrollo de la enfermedad. No es recomendable que los hijos en riesgo de padecer sean los cuidadores primarios debido a la gran vulnerabilidad emocional. Los niños de la familia pueden tener problemas con la comprensión de la enfermedad, la reorganización familiar y con la situación emocional del cuidador.

Muchos cuidadores de personas con EH reportan angustia, ansiedad, depresión y pérdida de independencia asociada al papel de cuidador, relacionado a la alta carga emocional asociada al cuidado del familiar enfermo y los sentimientos de culpa que pueden experimentarse por no tener la enfermedad, desconocer si la ha heredado o la preocupación constante de que lo haya heredado a sus hijos<sup>24</sup>.

El cuidador primario se convierte en el eje central de la familia y es la persona más vulnerable, puede elegir libremente asumir el rol –Cuidador Egosintónico- o encontrarse obligado – Cuidador Egodistónico- así mismo puede solicitar o no ayuda. Su bienestar depende en gran parte de los síntomas del enfermo, el apoyo social del que disponga y la percepción que tiene sobre el balance entre la carga que le supone y el beneficio que obtiene<sup>25</sup>.

---

<sup>23</sup> Fernández M., Grau C., Trigo P.. Impacto de la enfermedad de Huntington en la familia. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2012 Ago [citado 2014 Nov 12]; 35( 2 ): 295-307. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272012000200011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000200011&lng=es)

<sup>24</sup> Iansek. Op. Cit. p 168

<sup>25</sup> Barquero. M. S. Gómez. E Trastornos cognitivos en pacientes con enfermedad de Huntington. Rev. Neurol 2001; 32: 1067-1071

El cuidador primario necesita reconocer sus fortalezas y aprender competencias, un grupo de apoyo puede proporcionar un buen recurso emocional y sugerencias prácticas. Es aconsejable contar con apoyo psicológico para el paciente y su familia, la educación individualizada puede ser requerida.

## REHABILITACIÓN

Según Bruner, “la rehabilitación es un método por el cual el individuo enfermo o discapacitado se prepara para obtener el máximo posible de eficacia física, mental y social. Es llamada la tercera fase de la medicina después de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad”.

Morrisey define la rehabilitación moderna como “un proceso de adaptación positiva a la discapacidad, por medio de la orientación al paciente para integrar todos sus recursos y concentrarse más en sus capacidades residuales que en las incapacidades permanentes con que debe vivir, la adaptación requiere de un proceso interior y una reorientación de valores, actitudes y aptitudes”<sup>26</sup>

La rehabilitación incluye terapia del lenguaje, terapia ocupacional y fisioterapia. El tiempo de recuperación difiere de una persona a otra. Las personas deben permanecer activas dentro de sus limitaciones físicas. Se debe tener en cuenta la seguridad del individuo ya que se ve afectada la propiocepción sobre su cuerpo y el entorno. Los pacientes neurológicos requieren de un tratamiento rehabilitatorio a largo plazo que pueda minimizar los déficits o pérdidas, la rehabilitación requiere de un equipo multidisciplinario de salud con la finalidad de planificar y desarrollar objetos realistas para el paciente. Existe evidencia de que el inicio precoz de la rehabilitación en pacientes de cualquier edad, está asociado a mejores resultados, tanto cognitivos como funcionales. El reto para los equipos de rehabilitación es que todos los miembros sean conocedores en este caso de EH. Actualmente no existen estudios suficientes para comparar la eficacia de diferentes modelos de rehabilitación, para este grupo específico de pacientes<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> Morrisey citado por ALzate-Posada.M.L, López.L, Velásquez. V. Una mirada de la rehabilitación desde la perspectiva de la profesión de enfermería. Rev Enferm 2010; XXVIII (1): 152-165. [Consultado 13 Diciembre 2014] Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114e.pdf>

<sup>27</sup> Zinzi. P. Salmaso. D. Frontali. M Patient’s and caregiver’s perspectives: assessing intensive rehabilitation programme and outcomes in Huntington’s disease. 2009; J public Health; 17: 331 Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10389-009-0252-y>

## IV. MARCO CONCEPTUAL

### 4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Una disciplina es un área de investigación y práctica delimitada por una perspectiva única para examinar los fenómenos. Desde hace mucho tiempo, las enfermeras han intentado precisar el objeto de estudio. Autoras como Fawcett examinó distintas enfermeras teorizadoras han visualizado las diferentes formas de ver y comprender al mundo a través de los conceptos de la disciplina enfermera: cuidado, persona, salud y entorno<sup>28</sup>.

#### 4.1.1 ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA

Se habla de enfermería como una disciplina y un arte, esto basado en que se ha investigado sobre que labores en particular que son desempeñadas por la enfermera, se ha sustentado ya su conocimiento basado en teorías de otras disciplinas afines a ella, se han enriquecido para crear así modelos propios que guíen la práctica enfermera bajo principios éticos y creando nuevos conocimientos acerca del cuidado, conformando así su identidad profesional. Cuenta ya con un objeto de estudio, el cuidado y un sujeto de estudio, el ser humano sano o enfermo en las diversas etapas de la vida. Se habla de arte por que ejercer la enfermería no es un acto sencillo, implica la identificarse con la profesión enfermera y desempeñar con un soplo del espíritu todas nuestras labores.

Sí bien comenzó como un oficio, considerado una actividad necesaria para la continuidad de los grupos, con ello mejorar las condiciones de vida y el cuidado de los enfermos y asegurar la reproducción humana, simplemente tenía una esencia empírica y artesanal transmitida de generación en generación que con intuición y experiencia, lograba, en muchos casos, resolver los problemas que se presentaban<sup>29</sup>; se profesionaliza a partir de una creencia ideológica, cuenta ya con un marco filosófico, teórico y metodológico donde se sustenta la transición de oficio a profesionalización y donde se validan todas las labores que son desempeñadas, garantizando profesionistas con juicio crítico y más humanista,

La enfermería como profesión, se ubica como una actividad específica que posee un campo de práctica orientada hacia el beneficio de las personas a través del cuidado, se rige por un código ético, una legislación, una formación sistematizada y validada institucionalmente, su ejercicio es remunerado y posee reconocimiento social<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> Balan, G. C y Franco. O. M. Teorías y modelos de enfermería, Bases teóricas para el cuidado especializado. Antología. Universidad Nacional Autónoma de México. 2009. 2da Edición. Pág 63

<sup>29</sup> Daza de Caballero Rosita. Cuidado y práctica de enfermería: Línea de Investigación. Index Enferm [Internet]. 2005 Nov [citado 2014 Nov 14] ; 14( 50 ): 57-60. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000200012&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200012&Ing=es)

<sup>30</sup> Durán. V. M Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan[Revista en línea] 2013 [Consultado el 15 Noviembre 2014]; 13(2) Disponible en: <http://aquichan.unisaba.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>

La Enfermería es una profesión disciplinar del cuidado brindado hacia las personas, que ha ido evolucionando a lo largo de los años, muchas enfermeras metateóricas han desarrollado el campo de conocimiento para guiar la práctica de enfermería y direccionar el ejercicio profesional aportando avances al conocimiento que se refiere al cuidado; sin embargo, a pesar de los múltiples modelos que han realizado en diferentes contextos y aún con variación de roles que cumple la enfermera, de acuerdo a cada modelo, todas estas personas han reflexionado acerca de 4 conceptos fundamentales **cuidado, persona, salud y entorno**; que se han denominado paradigmas, para proporcionar una perspectiva universal, el filósofo Thomas Kuhn postuló al paradigma como “Conjunto de prácticas que define una disciplina científica, esta adopta un paradigma específico para explicar la forma en que las cosas funcionan, este dura un período específico de tiempo, denominando a este período como ciencia normal. Sin embargo, en algún momento ya no puede explicar un fenómeno nuevo, de esta manera ocurre una revolución y existe una búsqueda de un paradigma nuevo; de manera eventual se adopta otro, hasta llegar a requerir el siguiente cambio de paradigmas”<sup>31</sup>. Con ellos se determina el objeto de estudio y el campo de acción.

El metaparadigma es “la perspectiva global de cualquier disciplina que actúa como una estructura que encapsula y al interior de la cual se desarrollan los marcos de referencia conceptuales”<sup>32</sup>. De esto se derivan los diferentes modelos basados en los mismos conceptos. Esto es un cambio de hábito que en la mayor de las partes genera confusión e incertidumbre, sin embargo, la base de la enfermería está en evolución y reconstrucción permanente ampliando el mismo paradigma .

Cabe destacar que, en la actualidad, cuando se refiere al metaparadigma, hace referencia a los conceptos básicos de la profesión para describir la relación entre los fenómenos de interés para la disciplina, generando el conocimiento.

La persona se refiere a los receptores del cuidado de enfermería, la salud al estado de bienestar de la persona, el entorno relaciona al sujeto, el medio físico donde se desarrolla y el cuidado a las intervenciones realizadas por la enfermera, ya sea como suplente de la persona o como apoyo hacia el individuo, valorando los resultados de estas acciones.

En la enfermería se debe innovar con el desarrollo de las nuevas tecnologías para evolucionar en el campo de conocimiento y habilidades, solidificando la estructura que ya está hecha.

La historia de la enfermería profesional comienza con Florence Nightingale, fundadora de la enfermería moderna quién desafió las reglas sociales de su época, al ser una mujer culta y preparada, proveniente de una familia aristocrática pero con

---

<sup>31</sup> Cutcliffe. J. Mc Kennay, H. Ayrkas, K. Modelos de Enfermería. Aplicación a la práctica. México: El manual moderno S.A de C.V; 2011, pág 17

<sup>32</sup> Fawcett. J citado por Garzón. A. N. Ética profesional y teorías de enfermería. Aquichan [Revista en línea] 2005; 5 (1) [Consultado el 19 Noviembre 2014] Disponible en <http://aquichan.unisaba.edu.co/index.php/aquichan/article/view/60/125>

la idea de darle un sentido útil a su vida, llegó a la conclusión que debía ser enfermera, terminando su formación en Alemania le propusieron trasladarse a Turquía, donde se dedicó al cuidado de los heridos de la guerra de Crimea, aliviando el sufrimiento de los desamparados, donde junto con un grupo de mujeres conformaron el primer grupo de enfermeras, transformando el entorno que favorecían la enfermedad y regulando las normas de higiene para disminuir en gran porcentaje el índice de mortalidad, dignificando el trabajo para las mujeres a pesar de la hostilidad de los médicos varones. Posteriormente desarrollo una escuela de formación para enfermeras en el hospital St Thomas en Inglaterra en 1860. Combinó sus recursos individuales con los sociales y profesionales para provocar un cambio en la salud de los individuos<sup>33</sup>. Su trabajo describió minuciosamente los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, reposo, buena alimentación, higiene y ruido, promoviendo un entorno saludable dentro y fuera de los hospitales como su visión acerca del cuidado.

#### 4.1.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

“Cuidar es ante todo, un acto de vida, en el sentido que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a conservar la vida y permitir que está continúe y se reproduzca”<sup>34</sup>; el cuidado se ha reflejado primero a base de conocimiento empírico y cotidiano, esto basado en el instinto que se creía poseían las mujeres, esta creencia estaba ligada a la maternidad, sobre el cuidado que se le profesaba al recién nacido, la protección y la higiene, este conocimiento se transmitía de generación en generación, todas las madres aconsejaban a sus hijas sobre cómo llevar a cabo el cuidado. Siendo siempre menospreciado el trabajo ofrecido de acuerdo al género, si podemos compararlo, el hombre a su vez, también ofrece el cuidado, con la diferencia, que este es basado en la protección del territorio y la figura masculina vista como el proveedor de la familia, sin embargo, tenían la exclusividad del cuidado sobre las heridas corporales y las que incluían la fuerza física.

El cuidado realizado por las mujeres era visto como un hecho cotidiano, parte de su naturaleza ligada a la división sexual del trabajo, donde las mujeres atendían los partos, los niños pequeños, los enfermos, los ancianos, inclusive aún después de la muerte con prácticas tales como el amortajamiento; por otra parte y a través de la observación descubrieron que las plantas tenían propiedades curativas y desarrollaron diversos brebajes, ungüentos, tópicos, inhalados etc, con el fin de

---

<sup>33</sup> Marriner, T. A y Raile, A. M. Modelos y teoría en enfermería. 5ta ed. Madrid: Mosby; 2002, Pág 68

<sup>34</sup> Colliere. M. Promover la vida. 2da ed. Francia: Mc Graw Hill; 2009, pág 9.

proporcionar bienestar, desarrollaron con la experiencia el uso de hierbas medicinales y más tarde la aparición de masajes para aliviar los dolores.

Siendo que las condiciones de vida eran precarias, comenzaron a asociarse las fuerzas malignas con la enfermedad, los sacerdotes eran entonces los mediadores que intercedían rechazando el mal espiritual, así fue como nació la clínica médica para mediar las enfermedades exclusivas del cuerpo humano y la delgada línea entre el más allá.

Colliere establece una diferencia del cuidado. Menciona el Care como los cuidados habituales y permanentes cuya función es preservar la vida, se dirige hacia el entorno que nos rodea, y habla de Cure, como aquellos cuidados brindados hacia la limitación de la enfermedad existente, relacionado con la necesidad de curar.<sup>35</sup>

El cuidado como lo conocemos ahora está enfocado hacia el déficit o incapacidad de las personas para realizar actividades que promuevan su salud.

Los cuidados enfermeros van dirigidos a toda la población no solo a la gente enferma, pues promoviendo estilos de vida saludables, sería posible mantener el equilibrio, es importante destacar que la salud está definida como “Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de enfermedad”<sup>36</sup>

El cuidado es el objeto de su estudio en la enfermería, es el que hacen de las enfermeras, entonces un arte que requiere formación formal de Enfermería, para que los recursos humanos sean competentes y cumplan eficazmente con los cuidados profesionales que se van a brindar.

Cuidar significa comportamientos y acciones que envuelven conocimientos, valores, habilidades y actitudes, emprendidas en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir<sup>37</sup>

La enfermería basa sus conocimientos teóricos y prácticos sobre el cuidado con el fin de caracterizar el objeto de su estudio, actualmente se habla del cuidado holístico bajo la necesidad de promover el humanismo, abarcando la totalidad de las necesidades de la persona, elevando así la calidad de vida de los individuos.

---

<sup>35</sup> *Ibíd.* Pág 78

<sup>36</sup> García Hernández María de Lourdes, Arana Gómez Beatriz, Cárdenas Becerril Lucila, Monroy Rojas Araceli. Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermeros en México - la reconstrucción del camino. Esc. Anna Nery [Internet]. 2009 Junio [citado 2016 Mar 24]; 13( 2 ): 287-296. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000200008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200008>

<sup>37</sup> García. Op. Cit. P 288

## 4.2 PARADIGMAS

La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, donde se aplican conceptos metaparadigmáticos como persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y crea avance de la ciencia de la enfermería dentro la visión contemplada por ese paradigma. Se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez han fundamentado en las diferentes corrientes el pensamiento que han guiado la práctica enfermera<sup>38</sup>.

### Las corrientes filosóficas

- La corriente de categorización a orientado a la profesión de enfermería centrada hacia la salud pública por la necesidad de llevar un control sanitario para evitar la propagación de agentes causales de enfermedades infecciosas, como sabemos antes no había un control de estas, ni medidas específicas para combatirlas, inicia con Florence Nightingale en 1850, quién hizo hincapié sobre la importancia en la observación de los fenómenos, así como llevar un registro estadístico sobre índice de sanidad y mortalidad, ella pensaba que el entorno que rodeaba al paciente también era importante para que pudiera recuperarse o mantener la salud mediante el equilibrio. Y orientado hacia la enfermedad refleja la necesidad de evitar la extensión de infecciones, hace referencia a que la enfermera lleva a cabo una valoración sobre el estado real en el que se encuentra el paciente, planea, evalúa en función de las necesidades a satisfacer y realiza intervenciones encaminadas a cumplir los objetivos para la mejora del individuo. La persona es la suma de todas sus partes, que se estudian por separado para detectar en qué condiciones se encuentra y como lograr su bienestar, la salud es un equilibrio altamente deseable<sup>39</sup>.

Los procesos de cambio se ven como indeseables, los fenómenos no guardan relación entre sí, la persona contempla el aspecto biopsicológico, el entorno es hostil hacia la persona y la salud es la ausencia de enfermedad.

### El papel de la enfermera es hacer por la persona

- Persona: posee la capacidad de cambiar su situación
- Entorno: comprende los elementos externos de la persona que son válidos para la recuperación de la salud como la prevención de la enfermedad.
- Salud: voluntad de utilizar adecuadamente la capacidad que tenemos
- Cuidado: intervención de la enfermera mediante reglas aprendidas, se proporcionará el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud<sup>40</sup>

<sup>38</sup> Tazon A. M, García C. J. Asequinolaza C. L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000:48-50

<sup>39</sup> Kerovac. S. Pepin, J. Ducharme, F. Duyuette, F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996, pág 7

<sup>40</sup> Tazon. Op. Cit. P. 48



Se encuentra representado por Florence Nightingale y la influencia del entorno con la naturaleza que se ejerce para lograr la recuperación.

- La corriente de la integración se ha orientado a la enfermera hacia la persona, prolonga aquellos elementos del paradigma de categorización, inicia en 1952 con Hildegard Peplau, evoluciona ante la necesidad de diferenciar la disciplina enfermera de la disciplina médica, la enfermera modifica su lenguaje y su actitud, es incorporado el proceso de atención en enfermería, transformando las actividades de la enfermera centrando el interés en el ser humano. En la década de los 60 se enfatiza el desarrollo de una base de conocimientos de la ciencia enfermera, comienza la organización de los cuidados según las competencias y habilidades de los miembros del equipo incorporándose así la categoría de auxiliares.

El papel de la enfermera es hacer por y con la persona

- Persona: un todo formado por la suma de las partes interrelacionadas entre sí, suma de aspectos biopsicosociales y espirituales.
- Entorno: constituidos por diversos contextos en los que vive la persona, supone la interacción constante de estímulos positivos y negativos y la reacción de adaptación a ellos. La enfermedad es la pérdida de equilibrio o desadaptación.
- Salud: ideal que se debe conseguir, es la adaptación positiva a los procesos de cambio.
- Cuidado: se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones, se incluye la recuperación, prevención y mantenimiento de la salud.

Dentro de esta corriente se distinguen tres escuelas:

- a) La de las necesidades, sus máximos exponentes; Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah
  - b) La de interacción, sus principales exponentes; Hildegarde Peplau e Imogene King
  - c) La de objetivos, representada por; Dorothy Jonhson, Sor Callista Roy y Betty Neuman
- La corriente de la transformación inicia en 1970 con el trabajo de Martha Rogers, es la base de la apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo, representa un cambio sin precedentes<sup>41</sup>.

---

<sup>41</sup> Sanabria Triana L, Otero Ceballos M, Urbina Laza O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cubana Educ Med Super [internet]. 2002;16(4) [consultado 11 Oct 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1uLL1bT>

Esta apertura social influye decisivamente en la disciplina enfermera.

- Persona: es un todo indivisible, es considerado desde el punto de vista holístico.
- Entorno: está compuesto por el conjunto del universo y del que la persona forma parte.
- Salud: la salud es un equilibrio inestable que promueve el desarrollo y la actualización mientras que la enfermedad es solo una experiencia que forma parte de la salud
- Cuidado: es una intervención de enfermería que se dirige a conseguir el bienestar de la persona desarrollando su potencial propio.

El papel de la enfermera es acompañar a la persona

Como describe Kerovac los cuidados de la persona son el núcleo de la profesión de enfermería “el centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que en interacción con el entorno vive experiencia de salud”<sup>42</sup>

Para King: “Las enfermeras proporcionan un servicio especial que satisface una necesidad esencial, enseñan, guían y orientan a personas o grupos a conservarse sanos y les proporcionan cuidados cuando están enfermos”<sup>43</sup>

#### 4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

“Una teoría de enfermería es la conceptualización de algunos aspectos de la enfermería, expresados con el propósito de describir, explicar, predecir o prescribir un cuidado enfermero”<sup>44</sup> este proceso permite que a la enfermera planificar una estrategia del cuidado, llevarla a cabo ya con una meta establecida para mejorar el bienestar de la persona. No se debe olvidar que las teorías no son verdades absolutas ni estáticas, van adoptándose las más convenientes de acuerdo al contexto donde se emplean.

Las enfermeras iniciaron la búsqueda de la esencia de la enfermería, empezaron a plantearse la meta de desarrollo con un conocimiento enfermero en el cual pudiera basar su práctica y convertirse en una profesión reconocida.

La historia de la enfermería profesional comienza con Florence Nightingale, fundadora de la enfermería moderna quién desafió las reglas sociales de su época, al ser una mujer culta y preparada, proveniente de una familia aristocrática pero con la idea de darle un sentido útil a su vida, llegó a la conclusión que debía ser enfermera, terminando su formación en Alemania le propusieron trasladarse a Turquía, donde se dedicó al cuidado de los heridos de la guerra de Crimea, aliviando

---

<sup>42</sup> Kerovac. Op. Cit. P.25

<sup>43</sup> Benavent G. M, Ferrer F. E, Del Rey C.F. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001:157.

<sup>44</sup> Meleis, (1997) citado por Dúran. V. M. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan [Revista en línea] 2013 [Consultado el 15 Noviembre 2014]; 13(2) Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>

el sufrimiento de los desamparados, donde junto con un grupo de mujeres conformaron el primer grupo de enfermeras formadas, transformando el entorno que favorecían la enfermedad y regulando las normas de higiene para disminuir en gran porcentaje el índice de mortalidad, dignificando el trabajo para las mujeres a pesar de la hostilidad de los médicos varones. Posteriormente desarrollo una escuela de formación para enfermeras en el hospital Saint Thomas en Inglaterra en 1860. Combinó sus recursos individuales con los sociales y profesionales para provocar un cambio en la salud de los individuos. Su trabajo describió minuciosamente los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, reposo, buena alimentación, higiene y ruido, promoviendo un entorno saludable dentro y fuera de los hospitales como su visión acerca del cuidado, así se pondría al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre él, sirvió como guía para establecer escuelas de enfermería con su firme convicción de que el conocimiento entre la enfermería y la medicina era distinto<sup>45</sup>.

La era de investigación se concibió ya que las enfermeras afirmaron que era el único camino hacia el nuevo conocimiento, esta era fue seguida por la de educación superior donde ya se incluía una formación especializada y se adoptaron los modelos conceptuales y en la era de la teoría resulto obvio que la investigación sin teoría resultaba insuficiente y juntas crearon la ciencia enfermera.

#### 4.3.1 CONCEPTO, OBJETIVO Y VENTAJAS

Los modelos conceptuales son definidos como el conjunto de conceptos abstractos y generales, así como las preposiciones que se integran para dar un significado a un fenómeno, proporcionando diferentes perspectivas de los conceptos del meta paradigma en enfermería.

Ventajas de las teorías:

1. Genera conocimientos que guían el ejercicio profesional a través de una estructura del pensamiento.
2. Favorece la autonomía profesional
3. Definen el límite de la práctica profesional ya que permite la plena identificación del rol que adopta la enfermera
4. Proporciona el cuerpo de conocimientos propios de la profesión
5. Crea un lenguaje propio de la enfermería para facilitar la comunicación.

La teoría debe ir de la mano de la práctica, proporciona un fundamento racional para recoger datos fiables y válidos sobre el estado real de salud del paciente, esencial para la toma decisiones, orientando una óptima ejecución y finalmente obtener resultados previstos.

---

<sup>45</sup> Marriner. Op. Cit. p. 73

#### 4.3.2 CLASIFICACIÓN DE TEORÍAS

Según el enfoque de Martha Raile Alligood y Ann Marriner Tomey

Metaparadigma como el nivel de conocimiento más abstracto, en él se describen los conceptos que referencian la finalidad de la disciplina.

- Filosofía es el siguiente nivel de conocimientos, son amplias y abstractas, difíciles de demostrar, se especifican las definiciones de los conceptos del meta paradigma en todos los modelos conceptuales de enfermería, en este se propone el significado de los fenómenos de los que se ocupa la enfermería mediante análisis, razonamiento y argumentación lógica.  
Sus exponentes son Nightingale, Henderson y Abdellah.
- Grandes teorías ofrecen una visión global de las pioneras de la enfermería, refleja una perspectiva individual, plasmada según la experiencia individual del autor, los orienta sobre como observar e interpretar los fenómenos, sin embargo, no sugieren verdades demostrables. La mayoría de los modelos conceptuales de enfermería se derivan las grandes teorías, éstas a su vez proponen algo que es verdad o es demostrable, algunos han sido extraídas de sus propios modelos; la diferencia radica en que las grandes teorías difieren en los modelos ya que ofrecen proposiciones a los miembros de la profesión en un determinado campo científico.  
Sus exponentes incluyen a Roy y King.
- Teoría de nivel medio son el nivel menos abstracto del conocimiento, centrándose en un tema más concreto, con datos más específicos. Implica el ámbito donde se llevan a cabo las intervenciones de enfermería.  
Se incluyen los trabajos de Peplau, Parse y Newman.

#### 4.4 MODELO CONCEPTUAL DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres sub teorías relacionadas:

- Teoría del autocuidado
- Teoría del déficit de autocuidado
- 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<sup>46</sup>.

La teoría del autocuidado muestra aquello que las personas necesitan saber; que requieren y deben hacer por ellos mismos para regular su propio funcionamiento y desarrollo, prevé las bases para la recolección de datos.

La teoría del déficit de autocuidado postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente<sup>47</sup>.

La teoría de los sistemas de enfermería proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico del déficit de autocuidado.

#### TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

Orem contempla el concepto “auto” como la totalidad de un individuo incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales; y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que el propio individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse. la teoría posee el supuesto principal que el autocuidado “no es innato”; es una conducta aprendida, la cual se vive durante el crecimiento y desarrollo del ser humano, a través de las relaciones interpersonales y del entorno.

El autocuidado es la práctica encaminada de los individuos hacia el beneficio propio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente, las siguientes actividades:

---

<sup>46</sup> Prado Solar Liana Alicia, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noelvis, Romero Borges Karelía. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2016 Mar 24]; 36( 6 ): 835-845. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es)

<sup>47</sup> Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Fundamentación teórica: Modelo de Orem. [Consultado el 16 Noviembre 2014] Disponible en

[www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion\\_teorica.pdf](http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion_teorica.pdf)

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones
4. Prevención de la incapacidad o su compensación
5. Promoción del bienestar

Persona: Unidad sustancial cuyas partes están formada para la perfección y tiende a diferenciarse de otros durante todo su proceso de desarrollo.

Salud: estado de integridad y bienestar de la persona durante su crecimiento y desarrollo.

Entorno: implica las condiciones ambientales (psicológicas y físicas) que motivan a la persona a reorientar su conducta hacia las prácticas de salud.

Enfermería: servicio humano de cuidado, cuya acción se traduce en beneficios para la persona.

Realizado por Evelin Fabiola Ocaña Díaz 2015

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Son un componente principal del modelo y constituye una parte fundamental en la valoración del individuo. El término requisito se utiliza para indicar una actividad que el individuo deber realizar para cuidar de sí mismo<sup>48</sup>.

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

Orem describió ocho actividades esenciales para el logro del autocuidado que son los requisitos de autocuidado universal, estas representan las acciones humanas que se producen a partir de las condiciones internas y externas del individuo, que mantienen la estructura y el funcionamiento humano, que a su vez promueven el desarrollo y la maduración humana, fomentando positivamente la salud y el bienestar.

<sup>48</sup> Prado Solar. Op. Cit. 837

1. Mantenimiento de un aporte suficiente aire
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.
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.

Los requisitos de autocuidado universal abarcan elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales durante la vida. Cada uno es parte importante para el óptimo funcionamiento, no deben ser considerados aisladamente, ya que interactúan entre sí.

#### REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD

Son los que se aplican a personas enfermas, sufre alguna lesión o presenta incapacidad, que tiene enfermedades específicas y se encuentran bajo diagnóstico y tratamiento médico. La premisa es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes cual él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades del cuidado de la salud e implica la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida del individuo que fomenten la independencia<sup>49</sup>.

1. Buscar y asegurar la asistencia médica apropiada
2. Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo
3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación medicamente prescrita
4. Ser consciente de los efectos negativos de las medidas terapéuticas prescritas.
5. Modificación del auto concepto
6. Aprender a vivir con las modificaciones de condición de vida y estados patológicos, en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal.

---

<sup>49</sup> ENEO. Fundamentación teórica: Modelo de Orem. Op. Cit

## ETAPAS ESPECÍFICAS DEL DESARROLLO

Se relacionan con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo. Orem argumenta que en cada etapa se ha de considerar los requisitos de cuidado universal, sin embargo, puede encontrarse demandas específicas de salud a causa de un nivel prevalente de desarrollo del individuo.

1. Vida uterina y nacimiento
2. Vida neonatal
3. Lactancia
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescente y adulto joven
5. Etapas de desarrollo de la edad adulta
6. Embarazo, en la adolescencia o la edad adulta

Estos apoyan los procesos vitales, promueven el desarrollo y la maduración; previene efectos negativos.

## CONDICIONES QUE AFECTAN EL DESARROLLO HUMANO

Mitigan o superan los efectos negativos reales o potenciales.

1. Privación educacional
2. Problemas de adaptación social
3. Pérdida de familiares o amigos
4. Pérdida de posesiones o trabajo
5. Cambio súbito de las condiciones de vida
6. Cambio de posición económica o social
7. Mala salud, incapacidad o discapacidad
8. Enfermedad terminal o muerte esperada
9. Peligros ambientales

Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo. La satisfacción preventiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se considera como prevención primaria. La prevención secundaria consiste en evitar, mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o incapacidad. La prevención terciaria ocurre cuando hay una rehabilitación después de la incapacidad.

Cuidar de uno mismo requiere de una toma de conciencia del propio estado de salud, se requiere del pensamiento racional, normas culturales y conductas aprendidas, con la finalidad de tomar decisiones sobre el estado de salud.



## TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO<sup>50</sup>

Considerada por Orem como el núcleo central del modelo, plantea la relación de la capacidad de acción de la persona para generar su propio autocuidado y las demandas del cuidado terapéutico, cuando la capacidad del individuo no es capaz de afrontar la demanda surge el déficit de autocuidado.

La intervención de enfermería solo tiene lugar cuando la demanda de autocuidado del individuo excede sus habilidades para cubrirlos. Ante esta condición son necesarios los cuidados de enfermería.<sup>51</sup>

El déficit deberá contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen. El déficit se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en los que las capacidades de autocuidados, debido a limitaciones existentes, no satisfacen algunas demandas de este.

## TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

La enfermera realiza acciones encaminadas al beneficio de otros para alcanzar objetivos de salud específicos, así pues, los elementos básicos del sistema son: enfermera, el paciente o grupo y los acontecimientos ocurridos.

Orem considera tres tipos de sistemas de enfermería:

1. Totalmente compensatorio: es el sistema requerido cuando la enfermera realiza todas las actividades, ya que el paciente presenta incapacidad para satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera se hace cargo de ellos hasta que el paciente pueda reanudar su autocuidado o se adapte a cualquier incapacidad. En tanto la enfermera apoya al paciente proporcionando un entorno adecuado para favorecer las capacidades de autocuidado existentes y reforzar el desarrollo de nuevas competencias.
2. Parcialmente compensatorio: la enfermera actúa parcialmente, el paciente interviene sobre su propio cuidado, realiza algunas medidas compensando una limitación.
3. Apoyo educación: este sistema es adecuado cuando el paciente es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y tiene la capacidad de adaptarse a nuevas situaciones, pero necesita el apoyo de la enfermera quien le enseñará habilidades. Orientará la toma de decisiones y regula la comunicación, mientras que el paciente realiza su autocuidado.

---

<sup>50</sup> Balan. G. C. Franco. O. M. teorías y modelos de enfermería. 2da ed. México DF. Universidad Nacional Autónoma de México, 2009 P. 132

<sup>51</sup> Vega Agarita O y González Escobar D. Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. Ciencia y cuidado [revista en línea] 2007. [acceso 10 marzo 2016]; 4 (4): 28-35. Disponible en: <http://www.dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>

#### 4.5 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es una herramienta necesaria que se sustenta en el método científico y se apoya en las teorías de la ciencia enfermera.<sup>52</sup>

Es una actividad organizada que permite el análisis de un caso sobre un individuo en particular con una etiología determinada, donde se crea un plan de cuidados individualizado con una serie de intervenciones jerarquizadas de acuerdo a los problemas reales y potenciales de la persona y es elaborado con la finalidad de obtener un resultado deseado para incrementar el bienestar de la persona. Es un proceso dinámico donde en un determinado tiempo se concluye si han sido alcanzados los objetivos del cuidado.<sup>53</sup>

El proceso enfermero constituye la base para la práctica profesional uniendo el mapa conceptual sobre los cuidados y la realidad con el servicio profesional, sirve a la enfermera como instrumento para evaluar de manera continua la calidad del cuidado que presta y fortalecerlo en aquellas áreas que se requieran de acuerdo a las necesidades de la persona mejorando su desempeño.

#### **Definición, objetivos, características del proceso de atención en enfermería**

El objetivo del proceso de atención de enfermería es mantener el nivel óptimo de bienestar de la persona, proporcionando una calidad de vida tan elevada como sea posible.

Las características fundamentales del proceso son:

- ✓ Descubrir: el personal de enfermería adquiere información para prestar un mejor servicio al paciente
- ✓ Investiga: adquiere la información procedente del mayor número posible de fuentes para obtener datos acerca del paciente.
- ✓ Discrimina: De acuerdo a la evaluación del paciente se da prioridad a los problemas y necesidades de mayor importancia.
- ✓ Decide: la enfermera realiza una planeación sobre la asistencia al paciente.
- ✓ Actúa: Se realiza intervenciones de enfermería de acuerdo a lo planeado

---

<sup>52</sup> Reina G. N C, EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral Científico 2010; 17 (1) 18-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>. Fecha de consulta: 16 de mayo de 2015

<sup>53</sup> Quezada. U. R. Aguilar. H. P. Sánchez. C. B. Proceso de enfermería aplicado a paciente con desequilibrio nutricional. Revista Cuidarte [Internet] 2012 [Consultado 11 mayo 2015]; 1 (2): 62 – 76. Disponible en: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewArticle/220>

#### 4.5.1 DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA<sup>54</sup>

1. **Valoración:** es la primera etapa donde se revisa la situación real del paciente, en él se recogen los datos procedentes de diversas fuentes con el fin de que sea más completa y exacta para evaluar el estado del paciente sobre los problemas de salud y factores de riesgo que puedan contribuir a éstos, también busca evidencias de los recursos con los que cuente la persona.

Se evalúan las prioridades entre los datos, según las necesidades de la persona. Se hace hincapié en la construcción de una base sólida, de manera que favorezca la prestación de una atención individualizada de calidad.

○ Los métodos empleados para la valoración se complementan y clarifican mutuamente, estos son entrevista, observación y exploración física<sup>55</sup>.

➤ **Entrevista:** el éxito de ella depende en gran medida de que englobe aspectos éticos, culturales, espirituales. La enfermera debe procurar establecer una relación de confianza y positiva, atendiendo las principales preocupaciones de la persona. Se debe presentar por nombre y cargo, preguntar si autoriza a brindar la información necesaria, dedicar el tiempo suficiente y la atención del paciente, ser un oyente empático sin interrumpir a la persona.

➤ **La observación:**  
Se deben usar los sentidos  
Fijarse en el aspecto general de la persona, arreglo, limpieza  
Observar el lenguaje corporal, detectar si esta cómoda, nerviosa, agresiva, ver la interacción de la persona.

➤ **La exploración física:** debe ser minuciosa y sistemática.

<b>Inspección</b>	<b>Auscultación</b>	<b>Palpación</b>	<b>Percusión</b>
Apreciación con la vista de las características del cuerpo, valoramos simetría, color, forma, tamaño.	Proporciona datos por medio del oído a través del estetoscopio de los fenómenos acústicos del organismo.	Es la apreciación manual de la sensibilidad, temperatura, forma, tamaño, consistencia, movimiento.	Consisten en golpear metódicamente con los dedos la región examinada y producir fenómenos acústicos

Realizado por estudiante de posgrado Enfermería en Rehabilitación LEO Evelin Fabiola Ocaña Díaz

<sup>54</sup> Rojas.M. Gómez.L Rodríguez. B. L. "Situación de enfermería como herramienta para enseñar el proceso de atención de enfermería." Revista Cuidarte 4.1 (2013) P. 44-49

<sup>55</sup> El examen físico y sus métodos básicos de exploración. Propedéutica clínica y semiología médica. [Internet] Consultado 16 Febrero 2015 Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdguanabo/cap02.pdf>

La fuente primaria es el mismo paciente del que se pueden obtener datos subjetivos sobre las percepciones y sensaciones personales, y objetivos con el fin de clasificarlos determinando cuales son los más relevantes y cuáles carecen de valor. Las fuentes secundarias son todos aquellos documentos a los que se pueda tener acceso actual y anterior vinculado con el paciente, también incluye familiares o personal médico, enfermeras. En esta fase se debe ir priorizando en cuanto al orden de la recogida de datos de acuerdo al modelo teórico a utilizar creando una base de datos organizados y exactos para facilitar la investigación. La valoración es un proceso continuo, se conjugan los datos básicos y los que se van presentando día tras día, como respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería.

- Validación: de la información adquirida ayuda a evitar errores en la identificación de los problemas.

Comparar los datos objetivos y subjetivos para saber si lo que la persona refiere es congruente con lo observado, puede compararse una unidad tomada previamente como la tensión arterial, temperatura, dextrostix.

- Organización de los datos: con ello se busca obtener una imagen clara del estado de salud del paciente, será más fácil discriminar los datos más importantes.
- Registro: anotar hallazgos significativos, para ejemplificar los datos de la hoja de enfermería

2. Diagnóstico: a partir de la recogida de datos y terminada la valoración podemos analizar e iniciar juicios acerca de la problemática de nuestro paciente, se apoya en datos objetivos y subjetivos, posibles de constatar con el paciente. El diagnóstico, se basa en el grado de dependencia o independencia, que tiene el paciente en cada una de las necesidades, según el resultado de la valoración. Con la construcción de los diagnósticos se constituye la base para establecer objetivos, determinando que será capaz de hacer la persona y planear intervenciones, quedando establecido como una función independiente propia del profesional de enfermería requiriéndose conocimientos previos para emitir juicios inteligentes.

Ahora se cuenta con una terminología avalada por NANDA<sup>56</sup>, cada una de las categorías diagnósticas consta de tres componentes:

- a) Título o etiqueta
- b) Características definitorias
- c) Factores etiológicos relacionados

---

<sup>56</sup> Merino. M. H NANDA: Internacional DIAGNOSTICOS ENFERMEROS. Definiciones y clasificación 2012-2014. Nuberos científica [Internet] (2012) (Consultado 15 mayo 2017) 2(10) Disponible en: [http://www.enfermeriacantabria.com/Downloads/46-177-1-PB%20\(2\).pdf](http://www.enfermeriacantabria.com/Downloads/46-177-1-PB%20(2).pdf)

para la elaboración de diagnósticos sobre los cuales destacan 3 grandes grupos, los diagnósticos reales que habla sobre las respuestas individuales que se presentan en el momento y deben ser atendidas, los diagnósticos de riesgo cuando el individuo presenta mayor probabilidad de desencadenar un problema y los diagnósticos de bienestar donde se busca elevar un nivel de bienestar del individuo, esta taxonomía aceptada internacionalmente, es una herramienta eficaz para que las enfermeras se hable un lenguaje común en la profesión.

El formato PES se ha utilizado por varios años, en él se identifica:

- a) Problema, identificado durante la valoración y análisis de datos.
- b) Causas o etiología, son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológica, emocionales o espirituales, que contribuyen directamente al problema
- c) Signos y síntomas, características que definen al problema

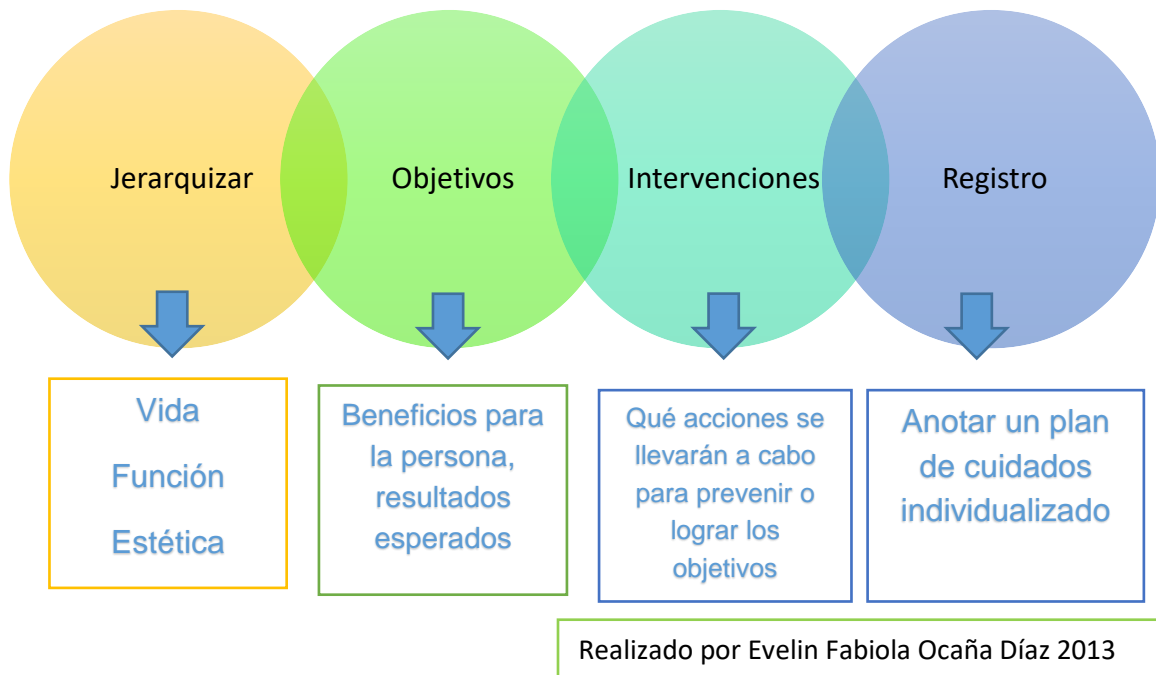


3. Planificación: En esta etapa se elaboran estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o corregir las respuestas del paciente enfermo, son elaborados los objetivos y las intervenciones que realizara el personal de enfermería para ayudar a la persona. Esta fase comienza después de la formulación de los diagnósticos y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

Se deben establecer las prioridades de acuerdo a los problemas diagnosticados, basado en el modelo teórico elegido y las características del propio paciente.

Se elaboran objetivos a corto, mediano y largo plazo, refiriéndose estos dos últimos a prevenir futuras complicaciones y la educación sanitaria. Podremos medir el éxito de las intervenciones.

Se desarrollan intervenciones de enfermería orientadas a conseguir los objetivos que se hayan establecido seguidos del registro del plan de cuidados



4. Ejecución: Se refiere a la realización del plan de cuidados de enfermería para alcanzar los objetivos, en esta etapa se llevan a cabo intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del paciente. El profesional de enfermería es responsable del plan de cuidados que elaboró previamente, debe prestar el cuidado directo al paciente y delegar responsabilidades para estos cuidados al equipo de salud y familiares promoviendo que la familia participe en la recuperación de la persona. Llevar a cabo las intervenciones significa estar preparada, ejecutar las acciones, determinar la respuesta y realizar los cambios necesarios.

Proactivo

Pensamiento crítico

Registro

Realizado por Evelin Fabiola Ocaña Díaz 2013

5. Evaluación: Es la última fase del proceso de atención de enfermería, se considera siempre en relación con la respuesta del paciente a las acciones planificadas, en esta fase los diagnósticos y los objetivos propuestos se utilizan como marco para saber que ha funcionado, que consecuencias a tenido, que cambios se derivaron de ellos. Es aquí donde nos hacemos esta serie de preguntas sobre si existe una resolución a los problemas de nuestro paciente, si el plan de cuidados era adecuado, que modificaciones pueden surgir, realmente es exacto nuestro diagnóstico<sup>57</sup> y posibles intervenciones que se puedan incluir.

El proceso enfermero complementa a otras disciplinas al centrarse no solo en las cuestiones médicas, si no en las respuestas humanas, con el enfoque holístico se cerciora de que las intervenciones estén adaptadas a la persona y no a la enfermedad. Incluir el proceso en la práctica enfermera ayuda a formar el pensamiento crítico centrado en el cumplimiento de los objetivos, esta es una habilidad que solo se adquiere en la medida que sea practicada.

---

<sup>57</sup>Yura y Walsh. El método de intervención en enfermería: el proceso de enfermería. En: Hernández, C. J y Esteban, A. B. Fundamentos de enfermería. Teoría y método. Mc Graw Hill/interamericana, 1999, pág 127-139.

## V. METODOLOGÍA

### 5.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE CASO

Un estudio de caso es un proceso de indagación a profundidad cuya finalidad es la integración de la teoría y la práctica, se analiza un hecho de la vida real y en este caso es enfocado en una persona, estudiándose en su propio contexto.

El estudio de caso en la enfermería especializada, tiene clara correspondencia con el proceso de cuidado para llegar a la toma de decisiones en relación a las intervenciones de enfermería; este enfoque teórico-metodológico es el que da coherencia y sustento al estudio como método de análisis de la práctica del cuidado<sup>58</sup>.

Durante el desarrollo del estudio de caso se deberá considerar como sustento conceptual, una teoría de enfermería, así como de otras teorías que se relacionen directamente con el estudio.

### 5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Se seleccionó M D F Femenino de 67 años residente de la colonia Lomas de San Lorenzo en la delegación Iztapalapa, soltera, jubilada, carrera técnica, originaria del Estado de México, Diagnosticada desde el 2010 con Enfermedad de Huntington

Valorada en el servicio de consulta externa de Rehabilitación Traumatismo Craneo Encefalico e interconsulta en el servicio de Neurología en el Instituto Nacional de Rehabilitación el día 27 Junio de 2014. Inicia su padecimiento el día 23 de Mayo de 2014 al presentar caída de su propia altura, sin pérdida del estado de alerta, disminución de la fuerza muscular en miembros pélvicos. Acude al servicio de urgencias del IMSS donde es diagnosticado Infección de vías urinarias y es egresada a su domicilio con tratamiento farmacológico sintomático. El día 24 de Mayo de 2014 acude a consulta privada neurológica donde es diagnosticada con hematoma subdural crónico bilateral es referida al UMA 2 regional Villa Coapa IMSS y es intervenida quirúrgicamente el día 25 de Mayo de 2014 Craneotomía + drenaje subdural bilateral con recuperación del déficit motor y capacidad del lenguaje es egresada el día 30 de Mayo de 2014 en deambulaci3n asistida por andadera; actualmente con mejoría de la sintomatología y con tratamiento farmacológico de:

---

<sup>58</sup> Zárate. G. R. Cárdenas. J. M. Balán. G. C. Opciones para la obtención de grado de especialista; Estudio de caso. Universidad Nacional Autónoma de México 2008 [Internet] [Consultado el 01 Diciembre 2014] Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/posgrado/adobeaeader/opcionesobtenergrado.pdf>



Fenitoína sódica 100 MG 1tab c/8hrs	Haloperidol 8 gts c/8 hrs	Hipokinon ½ tab c/8hrs	Clonazepam ¼ tab c/24 hrs
---	------------------------------	---------------------------	------------------------------

Acude al Instituto Nacional de Rehabilitación por orientación del neurólogo para recibir terapia de la marcha. Actualmente se encuentra en terapia de plasticidad cerebral en INR.

Como fuente primaria de información contribuyeron la familia: hermana y sobrinos, los cuales presentaron gran disposición para obtener la información necesaria, se realiza un interrogatorio directo y exploración física, como fuente secundaria se revisaron artículos científicos en las diversas plataformas.

## 1. MAGNITUD

La enfermedad está distribuida en todo el mundo en igual proporción entre hombres y mujeres. La prevalencia se considera entre 5 y 10 casos por cada 100 000 habitantes, con menos incidencia en países asiáticos y población de raza negra<sup>59</sup>. La incidencia anual varía entre 1 y 4 casos por millón de habitantes. Las mayores tasas de prevalencia se dan en la región de lago de Maracaibo, Venezuela (donde se estima 700 por 100.000 habitantes<sup>60</sup>); en la isla de Tasmania, Australia; y en Moray Firth, Escocia.

En Sudamérica se estima que Venezuela ocupa el primer lugar en casos registrados con la enfermedad y se determinó que estos casos se encuentran derivados de un único ancestro común, seguidos de Perú donde se estima que existe una prevalencia de 45 casos de cada 100.000 habitantes, encontrados en la población de Cañete, al sur de Lima, Brasil ocupa el tercer lugar con una prevalencia estimada de 1 caso en 1000 habitantes, considerando la extensión del país, no se cuenta con cifras exactas por el estigma social y guardar el secreto dentro de la familia, el resultado se asocia a un alto índice de matrimonios entre hermanos<sup>61</sup>.

<sup>59</sup> Rodríguez Pupo. Op. Cit. P. 550

<sup>60</sup> Pérez P Carolina, Miranda C Marcelo, Segura-Aguilar Juan. Diagnóstico genético disponible para la enfermedad de huntington en Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2009 Ago [citado 2017 febrero 16] ; 137( 8 ): 1128-1129. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000800022&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000800022&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000800022>

<sup>61</sup> La enfermedad de Huntington en Sudamérica. [internet] HOPES [citado 2017 febrero 16] Disponible en: [https://web.stanford.edu/group/hopes/cgi-bin/hopes\\_test/la-enfermedad-de-huntington-en-sudamerica/#venezuela](https://web.stanford.edu/group/hopes/cgi-bin/hopes_test/la-enfermedad-de-huntington-en-sudamerica/#venezuela)

En Estados Unidos se estima que la incidencia es de 1 en 10,000 habitantes<sup>62</sup> mientras que en España se tiene registro de 4000 personas con esta afección<sup>63</sup>.

La Enfermedad de Huntington es un problema de salud en México que ocasiona de acuerdo a su evolución discapacidad progresiva e irreversible al paciente. La prevalencia es de 5-10 por 100 000; afecta a ambos sexos por igual. La edad promedio de inicio de la sintomatología es la cuarta década de la vida y la supervivencia desde el inicio de los síntomas es de 15-20 años. Debido a la inestabilidad del equilibrio puede llevar a hematomas subdurales, debidos a posibles caídas e traumatismos craneoencefálicos no referidos por el paciente, son frecuentes y contribuyen a la mortalidad de los pacientes con EH<sup>64</sup>.

## 2. FACTIBILIDAD

La paciente presenta la mejor disposición para llevar a cabo el tratamiento y las visitas domiciliarias de la estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, se han determinado horarios y días para llevar a cabo la valoración. El objetivo es mejorar la marcha y postura, así como la máxima independencia en la realización de las actividades de la vida diaria.

La paciente, la familia y la enfermera estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación lograron empatía, formando una relación a base de comunicación constante y respeto mutuo.

La distancia y el tiempo de recorrido es corto aproximadamente 40 minutos ya que se encuentra ubicada dentro de una avenida principal y el transporte público es accesible.

## 3. TRASCENDENCIA E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA VISUALIZADAS PARA EL CASO.

Durante la recopilación de literatura científica se puede notar que el material sobre la enfermedad de Huntington es escaso ya que poco se conoce sobre la enfermedad, lo que hasta ahora se ha estudiado implica el mecanismo de las mutaciones genéticas y el comportamiento hereditario, así como las manifestaciones clínicas que desafortunadamente ningún tratamiento

---

<sup>62</sup> Shannon. K y cols La enfermedad de Huntington. Serie de guías familiares. [Internet] 2010 [citado 2017 febrero 16] Huntington's Disease Society of America Disponible en: [http://hdsa.org/wp-content/uploads/2015/03/7\\_la-enfermedad-de-huntington.pdf](http://hdsa.org/wp-content/uploads/2015/03/7_la-enfermedad-de-huntington.pdf)

<sup>63</sup> Raffelsbauer. D. Enfermedad de Huntington. Preguntas y respuestas. [Internet] 2009 [citado 2017 febrero 16] European Huntington's Disease Network. Disponible en: <http://cetram.org/wp/wp-content/uploads/2014/01/Enfermedad-de-Huntington-Preguntas-y-respuestas.pdf>

<sup>64</sup> Enfermedad de Huntington (Consultado el 19 Noviembre 2014) Disponible en <http://www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos/huntington.html>

farmacológico ha sido eficaz para el alivio de los síntomas, ni la prevención del desarrollo de la enfermedad.

Considero que el presente estudio puede servir de referencia al equipo multidisciplinario de salud para futuro estudio sobre esta enfermedad.

## Las aportaciones de Enfermería Basada en Evidencia EBE (ANEXO 1)

### González Manzano. V. E y cols. Corea de Huntington<sup>65</sup>

#### Corea de Huntington

En 1982 George Huntigton, observó por primera vez esta enfermedad en una familia americana de ascendencia inglesa, entre los síntomas visibles se encuentra movimientos coreicos, es decir involuntarios y bruscos de las extremidades.

La población más grande conocida con la enfermedad de Huntington se localiza en la región de la Costa Occidental del Lago de Maracaibo en Venezuela, se estima al gen responsable como <gen de la huntingtina> encontrado en el telómero del brazo corto del cromosoma 4. Se cree que las proteínas interaccionan entre sí de manera hidrofóbica, facilitando acúmulos proteicos. El número de repeticiones está relacionado en proporción directa con la gravedad de los síntomas y es inversamente proporcional a la edad de presentación.

La herencia es autosómica dominante 50% de posibilidad de heredar la enfermedad. Conforme pasan las generaciones el número de repeticiones se amplía y hace que la enfermedad se manifieste de forma precoz y más agresivamente en generaciones futuras.

### Pérez. B. E y cols Corea de Huntington<sup>66</sup>.

#### Corea de Huntington

La enfermedad de Huntington ya diagnosticada produce una angustia importante en el paciente y la familia. Especialmente en aquellos que tienen hijos, el equipo multidisciplinario tiene una tarea fundamental en el acompañamiento, el tratamiento a los síntomas y en el apoyo familiar.

### Skirton H. Huntington Disease: A nursing perspective<sup>67</sup>

#### Huntington Disease: A nursing perspective

La enfermedad de Huntington es una enfermedad genética compleja, debido a la variedad de problemas que puede experimentar una persona con Enfermedad de Huntington, se requiere aportación de diferentes profesionales de la salud. La enfermera por su parte ofrecerá cuidados de enfermería estandarizados para proporcionar confort, seguridad, dignidad y seguridad personal del paciente. Un enfoque coordinado es esencial para facilitar la comunicación efectiva entre los cuidados y asegurar que las necesidades del paciente se aborden adecuadamente.

El principal reto de la enfermería en el cuidado de un paciente con EH es permitirle alcanzar un equilibrio entre la independencia, la autonomía y la seguridad personal.

<sup>65</sup> González Manzano. V. E y cols. Corea de Huntington. Rev. Sociedad madrileña de medicina familiar y comunitaria. [Internet] 2012 [acceso 12 de Noviembre 2014]; 13 (2): 13-15 Disponible en: <http://www.somamfyc.com/Portals/0/PropertyAgente/399/Files/187/REVISTA%20N%C2%BA%202%20Vol%2013%20Enero%202012.pdf>

<sup>66</sup> Pérez. B. E y cols. Corea de Huntington. Revista de Colegio Oficial de Enfermería de Lugo [Internet] 2012; [acceso 12 de Noviembre 2014]; 19: 21-24. Disponible en: <http://www.enfermerialugo.org/enfermeiras/19a.pdf>

<sup>67</sup> Skirton. H. Huntington Disease: A Nursing Perspective. [Internet] 2005 [consultado 28 Enero 2016] Disponible en: [http://www.genomics.reserch.southwales.ac.uk/media/files/documents/2006-12-04/Skirton\\_HD.pdf](http://www.genomics.reserch.southwales.ac.uk/media/files/documents/2006-12-04/Skirton_HD.pdf)

## Williams. F. A. Siok Bee. T. McConvey. V. The role of nursing in the rehabilitation of people with movement disorders<sup>68</sup>.

### The role of nursing in the rehabilitation of people with movement disorders

Es un trastorno neurodegenerativo progresivo, la corea es su presentación más común pero presentan distonía, incoordinación, declive cognitivo y dificultades del comportamiento. Una atención proactiva, de larga duración y alta calidad potencial para optimizar la calidad de vida y la asistencia sanitaria. El equipo médico multidisciplinario trabaja en asociación con las personas y sus familias para alcanzar metas mutuamente establecidas.

Las enfermeras especializadas en el ámbito de la rehabilitación promueven la independencia, permitiendo alcanzar el mayor grado de movimiento y función, minimizando la discapacidad y promoviendo estilos de vida saludables. Realizan el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas de los individuos, sus problemas actuales y potenciales relacionados con la capacidad funcional.

La enfermera es a menudo el miembro del equipo que asegura la continuidad del cuidado de todos los problemas de salud de las personas, dando un enfoque coherente de la gestión a largo plazo.

- a) Evaluar, observar, monitorear y medir el cambio
- b) Mejorar, mantener o restablecer el nivel de actividad
- c) Promover la independencia, el autocuidado y la adaptación a nuevos roles
- d) Promover una gestión óptima de la medicación
- e) Prevenir complicaciones secundarias como caídas
- f) Optimizar la función de la vejiga y el intestino
- g) Facilitar el afrontamiento
- h) Proporcionar cuidados paliativos en caso de requerirlos
- i) Reunir pruebas sobre los resultados y eficacia

Actualmente hay una base de evidencia limitada en intervenciones de enfermería para ayudar a personas con trastornos del movimiento que minimicen la discapacidad. El enfoque de enfermería es fundamental para el éxito de una estrategia integral y multidisciplinaria.

## Dawson. S et al Living with Huntington´s disease: Need for supportive care<sup>69</sup>

### Living with Huntington´s disease: Need for supportive care

La enfermedad de Huntington destaca no solo por sus efectos neurodegenerativos si no por el impacto que es devastador para los individuos y sus familias, este trabajo se realizó con la finalidad de explorar las necesidades de atención tanto con cuidadores informales como trabajadores de la salud. Los hallazgos demuestran que tanto el paciente con enfermedad de Huntington y sus cuidadores necesitan apoyo psicológico.

En Australia se observó que hay muy pocas residencias con instalaciones adecuadas para satisfacer las necesidades de las personas con EH y el objetivo del estudio fue reconocer la escasez de conocimiento sobre de cuidados paliativos que requiere la familia que tiene un paciente con EH. Los principales sentimientos que tuvieron los entrevistados eran fatiga, angustia, aislamiento y sensación de sobrecarga por sus responsabilidades, el tiempo promedio de cuidado fue de 11 años. En miembros de las familias se experimentaron sentimientos de culpabilidad sobre obtener un resultado negativo a padecer la enfermedad y experimentaban el duelo de la pérdida de "la persona con la que se habían casado" y verlo convertirse en un compañero dependiente. Se dio énfasis a considerar pausas semanales o periódicas para el cuidador.

<sup>68</sup> Insek. R. Morris. M. Rehabilitation in movement disorders. 2013. Cambridge University Press. Pag 81

<sup>69</sup> Dawson. S. et al. Living with Huntington´s disease: Need for supportive care. Disponible en: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46699105/j.1442-2018.2004.00183.x20160622-24847-1s6pl0i.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1495661119&Signature=pmyjG%2BsN6282mJO1Y0ssJ8cRSpw%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLiving\\_with\\_Huntingtons\\_disease\\_Need\\_for.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46699105/j.1442-2018.2004.00183.x20160622-24847-1s6pl0i.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1495661119&Signature=pmyjG%2BsN6282mJO1Y0ssJ8cRSpw%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLiving_with_Huntingtons_disease_Need_for.pdf)

## 5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

### ÉTICA EN ENFERMERÍA

El origen del término ética, proviene del vocablo “ethos”, palabra griega que significa carácter “modo de ser”<sup>70</sup> asociada a determinadas acciones con características de hábitos y valores que gobiernan la conducta individual del sujeto.

Respecto a la moral, esta se refiere a como las personas ponen en práctica sus principios<sup>71</sup>. El desarrollo moral comprende un proceso que comienza desde la infancia y avanza a lo largo de toda la vida del individuo, así mismo las normas morales y de la profesión que son aprendidos durante los años de formación y el ejercicio profesional, permitiendo que la enfermera asumir su rol con responsabilidad y la capacidad de tomar decisiones éticas autónomas, para ofrecer atención de calidad<sup>72</sup>.

Sí pretendiéramos determinar el significado de la profesión enfermera en una sola palabra, esta sería; “cuidado”<sup>73</sup>, como su objeto de estudio; sin embargo, no se refiere solo a la capacidad de mejorar la enfermedad sino al conjunto de acciones para proporcionar bienestar biopsicosocial y espiritual de una persona.

“Cuidado” proviene del latín “cogitatus” que significa reflexión, pensamiento o interés que uno pone en algo, es una acción humana que contribuye a la ayuda y solicitud ante la necesidad de otro. Toda colaboración desinteresada al bienestar de otra persona.

En tanto el cuidado profesional incluye tanto la parte técnica en la satisfacción de las necesidades básicas de la persona y con una perspectiva humana. El cuidado no es de una sola forma, depende de la persona y el contexto.

La profesión enfermera cuenta con un código deontológico con el cual se tiene la capacidad de discernir los valores dentro de la práctica diaria, anteponiéndola sobre nuestros intereses particulares<sup>74</sup>.

La enfermería ha sido una actividad que, a pesar de los cambios experimentados en su historia, ha concedido siempre una gran relevancia a las exigencias éticas

---

<sup>70</sup> García. Verónica. Aproximaciones a la ética y responsabilidad profesional de enfermería. Revista iberoamericana de educación e investigación en enfermería 2012 [Internet] 2012 [citado 2016 Nov 20] 2 (4): 48-57. Disponible en <http://www.codae.enfermeria21.com/downloaded.php?key=UzkxY0d4dlIXUnpMMk5sWkdsMGizSnBZV3d2WVd4aFpHVm1aUzI3YjNKM GFxNW5MelUxTDNCa1ppOXIaWFpwYzJsdmJtVnpNVEkwTG5Ca1ppWm1aV05vWVQweU1ERTNNREI5TWpBME1qZz1jR1JtUa==>

<sup>71</sup> Chamorro. A, Albert. L, Romero. J Concepto de ética: ética del psicólogo. Barcelona: Editorial UOC; 2007

<sup>72</sup> Numminen O, Leina-Kilpi H. Nursing students Ethical decisions-making, a review of the literature. Nurse Education Today 2007; 27 (796)

<sup>73</sup> García Moyano Loreto. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. Acta bioeth. [Internet]. 2015 [citado 2016 Nov 20] , 21(2): 311 – 317. Disponible en: [http://www.scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2015000200017&Ing=es](http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2015000200017&Ing=es)

<sup>74</sup> Barrio I. M . Molina A., Sánchez c. M, Ayudante M.L Ética de enfermería y nuevos retos. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006 [Citado 2016 Jun 08] ; 29 (Suppl 3 ) : 41-47. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000600005&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600005&Ing=es)

vinculadas a su quehacer<sup>75</sup>. El trabajo de las enfermeras se ha centrado siempre en cuidar de otros. Inicialmente estuvo asociada al mundo religioso, sin embargo, Florence Nightingale estableció instituciones para la enseñanza de enfermeras convencida de conocimiento a través de la investigación.

El primer código de ética en enfermería fue publicado por la Asociación Nursing American (ANA) en 1950<sup>76</sup>

El Código deontológico del Colegio Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética; enfermería y las personas, enfermería y la práctica, enfermería y la profesión y enfermería y sus compañeros de trabajo<sup>77</sup>

Se puede concluir que enfermería es una profesión joven, y que existen fundamentados elementos para argumentar, que se dispone de las herramientas necesarias para seguir desarrollándose en esta sociedad dinámica, cambiante, global y tecnologizada<sup>78</sup>

Actuar bajo los principios éticos<sup>79</sup>:

- Autonomía: Respetar a la libertad individual de cada persona al tomar sus propias decisiones con relación a su enfermedad. establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión. Informando siempre al paciente.
- Beneficencia: haciendo siempre el bien, evitando el daño o maldad.
- No maleficencia: se trata precisamente de evitar daño, evitar la imprudencia y la negligencia.
- Justicia: tratar a la persona con equidad, utilizando los recursos disponibles para la satisfacción de las necesidades básicas de la persona sin discriminación.

La aplicación y el conocimiento de los enfoques éticos y bioéticos son indispensables para modificar hábitos y conductas éticas relacionadas con el ejercicio profesional. La calidad en la atención de enfermería es una manifestación de la equidad, la eficiencia y la eficacia de las acciones, así como la satisfacción del paciente<sup>80</sup>.

<sup>75</sup> I.M Barrios, A. Molina. C. M. Sánchez, M. L. Ayudante. Ética de enfermería y nuevos retos. An. Sist. Sanit. Navar, [Internet] 2006 [citado 2016 Nov 22] 29 (Supl.3): 41-47 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original4.pdf>

<sup>76</sup> Leddy S. y Pepler J. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. 1ª ed. México: OPS; 1989

<sup>77</sup> Consejo Internacional de Enfermeras CIE. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería 2006 [Consultado el 20 de Mayo 2015]. Disponible en URL: <http://www.icn.ch/icncodesp.pdf>

<sup>78</sup> Burgos Moreno M, Paravic Kljtn T. Enfermería como profesión. Rev Cubana Enfermería [internet]. 2009;25(12) [consultado 2 Nov 2014]. Disponible. en: <http://bit.ly/11LW4sh>

<sup>79</sup> Martínez. N. T. la ética y la investigación en enfermería. Rev. Cubana de Enfermería [Internet] 2010. (Consultado 2015 abril 20); 26 (1): 18-29 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n1/enf06110.pdf>

<sup>80</sup> Mora Guillart Liss. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2015 Jun [citado 2016 Abr 05]; 28( 2 ): 228-233. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21762015000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009&lng=es)

## Consideraciones con las personas

La relación entre el profesional de enfermería con la persona debe fundamentarse en el respeto a la dignidad humana.<sup>81</sup>

Se debe tomar en cuenta siempre:

- Veracidad sobre los fines de la valoración
- Confidencialidad protegiendo la intimidad de la persona
- Responsabilidad sobre las consecuencias de las acciones
- Protección de datos
- Respeto de las ideas culturales y religiosas; estar consciente de las tendencias físicas relacionadas con la cultura.
- Espiritualidad ya que los seres humanos sostienen una visión individual sobre el mundo y un poder supremo.

## NORMA OFICIAL MEXICANA NOM – 004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO<sup>82</sup>

- Se establecen los criterios científicos, tecnológico y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.
- Considerado un documento médico legal, contiene información detallada y variada sobre los antecedentes del individuo
- La NOM-168 es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

<b>Expediente clínico</b>
- <b>Historia clínica</b>
- <b>Interrogatorio</b>
- <b>Exploración física/signos vitales</b>
- <b>Resultados de estudios de laboratorio y gabinete</b>
- <b>Terapéutica empleada</b>
- <b>Problemas clínicos</b>
- <b>Actualización del cuadro clínico</b>
- <b>Pronóstico</b>

<sup>81</sup> Bermúdez. G. A. Cárdenas. J. M. Fernández. G. V. Matus. M. R et al. Principios éticos para la investigación en la ENEO. Comité de investigación. 2013 [internet] Consultado 2015 enero 20. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/investigacion/documentos/ENEO-UNAMprincipiosEticosInvestigacion.pdf>

<sup>82</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-004, del expediente clínico. [Internet] Consultado [2017 mayo 27] Disponible en [http://www.farmacopea.org.mx/Repositorio/LegislacionFiles/NOM-004-SSA3-2012\\_15oct12.pdf](http://www.farmacopea.org.mx/Repositorio/LegislacionFiles/NOM-004-SSA3-2012_15oct12.pdf)

El consentimiento informado (Anexo#) es la decisión de participar en una investigación, tomada por un individuo competente que ha recibido toda la información necesaria, la ha comprendido adecuadamente y la ha considerado. Toma la decisión sin haber sido sometido a coerción, intimidación, influencia o incentivos indebidos<sup>83</sup>.

La carta consentimiento informado es un requisito indispensable para solicitar la autorización de un protocolo de investigación, donde se involucran sujetos humanos.

Es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud; es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en cantidad y calidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que esto conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito solo es resguardado que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información.

El consentimiento informado consta de 2 partes:

Derecho a la información: clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento.

Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir<sup>84</sup>.

---

<sup>83</sup> Comité de ética en investigación [Internet] Consultado [2016 diciembre 04] Disponible en <https://www.insp.mx/insp-cei/consentimiento-informado.html>

<sup>84</sup> Consentimiento informado [Internet] Consultado 25 nov 2015 Disponible en: [www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx)



## CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES

En México la CONAMED publicó en el año 2001, la “Carta de los Derechos Generales de los Pacientes” atendiendo a las demandas del Programa Nacional de Salud, donde se reconoce la importancia de respetar los derechos del paciente durante la recepción de atención médica<sup>85</sup>.

	CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES <sup>86</sup>
<b>1</b>	Recibir atención médica adecuada
<b>2</b>	Recibir trato digno y respetuoso
<b>3</b>	Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
<b>4</b>	Decidir libremente sobre su atención.
<b>5</b>	Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
<b>6</b>	Ser tratado con confidencialidad
<b>7</b>	Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
<b>8</b>	Recibir atención médica en caso de urgencia.
<b>9</b>	Contar con un expediente clínico.
<b>10</b>	Ser atendido cuando se inconforme con la atención médica recibida.

## CARTA DE LOS DERECHOS DE LAS Y LOS ENFERMEROS

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONDAMED coordinó en conjunto con el Colegio Nacional de Enfermeras, Colegio Nacional de Enfermeras Militares y Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, sesiones de trabajo con el objetivo de elaborar una propuesta inicial de la Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros, la cual se concluyó el 6 abril de 2005 (Secretaría de Salud, CONAMED. Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros. Enero, 2006) La Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros tienen sustento normativo en nuestra Carta Magna y de las leyes emanadas de ella, tal es el caso de la Ley Federal del Trabajo y la Ley General de Salud, así como otros ordenamientos complementarios que sustentan la práctica profesional de la enfermería<sup>87</sup>.

<sup>85</sup> Ocampo. M. J. Los derechos de los pacientes. An Med Mex [Internet] 2011 [consultado 2014 noviembre 16]; 56 (2): 108-112. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc112i.pdf>

<sup>86</sup> *Ibíd*, p. 110.

<sup>87</sup> Ruíz. P. R. La carta de los derechos generales de las y los enfermeros. Medigraphic [Internet] 2006 (consultado 2014 Noviembre 16); 14 (1): 33-35. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en061g.pdf>

	CARTA DE LOS DERECHOS DE LAS Y LOS ENFERMEROS
1	Ejercer la Enfermería 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.
8	Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.
9	Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.
10	Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.

## VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

### 6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 67 años, originaria del Estado de México, municipio Atlautla, residente de la delegación Iztapalapa, soltera, enfermera jubilada, diagnosticada desde 2010 con Enfermedad de Huntington, actualmente su red de apoyo es su hermana y sobrinos que desarrollaron un rol de cuidadores.

Actualmente convive con su hermana y sus sobrinos, ha referencia a una buena relación y comunicación entre ellos, así como confianza en cada miembro. Menciona visitar la iglesia una vez al mes y festejar las fiestas comunes como la navidad y año nuevo colocando adornos alusivos, el día de muertos, 10 de mayo y los cumpleaños.

### 6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA

Antecedentes heredo familiares:

Cardiopatías, diabetes, dislipidemias, hepáticos, oncológicos y renales interrogados y negados, hipertensión arterial diagnosticada en 2 hermanas. Padre finado por accidente de tránsito 1987 y madre finada 94 años de edad 2012.

Antecedentes personales no patológicos:

Tabaquismo, alcoholismo, toxicomanías interrogados y negados, quirúrgicos y transfusionales por histerectomía en 1993, no recuerda cuantos paquetes globulares fueron transfundidos. Esquema de vacunación completo Tétanos (Td) e influenza.

Antecedentes personales patológicos:

Traumáticos: fractura distal de radio izquierdo en 1990 manejado de forma conservadora con aparato de yeso sin secuelas.

Neurológicos: Corea de Huntington diagnosticada el 04.06.2010 en INNNC por estudio molecular del gen de la Huntingtina por muestra de ADN hallado un repetido normal de 17 y uno anormal de 42, confirmando la EH. Con tratamiento farmacológico a base de Haloperidol 8 gotas cada 8 horas.

Antecedentes gineco-obstétricos

Menarca 15 años con ritmo de 30x4, refiere dismenorrea y menorragia durante los períodos menstruales, gestas negadas, menopausia hace 12 años.

Factores ambientales: el departamento donde vive presenta multiples barreras arquitectónicas, vive en cuarto piso, aproximadamente 42 escalones y 4 descansos, barandales colocados, la vivienda se encuentra distribuida de manera adecuada sin objetos que puedan entorpecer el traslado. Cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios. Cuenta con sala comedor, cocina y cuarto de lavado, un cuarto

de baño sin barandales y dos recamaras utilizadas como habitaciones, por cada habitación hay una ventana y un foco.

Se encuentra ubicada junto a dos avenidas principales, la colonia cuenta con dos mercados, 5 farmacias, 1 centro de salud, cuatro centros educativos (3 primarias y una secundaria) y 2 centros religiosos, alumbrado público, banquetas y medios de transporte (parada de camión a 80 metros y 600 metros estación del metro), así como sistema de recolección de basura.

## **VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA**

### **7.1 VALORACIÓN (ANEXO 2)**

#### **FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

La valoración fue realizada el día 14 de noviembre de 2014 a las 11:00 horas en su domicilio ubicado en la colonia Lomas de San Lorenzo Tezonco, en la delegación Iztapalapa. Durante la entrevista se aplicó el instrumento de valoración con una duración aproximada de 2 horas y media

M. D. F femenino adulto mayor de 67 años de edad cronológica igual a la aparente, originaria de Atlautla, Estado de México, nació el 24 octubre 1946, segunda de 5 hermanos, actualmente reside en la colonia Lomas de San Lorenzo en la delegación Iztapalapa, soltera, sin hijos, lateralidad diestra.

Se realiza exploración física se encuentra ubicada en tiempo, lugar y espacio, con una tensión arterial de 120/80 mmHg Frecuencia cardíaca 66 latidos por minuto Frecuencia respiratoria 22 respiraciones por minuto y una temperatura de 36° centígrados.

Talla 162 centímetros y peso 58 kilogramos IMC 22 Peso normal

Las expectativas de la familia ante la enfermedad es que sea independiente como antes.

#### **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES**

##### **a) MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE**

Al interrogatorio la paciente niega el consumo de tabaco o drogas, así como problemas respiratorios, presenta ligera palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas. Refiere su cuidador primario la Sra. Luisa.D. F cocina sus alimentos en la estufa diariamente. No presenta datos de dificultad respiratoria.

##### **b) MANTENIMIENTO DEL APOORTE SUFICIENTE DE AGUA**

Refiere el consumo de agua natural purificada en un día aproximado de 1500 a 2000 mililitros, así como el consumo de refrescos de un vaso de 250 ml al día. Refiere alterna el consumo de café o leche una taza por la mañana. Niega el consumo de bebidas alcohólicas. No presenta limitación para satisfacer los requerimientos de líquidos ni para disponibilidad.

c) MANTENIMIENTO DEL APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

La Sra. MDF refiere realizar 4 comidas al día con horarios bien establecidos, niega intolerancia y alergia a alimentos. Refiere consumo de alimentos enlatados como esporádico una vez al mes (atún) refiere que la Sra. Luisa es quien prepara sus alimentos diariamente y los consume en su casa, durante el desayuno y comida siempre acompañada de algún familiar y su colación y la cena rara vez acompañada. Entre los alimentos de su preferencia se encuentra el pollo, pescado, verduras y la gelatina mientras que los que le desagradan son las comidas capeadas. Refiere no comer dulces y niega dificultad para masticar o deglutir

Pollo	Pescado	Carnes	Tortillas	Cereal	Verduras	Frutas	Pan 5/7
3/7	1/20	rojas 2/7	2 al día	4/7	4/7	4/7	

d) PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN DE DESECHOS, INCLUIDOS LOS EXCREMENTOS

Los hábitos de eliminación que presenta MDF son vigilados por los familiares refiere evacuar diariamente dos veces por día de características normales en cantidad y consistencia sin molestias, refiere que para problemas relacionados con la evacuación utiliza alimentos ricos en fibra como la papaya y uso de senosidos ocasionalmente por prescripción médica; para la eliminación urinaria refiere 6 veces en un día de características macroscópicas normales, color amarilla clara, sin problemas para orinar, solo ha presentado infección de vías urinarias 1 vez durante el último año. Acude al excusado sin ayuda y se apoya de lavabo instalado, puede vestirse, desvestirse y asearse ella misma.

e) MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

La Sra. MDF refiere que no tiene problemas para conciliar el sueño, sin embargo, por prescripción del neurólogo, toma  $\frac{1}{4}$  clonazepam por las noches antes de acostarse a dormir. Refiere dormir 6 horas seguidas y sentirse descansada y que de vez en cuando toma una siesta por las tardes, de aproximadamente 25 min. No presenta ojeras, ni bostezo.

Valoración de la postura: marcha independiente, claudicante derecha con ante pulsión de cuello, hombros y cuello, mirada al suelo rodilla y tobillo con tendencia al valgo, aumento de la cifosis dorsal, abdomen prominente con aumento de lordosis lumbar, aumento de la base de sustentación, pasos cortos con variantes de puntas y talones Tinetti 12 puntos para equilibrio y marcha (ANEXO 8 y 9).

f) **MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL**

Se describe como una persona seria desde siempre. Refiere que antes del evento vivía sola y desde el egreso hospitalario la mayor parte del día permanece un familiar presente, refiere que en un día aproximadamente pasa 5 horas sola por las tardes. Refiere a dejado de realizar sus actividades cotidianas como salir sola a la calle y que ha notado una dificultad para comunicarse con los demás, pues percibe que su tono de voz a disminuido y es difícil para los demás escuchar sus oraciones completas. Refiere le cuesta socializar y que aun dentro de su entorno familiar en ocasiones se ha sentido sola. Conserva algunas amistades de su grupo de trabajo que ve regularmente una vez por mes.

Inventario de Beck (ANEXO 11)

g) **PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO**

Se encuentra alerta, orientada en tiempo, lugar y espacio; se evalúa Folstein 28 puntos (ANEXO 6). Se expresa de forma coherente; habita en vivienda propia, departamento en 4to piso, aproximadamente 42 escalones, cuenta con barandales sobre ambos lados, de concreto y piso de cemento, cuenta con 2 recamaras, cuarto de baño con barandales integrado al lado del inodoro y en la regadera, cocina y sala comedor, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, zoonosis negada.

MDF refiere realizar baño cada tercer día y cambio de ropa diariamente, refiere que su cuidador le ayuda en tareas durante el baño como regular las llaves de agua y acercar las cosas, se viste de forma independiente en un tiempo considerable; escala de Barthel 90 puntos (ANEXO 4) y escala de Lawton y Brody 5 puntos (ANEXO 5), utiliza crema humectante en el cuerpo. Refiere se cepilla los dientes tres veces por día, en la mañana, tarde y por las noches, no presenta sangrado por encías, dentición completa, refiere la última visita al odontólogo hace un mes; refiere sensación dolorosa de tipo punzante con líquidos fríos. Uñas de manos y pies cortas, refiere acudir al podólogo aproximadamente cada mes.

Toma los alimentos de forma independiente mangos de los cubiertos más anchos, así como platos y vasos de plástico.

Usa las medidas de seguridad dentro y fuera de su hogar, uso de pasamanos, puentes peatonales, uso de cinturón de seguridad al viajar en vehículo, pero siempre en compañía de un familiar. Dentro de las medidas para prevenir enfermedades menciona, no comer alimentos en mal estado, desinfectar la verdura, tomar agua de garrafón, abrigarse cuando hace frío y no exponerse al sol por tiempo prolongado.

Presenta falta de atención cuando se le da una orden

h) **PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES**

Refiere ser creyente de la religión católica, sin embargo, acude esporádicamente a la iglesia (una vez por mes), afirma que sus creencias no limitan su tratamiento médico. Muestra una actitud tranquila la mayor parte del tiempo, con un poco de impaciencia por el tiempo que ha transcurrido desde el inicio de la valoración, utiliza

un lenguaje verbal coherente presenta cambios en el nivel de voz, pero mantiene la plática.

Refiere conocer su estado de salud actual y cuenta con apoyo familiar de su hermana y su familia de está, reconoce los cuidados que debe tener sobre su enfermedad y refiere que acude a consulta médica 2 veces por mes aproximadamente (consulta neurológica y medicina familiar IMSS). Muestra interés por elevar su independencia e incrementar el aprendizaje referente a su enfermedad.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Signos vitales y medidas antropométricas: tensión arterial de 120/80 mmHg Frecuencia cardíaca 66 latidos por minuto Frecuencia respiratoria 22 respiraciones por minuto y una temperatura de 36° centígrados. Talla 162 centímetros y peso 58 kilogramos IMC 22 Peso normal

Alerta, orientada en tiempo, lugar y espacio, edad cronológica igual a la aparente, se realizó una exploración física céfalo-caudal, se encuentra con un parámetro cefálico normal, sin exostosis, con adecuada implantación de cabello cano, presencia de cicatriz quirúrgica en región parieto temporal bilateral, ojos simétricos con adecuada implantación de pestañas, pupilas isocóricas normorreflexicas. adecuado seguimiento visual, menciona una menor agudeza visual pero no recuerda la graduación, ocupa lentes solo al leer. Tabique nasal alineado con narinas permeables y adecuado estado de la mucosa, la mucosa de la cavidad oral se encuentra con adecuada hidratación, labios rojizos, no presenta gingivitis, cuenta con su dentadura completa, con incrustaciones en segundo molar izquierdo maxilar y primer molar derecho mandibular, refiere sensación desagradable con alimentos fríos. Lengua hidratada y de aspecto rojizo, con adecuados movimientos de la lengua, sin lesiones de la cavidad oral. Adecuada implantación de pabellones auriculares, simétricos, sin secreciones, no presenta alteración del conducto auditivo, agudeza auditiva normal. Realiza adecuada discriminación de olores y sabores. Adecuada sensibilidad de la cara y con adecuada fuerza de los músculos mandibulares, realiza exagerada gesticulación de epicráneo, superciliar y orbicular de los parpados. Cuello cilíndrico, delgado, corto, arcos completos de movilidad, no doloroso, tráquea central, pulso carotideo presente.

Su piel se encuentra con adecuada coloración, hidratada. Amplitud de tórax normal, sin dolor, ni disnea, campos pulmonares ventilados, sin agregados. Ruidos cardíacos rítmicos, con adecuada intensidad y frecuencia. Glándulas mamarias simétricas, turgentes, sin salida de secreción Extremidades superiores íntegras, simétricas, arcos de movilidad para hombro, codo, muñeca y dedos completos, Escala de Daniels (ANEXO 13) 3/5 para miembros inferiores Y Escala de Ashworth modificada (ANEXO 14) 1. Abdomen globoso, no doloroso a la palpación, peristalsis presente, discretamente disminuida, sin visceromegalias. Sensibilidad superficial

táctil con cotonete, punta roma y térmica normales, sensibilidad profunda vibratoria con diapazón, grafoestesia y estereognosia (llave, botón, bolígrafo) normales.

Valoración de la postura: marcha independiente, claudicante derecha con ante pulsión de cuello, hombros y cuello, mirada al suelo rodilla y tobillo con tendencia al valgo, aumento de la cifosis dorsal, abdomen prominente con aumento de lordosis lumbar, aumento de la base de sustentación, pasos cortos con variantes de puntas y talones. (Anexo #8 y9)

Examen manual muscular:

Psoas iliaco y recto anterior del muslo 4/4

Glúteo mayor 3/3

Glúteo medio y menor 3/3

Primer, segundo y tercer abductor. Pectíneo y recto interno 3/3

Piramidal, cuadrado crural. Obturador interno y externo. Gémino superior e inferior  $\frac{3}{4}$

Tensor de la fascia lata, glúteo menor y mediano 3/3

Cuádriceps 3/4

Semitendinoso  $\frac{3}{4}$

Bíceps femoral  $\frac{3}{4}$

Soleo 4/4

Gemelos y plantar 4/4

Peroneos largo y corto 4/4

Tibial anterior y posterior 4/4

Reflejos:

Tricipital Normal

Bicipital Normal

Estilorradial Normal

Rotuliano Hiperreflexia

Aquileano Normal

Goniometría:

Hombros: Abducción 165°/163°, aducción 30°/30°, flexión 167°/170°, extensión 40°/42°, rotación externa 80°/78°, rotación interna 50°/51°

Codos: Flexión 140°/145°, extensión 8°/8°, pronación 80°/81° supinación 78°/80°

Muñeca: Flexión 55°/54° extensión 55°/55° desviación radial 25°/25° desviación cubital 35°/33°

Miembros inferiores

Cadera: Abducción 45°/45°, aducción 28°/25°, flexión 120°/120°, extensión 30°/29°, rotación interna 39°/40°, rotación externa 44°/43°

Rodilla: Flexión 130°/131°, extensión 0/0

Tobillo: Flexión plantar 46°/48°, flexión dorsal 18°/17°



### 7.1.1 VALORACION FOCALIZADA

Valoración realizada 10 abril 2015

Nombre: M. D. F

Paciente adulto mayor, femenino de 67 años de edad, soltera, religión católica, enfermera jubilada

- a) **MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE**  
No presenta alteraciones
- b) **MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA**  
Mantiene un buen aporte de líquidos, sobre todo de agua natural. Refiere su consumo de refresco de 250 ml a 3 o 4 veces por semana.
- c) **MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS**  
Realiza 4 comidas al día con horarios bien establecidos (Desayuno 8:00 – comida 13:00 – colación 17:00 – Cena 21:00), con tiempo de ingesta de aproximadamente 30 minutos, sin interrupciones.
- d) **PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN DE DESECHOS, INCLUIDOS LOS EXCREMENTOS**  
Refiere patrón normal de evacuaciones 2 veces por día, sin dificultad, de características normales, la orina de igual forma, no se reportan infecciones de vías urinarias durante el tiempo del proceso.
- e) **MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO**  
Actualmente continua con hábitos de sueño sin alteraciones refiere dormir 7 horas seguidas y sentirse descansada, continua con la toma de clonazepam  $\frac{1}{4}$  por las noches por indicación del neurólogo.  
De acuerdo al índice de Barthel de 95/100 para la realización de las actividades de la vida diaria con limitación para subir y bajar escaleras y una puntuación de 7/8 escala de Lawton y Brody con limitación para la preparación de alimentos.  
Tinetti 14 puntos para equilibrio y marcha, con marcha auxiliada por bastón, aumento de la base de sustentación, mirada al frente, con corrección de la postura, realiza higiene de columna.
- f) **MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL**  
Se considera una persona seria, continua con sus reuniones mensuales con ex compañeros de trabajo y mantiene una buena relación con su familia ahora que pasan más tiempo juntos.
- g) **PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO**  
Se encuentra ubicada en tiempo, lugar y espacio, se expresa de forma coherente, se realiza evaluación de Folstein obteniendo 29 puntos, realizo algunas modificaciones dentro de su domicilio, fueron colocados 2

barandales al lado de la regadera, y adquirió una silla de aluminio y plástico para bañarse, adicionaron una regadera de teléfono en el cuarto de baño.

Refiere baño y cambio de ropa diariamente, refiere cepillado dental 3 veces por día, sin presencia de caries, no sangrado de encías.

Unas de manos y pies cortas.

Uso de medidas de seguridad dentro y fuera del hogar.

- h) PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS Y EL DESEO HUMANO DE SER NORMAL.

Reconoce su estado de salud actual y el cuidado que implica, reafirma que continuara con el plan rehabilitatorio para su mejora continua, refiere sentirse satisfecha con el progreso que tiene. Dentro de la familia refiere sentirse satisfecha con su rol asumido actualmente.

#### EXPLORACION FISICA 10 ABRIL 2015

Peso actual 59.100 kg, talla 162 cm IMC 22.48 peso normal

Tensión arterial 125/70 mmhg, Frecuencia cardíaca 72 latidos por minuto,

Frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto y temperatura 36.6 centígrados.

Marcha: independiente con ayuda de bastón, mirada al frente, cifosis dorsal, aumento de la base de sustentación, paso con cortos con variantes de puntas y talones. Realiza higiene de columna.

Examen manual muscular

Psoas iliaco y recto anterior del muslo 4/4

Glúteo mayor 4/4

Glúteo medio y menor 4/4

Primer, segundo y tercer abductor. Pectíneo y recto interno 4/4

Piramidal, cuadrado crural. Obturador interno y externo. Gémino superior e inferior 4/4

Tensor de la fascia lata, glúteo menor y mediano 4/4

Cuádriceps 4/4

Semitendinoso 4/4

Bíceps femoral 4/4

Soleo 4/4

Gemelos y plantar 4/4

Peroneos largo y corto 4/4

Tibial anterior y posterior 4/4

Reflejos:

Tricipital Normal

Bicipital Normal

Estilorradiar Normal

Rotuliano Hiperreflexia

Aquileano Normal

## 7.1.2 ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

QUÍMICA SANGUÍNEA		
GLUCOSA	96 mg/dl	65.00 – 110.00
UREA	32.20 mg/dl	15.00 – 50 .00
NITRÓGENO UREICO	15 mg/dl	7.00 – 18.00
CREATININA SÉRICA	0.8 mg/dl	0.60 – 1.20
ÁCIDO ÚRICO	4.6 mg/dl	1.40 – 5.80
COLESTEROL TOTAL	186 mg/dl	140.00 – 200.00
COLESTEROL HDL	60.6 mg/dl	35.00 – 135.00
COLESTEROL LDL	127 mg/dl	100.00 – 135.00
ALBÚMINA	3.80 g/dl	3.50 – 5.00
TRIGLICERIDOS	112 mg/dl	35.00 – 135.00

Realizado por Evelin Fabiola Ocaña Díaz

Fuente: Laboratorio Médico Polanco 12 Octubre 2014

### EXAMEN GENERAL DE ORINA

COLOR	Amarillo
ASPECTO	Claro
DENSIDAD	1.010
PH	6.0
LEUCOCITOS	NEGATIVO
PROTEÍNAS	NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO
BILIRRUBINAS	NEGATIVO
CETONAS	NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO

Realizado por Evelin Fabiola Ocaña Díaz

Fuente: Laboratorio Médico Polanco 12 octubre 2014

### Estructura del rol:

Debido a la situación actual, ella esta consiente de la necesidad de dependencia en los cuidados provistos por su familia, lo cual implica la modificación de su entorno y la compañía de una persona, así como la restricción en sus actividades fuera de casa sin embargo en cuanto la solvencia económica la lleva a cabo de manera independiente. Ella expresa el deseo de recuperación total para no depender de su familia próxima por sentimiento de que ellos se molesten e invasión de la privacidad. Durante el interrogatorio ella expresa deseos de seguir adelante, pero al mismo tiempo frustración al no poder elegir por ella misma actividades que le gustaría realizar en total independendia y libertad sobre todo en las salidas fuera de su hogar, cree que esto le ayudaría a llevar un mejor control de su vida.

### Etapa de desarrollo: Adulto

Cambio súbito en las condiciones de vida posterior al accidente es la limitación de realizar actividades por ella misma. Hace referencia a las caídas que ha presentado con anterioridad y la limitación al no poder realizar todas las actividades sola.

Requisitos de desviación de la salud: Se requiere que la persona busque ayuda de personal competente cuando se encuentra en una situación de incapacidad para satisfacer las propias necesidades de cuidado de la salud. La paciente cuenta con conocimiento sobre su padecimiento, esta consiente que requiere rehabilitación, sin embargo, expresa sentimiento de incertidumbre sobre la eficacia que tendrá.

### 7.1.3 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

Jerarquización de problemas realizada de acuerdo a la exploración física realizada el 14 noviembre 2014

- 1) Marcha danzante, breve e irregular
- 2) Movimientos involuntarios de extremidades
- 3) Disminución de la fuerza muscular en miembro pélvicos
- 4) Limitación de AVD durante el baño
- 5) Postura corporal inadecuada
- 6) Deterioro de la escritura
- 7) Caídas previas

Jerarquización de problemas realizada de acuerdo a la exploración física realizada el 10 abril 2015

- 1) Marcha danzante, breve e irregular
- 2) Movimientos involuntarios de extremidades
- 3) Aumento de la fuerza muscular en miembro pélvicos
- 4) Mayor autonomía en AVD
- 5) Postura corporal adecuada
- 6) Mejora de la escritura
- 7) Caídas previas
- 8) Alto riesgo de estreñimiento
- 9) Alto riesgo de desnutrición por aporte calórico insuficiente
- 10) Alto riesgo de deterioro de la deglución

## 7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Déficit del equilibrio entre la actividad y el reposo R/C debilidad muscular en miembros inferiores M/P marcha inestable, claudicante, danzante y breve (TINETTI 12 puntos) DANIELS 3/5 (psoasiliaco, glúteo mayor, menor y medio, pectíneo, recto anterior, recto interno, tensor de la fascia lata, piramidal, gémimo superior e inferior), ASHWORTH 1

Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo R/C enfermedad neurodegenerativa M/P marcha inestable y movimientos involuntarios, rápidos, irregulares y bruscos (TINETTI 12 puntos)

Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo R/C proceso neurodegenerativo gradual M/P limitación de las actividades la vida diaria (BARTHEL 90/100 con limitación para el baño y subir y bajar escaleras) y (LAWTON Y BRODY 6/8 con limitación para preparación de alimentos, cuidados de la casa y compras)

Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo R/C enfermedad neurodegenerativa M/P mala postura y aumento de la cifosis dorsal.

Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano R/C disminución de la atención M/P incapacidad de aprender nueva información y poco apego a tratamiento terapéutico

Déficit de promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas y el deseo de ser normal R/C trastorno neurodegenerativo M/P deterioro de la escritura

Riesgo de déficit del mantenimiento de la prevención de peligros de la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano R/C deterioro neurológico (DONWNTON 4).

Riesgo de déficit del mantenimiento del equilibrio entre la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal R/C el cuidado al paciente con enfermedad neurodegenerativa (ZARIT 27 puntos)

Diagnósticos agregados por riesgo

Riesgo de déficit del mantenimiento de aporte suficiente de alimentos R/C gasto energético mayor secundario a enfermedad neurodegenerativa

Riesgo de déficit de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano R/C deterioro para deglutir

Riesgo de déficit de provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos incluidos los excrementos R/C proceso neurodegenerativo

### 7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

PROBLEMA	SOLUCIÓN
Adulto mayor con Enfermedad de Huntington	Atención del equipo multidisciplinario de salud (neurólogo, médico rehabilitador, enfermería en rehabilitación, fisioterapeuta, psicólogo)
Miedo a ser una carga para la familia	Atención psicológica en INR
Agudeza visual disminuida relacionada con la edad	Seguimiento cada medio año en oftalmología, o al percibir algún cambio en su agudeza visual
Sensación desagradable con alimentos fríos	Visita al odontólogo particular para revisión
Riesgo de fatiga para cuidador primario	Atención psicológica que también es brindada en el instituto, así podrá expresar sus sentimientos y crear estrategias que le ayuden a fortalecer los lazos familiares.
Disartria	Valoración por un Foniatra
Asesoramiento nutricional	Valoración por un Nutriólogo
Desconocimiento de la enfermedad de Huntington, sin embargo, refieren no asistir a la asociación por miedo a ver el deterioro de otros pacientes	Contar con redes de apoyo donde puedan expresar dudas y nuevos conocimientos acerca de la enfermedad, de esta manera se enriquecería de nuevas técnicas para el cuidado.

## 7.4 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS

Déficit del equilibrio entre la actividad y el reposo R/C debilidad muscular en miembros inferiores M/P marcha inestable, claudicante, danzante y breve (TINETTI 12 puntos) (DANIELS 3/5 (psoasiliaco, glúteo mayor, menor y medio, pectíneo, recto anterior, recto interno, tensor de la fascia lata, piramidal, gémimo superior e inferior), (ASHWORTH 1)

7.4.1 Objetivo de la persona	“Quiero caminar mejor”
7.4.2 Objetivo de Enfermería	Prevenir caídas y mejorar el equilibrio en bipedestación, así como la fuerza muscular de las extremidades pélvicas durante las fases de la marcha. (TINETTI 12 puntos, DANIELS 3/5, ASHWORTH 1)

Sistema de Enfermería: Apoyo educativo, parcialmente compensatorio

Agente: Estudiante de la Especialidad de Enfermería en Rehabilitación, paciente

### 7.4.3 Intervenciones de Enfermería

1. Valorar con escala de Tinetti para la marcha
La escala de Tinetti permite evaluar la capacidad de equilibrio y marcha de una persona para determinar el riesgo que presenta de sufrir una caída
2. Valoración con escala de Daniels para fuerza muscular
Valora la fuerza muscular
3. Valoración con escala de Ashworth para tono muscular
Valora la espasticidad
4. Toma de signos vitales
Antes de comenzar con los ejercicios, se valora el estado general de la persona y se realiza la toma de signos vitales: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y temperatura.
Durante el ejercicio se realiza un aumento del gasto cardíaco ocasionado por el aumento de la frecuencia cardíaca y el volumen sistólico, los cuales dependen principalmente de la intensidad y el tipo de ejercicios que se ejecute. La elevación de la frecuencia cardíaca se da de forma refleja como un mecanismo compensatorio de la actividad metabólica <sup>88</sup> . El volumen sistólico se incrementa por el aumento del retorno venoso y la contractilidad ventricular.
5. Calentamiento muscular (ANEXO 19)
El calentamiento incrementa la temperatura corporal, aumenta el ritmo cardíaco, incrementa el nivel metabólico y el intercambio gaseoso, facilita a los músculos la recuperación tras la contracción de una manera más eficaz, disminuye la tensión muscular.
6. Ejercicios en colchón
Ejercicios isométricos de cuádriceps <sup>89</sup>

<sup>88</sup> Wilmore. J. Costill. L. D. Fisiología del esfuerzo y del deporte. 6ta ed. Paidotribo. 2007. P 245

<sup>89</sup> Aguilar-Ruiz E. C., Ramírez-Gutiérrez N., Camaño-Vicente E. C., Hernández-Corral S.. Intervenciones de enfermería especializada en un adulto con alteraciones de la marcha ocasionadas por quemadura eléctrica. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2016 Mayo 15]; 10( 4 ): 139-146. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632013000400006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000400006&lng=es)

En decúbito supino flexionar ambas rodillas, deslizara los talones por el colchón, manteniendo juntos los tobillos.

Mantener la posición por 5 segundos

Extender las rodillas hasta la posición inicial

Repetir 2 series de 10 repeticiones progresar hasta 3 series de 10 repeticiones.

En decúbito supino flexionar rodilla derecha, y ubicar el talón en la rodilla izquierda

Mantener la posición por 5 segundos

Extender la rodilla derecha y alternar el ejercicio con la pierna contraria.

Repetir 2 series de 10 repeticiones progresar hasta 3 series de 10 repeticiones.

En decúbito supino debe alternar la flexión de una rodilla mientras se extiende la otra, simulando el pedaleo de una bicicleta.

Repetir 2 series de 10 repeticiones, progresar hasta 3 series de 15 repeticiones.

Elevación de la pierna en extensión

En decúbito supino, la extremidad pélvica de apoyo mantenerla flexionada con apoyo de la superficie firme.

Elevar la extremidad pélvica a ejercitar de forma plana y alcanzar un ángulo 45°

Mantener la elevación por 5 segundos y regresar a la posición de inicio

Repetir 2 series de 10 repeticiones progresar hasta 3 series de 10 repeticiones.

Cuádriceps en extensión

En decúbito supino, con ambas rodillas extendidas colocar una toalla enrollada debajo de la rodilla para mantener en mínima flexión.

Empujar con la parte posterior de la rodilla hacia el suelo, aplastando la toalla

Mantener la posición durante 5 segundos y soltar

Elevación de la pierna en extensión trazando una D

En decúbito dorsal, la pierna que realiza el ejercicio se eleva con el talón a 30° del suelo

Trazar una D en el aire 3 veces

Regresar a la posición inicial.

Estiramiento de isquiotibiales

En decúbito prono, con las rodillas en extensión y lo tobillos en posición neutra a 90°, flexionar las rodillas hacia las nalgas tanto como sea posible

Mantener la posición 5 segundos y regresar a la posición inicial.

El ejercicio terapéutico se considera el elemento central de los planes de asistencia de fisioterapia, en conjunto con otras intervenciones para conseguir mejorar la función y reducir la discapacidad<sup>90</sup>.

El objetivo fundamental es reforzar los grupos musculares directamente implicados en asegurar la autonomía en las actividades de la vida diarias, mejorar la movilidad, la fuerza, el control neuromuscular y la resistencia muscular, complementado con ejercicios respiratorios.

<sup>90</sup> León. C y cols. Fisioterapeutas del servicio de la comunidad de Madrid. Editorial MAD. Vol. III. 2005. P. 47



Los ejercicios de Frenkel se basan en tres condiciones:

1. Concentración de atención del usuario
2. Precisión
3. Repetición

El objetivo es lograr la regulación del movimiento de forma que le paciente sea capaz de realizarlo y adquiriera confianza en la práctica de actividades esenciales para su independencia en la vida diaria.<sup>91</sup>

La progresión se realiza alternando rapidez, amplitud y complejidad, no en potencia, cuando sea dominado el ejercicio, se ejecutará con los ojos cerrados.

#### 7. Ejercicios en sedestación

La progresión de esta posición se puede realizar retirando el apoyo de la silla, desde una silla con respaldo y reposabrazos a otra sin reposabrazos ni respaldo.

Se enseña al paciente a levantarse de una silla y sentarse nuevamente, se deben flexionar las rodillas y situar los pies debajo de la silla, flexionando el tronco hacia adelante, elevarse extendiendo las piernas y el tronco y para sentarse realizar el proceso de manera inversa.

Elevar alternadamente cada rodilla y colocar el pie firmemente en el suelo, pisando una huella dibujada paralelamente a unos 5 cm de la línea central. Extensión y elevación alterna de miembros inferiores hasta colocar el talón o el hallux en un punto determinado.

Elevar los talones y quedar de puntitas de los dedos de los pies, mantener la posición y por 5 segundos y bajar los talones hasta tocar el piso.

Dibujar con el pie sobre el suelo letras y números.

Sedestación con las caderas en abducción y después en aducción.

Los ejercicios en sedestación permiten tener mayor control del tronco y mayor facilitación neuromuscular propioceptiva

#### 8. Ejercicios re educación de la marcha

Deambulación lateral con barras paralelas, alternando pasos cortos y paso largos.

Es útil utilizando un espejo.

Deambulación hacia adelante: flexión de rodilla y apoyando el talón, después la punta

Con un pie adelantado, realizar transferencia de peso de un pie a otro

Subir y bajar rampas

Subir y bajar el peldaño de una escalera, progresando a subir y bajar escaleras completas utilizando el pasamanos

Actividades implementadas Febrero 2015

Deambulación sobre marcas (huellas) específicas en el suelo

Deambulación salvando obstáculos (zigzag) en terrenos lisos (concreto) avanzando por terrenos irregulares (banquetas, pasto, arena y tezontle)

Actividades implementadas en Marzo 2015

<sup>91</sup> Ejercicios de Frenkel. [Internet] [Consultado 10 mayo 2016] Disponible en: <https://www.efisioterapia.net/articulos/ejercicios-frenkel>

<p>Escritura en un pizarrón con tiza dibujando diagramas simples (líneas rectas y zigzag, así como figuras geométricas, cuadrado, círculo y triángulos) El paciente de pie, sosteniendo una pelota debe arrojarla cuando se encuentre en movimiento. Deambulación con cambios de dirección</p>
<p>Los ejercicios en bipedestación será la última fase, inicialmente con aumento en la base de sustentación</p>
<p>9. Marcha lateral Dar pasos laterales de 40 a 50 cm de longitud, cuando sea dado el paso flexionar las rodillas. Marcha de frente Dar pasos hacia adelante flexionando la pierna 90° en cada paso, alternando las piernas. Marcha hacia atrás</p>
<p>Los ejercicios en bipedestación será la última fase, inicialmente con aumento en la base de sustentación</p>
<p>10. Enfriamiento muscular (ANEXO 20)</p>
<p>El enfriamiento se define como el proceso posterior a una actividad física con carácter de esfuerzo que tiene por finalidad restituir al organismo y regresar a los valores metabólicos y neuromusculares que se tenían en la situación inicial de reposo. La vuelta a la calma son los ejercicios realizados para reducir progresivamente la intensidad del esfuerzo<sup>92</sup></p>
<p>11. Uso correcto de bastón<sup>93</sup> Medición: al utilizarlo el codo debe flexionar de 20° a 30° Su longitud va del trocánter mayor del fémur hasta un punto en el piso, 10 cm adelante y afuera de la punta del pie.  Debe utilizarse en el brazo contralateral a la pierna afectada, ya que así produce un patrón normal de la marcha</p>
<p>Auxiliares de la marcha, estos dispositivos aumentan la estabilidad durante la marcha e incrementan la base de sustentación si existe inestabilidad, descargan parte del peso que soportan las extremidades inferiores, disminuyendo el dolor articular secundario a la marcha y proporcionando seguridad. Entre estos elementos destacan el empleo de bastones, andaderas o muletas</p>
<p>12. Ejercicios respiratorios.<sup>94</sup> Se realizarán 3 veces al día</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiración torácica: Colocar ambas manos en el torác Inspirar el aire por la nariz, llenar el tórax de aire Espirar lentamente el aire por la boca</li> <li>• Respiración abdominal:</li> </ul>

<sup>92</sup> Enfriamiento muscular. [Internet] [Consultado 10 abril 2016] Disponible en <https://www.vitonica.com/lesiones/beneficios-del-enfriamiento-o-proceso-de-vuelta-a-la-calma>

<sup>93</sup> González. C. B y cols Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet] 2005 [Consultado 10 abril 2016]; 43 (5): 436. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055i.pdf>

<sup>94</sup> Villar. A. F. Guía de educación y rehabilitación respiratoria para pacientes. Barcelona [Internet] 2010. [Consultado 1 abril 2016] Disponible en: <http://www.universidaddelasalud.es/pdf/Guias%20Pacientes%20-%20Rehabilitacion%20Respiratoria.pdf>

Colocar las manos sobre el abdomen  
Inspirar el aire por la nariz, intentar que se eleve el abdomen  
Espirar el aire lentamente por la boca sintiendo la disminución del tamaño del abdomen.

- Respiración con los labios fruncidos:  
Inspirar el aire por la nariz  
Fruncir los labios como si se fuese a silbar o soplar  
Inspirar lentamente el aire como si se quisiera apagar una vela.

Los objetivos principales de la rehabilitación respiratoria en geriatría es mejorar la eficacia de la ventilación, reacondicionamiento de los músculos respiratorios y el aumento progresivo de la tolerancia al ejercicio.

Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo R/C enfermedad neurodegenerativa M/P marcha inestable y movimientos involuntarios, rápidos, irregulares y bruscos (TINETTI 12 puntos)

7.4.1 Objetivo de la persona	“Poder caminar bien”
7.4.2 Objetivo de Enfermería	Mejorar el equilibrio en bipedestación, así como aumentar el control corporal durante las fases de la marcha, con ejercicios de enderezamiento

Sistema de Enfermería: Apoyo educativo, parcialmente compensatorio, totalmente compensatorio

Agente: Estudiante de la Especialidad de Enfermería en Rehabilitación, paciente

### 7.4.3 Intervenciones de Enfermería

1. Explicar el ciclo de la marcha (ANEXO 16)
La marcha normal se define como una serie de movimientos alternantes y rítmicos de las extremidades y el tronco que determinan un desplazamiento del centro de gravedad hacia adelante. El movimiento coreico en el signo más característico de la EH, puede aparecer pérdida de tono muscular de tronco y cuello, así como pérdida del equilibrio. La marcha se vuelve descoordinada y arrítmica. <sup>95</sup>
2. Aplicar escala de Tinetti para equilibrio y la marcha (ANEXO 8 y 9)
La escala de Tinetti permite evaluar la capacidad de equilibrio y marcha de una persona para determinar el riesgo que presenta de sufrir una caída
3. Realizar evaluaciones específicas Test de Romberg: Se solicita al paciente que se mantenga de pie con los pies juntos durante 10 segundos, con los ojos abiertos y cerrados. Luego se repite con los pies en semitándem y tándem para aumentar la sensibilidad del test. Los pacientes con déficits vestibulares y propioceptivos pierden estabilidad al cerrar los ojos.  Apoyo monopodal: Tiempo que se mantiene el paciente sobre un pie. Es un muy buen predictor de caídas. Menos de 5 segundos es anormal.
El trastorno de la marcha tiene un gran impacto en al adulto mayor y han aumentado con frecuencia como consecuencia del envejecimiento poblacional. El origen del trastorno de la marcha habitualmente es multicausal, aunque las etiologías neurológicas y músculo-esqueléticas estas presentes en la mayor parte de los pacientes <sup>96</sup> .

<sup>95</sup> Cuidando al Enfermo de Huntington. Una guía básica. Asociación Corea de Huntington Española (ACHE) [Internet] Consultado 10 Dic 2015 Disponible en: [http://www.portalsolidariocajaburgos.org/portalsolidario/PUBLICACIONES/55\\_guiabasica.pdf](http://www.portalsolidariocajaburgos.org/portalsolidario/PUBLICACIONES/55_guiabasica.pdf)

<sup>96</sup> Cerda. A. L Management of gait disorders in the elderly. [Internet] Rev. Med. Clin. Condes, 2014; 25 (2), 265-275. Consultado el 12 mayo 2016 disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S0716864014700379/1-s2.0-S0716864014700379-main.pdf?\\_tid=1bc98630-3776-11e7-81ff-00000aacb35e&acdnat=1494636787\\_25262a706fd2bd011e20c84a80369467](http://ac.els-cdn.com/S0716864014700379/1-s2.0-S0716864014700379-main.pdf?_tid=1bc98630-3776-11e7-81ff-00000aacb35e&acdnat=1494636787_25262a706fd2bd011e20c84a80369467)

Los trastornos de la marcha pueden ocurrir en cualquier grupo etario, sin embargo, su prevalencia incrementa en la tercera edad que puede verse reflejado en un progresivo deterioro del estado de funcionalidad física, psíquica y social.<sup>97</sup>

#### 4. Ejercicios para aumentar el equilibrio

- Equilibrio en sedestación sobre superficie estable (Colchoneta)<sup>98</sup>.
- Aumentar la conciencia sobre los límites de la estabilidad.
- En sedestación, se practica flexión de hombros sosteniendo una pelota hacia adelante por encima de la cabeza y hacia los lados con rotación cervical derecha e izquierda en dirección de la pelota.
- En posición de gateo, flexionar el hombro derecho, realiza una serie de 8 repeticiones e incrementar de acuerdo a tolerancia, realizarlo con hombro izquierdo. Alternarnos con extensión de pierna derecha y después la izquierda.
- Equilibrio en sedestación sobre superficie inestable (cacahuete)
- Sentado sobre el balón terapéutico, se extiende los brazos con una pelota hacia adelante, por encima de la cabeza y hacia los lados. Dirigiendo la mirada hacia la pelota.
- Basculación pélvica frontal pasiva: el paciente sentado en la cama con los pies colgando, el estudiante de posgrado se colocará detrás y mediante una presa axilar, realizará pequeños desplazamientos del tronco de un lado a otro.
- Realizar empujes unidireccionales, el estudiante de posgrado, realizara empujes para desequilibrar al paciente, trabajando reacciones de enderezamiento.

En condiciones normales el ser humano, dispone de una serie de mecanismos reflejos fisiológicos: las reacciones de equilibrio son mínimos ajustes en el tono postural que se realizan para mantener el equilibrio durante las actividades y compensar desplazamientos del peso; las reacciones de enderezamientos son movimientos automáticos de la cabeza, el tronco o extremidades, realizados como contrapeso para compensar el desplazamiento y las reacciones de apoyo son reacciones automáticas que aumentan la base de sustentación con la finalidad de prevenir caídas<sup>99</sup>.

Resulta provechoso el fortalecimiento de las piernas y el cuerpo en general y el aumento de la seguridad ante las caídas, fenómeno frecuente y peligroso en este tipo de población; por lo tanto, contribuye a mejorar la calidad de vida.<sup>100</sup>

#### 5. Toma de signos vitales

Antes de comenzar con los ejercicios, se valora el estado general de la persona y se realiza la toma de signos vitales: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y temperatura.

Durante el ejercicio se realiza un aumento del gasto cardíaco ocasionado por el aumento de la frecuencia cardíaca y el volumen sistólico, los cuales dependen principalmente de la intensidad y el tipo de ejercicios que se ejecute. La elevación de la frecuencia cardíaca se da de forma refleja como un mecanismo compensatorio de la actividad metabólica<sup>101</sup>.

<sup>97</sup> Cerda. A. La evaluación del paciente con trastorno de la marcha. [(internet) Rev Hosp Clin Univ Chile 21(4):326 Consultado 12 mayo 2016. Disponible en:

[http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/124202/evaluacion\\_paciente\\_con\\_trastorno\\_marcha.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/124202/evaluacion_paciente_con_trastorno_marcha.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

<sup>98</sup> Hall. C.M. Ejercicio terapéutico, Recuperación funcional. Madrid: Paidotribo; 2006. P. 120-123

<sup>99</sup> Bisbe. Op. Cit. P 86

<sup>100</sup> Barrios. Op. Cit. P 132

<sup>101</sup> Wilmore. J. Costill. L. D. Fisiología del esfuerzo y del deporte. 6ta ed. Paidotribo. 2007. P 245

El volumen sistólico se incrementa por el aumento del retorno venoso y la contractilidad ventricular.

6. Ejercicios para fortalecimiento muscular

- El paciente debe estar en sedestación:
- Flexo-extensión de hombro, alternan ambos brazos, realizar 2 series de 10 repeticiones.
- Abducción de hombro, realiza una inspiración, exhalar el aire mientras los brazos regresan a posición neutral. Realizar 2 series de 10 repeticiones.
- Alternar manos a hombros, con los brazos al lado del cuerpo; flexionar el brazo y tocar con la mano el mismo hombro, volver a la posición inicial. Realizar 2 series de 10 repeticiones cada brazo.
- Flexión de la cadera con la rodilla en máxima flexión para relajamiento de isquiotibiales, sostener 5 segundos y regresar a sedestación, realizar 2 series de 10 repeticiones cada uno.
- Extensión de rodilla, sostener 5 segundos y flexionar, alternar ambas piernas. Realizar 2 series de 10 repeticiones cada una.
- 

Los programas diseñados para la prevención de caídas son similares a los programas destinados a combatir los efectos del envejecimiento. Según la literatura, la mayoría de los programas se basan en ejercicios que aumentan la fuerza muscular e incrementan la movilidad de las articulaciones en las extremidades inferiores, la capacidad aeróbica y el equilibrio. De esta forma, los programas de prevención de caídas están diseñados para mejorar el equilibrio mediante el incremento de la fuerza, la resistencia, la flexibilidad, la capacidad aeróbica y la función.<sup>102</sup>

<sup>102</sup> Landinez. P. N. Contreras. V. K. Castro. V. A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev Cubana Sal Pública [Internet] 2012 [Consulta 2 enero 2015]; 38 (4): 562- 580. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v38n4/spu08412.pdf>

Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo R/C proceso neurodegenerativo gradual M/P limitación de las actividades la vida diaria (BARTHEL 90/100 con limitación para el baño y subir y bajar escaleras) y (LAWTON Y BRODY 6/8 con limitación para preparación de alimentos, cuidados de la casa y compras)

7.4.1 Objetivo de la persona	“Quisiera bañarme sola como antes”
7.4.2 Objetivo de Enfermería	La paciente adquirirá habilidades para incluir dentro de sus actividades de la vida diaria básicas e instrumentales y aumentar su autonomía

Sistema de Enfermería: Parcialmente compensatorio

Agente: Estudiante de la Especialidad de Enfermería en Rehabilitación y paciente.

### 7.4.3 Intervenciones de Enfermería

<p>1. Aplicación del Índice de Barthel (ANEXO 4)</p> <p>El Índice de Barthel IB es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria AVD, considerándolas básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia<sup>103</sup>. Los valores asignados a cada actividad e basan en el tiempo y cantidad de ayuda física requerida si el paciente no puede realizar dicha actividad.</p>
<p>2. Aplicación de la Escala de Lawton y Brody (ANEXO 5)</p> <p>La escala de Lawton y Brody es una de los instrumentos de medición de Actividades de la Vida Diaria Instrumentales AVDI más utilizados internacionalmente Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems. Se debe tomar en cuenta que no todas las personas poseen la misma habilidad dantes un mismo grado de complejidad y la puntuación de diversos parámetros de la escala puede reflejar ciertas limitaciones sociales más que el verdadero grado de incapacidad del individuo. Se considera una escala más apropiada para las mujeres<sup>104</sup>.</p>
<p>3. Se implementa el uso de ayudas técnicas</p> <p>Durante el baño con utensilios de mangos largos Cambiar botones pequeño por unos más grandes de la ropa Utilizar pantalones de resorte Utiliza zapatos sin agujetas.</p>
<p>Las ayudas técnicas o dispositivos de apoyo son instrumentos utilizados por una persona con discapacidad, fabricados especialmente para prevenir, compensar o neutralizar una deficiencia. Permiten a una persona aumentar su capacidad funcional para la realización de tareas cotidianas en el entorno<sup>105</sup>.</p>

<sup>103</sup> Barrero. S. C. García. A. S. Ojeda. M. A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plasticidad y restauración neurológica [Internet] 2005 Enero [Consultado 23 Febrero 2015]; (4) 1; 81-85 Disponible en: [http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2005/prn051\\_21.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2005/prn051_21.pdf)

<sup>104</sup> Trigás. F. M. Ferrerira. G. L. Mejjide. M. H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin[Internet] 2011 [Consultado 10 enero 2015]; 72 (1): 11-16. Disponible en: file:///C:/Users/ArukasVGC/Downloads/Dialnet-EscalasDeValoracionFuncionalEnElAnciano-4098178.pdf

<sup>105</sup> Pousda. G. T. Las ayudas técnicas. Esas grandes desconocidas. ASEM Galicia [Internet] 2008 [Consultado 11 Enero 2015] Disponible en: <http://www.asemgalicia.com/wp-content/uploads/Las-ayudas-tecnicas-Esas-grandes-desconocidas.pdf>

La dependencia funcional puede ser consecuencia de la presencia de alguna enfermedad o proceso neurodegenerativo, que de ser lo suficientemente grave o duradero, afecta una o varias partes del organismo provocando la alteración del funcionamiento normal y con ello la incapacidad de realizar AVD

La dependencia funcional tiene implicaciones a nivel individual y efectos devastadores que impactan la calidad de vida, se pueden ver afectada la estructura y composición familiar.

En la ciudad de México señalan que la prevalencia de dependencia funcional en las mujeres fue mayor que en varones (19.1% y 14.8% respectivamente)

4. Se sugiere la colocación de barandal de apoyo de acero inoxidable en el cuarto de baño junto a la regadera.

Se sugiere cambio de grifo del lavabo por uno tipo palanca y no de giro

Como método de prevención de caídas, los barandales fijos en la pared son ideales para obtener un buen soporte si se pierde el equilibrio<sup>106</sup>.

5. Se sugiere la adquisición de silla de aluminio y plástico para evitar caídas durante el baño, así como el uso de sandalias siempre que inicie el baño.

Utilizar la silla como dispositivo para prevención de caídas dentro del cuarto de baño, así como el uso de sandalias son un excelente ayuda para prevenir resbalarse al estar en contacto con el piso mojado.

<sup>106</sup> ¿Cómo adaptar? Espacios interiores para discapacitados. [Internet] [Consultado 12 mayo 205] Disponible en: <http://www.elandalucia.es/WP/wp-content/uploads/consejos-adaptacion-ba%C3%B1o.pdf>



Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo  
R/C enfermedad neurodegenerativa M/P mala postura y aumento de la cifosis dorsal.

7.4.1 Objetivo de la persona	“Quiero caminar como antes”
7.4.2 Objetivo de Enfermería	Mejorar la postura e implementar medidas de higiene corporal para prevenir aumento de la cifosis dorsal

Sistema de Enfermería: Apoyo educativo, parcialmente compensatorio

Agente: Estudiante de la Especialidad de Enfermería en Rehabilitación, paciente y familia

### 7.4.3 Intervenciones de Enfermería

<p><b>1. Higiene de columna entrenamiento en la conciencia de la postura</b></p> <p>No permanecer durante períodos largos de tiempo en una sola posición, repartir las tareas domésticas en varios días.</p> <p>Intercalar períodos pequeños de descansos entre tareas, dosificar todas las actividades en los diferentes días de la semana.</p> <p>Modificar el entorno de ser necesario, adecuar la altura de sillas y mesas, así como el mobiliario de la cocina o la cama. El sofá no debe ser tan suave, ni bajo.</p>
<p><b>2. Explicación y demostración de cómo incorporar la higiene de columna en actividades de la vida diaria (ANEXO 17)</b></p> <p><b>•AL ESTAR DE PIE O CAMINAR</b> Al estar de pie, colocar siempre un pie adelante del otro y alternarlos, caminar con la cabeza y tórax erguidos, usar zapatos amplios y cómodos, con un tacón no mayor a 5 cm.</p> <p>Mantener la espalda recta y apoyar un pie sobre un escalón, alternar los pies. No estirarse para alcanzar zonas altas, puede utilizar escalones.</p> <p><b>•TAREAS COTIDIANAS</b> Al planchar o lavar platos lo más importante que se debe tener en cuenta es que la mesa de planchar y el fregadero deben estar a la altura de su ombligo, así la columna no tendrá que flexionarse.</p> <p>Para barrer o limpiar el piso debe sujetar el instrumento entre el nivel del pecho y la cadera, al realizar el movimiento trate de moverlo cerca de sus pies y realice el movimiento solo moviendo los brazos sin girar la cintura, de esta manera no se lastimará la columna.</p>

#### •AL CARGAR OBJETOS

Para recoger un objeto del piso, se deben flexionar las rodillas, los pies ligeramente separados y mantener la espalda recta, levantar el peso extendiendo las piernas y mantener el peso lo más cercano al cuerpo.

No se deben levantar objetos más allá de la altura del pecho, es aconsejable utilizar una escalera.

Es importante que, al transportar bolsas, debemos distribuir el peso equitativamente en ambos brazos, no se debe exceder más del 10% del peso corporal total.

Se puede utilizar un carro cuando el peso sea excesivo y empujarlo con ambas manos.

Evite girar o inclinar el tronco cuando este cargando un objeto.

Al transportar libros la forma más aconsejable es con una mochila de dos tirantes, el peso se equilibrará y no habrá un exceso de carga de un solo lado.

#### •SEDESTACIÓN

Las piernas y muslos deben estar a 90°, los pies deben estar en contacto con el piso, la cabeza y el cuello en posición recta, codos pegados al cuerpo y los brazos mantenerse a 90°

Si su trabajo exige estar sentado, debe tratar de levantarse y caminar cada 50 minutos por un espacio de al menos 5 minutos. Si trabajas frente a una computadora, es importante que esta esté frente a los ojos, a una distancia de 45 cms aproximadamente y debe poderse orientar e inclinar. El teclado debe estar a nivel de sus codos.

#### •DECÚBITO PRONO

Se debe mantener la alineación de la columna, colocar una almohada bajo la cabeza y una bajo las rodillas

#### •DECÚBITO SUPINO

Mantener la alineación de la columna con una almohada del tamaño entre la distancia del hombro y la cabeza, colocar una almohada entre las piernas

La higiene de columna consiste en aprender como adoptar posturas y realizar movimientos que sean implementados dentro de la vida cotidiana de la forma más adecuada para evitar un daño en la columna, ya sea en una postura estática como dinámica.

Esta actúa principalmente corrigiendo posturas viciadas y erróneas, con consejos preventivos y ergonómicos que prevengan la fatiga o dolor muscular.<sup>107</sup>

La columna vertebral está constituida por treinta y tres vertebrae (siete cervicales, doce torácicas, cinco lumbares, cinco sacras y cuatro coccigeas) que unidas a los discos intervertebrales van aumentando de tamaño y resistencia en dirección cráneo caudal, porque deben sostener un peso cada vez mayor.

<sup>107</sup> Vicente. Martín. M. Charlas sobre higiene postural en el aula [Internet] consultado 12 mayo 2016 Disponible en: [http://centros4.pntic.mec.es/~deprac15/ORIENTADORA/higiene\\_postural.pdf](http://centros4.pntic.mec.es/~deprac15/ORIENTADORA/higiene_postural.pdf)

entre sus funciones están:  
 Proteger la medula espinal y las raíces nerviosas que emergen de ella.  
 Sostener el peso del cuerpo  
 Proporcionar un eje parcialmente rígido y flexible para el cuerpo y un pivote para la cabeza  
 Cumplir un papel primordial en la locomoción<sup>108</sup>. En cuanto a las curvaturas, las que poseen convexidad hacia adelante son llamadas lordosis y las que tienen una convexidad posterior son llamadas cifosis. Cualquier tipo de curvatura lateral es considerada patológica y es llamada escoliosis.  
 El objetivo terapéutico de la higiene postural es la adquisición de hábitos posturales adecuados que protejan o eviten la sobre carga de la columna vertebral.  
 La higiene postural se compone de dos tipos de factores diferenciados: los hábitos posturales que están inscritos en nuestro esquema corporal (interior y dinámicos) y los factores externos o ayudas, como son el mobiliario o espacios (estáticos).<sup>109</sup>  
 Es importante señalar que no siempre se cuenta con el mobiliario ideal, pero puede adaptarse a las necesidades propias del sujeto, sin que esto implique gasto mayor que impacte en la economía.  
 Durante la sedestación el disco lumbar soporta una mayor presión, cuando se está sentado sin apoyar la espalda, la carga que soporta el disco intervertebral puede aumentar hasta un 40%.

3. Uso de compresa caliente de semillas para relajación muscular. (ANEXO 26)  
 La compresa de semillas para utilizarla se debe meter en una bolsa de plástico para guardar el calor, calentarla en el microondas durante un minuto, posteriormente se saca y se coloca dentro de su funda de tela para utilizarse. Si la compresa se encuentra muy caliente, se puede envolver en una toalla.  
 Se utilizará en la zona cervical previos ejercicios isotónicos de columna.

La termoterapia es la aplicación de calor con fines terapéuticos mediante agentes térmicos, con una temperatura de entre 34 y 36 C. favoreciendo la relajación muscular, el espasmo muscular y aumentando el flujo sanguíneo.<sup>110</sup>

4. Ejercicios isotónicos de columna (ANEXO 21)  
 Las repeticiones serán de 5-10 repeticiones de cada ejercicio y aumentar progresivamente según la tolerancia hasta 30 repeticiones.
- Respiración lenta, tomando aire por la nariz y soltando suavemente por la boca.
- Flexo-extensión de cuello.  
 Extensión de la cabeza hacia atrás, inspirando aire por la nariz  
 Flexión de la cabeza hacia abajo, bajando el mentón al pecho, y expirando lentamente el aire por la boca.
  - Flexión lateral del cuello  
 Inclinación de la cabeza hacia ambos lados, la oreja se dirige hacia el hombro correspondiente

<sup>108</sup> Vargas Sanabria Maikel. Anatomía y exploración física de la columna cervical y torácica. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2012 Sep [cited 2016 May 12]; 29( 2 ): 77-92. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152012000200009&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000200009&lng=en)

<sup>109</sup> Andújar. P. Santoja. P Sáinz de Baranda. Higiene postural en atención primaria. 2010 [Internet] Disponible en: <http://www.santonjattrauma.es/wp-content/uploads/2014/11/Higiene-Postural-Cap-251.compressed.pdf>

<sup>110</sup> Apolo. M. et. al. Utilización de la termoterapia en el ámbito deportivo. Rev Deport [Internet] 2006 [Consultado 12 enero 2015]; 2(3): 29-36. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/865/86502103.pdf>

Inclinación derecha (inspirar), posición de partida (expirar) inclinación izquierda (inspirar)

- Rotación de la cabeza

Girar lentamente la cabeza, la mitad de repeticiones hacia la derecha y la otra mitad hacia la izquierda.

- Rotación lateral de cuello

Girar la cabeza hacia la derecha, dirigir el mentón hacia el hombro e inspirar

Volver a la posición de partida e inspirar

Girar la cabeza hacia la izquierda, dirigir el mentón al hombro e inspirar nuevamente.

- Elevación de hombros

Con los brazos extendidos al lateral del cuerpo, elevar los hombros simultáneamente e inspirar, al expirar relajarlos

- Extensión de hombros

Elevación de los brazos a la altura del pecho, mantener codos flexionados

Llevar los codos hacia atrás (inspirar) mantener 3 segundos y al regresar a posición inicial expirar.

- Ejercicios para cifosis dorsal en bipedestación sobre una pared.

De espalda contra la pared, aplanado la curvatura lumbar sobre la misma

Se flexionan los hombros manteniendo los brazos paralelos con los pulgares orientado hacia la pared sin flexionar los codos

Entre los efectos ocasionados por el envejecimiento se mencionan la disminución de la estatura, el incremento de la grasa corporal y la disminución de la masa muscular, la disminución de la densidad ósea, la pérdida de fuerza, un mayor índice de fatiga muscular, notable disminución del número y tamaño de las fibras musculares, disminución del gasto cardíaco, de la frecuencia y el volumen sistólico, la disminución del consumo de oxígeno y su utilización por los tejidos, un aumento de la presión arterial, así como una menor capacidad de adaptación y recuperación del ejercicio.<sup>111</sup>

5. Ejercicios de estabilización del tronco en decúbito supino.

Se practica basculación pélvica y se mantiene mientras se flexiona la cadera 90.

La mano del estudiante opone resistencia a la flexión de cadera, generando contracción isométrica de los músculos abdominales y flexor de cadera, se mantiene la contracción 3 segundos y se baja la pierna, alternando miembros inferiores. Se realizan 2 series de 10 repeticiones.

Este ejercicio requiere de basculación activa de la pelvis, contracción de músculos abdominales, flexores de cadera y estabilización de hombros, estos ejercicios mejoran la movilidad de la cadera y la estabilidad del tronco y hombros.

<sup>111</sup> Barrios Duarte René, Borges Mojaiber Rolando, Cardoso Pérez Laura del Carmen. Beneficios percibidos por adultos mayores incorporados al ejercicio. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2003 Abr [citado 2015 Mayo 16] ; 19( 2 ): 127-132. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252003000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200007&lng=es).

Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano  
R/C disminución de la atención M/P incapacidad de aprender nueva información y poco apego a tratamiento terapéutico

7.4.1 Objetivo de la persona	“Poner más atención a las cosas”
7.4.2 Objetivo de Enfermería	La paciente mejorará atención, memoria para no olvidar los ejercicios que debe realizar

Sistema de Enfermería: Apoyo educativo, Parcialmente compensatorio

Agente: Estudiante de la Especialidad de Enfermería en Rehabilitación, paciente y familia

### 7.4.3 Intervenciones de Enfermería

1. Evaluación con examen minimal Folstein
Se trata de una escala psicométrica breve para evaluar el estado cognitivo de las personas
2. Estimulación cognitiva frecuente (ANEXO 20) (FRECUENCIA DE ATENCIÓN)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saludo y presentación</li> <li>• Orientación temporal: ¿Qué día de la semana es hoy? Fecha, hora del día, festividades próximas, estaciones de año.</li> <li>• Orientación espacial: ¿Dónde nos encontramos? País, ciudad, delegación, tipo de habitación, lugar.</li> <li>• Recuerdos</li> <li>• Realizar ejercicios por escrito sobre calculo</li> </ul>
El adulto mayor con algún deterioro cognitivo puede beneficiarse ampliamente con estimulación cognitiva, siendo evidente como primer resultado una mejora en la calidad de vida y disminuyendo así, el riesgo que este deterioro empeore. Se ha comprobado que existe una capacidad de reserva en el organismo humano que puede activarse durante la vejez para compensar o prevenir el declive, es decir la cognición es entrenable y potenciabile. <sup>112</sup>
3. Implementar la ludoterapia como técnica de atención, se realiza un plan de acuerdo al rol de cuidadores.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorama</li> <li>• Juego de palabras</li> <li>• Rompecabezas jumbo</li> <li>• Lotería mexicana</li> <li>• Juego de cartas UNO</li> <li>• Headbanz</li> </ul>
La terapia ocupacional mediante la ludoterapia actúa con fines motivadores para la persona, brindando alternativas para optimizar el tiempo de ocio con resultandos

<sup>112</sup> Jara. M. M. La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. Rev. Cúpula. Costa Rica. 2007 [Internet] [consultado el 22 Dic 2014] 4-14. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>

gratificantes, también desarrolla su creatividad enfrentándose a nuevas estrategias de juego.<sup>113</sup>

#### 4. Fomentar la participación familiar

Orientar a los familiares sobre las medidas de prevención de discapacidad en el hogar y las adaptaciones que pudieran realizarse en el mismo para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.<sup>114</sup>

Con ello mejora el estado de ánimo y ofrece distracción. El adulto mayor es propenso a sufrir depresiones y pérdida de la autoestima. Con la práctica de ejercicios se contribuye a la salud mental y se favorece la interacción social del adulto mayor con su comunidad.<sup>115</sup>

#### 5. Recordar la importancia de realizar los ejercicios terapéuticos y los beneficios del apego (FRECUENCIA DE APEGO TERAPEUTICO)

Fueron escritos en papel bond que fueron colocadas dentro de la habitación con la finalidad que pudiera leerlos con facilidad si olvidara alguno, se aconsejó a la familia fuera supervisada durante algunas sesiones.

Es conveniente realizar el seguimiento de las acciones con la intención de comprobar la adaptación del paciente a las nuevas situaciones y analizar el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas.<sup>116</sup>

<sup>113</sup> Begoña. G.E Manual básico para gerocultores y auxiliares geriátricos. Barcelona: España. 1999 Caritas españolas (consultado 2014 dic 20) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=317581>

<sup>114</sup> Ginarte. P. M. Escalona. M. Beltrán.M.K. Protocolo de actuación en rehabilitación integral al adulto mayor en atención primaria. [Internet] 2016 (consultado 2017 Febrero 13) Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?DARTICULO=70532>

<sup>115</sup> Barrios Duarte. Op. Cit. P 130

<sup>116</sup> Polonio. L. B y Garra. P. L. terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. Ed. Medica Panamericana. Madrid: España, 2004 p. 58

Déficit de promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas y el deseo de ser normal R/C trastorno neurodegenerativo M/P deterioro de la escritura. (MEJORA DE ESCRITURA)

7.4.1 Objetivo de la persona	“Quiero escribir mejor, que se entienda mi firma”
7.4.2 Objetivo de Enfermería	La paciente mejorará su coordinación, así como motricidad gruesa y fina, con la finalidad de mejorar la escritura.

Sistema de Enfermería: Parcialmente compensatorio

Agente: Estudiante de la Especialidad de Enfermería en Rehabilitación, paciente

#### 7.4.3 Intervenciones de Enfermería

1. Valorar la escritura de la paciente, se pide escriba su nombre completo y objetos que son enunciados (silla, mesa, cuchara)
La coordinación es la capacidad para realizar movimientos armónicos, precisos y controlados. La coordinación es necesaria para la ejecución de tareas motoras finas como escribir, coser, vestirse y manipular objetos pequeños. También es necesaria para realizar destrezas motoras sencillas como caminar, correr, saltar y realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria <sup>117</sup> .
2. Ejercicios para el Control de la motricidad gruesa Con un vaso con agua el paciente lo deslizará por la mesa sujetándolo con la mano dominante de derecha a izquierda, realizando 2 series de 8 repeticiones, hasta tolerar 3 series de 10 repeticiones. Conos – son ideales para trabajar las extremidades superiores, se trabaja orientación espacial, coordinación óculo manual, identificación de los colores, el plástico tiene una textura granulada que permite una mayor sujeción. Atornillar tuercas – se trabaja movimiento grueso donde participan brazos, manos y dedos, así como destreza fina con la yema de los dedos, con 10 diferentes tamaños, deberá realizar cada uno completando 3 series Con una pelota de goma suave el paciente sea capaz de apretarla, deberá realizar 3 series de 10 repeticiones cada uno. Se brindará un crayón ancho que el paciente tomará como un lápiz, el paciente dibujará sobre arena 3 series de números de 1 a 10
Durante la función motora existe control visual y propioceptivo, que permite dirigir y controlar el movimiento deseado
3. Ejercicios para el control de la motricidad fina (ANEXO 22) Ensartar cuentas en un cordón – se trabaja la coordinación óculo-manual Abrochar botones grandes Se pedirá al paciente toque con la punta del dedo pulgar la punta de los demás dedos, realizado 3 series de dos repeticiones cada uno.

<sup>117</sup> Hall. C.M. Ejercicio terapéutico, Recuperación funcional. Madrid: Paidotribo; 2006. P. 114

<p>Bastidor con pinzas: permite realizar ejercicios de resistencia graduada y aumenta la fuerza de pinzamiento lateral, en un gancho se fueron colocando las pinzas, el pulgar con segundo, tercero, cuarto y quinto. Agrupar aros en bases distintas, se agruparán por colores</p>
<p>La motricidad fina son movimientos voluntarios de las manos y dedos muy precisos</p>
<p>4. Ejercicios de fortalecimiento Se inicia con plastilina Play Doh de consistencia suave y ligera, progresando con masa terapéutica que tiene mayor resistencia, con ella se permite la reeducación de la mano para realizar ejercicios de fortalecimiento. Se debe amasar y formar un cilindro, este debe colocarse entre los dedos juntar las palmas y separar primero la mano dominante y después con la otra Con un cilindro entre ambas manos, jalar con la mano dominante y después la otra Con un cilindro entre ambas manos, exprimir la masa Formar una esfera rodando la masa con la mano y la mesa Con la palma apretar la masa y abrir la palma Tomar la masa, apretarla y soltarla estirando los dedos Colocar la masa alrededor de dos dedos y separarlos (tijeras abiertas) Tomar una bola de masa entre los dedos y cortarla (tijeras cerradas) Realizar un rodillo con la masa y empuñar hundiendo los dedos en la masa (presión completa) Presionar la masa con cada uno de los dedos y el pulgar (pinza bidigital) Colocar la masa entre el índice y el pulgar, intentando presionar (aducción del pulgar) Envolver el pulgar con masa e intentar separarlo (abducción del pulgar) Tomar la masa usando el pulgar el índice y el dedo medio de ambas manos, después exprimir la masa (pellizco tridigital) Coloca la masa sobre la mesa, después con los dedos extenderla. Con la masa aplanada juntarla jalando los dedos (rascar)</p>
<p>A pesar que la rehabilitación incluye actividades la vida diaria, se trabajan actividades del interés de la persona y que pueda llevar a cabo según su nivel de lesión.<sup>118</sup></p>
<p>5. Permitir la utilización de letra imprenta v.s manuscrita Si no puede tomar el lápiz podemos ponerle cinta para un mejor agarre Se utiliza un libro mágico (ANEXO 24)</p>
<p>Los ejercicios de caligrafía permiten el razonamiento sobre la información verbal, la planificación, la capacidad de secuenciar, además de ayudar el resto de los procesos cognitivos (la memoria, la atención, el lenguaje y la percepción)<sup>119</sup></p>

<sup>118</sup> Morón. C. s. Terapia ocupacional en la rehabilitación de la mano en pacientes tetrapléjicos [Internet] Badalona. 2007. [Consultado Diciembre 2015] Disponible en: <http://www.revistatog.com/num6/pdfs/revision1.pdf>

<sup>119</sup> Sardinero. P. A Estimulación cognitiva para adultos [Internet] Consultado 20 diciembre 2015] Disponible en: <http://tallerescognitiva.com/descargas/muestra.pdf>



Riesgo de déficit del mantenimiento de la prevención de peligros de la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano R/C deterioro neurológico (DONWNTON 4).

7.4.1 Objetivo de la persona	“No caerme otra vez”
7.4.2 Objetivo de Enfermería	Mantener la funcionalidad del paciente, con la finalidad de que logre su autonomía e independencia. Prevenir caídas.

Sistema de Enfermería: Apoyo educativo, Parcialmente compensatorio

Agente: Estudiante de la Especialidad de Enfermería en Rehabilitación, paciente

### 7.4.3 Intervenciones de Enfermería

#### 1. Aplicación de la escala de Downton

1. Aplicación de la escala de Downton (ANEXO 7)
Esta escala evalúa el riesgo alto a caídas. <sup>120</sup>
2. Identificar las barreras arquitectónicas dentro y fuera del hogar, como medida de prevención de caídas
Las barreras arquitectónicas se entienden como cualquier obstáculo que entorpezca, impida o dificulte a las personas con discapacidad su libre desplazamiento en lugares de uso público, así como el uso de servicios comunitarios <sup>121</sup> La accesibilidad como premisa en cualquier diseño es la condición que debe cumplir un espacio, lugar y/o escenario físico para ser utilizable por todas las personas, en forma segura, confortable y de la manera más autónoma posible <sup>122</sup> .
3. Recomendaciones para prevenir caídas dentro del hogar. <sup>123</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación Se recomienda que el dormitorio se encuentre en la primera planta de la casa Colocar una lámpara con interruptor cercano a la cama Colocar el teléfono cercano para que al timbrar no tenga que correr.</li> <li>• Vestido Uso de ropa cómoda, holgada y con el largo adecuado. Utilizar calzado de tamaño adecuado, cerrado, sin agujetas y con un tacón de 3 a 5 cm, con suela de goma anti deslizante (antiderrapante); evitar caminar descalzo o solo con medias Utilización de anteojos para mejorar la visión y aparatos auditivos para mejorar la audición, consultar al médico.</li> </ul>

<sup>120</sup> Barrientos-Sánchez J., Hernández-Cantoral A., Hernández-Zavala M.. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2016 Jun 01]; 10(4): 114-119. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632013000400002&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000400002&lng=es)

<sup>121</sup> Sanhueza H, Lotito F, DISCAPACIDAD Y BARRERAS ARQUITECTÓNICAS: UN DESAFÍO PARA LA INCLUSIÓN. *Revista AUS* 2011 [Citado 2016 abril 2]: 10-13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281722876003>

<sup>122</sup> Ríos. A. Condiciones de inclusión de la discapacidad frente a las barreras arquitectónicas, el reto: la inclusión. [Internet] 2013 UGCiencia[Consultado 01 Junio 2016]; 1 (19): 38 Disponible en: <http://revistas.ugca.edu.co/files/journals/3/articles/89/public/89-666-1-PB.pdf>

<sup>123</sup> Hernández. H. D. Ferrer. V. J. Prevención de caídas en el adulto mayor: Intervenciones de enfermería. [Internet] 2007 (Consultado 2 Abril 2016) *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc*; 15 (1): 47-50 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071h.pdf>

Uso de dispositivos de apoyo; andaderas, bastones o muletas, para tener una mayor base de sustentación.

- Cuarto de baño

Colocar agarraderas de manos en la ducha

El retrete debe tener barandales a los lados

El drenaje de agua debe ser eficaz, para no favorecer acumulación de agua y que el piso se vuelva resbaloso.

Aconsejar no levantarse al baño durante la noche, si es posible disminuir el aporte de líquidos por la tarde aproximadamente antes de las 19 horas.

- Iluminación

La iluminación deber ser adecuada en toda estancia por donde circule el adulto, incluidas las escaleras, los corredores y todas las habitaciones, debe existir un interruptor que pueda ser accionado desde su cama o habitaciones, es aconsejable dejar encendida alguna luz durante la noche, con la finalidad de que en caso necesario el paciente pueda visualizar el área hacia donde se dirige.

- Muebles

El entorno debe mantenerse ordenado, se recomienda guardar todos los objetos innecesarios, si el paciente vive con niños, se deben guardar los juguetes.

Colocar los muebles en forma de no entorpecer el paso.

Las sillas deben contar con brazos y los sofás deben tener la altura suficiente para permitirle sentarse y levantarse con facilidad.

- Suelo

Evitar el uso de tapetes que puedan entorpecer la deambulación del paciente.

Evitar pisos resbaladizos, mojados o pulidos. Si se derrama agua, aceite, jabón, deberá limpiarse rápidamente.

Los cables eléctricos deben ir a lo largo de las paredes, no deben cruzar las habitaciones por el suelo.

- Escaleras y escalones

Disponer de un interruptor tanto en la parte alta como baja de cada escalera. Instalar un pasamanos firme en ambos lados, cilíndricos y separados de la pared.

Los escalones del exterior de la casa deberán encontrarse en buen estado y se puede colocar una cinta antideslizante en cada uno.

Los accidentes aparecen como la quinta causa de muerte en el mundo; de ellos, 66% son caídas, de las cuales el 75% se producen en pacientes mayores de 65 años.

La ocurrencia más frecuente de caída fue de la propia altura, las consecuencias más frecuentes incluyen edema, hematoma, escoriaciones y fracturas<sup>124</sup>.

Las caídas se relacionan con el aumento en la dependencia funcional, donde se presenta temor a repetir la experiencia y puede limitar intencionalmente su movimiento y poner en riesgo su independencia<sup>125</sup>.

<sup>124</sup> Silva Fhon. J, Coelho Fabricio-Wehbe.S, Stackfleth. R. Marqués. S. Partezani. Rodrigues. R. Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. 2012. Rev. Latino-Am. Enfermagem 20(5): 9 Disponible en [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_15.pdf)

<sup>125</sup> Manrique-Espinoza Betty, Salinas-Rodríguez Aarón, Moreno-Tamayo Karla, Téllez-Rojo Martha M. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2011 Feb [citado 2015 Jun 09]; 53( 1 ): 26-33. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000100005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000100005&lng=es)

La causa de una caída es siempre multifactorial, influyendo factores intrínsecos y extrínsecos:

1. Los factores intrínsecos son aquellos que se relacionan con los cambios asociados al proceso de envejecimiento, cursando con algunas enfermedades crónico degenerativas (Parkinson, demencia, enfermedad cerebrovascular, alteraciones visuales o auditivas, problemas vestibulares, sistema neurológico, enfermedades infecciosas) otro factor es la polifarmacia aunado al uso incorrecto de los medicamentos, se considera un factor de riesgo potencial.
2. Los factores extrínsecos se relacionan con el hogar y el entorno, las barreras arquitectónicas que se encuentran dentro y fuera de casa.

Las consecuencias de las caídas son:

Físicas: si existe fractura, daño a tejidos blandos, infecciones, tromboembolia pulmonar, úlceras por presión.

Psicológicas: miedo a caerse nuevamente, pérdida de confianza en sí mismo, restricción en las actividades de la vida diaria.

Sociales: ansiedad e sobreprotección que limita la autonomía del adulto mayor.

4. Ayudar al paciente y su familia a evaluar el entorno que habitan para detectar riesgos con relación a la prevención de caídas dentro del hogar.  
Se recuerda mantener el orden para permitir el libre paso de la paciente por pasillo y alrededor de los muebles.

El reacomodo de la vivienda para favorecer la permanencia de los adultos mayores en sus hogares, posibilitando permanecer independientes

5. Sugerencia de modificación del entorno

La adaptación funcional de viviendas en el interior y provisión de ayudas técnicas destinadas a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria en el hogar.<sup>126</sup>

6. Implementación de dispositivos de ayuda para la deambulación.

- Uso correcto del bastón<sup>127</sup>

Medición: al utilizarlo el codo debe flexionar de 20° a 30°

Su longitud va del trocánter mayor del fémur hasta un punto en el piso, 10 cm adelante y afuera de la punta del pie.

Debe utilizarse en el brazo contralateral a la pierna afectada, ya que así produce un patrón normal de la marcha.

Auxiliares de la marcha, estos dispositivos aumentan la estabilidad durante la marcha e incrementan la base de sustentación si existe inestabilidad, descargan parte del peso que soportan las extremidades inferiores, disminuyendo el dolor articular secundario a la marcha y proporcionando seguridad. Entre estos elementos destacan el empleo de bastones, andaderas o muletas

<sup>126</sup> Guía. Adaptación de la vivienda en la población dependiente: necesidades, soluciones y costes. Barcelona [Internet] 2007 (Consultado 2015 abril 20) Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/51910.pdf>

<sup>127</sup> González. C. B y cols Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2005[Consultado 2015 abril 22]: 43 (5); 436. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055i.pdf>

Riesgo de déficit del mantenimiento del equilibrio entre la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal R/C el cuidado al paciente con enfermedad neurodegenerativa (ZARIT 27 puntos)

7.4.1 Objetivo de la persona	“Quiero que no recaiga solo en mi la responsabilidad”
7.4.2 Objetivo de Enfermería	Como medida de prevención se evaluará al cuidador primario para evitar síndrome de sobrecarga al cuidador primario

Sistema de Enfermería: Apoyo educativo

Agente: Estudiante de la Especialidad de Enfermería en Rehabilitación y cuidador primario

### 7.4.3 Intervenciones de Enfermería

<p>1. Aplicar escala de Zarit a cuidador primario (ANEXO 10)</p> <p>La escala de Zarit evalúa el estado emocional de los cuidadores, debido a las repercusiones negativas que conlleva la carga tanto al cuidador como en la persona receptora de cuidados; así la relación que se establece entre ambos<sup>128</sup>. Existen dos tipos de cuidadores: los formales ubicados dentro del sistema institucional y los informales en el sistema domestico; siendo este último “no remunerado” y desarrollado dentro de las “relaciones familiares”</p>
<p>2. Dar la oportunidad de exteriorizar sentimientos y temores.</p> <p>Las enfermedades que conducen a la necesidad de recibir cuidados son variadas y se encuentran principalmente en los extremos de la vida; durante la vejez, como efecto del deterior psíquico o enfermedades crónico degenerativas<sup>129</sup>.</p> <p>El cuidador afronta el reto de encontrar equilibrio entre su autonomía y sus necesidades personales, en contra parte los sentimientos de responsabilidad hacia los miembros de la familia, percepciones sociales y dependencia de apoyo. Existe una constante presión de que todo depende de ellos y no puede salir, enfermar o relajarse. Los sentimientos de culpa del hermano no portador y los de injusticia del portador, pueden provocar la ruptura de los vínculos entre los hermanos<sup>130</sup>.</p>
<p>3. Explicar la importancia de delegar funciones sobre el cuidado de la paciente.</p> <p>Dentro de los cuidadores informales, se encuentran los primarios y secundarios; la diferencia es el grado de responsabilidades que asumen hacia el paciente y el tiempo que dedican a cuidar al mismo.</p>

<sup>128</sup> Crespo María, Rivas M<sup>a</sup> Teresa. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. Clínica y Salud [Internet]. 2015 Mar [citado 2017 Febrero 28] ; 26( 1 ): 9-15. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742015000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742015000100002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002>.

<sup>129</sup> Xolyanetzin. M. P. y cols. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. [Internet] 2014 [Consultado 2017 Febrero 28] ; 11 (1): 71-85. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/44918/42834>

<sup>130</sup> Rodríguez Martín Marta. La soledad en el anciano. Gerokomos [Internet]. 2009 Dic [citado 2015 ene 09] ; 20( 4 ): 159-166. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es)

El cuidador primario es el encargado de tomar la mayoría de las decisiones como invertir la mayor parte de su tiempo acompañando al enfermo; organiza su vida en función de las necesidades del enfermo, mientras que el secundario es solo el relevo

El cuidador debe hacer frente a las demandas de cuidado y a su vez asumir el rol familiar que siempre llevo a cabo antes de la enfermedad del paciente. A partir de las demandas propias del rol pueden presentar síntomas físicos, psicológicos, conductuales y sociales que ocasionan carga, como consecuencia de esto disminuye la calidad de atención hacia el enfermo y sus relaciones sociales, familiares y conyugales<sup>131</sup>.

La carga interfiere en el manejo adecuado del enfermo y la evolución de la enfermedad, provocando al mismo tiempo el deterioro en la calidad de vida del cuidador.

4. Sugerir la realización de un rol de cuidadores para evitar así sobre carga del cuidado primario con la finalidad de organizar el tiempo para sus actividades personales, se incluyen miembros familiares y un cuidador externo. (ANEXO 15)

Se establece un contexto distinto dependiendo la edad de la persona receptora del cuidador, tanto por los roles implicados como las características afectivas y emocionales dela relación, ya que, en cuidado de adultos mayores, la principal relación es padre/madre-hija, mientras que en cuidadores de niños es madre-hijo. Los cuidadores de adultos mayores asumen el rol como “una obligación moral” basada en la historia de relación establecida, como agradecimiento, sin embargo, aparecen sentimiento de conflicto entre continuar la ejecución del rol o cederlo a los demás familiares, por el impacto de presentar conductas de maltrato u omisión del cuidado<sup>132</sup>.

#### 5. Se recomienda buscar redes de apoyo

En México se encuentra La Asociación de la Enfermedad de Huntington I.A.P donde se proporcionan servicios asistenciales a pacientes y familiares, se realizan eventos y convivencias con la finalidad de aportar conocimiento en cuanto al cuidado del paciente, se dan sesiones de grupos de apoyo y platicas informativas. El cuidador primario necesita reconocer sus fortalezas y aprender competencias, un grupo de apoyo puede proporcionar un buen recurso emocional y sugerencias prácticas. Es aconsejable contar con apoyo psicológico para el paciente y su familia, la educación individualizada puede ser requerida.

6. Se recomienda apoyo psicológico para orientar sobre el miedo que experimenta en cuanto a padecer la enfermedad.

El apoyo psicológico es importante para realizar un test predictivo (presintomático) a un individuo en riesgo potencial de desarrollar un trastorno hereditario. Sus ventajas son terminar con la incertidumbre y ofrecer la oportunidad de tomar decisiones respecto al futuro; las desventajas son los resultados psicológicos adversos, incluyendo el riesgo de que se suiciden, la discriminación laboral, familiar o social y, en muchos casos, la falta de estrategias preventivas o curativas.<sup>133</sup> La decisión de someterse a un diagnóstico predictivo debe ser libre y autónomo en cada individuo, ya que es el único dueño de su información genética.

Ante un resultado positivo, mejoran su calidad de vida al reducirse la incertidumbre, pero atraviesan un periodo de adaptación que puede llegar incluso al suicidio, en contra parte,

<sup>131</sup> Xolyanetzin. Op. Cit p.72

<sup>132</sup> Xolyanetzin Op. Cit. P. 74

<sup>133</sup> Rasmussen. A. Alonso. E. El diagnóstico predictivo genético y sus implicaciones. [Internet] Salud Mental 2002 Febrero [Consultado 10 enero 2016] ; 25 (1): 9-13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58212503.pdf>

los que reciben un resultado negativo, en tanto disminuye su angustia presenta en gran medida “culpa del sobreviviente”<sup>134</sup>

La consejería genética en estos casos es fundamental, recordemos que es una enfermedad con características desfavorables: es incurable, hereditaria de forma autosómica dominante, sus manifestaciones clínicas inician en la edad adulta cuando se han concebido todos los hijos, se asocia a suicidios ante la sospecha de padecer la enfermedad, así pues, el psiquiatra, psicólogo y genetista deberán determinar la capacidad emocional<sup>135</sup>.

Planeación de diagnósticos, de acuerdo a la valoración 10 abril 2015, se incluyeron de riesgo porque el trastorno neurodegenerativo sigue la evolución natural y podría ser de mucha ayuda si la familia y la paciente están conscientes de cómo puedes prevenir e intervenir en dichos aspectos.

Riesgo de déficit del mantenimiento de aporte suficiente de alimentos R/C gasto energético mayor secundario a enfermedad neurodegenerativa

7.4.1 Objetivo de la persona	No bajar de peso
7.4.2 Objetivo de Enfermería	Como medida de prevención se debe evaluar constantemente el peso de la paciente con la finalidad de discernir, si el aporte nutricional es óptimo

Sistema de Enfermería: Apoyo educativo

Agente: Estudiante de la Especialidad de Enfermería en Rehabilitación, paciente y cuidador primario

#### 7.4.3 Intervenciones de Enfermería

<p>1. Medición de peso y talla Se calculará el Índice de Masa Corporal IMC mediante la fórmula: <math>IMC = \text{Peso} / (\text{Talla})^2</math> Se obtendrá el parámetro de acuerdo a lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud OMS</p>
<p>El peso del paciente debe ser monitoreado regularmente para identificar aumentos o reducción de peso de forma súbita.</p>
<p>2. Se sugiere la modificación de factores asociados a las comidas Uso de vajilla con utensilios menos frágiles. Usar platos hondos, vasos con tapa, asas y popotes. Utilizar cubiertos con empuñadura más larga y ancha, o posean una cobertura antideslizante.</p>
<p>Con la finalidad de prevenir accidentes asociados a utensilios dentro de la cocina y lograr mayor independencia de la paciente durante la alimentación.</p>
<p>3. Se sugiere evitar distractores durante la toma de alimentos Evitar la televisión encendida</p>

<sup>134</sup> Rassmussen. Op. Cit. Pag 11

<sup>135</sup> Hesse. H. et al. Enfermedad de Huntington. Reporte de dos casos en una familia hondureña y revisión de la literatura. [Internet] Rev Med Hondur 2006 (Consultado 10 febrero 2016); 74: 195-200. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2006/pdf/Vol74-4-2006-6.pdf>

<p>Evitar tener conversaciones con la paciente, sobre para tomar decisiones importantes  Incentivar que consuma los alimentos  Tomar bocados pequeños y periódicamente liberar la cavidad oral con sorbos pequeños de agua.</p>
<p>Es aconsejable alimentarlo en un ambiente tranquilo con la finalidad de prevenir atragantamiento que pudiera derivar en asfixia o aspiración por alimentos<sup>136</sup>.</p>
<p>4. Se orienta sobre el uso del plato del bien comer (ANEXO 28)  La alimentación correcta debe ser:  Completa: que sea incluido por lo menos un alimento de cada grupo en cada desayuno, comida y cena.  Equilibrada: que los nutrimentos guarden las proporciones, entre si al integrar en el desayuno, comida y cena alimentos de los tres grupos.  Suficiente: para cubrir las necesidades nutricionales de cada persona de acuerdo a su edad, sexo, estatura, actividad física o estado fisiológico.  Variada: que se incluyan diferentes alimentos de los tres grupos en cada tiempo de comida.  Higiénica: que sean preparados, servidos y consumidos con limpieza  Adecuada: a gustos, costumbres y disponibilidad de los mismos.</p> <p>Las grasas, azúcares y sal son considerados condimentos, estos deben consumirse con moderación.</p>
<p>La NOM-042 clasifica los alimentos en tres grupos: verduras y frutas: cereales y tubérculos: leguminosos y alimentos de origen animal. Da las recomendaciones para integrar una dieta correcta para todos los grupos de población, así mismo promueve la variación y combinación de alimentos para asegurar el aporte de nutrimentos al organismo y evitar enfermedades como la obesidad, diabetes, hipertensión<sup>137</sup>.</p>
<p>5. Se orienta sobre el uso de la jarra del buen beber (ANEXO 29) como complemento del plato del bien comer.  Se recomienda beber de 6 a 8 vasos de agua natural todos los días.  No tomar más de 2 vasos al día de leche semi descremada y bebidas de soya sin azúcar, empezando a partir de los dos años de edad.  Tomar máximo 4 tazas (240ml por taza) de té o café, sin azúcar  No consumir más de 2 vasos de bebidas no calóricas con edulcorantes artificiales, como agua con vitaminas o bebidas energizantes.  Tomar ½ vaso de jugo de frutas 100% natural, leche entera, bebidas deportivas o bebidas alcohólicas, ya que estas contienen grandes cantidades de azúcares.  Evitar el consumo de refrescos o gaseosas</p>
<p>Es una guía informativa que muestra cuales son las bebidas saludables y la cantidad de líquidos que se recomienda consumir en un día<sup>138</sup>.</p>
<p>6. Orientar a la paciente sobre practicar hábitos alimenticios saludables:  Evitar tiempos prolongados de ayuno  Establecer horarios bien definidos para tomar los alimentos</p>

<sup>136</sup> Espinoza. S. et. Al Op. Cit. P 235

<sup>137</sup> El plato del bien comer [Internet] [Consultado 27 mayo 2017] Disponible en: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/6\\_1\\_plato\\_bien\\_comer.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/6_1_plato_bien_comer.pdf)

<sup>138</sup> Los beneficios de la Jarra del Buen Beber. [Internet] [Consultado 27 may 2017] Disponible en: <http://www.gob.mx/issste/articulos/los-beneficios-de-la-jarra-del-buen-beber>

<p>Realizar 5 a 6 comidas al día (desayuno-colación-comida-colación-cena)  Comer siempre sentada y sin prisa  Masticar adecuadamente  Incorporar la jarra del buen beber, preferentemente agua natural  Evitar el consumo de alimentos de bajo aporte nutrimental  Evitar tomar siesta después de comer</p>
<p>Los adultos mayores por diferentes factores no tienen un adecuado acceso y consumo de alimentos, aspecto que puede considerarse como un factor deteriorante de su estado de salud, lo que contribuye a los procesos de fragilización en esta etapa.  Las personas mayores suelen tener muy arraigados sus estilos de vida y sus hábitos alimentarios, por lo anterior la educación nutricional debe intervenir simultáneamente la oferta de alimentos y los conocimientos y habilidades relacionados con la ingesta. Esta educación debe realizarse en un clima de respeto y afecto, utilizando estímulos de refuerzo positivo que relacione una alimentación saludable con una mejor calidad de vida, mayor grado de autonomía y mejor potencialidad humana.<sup>139</sup></p>
<p>7. Enseñar la maniobra de Heimlich<sup>140</sup> a familiares (ANEXO 30)  Sitúese de pie o arrodillado detrás de la víctima y rodéela con sus brazos alrededor de la cintura.  Cierra una mano en puño.  Coloque el lado del pulgar del puño contra el abdomen de la víctima, en la línea media, ligeramente encima del ombligo y debajo del esternón.  Agarre el puño con la otra mano y presione el puño hacia el abdomen de la víctima con una compresión rápida y firme hacia arriba.  Repita las compresiones hasta que el objeto sea expulsado de la vía aérea.  Realice cada nueva compresión con un movimiento individual</p>
<p>En etapas avanzadas de la enfermedad, cuando incluso los líquidos pueden resultar difíciles de tragar, la textura de los alimentos debe ser lisa y suave. La supervisión durante toda la comida puede ser necesaria, la familia o cuidador debe ser entrenado para realizar la maniobra de Heimlich<sup>141</sup>.  Pregunte a la víctima si tiene obstrucción. Si la víctima asiente y es incapaz de hablar, existe una obstrucción grave de la vía aérea y debe tratar de despejarla.</p>
<p>8. Canalizar con un nutriólogo para que le sea prescrito un plan nutricional de acuerdo a sus necesidades calóricas tomando en cuenta el trastorno neurodegenerativo.</p>
<p>A través de la evolución de EH, se presentan alteraciones en la deglución y pérdida de peso progresiva, está debido a los movimientos involuntarios y el incremento del metabolismo.<sup>142</sup>  El Licenciado en Nutrición es el profesionalista capaz de evaluar el estado de nutrición de la población a nivel colectivo e individual, administra programas de alimentación, nutrición y educación, realiza investigación y puede integrarse a equipos multidisciplinarios para incidir significativamente en la situación alimentaria mediante acciones de prevención, promoción y atención.<sup>143</sup></p>

<sup>139</sup> Restrepo M Sandra Lucia, Morales G Rosa María, Ramírez G Martha Cecilia, López L Maria Victoria, Varela L Luz Estela. LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LOS PROCESOS PROTECTORES Y DETERIORANTES EN SALUD. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2006 Dic [citado 2017 Mayo 27]; 33( 3 ): 500-510. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182006000500006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000500006>.

<sup>140</sup> Fran Hazinski et. al. Libro del estudiante de SVB/BLS para profesionales de la salud. American Heart Association 2011. Brazil. P 52

<sup>141</sup> Espinoza. S. et al. Op. Cit. P 236

<sup>142</sup> Espinoza. S et. Al Op. Cit. P 235

<sup>143</sup> Perfil de Egreso. Licenciatura en Nutrición. [Internet] [Consultado 27 may 2017] Disponible en: [https://www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/investigacion/aanutricion/P\\_Egreso.html](https://www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/investigacion/aanutricion/P_Egreso.html)



Riesgo de déficit de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano R/C deterioro para deglutir

7.4.1 Objetivo de la persona	No atragantarse
7.4.2 Objetivo de Enfermería	Como medida de prevención se recomienda la valoración por un foniatra para prevenir complicaciones de la deglución, a la familia, se dio información sobre la maniobra de Heimlich.

Sistema de Enfermería: Apoyo educativo, parcialmente compensatorio

Agente: Estudiante de la Especialidad de Enfermería en Rehabilitación, paciente y familia

#### 7.4.3 Intervenciones de Enfermería

<p>1. Frecuencia y tamaño de las comidas Se recomienda ofrecer hasta 6 comidas al día, que también proporcionaría más calorías.</p>
<p>Con ello se incrementaría el aporte calórico, también se vería disminuido la alteración del estado de ánimo y porciones más pequeñas disminuyen la frustración.</p>
<p>2. Masticación Ofrecer comidas con texturas suaves y blandas, como purés Ofrecer alimentos picados finamente como pedazos de carne y verduras Evitar los alimentos ácidos que irriten las mucosas Evitar alimentos picantes o granulados que puedan provocar atragantamiento o tos</p>
<p>Los alimentos sólidos son masticados y mezclados con saliva hasta adquirir la consistencia adecuada para ser deglutidos. Se denomina bolo alimenticio a aquella cantidad de alimento dirigido de la boca hacia el estómago.<sup>144</sup></p>
<p>3. Identificar signos de disfagia Presencia de saliva excesiva Aumento del tiempo de alimentación Infecciones respiratorias recurrentes Signos de aspiración, ahogo, tos o atragantamiento Expulsar la comida por falta de control de la lengua Presencia de residuos de alimentos en la lengua/deglución fraccionada</p>
<p>La disfagia resulta del deterioro del control voluntario de la boca y la lengua, el deterioro del control respiratorio debido al corea y el deterioro del juicio, lo que puede resultar en comer demasiado rápido o tomar bocados demasiado grandes de comida. La disfagia es la causa más común de muerte, ya sea a través de la asfixia, aspiración o desnutrición.</p>
<p>4. Canalizar con un foniatra</p>
<p>Derivar a un terapeuta del lenguaje ayudará a identificar las dificultades para tragar y podrá realizar evaluaciones periódicas para identificar probables cambios en la capacidad de deglución, así puede adaptar la dieta a las necesidades individuales.</p>

<sup>144</sup> Torres. G. B. Anatomía fisiológica de la deglución. [Internet] [Consultado 20 mayo 2017] Disponible en: [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42652/1/ANATOMOFISIOLOGIA\\_DEGLUCION.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42652/1/ANATOMOFISIOLOGIA_DEGLUCION.pdf)

Riesgo de déficit de provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos incluidos los excrementos R/C proceso neurodegenerativo

7.4.1 Objetivo de la persona	Hacer del baño normalmente
7.4.2 Objetivo de Enfermería	Como medida de prevención valorar con ayuda de la escala de Bristol las características y numero de evacuaciones en un día, para identificar los cambios que pudieran surgir.

Sistema de Enfermería: Apoyo educativo, parcialmente compensatorio.

Agente: Estudiante de la Especialidad de Enfermería en Rehabilitación, paciente y familia

#### 7.4.3 Intervenciones de Enfermería

1. Vigilar las evacuaciones de la paciente con la escala de Bristol (ANEXO 27) e identificar cambios en la deposición si llegan a ocurrir
La escala de heces de Bristol es una tabla visual de uso médico, destinada a clasificar la forma de las heces humanas en 7 grupos. <sup>145</sup> Durante la anamnesis, es frecuente tener dificultades para valorar las características de las heces de un paciente, no solo por la aprehensión si no por la falta de observación meticulosa y las variaciones a lo largo del tiempo de un mismo sujeto. Esta escala permite al paciente ver el dibujo y explicar la consistencia para que pueda seleccionar el tipo de heces que más se aproxime a su deposición.
2. Se brinda orientación sobre la reeducación intestinal, entre ellos llevar un registro diario de las deposiciones manteniendo un registro escrito sobre el aspecto y cantidad.
La peristalsis son ondas de contracción que se propagan a lo largo del tubo digestivo que estimula el movimiento del contenido alimenticio hacia la región distal. Los límites normales del ritmo de deposición oscila entre tres deposiciones diarias como máximo y tres deposiciones semanas, como mínimo, los adultos mayores con tendencia al sedentarismo, la poli farmacoterapia o reposo prolongado; así como perdida de dentición y alteraciones del tracto digestivo donde se pueden incluir la inadecuada motilidad intestinal, la atrofia de la musculatura propulsora y menor secreción de la mucosa, dificultan la digestión, propiciando la emisión de heces excesivamente duras, esfuerzo defecatorio y sensación de evacuaciones incompletas.
3. Se recomienda establecer horarios para eliminación intestinal No reprimir el deseo de defecar Una vez realizado el masaje a marco cólico, el paciente deberá sentarse en el retrete.
No reprimir el deseo de defecar, el reflejo entogástrico tiene mayor intensidad durante la primera hora después de despertar <sup>146</sup> .
4. Destacar el impacto que tiene de tomar diversos fármacos que pueden modificar el patrón intestinal

<sup>145</sup> Mínguez Pérez M., Benages Martínez A.. Escala de Bristol: ¿un sistema útil para valorar la forma de las heces?. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2009 Mayo [citado 2017 Mayo 29]; 101( 5 ): 305-311. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082009000500001&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000500001&Ing=es)

<sup>146</sup> Barrientos. M. Díaz. D. Barquiner C. Baños. P. Valoración del anciano con estreñimiento. [Internet] 2003 [Consultado 27 mayo 2017] Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/65/1496/57/1v65n1496a13053934pdf001.pdf>

El estreñimiento consiste en un trastorno del hábito intestinas definido subjetivamente como una disminución en la frecuencia evacuatoria de heces demasiado duras o difíciles de expulsar.<sup>147</sup> El estreñimiento es un problema frecuente en pacientes con Enfermedad de Huntington debido a la falta de estímulo peristáltico en el intestino grueso, así como la poca actividad física, también se encuentra relacionado con el consumo de determinados fármacos.<sup>148</sup> Comúnmente dentro de los fármacos asociados al estreñimiento se encuentran los antipsicóticos (Haloperidol, Fenotiacinas), benzodiacepinas (Clonazepam)

5. Orientar sobre el consumo de alimentos ricos en fibra.  
Las principales fuentes dietéticas de fibra son: verduras, frutas, leguminosas y cereales.  
Plato del bien comer y jarra del buen beber (Anexo)

Dieta rica en fibra vegetal (30gr/día) y adecuada ingesta hídrica 1.5 – 2Lts)

6. Enseñar la técnica de masaje a marco cólico (Anexo#) para estimular los movimientos peristálticos.  
Se aplica 15-20 minutos después de ingerir los alimentos cuando aumentan las contracciones del colon.  
Se deberá aplicar crema humectante con el fin de prevenir roces  
El masaje se realiza con la yema de los dedos colocando una mano sobre otra  
Se realizan movimientos circulares en sentido de las manecillas del reloj  
El masaje dura 10 minutos<sup>149</sup>  
a) Iniciar cerca de la cresta iliaca derecha (colon ascendente) 3 minutos  
b) Avanzar de derecha a izquierda sobre la parte supra umbilical, hasta la región infracostal izquierda (colon transversal) 4 minutos  
c) Descender en sentido hacia la cresta iliaca izquierda (colon descendente) 3 minutos  
La profundidad es de 3-5 cm

La reeducación del intestino puede darse a través del masaje marco cólico para favorecer el tránsito intestinal.<sup>150</sup>

El reflejo gastro cólico tiene lugar después de la ingestión de alimentos 15 a 20 min aproximadamente, cuando aumentan las contracciones del colon. El masaje abdominal se realiza de forma circular en sentido de las manecillas del reloj siguiendo intencionadamente el trayecto de marco cólico desde colon ascendente, colon transversal y colon descendente, puede realizarse en decúbito supino y semifowler que favorecería el acto de defecación por la gravedad<sup>151</sup> y posterior al masaje, el paciente deberá sentarse en el retrete con la finalidad de regularizar el horario.

7. De acuerdo a la capacidad de la persona realizar actividad física

El estreñimiento representa uno de los problemas más frecuentes debido a los hábitos sedentarios. El ejercicio físico aumenta los movimientos peristálticos, facilitando el tránsito intestinal. Un hábito saludable es caminar durante 30 minutos.

<sup>147</sup> Pérez.C.M Estreñimiento en adultos. Rev. Med Costa Rica y Centroamérica [Internet] 2016] Consultado el 27 May 2017; 73 (620): 611-615 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163aj.pdf>

<sup>148</sup> Ibidem

<sup>149</sup> Gutiérrez R. A. Peralta. G. A. Sánchez. Q. L. Modelo de atención en el paciente postoperado de columna vertebral en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Rev Enfr Universitaria [Internet] 2008 [Consultado 27 mayo 2017] Disponible en: <file:///C:/Users/ArukasVGC/Downloads/30154-64208-1-PB.pdf>

<sup>150</sup> Pacheco. G. M. Guía clínica del programa de rehabilitación del paciente con lesión medular en etapa pre quirúrgica. Instituto Nacional de Rehabilitación 2012 [Consultado 2017 may 27] Disponible en: <http://www.iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MG-SMR-05.pdf>

<sup>151</sup> Baena, L. R., & del Carmen, M. Actitud de la Enfermería ante la masoterapia como. Revista gastrointestinal del Perú [Internet] 2007 [Consultado 27 mayo 2017]; 27(2): 177-184. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/189.pdf>

## 7.5 EJECUCIÓN

La ejecución de las actividades planeadas se realizó en cada una de las visitas programadas con el paciente, los diagnósticos adicionales en la valoración de 2015 son como medidas preventivas de acuerdo a la enfermedad neurodegenerativa para la concientización del paciente y familiar sobre los cambios que pudiese experimentar de acuerdo a la evolución. Las fechas se encuentran dentro del cronograma de visitas domiciliarias.

### 7.5.1 REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES

Déficit del equilibrio entre la actividad y el reposo R/C debilidad muscular en miembros inferiores M/P marcha inestable, claudicante, danzante y breve (TINETTI 12 puntos) DANIELS 3/5 (psoasiliaco, glúteo mayor, menor y medio, pectíneo, recto anterior, recto interno, tensor de la fascia lata, piramidal, gémimo superior e inferior), ASHWORTH 1

Intervención	Noviembre		Diciembre	Enero		Febrero	Marzo		Abril
	14	27	19	9	29	13	6	27	10
Valoración de la marcha con escala de Tinetti	X			X				X	
Valoración de fuerza muscular con escala de Daniels	X			X				X	
Valoración de tono muscular con escala de Ashworth	X			X				X	
Toma de signos vitales		X	X	X	X	X	X	X	
Calentamiento muscular		X	X	X	X	X	X	X	
Ejercicios en colchón		X	X	X	X	X			
Ejercicios en sedestación				X	X	X	X		
Re educación de la marcha					X	X	X	X	
Enfriamiento muscular		X	X	X	X	X	X	X	
Uso de bastón			X	X		X		X	

Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo R/C enfermedad neurodegenerativa M/P marcha inestable y movimientos involuntarios, rápidos, irregulares y bruscos (TINETTI 12 puntos)

Intervención	Noviembre		Diciembre	Enero		Febrero	Marzo		Abril
	14	27	19	9	29	13	6	27	10
Valoración de la marcha con escala de Tinetti	X				X			X	
Explicar el ciclo de la marcha		X							
Toma de signos vitales		X	X	X	X	X	X	X	
Ejercicios para equilibrio			X	X	X	X			
Ejercicios de fortalecimiento muscular			X	X	X	X			

Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo R/C proceso neurodegenerativo gradual M/P limitación de las actividades la vida diaria (BARTHEL 90/100 con limitación para el baño y subir y bajar escaleras) y (LAWTON Y BRODY 6/8 con limitación para preparación de alimentos, cuidados de la casa y compras)

Intervención	Noviembre		Diciembre	Enero		Febrero	Marzo		Abril
	14	27	19	9	29	13	6	27	10
Índice de Barthel		X			X			X	
Índice de Lawton y Brody		X			X			X	
Se implementa uso de ayudas técnicas para utilizar durante el baño			X	X					
Se sugiere la colocación de barandales en el baño			X						
Se sugiere la adquisición de silla de aluminio			X						

Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo  
 R/C enfermedad neurodegenerativa M/P mala postura y aumento de la cifosis dorsal.  
 (FRECUENCIA DE HIGIENE DE COLUMNA)

Intervención	Noviembre		Diciembre	Enero		Febrero	Marzo		Abril
	14	27	19	9	29	13	6	27	10
Higiene de columna, como incorporarla en AVD		X	X	X	X	X			
Realizar compresa de semillas		X							
Termoterapia			X	X	X	X			
Ejercicios isotónicos de columna			X	X	X	X			
Ejercicios de estabilización de tronco					X	X	X	X	

Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano  
 R/C disminución de la atención M/P incapacidad de aprender nueva información y poco apego a tratamiento terapéutico (FOLSTEIN 28 PUNTOS) (FRECUENCIA DE ATENCIÓN 3) (FRECUENCIA DE APEGO TERAPEUTICO 3)

Intervención	Noviembre		Diciembre	Enero		Febrero	Marzo		Abril
	14	27	19	9	29	13	6	27	10
Estimulación cognitiva frecuente			X	X	X	X	X	X	
Ludoterapia			X	X	X	X		X	
Fomentar la participación familiar			X	X	X	X			
Recordar la importancia de los ejercicios terapéuticos			X		X		X		
Folstein	X			X					X
Frecuencia de atención				X					X
Frecuencia de apego terapéutico				X					X

Déficit de promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas y el deseo de ser normal R/C trastorno neurodegenerativo M/P deterioro de la escritura (MEJORA DE LA ESCRITURA)

Intervención	Noviembre		Diciembre	Enero		Febrero	Marzo		Abril
	14	27	19	9	29	13	6	27	10
Valoración de la escritura			X	X	X	X	X	X	
Ejercicios de motricidad gruesa			X	X	X	X		X	
Ejercicios de motricidad fina			X	X	X	X			
Ejercicios de fortalecimiento			X		X		X		
Ejercicios de caligrafía			X			X	X	X	

Riesgo de déficit del mantenimiento de la prevención de peligros de la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano R/C deterioro neurológico (DONWNTON 4).

Intervención	Noviembre		Diciembre	Enero		Febrero	Marzo		Abril
	14	27	19	9	29	13	6	27	10
Escala de Downton			X			X		X	
Evaluación de barreras arquitectónicas	X	X							
Recomendaciones para prevenir caídas dentro del hogar		X	X	X					
Evaluación por paciente y familia		X	X						
Sugerencia de modificaciones del entorno			X			X			
Implementación de dispositivos de ayuda para la deambulación			X		X		X	X	

Riesgo de déficit del mantenimiento del equilibrio entre la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal R/C el cuidado al paciente con enfermedad neurodegenerativa (ZARIT 27 puntos)

Intervención	Noviembre		Diciembre	Enero		Febrero	Marzo		Abril
	14	27	19	9	29	13	6	27	10
Aplicar Escala de Zarit		X			X			X	
Dar la oportunidad de expresar sentimientos y temores		X	X		X			X	
Explicar la importancia de delegar funciones sobre el cuidado		X	X	X					
Realizar rol de cuidadores		X	X						
Recomendación de apoyo psicológico						X			X
Buscar grupos de ayuda				X				X	



## 7.6 EVALUACIÓN

Se realiza la evaluación final del paciente el 10 de abril 2015.

### 7.6.1 EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA

Déficit del equilibrio entre la actividad y el reposo R/C debilidad muscular en miembros inferiores M/P marcha inestable, claudicante, danzante y breve (TINETTI 12 puntos) DANIELS 3/5 (psoasiliaco, glúteo mayor, menor y medio, pectíneo, recto anterior, recto interno, tensor de la fascia lata, piramidal, gémimo superior e inferior), ASHWORTH			
Objetivo: prevenir caídas y mejorar el equilibrio en bipedestación, así como aumentar la fuerza muscular de las extremidades pélvicas durante las fases de la marcha.			
INDICADOR	1ra valoración 14 nov 14	2da valoración 9 enero 15	3ra valoración 27 marzo 15
TINETTI MARCHA	12 puntos	13 puntos	14 puntos
DANIELS FUERZA MUSCULAR	3/5	3/5	4/5
ASHWORTH TONO MUSCULAR	1	0	0
Evaluación de las respuestas de la persona: Con las diferentes actividades la paciente mostró mejoría significativa en cuanto a la fuerza muscular de miembros inferiores. Los ejercicios de Frenkel se llevaron a cabo de manera progresiva, fueron bien tolerados y dentro de los ejercicios de reeducación de la marcha implementados en febrero, la deambulación sobre huellas y en zigzag son los que implicaron mayor dificultad para la paciente. Se instruyó sobre el uso correcto del bastón y a pesar que lo utiliza correctamente, refiere no necesitarlo. La marcha coreica continua como parte del proceso neurodegenerativo.			

Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo R/C enfermedad neurodegenerativa M/P marcha inestable y movimientos involuntarios, rápidos, irregulares y bruscos (TINETTI 12 puntos)			
Objetivo: mejorar el equilibrio en bipedestación, así como aumentar el control corporal durante las fases de la marcha con ejercicios de enderezamiento.			
INDICADOR	1ra valoración 14 nov 14	2da valoración 9 enero 15	3ra valoración 27 marzo 15
TINETTI MARCHA	12 puntos	13 puntos	14 puntos
La corea es el signo característico de la enfermedad de Huntington, la marcha se vuelve irregular breve e impredecible. En estadios avanzado de la EH puede limitar la deambulación. La marcha no fue modificada de forma significativa, el proceso neurodegenerativo es continuo.			

Déficit del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo R/C proceso neurodegenerativo gradual M/P limitación de las actividades la vida diaria (BARTHEL 90/100 con limitación para el baño y subir y bajar escaleras) y (LAWTON Y BRODY 6/8 con limitación para preparación de alimentos, cuidados de la casa y compras)			
Objetivo: La paciente adquirirá habilidades para incluir dentro de sus actividades de la vida diaria básicas e instrumentales			
INDICADOR	1ra valoración 27 nov 14	2da valoración 29 Enero 15	3era valoración 27 marzo 15
ÍNDICE DE BARTHEL AVDB	90/100	90/100	95/100
LAWTON Y BRODY AVDI	6/8	6/8	7/8
<p>Evaluación de las respuestas de la persona:</p> <p>La paciente dentro de sus actividades de la vida diaria básicas mostro mejoría en cuanto al baño ya que se implementaron ayudas técnicas (una esponja con mango largo) el cual utiliza diariamente, así como se implementó un aditamento en el baño que esté más cerca y pueda tomar los objetos más fácilmente (jabón y shampoo), también se colocaron los barandales junto a la regadera y se complementó con la silla (ANEXO) , en el indicador de acuerdo al índice de Barthel en la primera valoración alcanzo una puntuación de 90/100 y en la tercera se obtuvo una puntuación de 95/100, dentro del rango de la escala se encuentra en dependencia escasa.</p> <p>En cuanto al indicador de BARTHEL y subir y bajar escaleras, se implementó el uso de bastón, sin embargo, pocas veces lo utiliza aun que sabe utilizarlo adecuadamente. Se refuerza la importancia de utilización del bastón como método de prevención de caídas.</p>			
<p>La paciente dentro de las actividades instrumentales en el indicador de LAWTON Y BRODY no mostro mejoría, en cuanto a la preparación de alimentos, el resultado arrojó que siempre contrato alguien que preparara sus alimentos, mientras que en los cuidados de la casa paso de realizar tareas ligeras, como lavar platos o hacer la cama a mantener la casa con ayuda domestica para el trabajo fuerte. Por parte de las compras, de realizar independientemente pequeñas compras, paso a realizarla todas las compras necesarias siempre acompañada, así como de utilizar únicamente taxi con ayuda de otros a viajar en transporte público siempre acompañada.</p>			

Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano R/C disminución de la atención M/P incapacidad de aprender nueva información y poco apego a tratamiento terapéutico (FRECUENCIA DE ATENCIÓN) (FRECUENCIA DE APEGO TERAPEUTICO)		
Objetivo: La paciente mejorará atención, memoria para no olvidar los ejercicios que debe realizar		
INDICADOR	1ra valoración 9 Enero 15	2da valoración 10 Abril 15
FOLSTEIN ESTADO MENTAL	28 PUNTOS	29 PUNTOS
FRECUENCIA DE ATENCIÓN 1. Siempre presta atención 2. Casi siempre presta atención 3. Algunas veces presta atención 4. Nunca presta atención	3	2
FRECUENCIA DE APEGO TERAPEUTICO 1. Siempre lo realiza 2. Casi siempre lo realiza 3. Algunas veces lo realiza 4. Nunca lo realiza	3	2
Evaluación de las respuestas de la persona:  Durante la primera evaluación de Folstein la paciente con puntaje 28 puntos y dificultad para reconocer en que día del mes nos encontrábamos y atención y cálculo. La paciente es estimulada cognitivamente de manera continua por la enfermera y el familiar, siempre ubicada en tiempo y lugar, reconoce lugares con mencionar algunos objetos propios de este y reconoce diferencias significativas, sin embargo, fácilmente presta atención a cualquier suceso que se presente. Durante los recuerdos cronológicos fácilmente puede ubicar personas, lugares, fechas importantes, así como cálculos matemáticos, durante los juegos lúdicos muestra interés hacia dicha actividad, expresando que le parecen entretenidos sobre todo los que implican memoria. Es capaz de reconocer las características propias de un elemento, por ejemplo, ante preguntas de soy un animal, asocia tamaños, colores, habitad, referente artículos del hogar, asocia donde se encuentran, para que se utilizan, que formas geométricas o colores tienen. En tanto a lo que se refiere a los ejercicios que debe realizar, se aconsejó fuera expuestos en papel donde fuera visible y si olvidaba alguno pudiera tener la información a la mano.		

Déficit de promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas y el deseo de ser normal R/C trastorno neurodegenerativo M/P deterioro de la escritura.			
Objetivo: La paciente mejorara su coordinación, así como la motricidad gruesa y fina, con la finalidad de mejorar la escritura.			
INDICADOR	1ra valoración 19 dic 14	2da valoración 29 enero 15	3ra valoración 6 marzo 15
MEJORA DE LA ESCRITURA 1. Mala 2. Regular 3. Buena 4. Muy buena	2	3	3
<p>Durante el mes de diciembre se valoró la escritura de la paciente, se observó que las letras eran entendibles pero desproporcionadas, con las diferentes actividades la paciente mostró mejoría significativa, la paciente refirió que estas actividades le agradaban y le resultaban más fáciles y cómodas realizarlas sobre todo los que involucraban la masa terapéutica, fueron donde expreso mayor motivación, en contra parte; los ejercicios de caligrafía y de letra tipo imprenta v.s manuscrita implicaron mayor tiempo para realizarlos .</p> <p>La paciente se mostró satisfecha con los resultados obtenidos.</p>			

Riesgo de déficit del mantenimiento de la prevención de peligros de la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano R/C deterioro neurológico (DONWNTON 4).			
Objetivo: Mantener la funcionalidad del paciente, con la finalidad de lograr su autonomía e independencia. Prevenir caídas.			
INDICADOR	1ra valoración 19 Dic 14	2da valoración 13 Feb 15	3era valoración 27 Mar 15
DOWNTON RIESGO DE CAÍDAS	4 PUNTOS	4 PUNTOS	4 PUNTOS
<p>La paciente dentro de la evaluación de la escala de riesgo de caídas DOWNTON, se evaluó la primera vez un puntaje de 4, situando el resultado dentro de alto riesgo, la escala no presento modificaciones en cuanto a puntaje por el tratamiento farmacológico que incluye sedantes (Clonazepam), registro de caídas previas, alteraciones visuales relacionado a la edad y la deambulacion segura solo con ayuda. Se reforzó la importancia de utilizar el bastón para que la deambulacion sea segura, sin embargo, rehúsa utilizarlo sobre todo dentro de su domicilio, refiere que no lo necesita para deambular dentro del hogar.</p> <p>Al interior del domicilio se sugirió implementación de barandales dentro del cuarto de baño, así como el uso de una silla de baño firme, de aluminio con plástico y gomas antideslizantes con la finalidad de prevenir caídas.</p> <p>No presentó caídas durante este período.</p>			

Riesgo de déficit del mantenimiento del equilibrio entre la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal R/C el cuidado al paciente con enfermedad neurodegenerativa (ZARIT 27 puntos)			
Objetivo: Como medida de prevención se evaluará al cuidador primario para evitar síndrome de sobrecarga al cuidador primario			
INDICADOR	1ra valoración 27 Nov 14	2da valoración 29 Ene 15	3era valoración 27 Mar 15
ZARIT SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO	27 puntos	23 puntos	24 puntos
<p>Evaluación de las respuestas de la persona: El cuidador primario no presentaba signos de fatiga, de acuerdo a la puntuación en la escala de Zarit, de los 27 puntos obtenidos la primera valoración las principales inquietudes del cuidador primario se centran en el impacto que tuvo la enfermedad en su vida y su privacidad, así como la percepción que la paciente demanda más cuidado del que realmente necesita, y expresa la necesidad de delegar el cuidado a otras personas.</p> <p>Gradualmente y con el rol de cuidadores, donde se incluyeron miembros de la familia y un cuidador externo (ANEXO 15) durante la semana el cuidador primario se reincorpora a algunas de sus actividades habituales, delegando responsabilidades a cada miembro del rol. El cuidador primario refiere sentirse satisfecha con el resultado y la cooperación de los miembros de su familia.</p> <p>Durante el proceso en la segunda valoración expresa agobio e incertidumbre sobre padecer la enfermedad y haberla transmitido a sus hijos. Sin embargo, considera no necesario realizar el Test predictivo.</p>			

### 7.6.2 EVALUACION DEL PROCESO

Dentro de los objetivos establecidos durante la planeación de las intervenciones, considero que las expectativas fueron mayores por parte la paciente. Dado el trastorno neurodegenerativo del padecimiento la rehabilitación le ayudo como mantenimiento de la funcionalidad, ella siempre mantuvo una buena disposición para realizar las actividades con actitud positiva, la familia se concientizo sobre las dificultades que experimenta la paciente y la dificultad de algunas actividades.

## VIII. PLAN DE ALTA

<p><b>MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE</b> No presenta alteración en este requisito. Se recomienda realizar los ejercicios respiratorios con la finalidad obtener mayor tolerancia a sus ejercicios.</p>
<p><b>MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA</b> Se recomienda mantener el aporte de líquidos de acuerdo a la jarra del buen beber (ANEXO 29) evitando el consumo de bebidas gaseosas.</p>
<p><b>MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTO</b> Se orienta alimentación en quintos, consumir frutas y verduras de acuerdo al plato del buen comer (ANEXO 28), así como una alimentación alta en fibra. Se recomienda visitar al nutriólogo para evaluación de dieta hiper calórica relacionada al gasto energético por movimientos hipercinéticos. Se recomienda visitar un foniatra que evalúe la deglución Se orientó todos los cuidadores sobre la maniobra de Heimlich (ANEXO 30) para desobstrucción de la vía aérea.</p>
<p><b>PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN INCLUIDOS LOS EXCREMENTOS</b> No presenta alteración en este requisito, sin embargo, debido al curso de la enfermedad neurodegenerativa, se orienta sobre la reeducación intestinal, dieta alta en fibra y masaje a marco cólico (ANEXO 27).</p>
<p><b>MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO</b> Incorporar la higiene de la columna para realizar las actividades de la vida diaria, podrá hacer uso del cartel (ANEXO 17) cada vez que requiera consultar la postura adecuada. Integración a las actividades del hogar. Se recomienda continuar con el uso de ayudas técnicas para el baño Aplicación de la compresa de semillas previo ejercicios isotónicos de columna Continuar con el programa de calentamiento antes de realizar ejercicios con repeticiones de 15 veces en un lapso de aproximadamente 10 minutos Realizar el programa de potenciación muscular y re educación de la marcha Al término aplicar la etapa de enfriamiento</p>
<p><b>MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL</b> Se recomienda la participación en diferentes actividades que promuevan la interacción con otras personas, fomentando relaciones interpersonales y lazos familiares. Reincorporación a desayunos mensuales con ex compañeros de trabajo, así como acudir a grupos de apoyo para compartir experiencias nuevas de cuidado. Es importante acercarse a la Asociación de la Enfermedad de Huntington, para el conocimiento acerca de la enfermedad. Y para el cuidador primario y su familia, buscar consejería antes de someterse a examen pre sintomático molecular.</p>

## PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

Se recomienda al paciente continuar con las actividades aprendidas durante el estudio de caso:

### Prevención de caídas

- Mantener el orden en los pasillos
- Ropa cómoda y holgada, zapatos sin agujetas y antideslizantes
- Luz adecuada
- Barandales en el baño
- Evitar que haya cables en el piso
- Evitar piso mojado
- Se hace hincapié en el uso del bastón

### Estimulación cognitiva frecuente

- Memorama
- Rompecabezas
- Lotería
- Domino
- Juego de cartas

### Orientar sobre barreras arquitectónicas:

El paciente y familiar evaluarán el entorno donde viven para detectar posibles riesgos.

Se recomienda mantener el apego terapéutico al tratamiento rehabilitatorio.

## PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANOS, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESARROLLO HUMANOS DE SER NORMAL.

Se recomienda continuar con los ejercicios para el control de motricidad fina y gruesa, así como el uso de libro mágico para mejorar la escritura.

Se le recuerda la importancia de mantener el apego al tratamiento médico prescrito, así como acudir al oftalmólogo para valoración de su agudeza visual con regularidad y al odontólogo para el tratamiento a la sensación de dolor punzante al tomar cosas frías.

Es importante continuar con las consultas tanto en Instituto Nacional de Rehabilitación como sus consultas con el Neurólogo.

Favorecer la expresión de sentimientos y emociones dentro del núcleo familiar.

## IX. CONCLUSIONES

La Enfermedad de Huntington tiene efectos devastadores tanto para el paciente como para su entorno familiar, por las secuelas motoras, cognitivas, comportamiento del paciente, por su duración larga y progresiva de carácter hereditario.

La dependencia crece al avanzar la enfermedad sugiriendo un desgaste mayor por parte de los cuidadores tanto físico como emocional debido a su deterioro progresivo y larga duración del padecimiento.

Existen poca información sobre el manejo médico de la enfermedad, sobre el uso de una tratamiento específico que mitigue los síntomas ya que no existe cura así como la poca información del tratamiento rehabilitatorio de la enfermedad de Huntington, se sabe que es de origen hereditario y que de un padre con la mutación genética se estima lo heredara al 50% de su descendencia, sin embargo se encuentran bien identificados los síntomas de esta corea, difíciles de identificar en etapas tempranas, el diagnóstico está basado en pruebas genéticas especializadas para detección de la Huntingtina.

En México el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía estima que al menos 8000 personas padecen esta enfermedad, sin embargo, se cree podrían estar comprometidas más por el temor que sienten las familias a exponer a sus familiares a obtener un mal pronóstico por sentimiento de vergüenza y optan por esconderlos, también se debe tomar en cuenta las personas que ya lo han heredado a su descendencia sin contar con ninguna manifestación clínica

Lamentablemente existen pocas investigaciones específicas relacionadas con el impacto de esta enfermedad en la familia y las estrategias de apoyo aplicables.

El equipo multidisciplinario de salud que incluye médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas fisioterapeutas, cuidadores y la familia debe colaborar para mejorar la calidad de vida de las personas con EH.

La rehabilitación afecta positivamente a la supervivencia y la capacidad funcional de los pacientes<sup>152</sup> con ella se busca lograr el máximo nivel funcional del sujeto y reincorporarlo a sus actividades personales y sociales. Es un proceso que requiere del constancia y dedicación, sin olvidar que los resultados serán paulatinos.

La enfermera rehabilitadora debe orientar al paciente la familia sobre los cuidados que pueden brindarse en casa, se fomenta la independencia y autonomía del paciente para realizar actividades de la vida diaria con los que logre sentirse útil y capaz para desenvolverse en el medio que lo rodea, es muy importante identificar

---

<sup>152</sup> Devesa. G. I. Mazadiego. G. M. Rehabilitación del paciente con enfermedad vascular cerebral. Rev Mex Med Fis Rehab 2014;26(3-4):94-108 Disponible: [http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2014/mf143\\_4e.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2014/mf143_4e.pdf)



el rol de cada integrante de la familia para visualizar acciones que pueda desempeñar cada uno sin perder la armonía familiar. El modelo de rehabilitación para personas con EH necesitar ser flexible para adaptarse a las variaciones de acuerdo a las respuestas y la satisfacción de las necesidades, aunado a la capacidad de afrontamiento del individuo y sus familiares.

Como experiencia profesional me siento satisfecha, fue una experiencia enriquecedora de conocimiento, de vivencia, me ha dado un panorama sobre adquirir nuevos retos y poder aportar este conocimiento a otras personas.

Realizar una planeación de intervenciones encaminadas a mejorar la mayor funcionalidad de una persona implica un reto, ya que en él se involucran varios factores, de los cuales se deben adaptar en cuanto a hábitos y la capacidad de aprendizaje del paciente, no sin antes concientizarlo que de acuerdo al apego terapéutico que tenga del programa rehabilitatorio serán reflejados los resultados esperados, así como las mejoras que pudieran visualizarse en este proceso dinámico.

Considero que aplicando la teoría de déficit del autocuidado de Dorothea Orem permite un manejo integral de cuidado para el individuo que nos da la pauta para tener un juicio crítico de enfermería y desarrollar habilidades prácticas enfermeras que deben proporcionarse al cuidador primario con la finalidad de atender las necesidades del individuo, con ellos se brinda cuidados de calidad con un enfoque científico.

A la Sra. MDF y su familia agradezco las facilidades otorgadas para realizar este trabajo donde tomaron en cuenta mi sugerencia y se mostraron abiertos a la opinión en todo momento, mi admiración a ellos que trabajan día con día.

En México se encuentra La Asociación de la Enfermedad de Huntington I.A.P donde proporcionan servicios asistenciales a los pacientes con esta enfermedad y a sus familiar, con la finalidad de elevar su calidad de vida, parte de su misión es concientizar a población en riesgo e incluir la participación social a través de la difusión. Entre los servicios que brindan es la fisioterapia, terapia ocupacional y del lenguaje. También se brinda atención médica por un equipo del instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"<sup>153</sup>.

Se realizan eventos y convivencias, cada primer martes de mes se toma sesión de grupo de apoyo y cada tercer martes de mes se da plática informativa sobre un tema diferente, con un horario de 16:00 a 18:00.

Se encuentra ubicado en Tesoreros 97 Col. Toriello Guerra, Delegación Tlalpan CP 14050 CDMX Teléfono de contacto 5424 3325

---

<sup>153</sup> Asociación Mexicana de la Enfermedad de Huntington I.A.P Una enfermedad del cuerpo y de la mente [Internet] Disponible en <http://www.huntingtonmexico.org/seccion.php?id=13>

## **X. SUGERENCIAS**

Para la Sra. MDF y su familia que retomen el grupo de apoyo en la Asociación Mexicana de la enfermedad de Huntington donde se otorga información y asesoría acerca del cuidado y la evolución de la enfermedad, sé que ellos dejaron de ir por desmotivarse al ver la realidad y los diferentes grados de afectación de los pacientes, así como el abandono que sufren por parte de su familia, creo que podrían ayudarlos psicológicamente a enfrentar la evolución de la enfermedad y la duda de padecerla que los angustia.

A MDF recomendarle que siga la terapia ya que hay días que no realiza los ejercicios completos, para ganar independencia es necesario la constancia, ella cuenta una red de apoyo bien establecida con su hermana y sobrinos, la motivación personal es un factor de suma importancia para completar el tratamiento rehabilitatorio y seguir manteniendo la independencia.

## XI. BIBLIOGRAFÍA

Aguilar-Ruíz E. C., Ramírez-Gutiérrez N., Camaño-Vicente E. C., Hernández-Corral S.. Intervenciones de enfermería especializada en un adulto con alteraciones de la marcha ocasionadas por quemadura eléctrica. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2016 Mayo 15] ; 10( 4 ): 139-146. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632013000400006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000400006&lng=es)

Algorta. M. Spagnuolo. E. Hematoma subdural crónico. Modalidades de tratamiento de revisión de tema. Propuestas e manejo. *Rev. Argentina de Neurociencias* Vol 24 no. 4. Buenos aires oct/dic 2010 Disponible en [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-15322010000500005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-15322010000500005&script=sci_arttext)

Andújar. P. Santoja. P Sáinz de Baranda. Higiene postural en atención primaria. 2010 [Internet] Disponible en: <http://www.santonjatrauma.es/wp-content/uploads/2014/11/Higiene-Postural-Cap-251.compressed.pdf>

Arroyave. P. Riveros. M. enfermedad de Huntington. *Universitas Med* 2006 [Consultado 2016 Noviembre 18]; 47 (2): 121-130. Disponible en: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/1052781/3djvrg7v5slmn3r.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1496257175&Signature=ntPQPv%2F7WpTAxZD3mFbzUbJnpuY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEnfermedad\\_de\\_Huntington.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/1052781/3djvrg7v5slmn3r.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1496257175&Signature=ntPQPv%2F7WpTAxZD3mFbzUbJnpuY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEnfermedad_de_Huntington.pdf)

Asem. G. E. Las ayudas técnicas. 2008 Internet (consultado 02 enero 2015) Disponible en: [http://www.asemgalicia.com/biblioteca/guia\\_recursos\\_ayuda/%ayudas%tecnicas%.pdf](http://www.asemgalicia.com/biblioteca/guia_recursos_ayuda/%ayudas%tecnicas%.pdf)

Asociación Mexicana de la Enfermedad de Huntington I.A.P Una enfermedad del cuerpo y de la mente [Internet] Disponible en <http://www.huntingtonmexico.org/seccion.php?id=13>

Balan, G. C y Franco. O. M. Teorías y modelos de enfermería, Bases teóricas para el cuidado especializado. Antología. Universidad Nacional Autónoma de México. 2009. 2da Edición. Pág 63

Barquero. M. S. Gómez. E Trastornos cognitivos en pacientes con enfermedad de Huntington. *Rev. Neurol* 2001; 32: 1067-1071

Barrio I. M . Molina A., Sánchez c. M, Ayudante M.L Ética de enfermería y nuevos retos. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2006 [Citado 2016 Jun 08] ; 29 (Suppl 3 ): 41-47. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000600005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600005&lng=es)

Barrios Duarte René, Borges Mojaiber Rolando, Cardoso Pérez Laura del Carmen. Beneficios percibidos por adultos mayores incorporados al ejercicio. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2003 Abr [citado 2015 Mayo 16]; 19( 2 ): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252003000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200007&lng=es).

Begoña. G.E Manual básico para gerocultores y auxiliares geriátricos. Barcelona: España. 1999 Caritas españolas (consultado 2014 dic 20) Disponible en: <http://www.books.com.mx/books?is=fNkn5yGleX4C&pg=PA502&dq=ludoterapia&hl=es&sa=X&ei=pCGLviV46TyATovl=onepage&q=ludoterapia>

Benavent G. M, Ferrer F. E, Del Rey C.F. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001:157.

Bermúdez. G. A. Cárdenas. J. M. Fernández. G. V. Matus. M. R et al. Principios éticos para la investigación en la ENEO. Comité de investigación. 2013 [internet] Consultado 2015 enero 20. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/investigacion/documentos/ENEO-UNAMprincipiosEticosInvestigacion.pdf>

Bisbe. G. M. Santoyo. M. C. Segarra. V. V. Fisioterapia en neurología. Procedimientos para restablecer la capacidad funcional. Editorial médica panamericana. 2009. Madrid. P.P 85 y 86.

Burgos Moreno M, Paravic Klijn T. Enfermería como profesión. Rev Cubana Enfermería [internet]. 2009;25(12) [consultado 2 Nov 2014]. Disponible. en: <http://bit.ly/11LW4sh>

Cabrera. C.E. efectos terapéuticos de la escritura emocional o expresiva Internet (consultado 13 febrero 2015) Disponible en: [http://www.centropsicologica y equilibrio\\_documentos/escritura\\_expresiva.pdf](http://www.centropsicologica y equilibrio_documentos/escritura_expresiva.pdf)

Cerda. A. L Management of gait disorders in the elderly. [Internet] Rev. Med. Clin. Condes, 2014; 25 (2), 265-275. Consultado el 12 mayo 2016 disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S0716864014700379/1-s2.0-S0716864014700379-main.pdf?\\_tid=1bc98630-3776-11e7-81ff-00000aacb35e&acdnat=1494636787\\_25262a706fd2bd011e20c84a80369467](http://ac.els-cdn.com/S0716864014700379/1-s2.0-S0716864014700379-main.pdf?_tid=1bc98630-3776-11e7-81ff-00000aacb35e&acdnat=1494636787_25262a706fd2bd011e20c84a80369467)

Cerda. A. La evaluación del paciente con trastorno de la marcha. [(internet) Rev Hosp Clin Univ Chile 21(4):326 Consultado 12 mayo 2016. Disponible en: [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/124202/evaluacion\\_paciente\\_con\\_trastorno\\_marcha.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/124202/evaluacion_paciente_con_trastorno_marcha.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Chamarro. A, Albert. L, Romero. J Concepto de ética: ética del psicólogo. Barcelona: Editorial UOC; 2007

Colliere. M. Promover la vida. 2da ed. Francia: Mc Graw Hill; 2009, pág 9.

Comité de ética en investigación [Internet] Consultado [2016 diciembre 04] Disponible en <https://www.insp.mx/insp-cei/consentimiento-informado.html>

Consejo Internacional de Enfermeras CIE. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería 2006 [Consultado el 20 de Mayo 2015]. Disponible en URL: <http://www.icn.ch/icncodesp.pdf>

Consentimiento informado [Internet] Consultado 25 nov 2015 Disponible en: [www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx)

Cutcliffe. J. Mc Kennay, H. Ayrkas, K. Modelos de Enfermería. Aplicación a la práctica. México: El manual moderno S.A de C.V; 2011, pág 17

Daza de Caballero Rosita. Cuidado y práctica de enfermería: Línea de Investigación. Index Enferm [Internet]. 2005 Nov [citado 2014 Nov 14] ; 14( 50 ): 57-60. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000200012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200012&lng=es)

Devesa. G. I. Mazadiego. G. M. Rehabilitación del paciente con enfermedad vascular cerebral. Rev Mex Med Fis Rehab 2014;26(3-4):94-108 Disponible: [http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2014/mf143\\_4e.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2014/mf143_4e.pdf)

Durán. V. M Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan[Revista en línea] 2013 [Consultado el 15 Noviembre 2014]; 13(2) Disponible en: <http://aquichan.unisaba.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>

Enfermedad de Huntington (Consultado el 19 Noviembre 2014) Disponible en <http://www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos/huntington.html>

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Fundamentación teorica: Modelo de Orem. [Consultado el 16 Noviembre 2014] Disponible en [www.eneo.unam.mx](http://www.eneo.unam.mx)

Espinoza. S. N. Palacios. G. J. Morante. O. M. Cuidados paliativos en la enfermedad de Huntington: perspectivas desde la atención primaria de salud. Rev Neuropsiquiatr Perú [Internet] 2016 [Consultado 27 mayo 2017]; 79 (4): 230-238 Disponible en: <file:///C:/Users/ArukasVGC/Downloads/2977-7388-1-PB.pdf>

Estrella. C. D. Euán. P. A. Pinto. L. M. Sanchez. E. P. Rubio. Z. H. Alteraciones del equilibrio como predictoras de caídas en una muestra de adultos mayores de Mérida Yucatán, México. Rehabilitación 2011 [Intenet] [Consultado 2 diciembre 2014]; 45 (4): 320 – 326. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-alteraciones-del-equilibrio-como-predictoras-S0048712011001307>

Fawcett. J citado por Garzón. A. N. Ética profesional y teorías de enfermería. Aquichan [Revista en línea] 2005; 5 (1) [Consultado el 19 Noviembre 2014] Disponible en <http://aquichan.unisaba.edu.co/index.php/aquichan/article/view/60/125>

Fernández M., Grau C., Trigo P.. Impacto de la enfermedad de Huntington en la familia. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2012 Ago [citado 2014 Nov 12] ; 35(2): 295-307. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272012000200011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000200011&lng=es)

Fidias. E. León- Sarmiento. Edgardo Bayona, Jaime Bayona. Neurorehabilitación. La otra revolución del siglo XXI. Act Med Colomb [Internet] 2009 (citado 2017 febrero 11) Vol. 34 No.2 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v34n2/v34n2a7.pdf>

Fran Hazinski et. al. Libro del estudiante de SVB/BLS para profesionales de la salud. American Heart Association 2011. Brazil. P 52

García Hernández María de Lourdes, Arana Gómez Beatriz, Cárdenas Becerril Lucila, Monroy Rojas Araceli. Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermeros en México - la reconstrucción del camino. Esc. Anna Nery [Internet]. 2009 Junio [citado 2016 Mar 24] ; 13( 2 ): 287-296. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000200008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200008>

García Moyano Loreto. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. Acta bioeth. [Internet]. 2015 [citado 2016 Nov 20] , 21(2): 311 – 317. Disponible en: [http://www.scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2015000200017&lng=es](http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2015000200017&lng=es)

García. Verónica. Aproximaciones a la ética y responsabilidad profesional de enfermería. Revista iberoamericana de educación e investigación en enfermería 2012 [Internet] 2012 [citado 2016 Nov 20] 2 (4): 48-57. Disponible en <http://www.codae.enfermeria21.com/downloaded.php?key=UzKxY0d4dIIXUnpMMk5sWkdsMGlzSnBZV3d2WVd4aFpHVm1aUzI3YjNKMgfxNW5MeIuXTDNca1ppOXlaWFpwYzJsdmJtVnpNVEkwTG5Ca1ppWm1aV05vWVQweU1ERTNREI5TWpBME1qZz1jR1JtUa==>

Gernández. M. Grau. C. Trigo. P. Impacto de la enfermedad de Huntington en la familia. [Consultado el 12 Noviembre 2014] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v35n2/revision4.pdf>

González. C. B y cols Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2005, 43 (5): 436. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055i.pdf>

González. V. M y García. G. A Traumatismo craneoencefálico. Anestesiología en neurocirugía 2013; 36: 186-194. [Consultado el 17 Noviembre 2014] Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131as.pdf>

Hall. C.M. Ejercicio terapéutico, Recuperación funcional. Madrid: Paidotribo; 2006. P. 120-123

Hernández. H. D y Ferrer . V. J. Prevención de caídas en el adulto mayor: intervenciones de enfermería. Rev Enfermería IMSS 2007; 15 (1): 47-50 [Consultado el 15 Enero 2015] Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071h.pdf>

Hernández. M. Grau. C. Trigo. P Impacto de la enfermedad de Huntington en la familia. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v35n2/revision4.pdf>

Hernández. S.A. Alfaro. M.P. Balan. Z. A. Matú. A. N. Manual de fisioterapia clínica instrumental. 2012 [Internet] Consultado el 12 abril 2016 disponible en: [http://www.fe.aucam.mx/?modulo\\_micrositio=paginas&acciones\\_micrositio=descargar&archivo=modulos/paginas/archivos/66/adjuntos/Manual\\_de\\_Fisioterapia\\_Clinica\\_Instrumental.pdf&vistafull\\_micrositio=yes](http://www.fe.aucam.mx/?modulo_micrositio=paginas&acciones_micrositio=descargar&archivo=modulos/paginas/archivos/66/adjuntos/Manual_de_Fisioterapia_Clinica_Instrumental.pdf&vistafull_micrositio=yes)

I.M Barrios, A. Molina. C. M. Sánchez, M. L. Ayudante. Ética de enfermería y nuevos retos. An. Sist. Sanit. Navar, [Internet] 2006 [citado 2016 Nov 22] 29 (Supl.3): 41-47 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original4.pdf>

Iansek. R. Morris. M. Rehabilitation in movement disorders. 2013. Cambridge University Press. Pag 164

Insua, M. C., Vidal, I. R., Cervantes, R. F., Doniz, L. G., Rodríguez, A. M., & García, M. F. Protocolo de Fisioterapia en el paciente parkinsoniano. Fisioterapia. [Internet] 2001; 23(4), 191-199. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Marcelo\\_Chouza/publication/28248807\\_Protocolo\\_de\\_Fisioterapia\\_en\\_el\\_paciente\\_parkinsoniano/links/09e415134d2bdf3c73000000/Protocolo-de-Fisioterapia-en-el-paciente-parkinsoniano.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marcelo_Chouza/publication/28248807_Protocolo_de_Fisioterapia_en_el_paciente_parkinsoniano/links/09e415134d2bdf3c73000000/Protocolo-de-Fisioterapia-en-el-paciente-parkinsoniano.pdf)

Jara. M. M. La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. Rev. Cúpula. Costa Rica. 2007 [Internet] consultado el 22 Dic 2014 Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>

Kerovac. S. Pepin, J. Ducharme, F. Duyuette, F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996, pág 7

Kofman-Alfaro. S y Armendares. S. La genética humana en México. Gaceta Médica de México [Internet] 1991 [citado 2017 febrero 28]; 127: 90. Disponible en: [http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864\\_2007/1991-127-1-85-104.pdf](http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1991-127-1-85-104.pdf)

La enfermedad de Huntington en Sudamérica. [internet] HOPES [citado 2017 febrero 16] Disponible en: [https://web.stanford.edu/group/hopes/cgi-bin/hopes\\_test/la-enfermedad-de-huntington-en-sudamerica/#venezuela](https://web.stanford.edu/group/hopes/cgi-bin/hopes_test/la-enfermedad-de-huntington-en-sudamerica/#venezuela)

Landles C, Bates G. Huntingtin and the molecular pathogenesis of Huntington disease. [Internet] 2004 [citado 2016 Noviembre 20] ;5:958-963 Disponible en: <http://embor.embopress.org/content/5/10/958>

Leddy S. y Pepler J. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. 1ª ed. México: OPS; 1989

León. C y cols. Fisioterapeutas del servicio de la comunidad de Madrid. Editorial MAD. Vol. III. 2005. P. 47

Lobo. R. C. García. P. A. Gadea. C. C. Moro. T. N. Prevalencia de hiponatremia en pacientes mayores de 65 años que sufren una caída intrahospitalaria. Nefrología 2011 [Internet] [Consultada 15 junio 2016]; 36 (2); 292. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-imprimir-articulo-prevalencia-hiponatremia-pacientes-mayores-65-anos-que-sufren-una-caida-S0211699516300170>

Madoz. V citado por Rodríguez. M. M La soledad en el anciano, Gerokomos v.20 n.4 Madrid dic. 2009. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2009000400003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2009000400003&script=sci_arttext)

Manrique-Espinoza Betty, Salinas-Rodríguez Aarón, Moreno-Tamayo Karla, Téllez-Rojo Martha M. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2011 Feb [citado 2016 Abr 02] ; 53( 1 ): 26-33. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000100005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000100005&lng=es)

Marriner, T. A y Raile, A. M. Modelos y teoría en enfermería. 5ta ed. Madrid: Mosby; 2002, Pág 68

Martinez. N. T. la ética y la investigación en enfermería. Rev. Cubana de Enfermería [Internet] 2010. (Consultado 2015 abril 20); 26 (1): 18-29 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n1/enf06110.pdf>

Mastre. T. Ferreira. J. Coehlo. M. et al. Therapeutic interventions for disease progression in Huntington's disease, 2009, Cochrane database Sys Rev; 3: Disponible en:

Meleis, (1997) citado por Dúran. V. M. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan [Revista en línea] 2013 [Consultado el 15 Noviembre 2014]; 13(2) Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>

Melendo. M. Comunicación e integración personal. Ed. Tarrae. 2000. P. 70

Merino. M. H NANDA: Internacional DIAGNOSTICOS ENFERMEROS. Definiciones y clasificación 2012-2014. Nuberos científica [Internet] (2012) (Consultado 15 mayo



2017) 2(10) Disponible en: [http://www.enfermeriacantabria.com/Downloads/46-177-1-PB%20\(2\).pdf](http://www.enfermeriacantabria.com/Downloads/46-177-1-PB%20(2).pdf)

Morrissey citado por ALzate-Posada.M.L, López.L, Velásquez. V. Una mirada de la rehabilitación desde la perspectiva de la profesión de enfermería. Rev Enferm 2010; XXVIII (1): 152-165. [Consultado 13 Diciembre 2014] Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114e.pdf>

Navarro. G. D. Ramírez. G. N. Hernández. C. S. Intervenciones de enfermería en rehabilitación a una persona con prótesis de cadera por tumor de células gigantes. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2016 May 05] ; 8( 4 ): 35-41. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000400005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400005&lng=es)

Norma Oficial Mexicana NOM-168, del expediente clínico. [Internet] Consultado [2016 diciembre, 02] Disponible en [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html)

Numminen O, Leina-kilpi H. Nursing students Ethical decisions-making, a review of the literature. Nurse Education today 2007; 27 (796)

P. Naarding, H. P Kremer, F. G Zitman. Enfermedad de Huntington: una revisión de las publicaciones sobre la prevalencia y el tratamiento de los fenómenos neuropsiquiátricos. 2002 [citado 2017 febrero 10] ; 3: 147-154. Disponible en: <http://formaciones.elmedicointeractivo.com/emioold/publicaciones/europeanpsy2002/3/147-154.pdf>

Ocampo. M. J. Los derechos de los pacientes. An Med Mex [Internet] 2011 [consultado 2014 noviembre 16]; 56 (2): 108-112. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc112i.pdf>

Pérez P Carolina, Miranda C Marcelo, Segura-Aguilar Juan. Diagnóstico genético disponible para la enfermedad de huntington en Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2009 Ago [citado 2017 febrero 16] ; 137( 8 ): 1128-1129. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000800022&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000800022&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000800022>

Pérez. B. E y cols Corea de Huntington. Revista de Colegio Oficial de Enfermería de Lugo 2012; 19: 21-24 [Consultado el 12 Noviembre 2014] Disponible en <http://www.enfermerialugo.org/enfermeiras/19a.pdf>

Polonio. L. B y Garra. P . L. terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. Ed. Medica Panamericana. Madrid: España, 2004 p. 58

Prado Solar Liana Alicia, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noelvis, Romero Borges Karelia. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida

para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2016 Mar 24] ; 36( 6 ): 835-845. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es)

Quezada. U. R. Aguilar. H. P. Sanchez. C. B. Proceso de enfermería aplicado a paciente con desequilibrio nutricional. Revista Cuidarte 2012 p. 65

Raffelsbauer. D. Enfermedad de Huntington. Preguntas y respuestas. [Internet] 2009 [citado 2017 febrero 16] European Huntington's Disease Network. Disponible en: <http://cetram.org/wp/wp-content/uploads/2014/01/Enfermedad-de-Huntington-Preguntas-y-respuestas.pdf>

Rayo. G. P Neuropsicología clínica. 2011; 4ta ed [Consultado el 13Noviembre de 2014] Disponible en <http://www.hdsa.org/images/content/1/2/12746.pdf>

Reina G. N C, EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral Científico 2010; 17 (1) 18-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>. Fecha de consulta: 16 de mayo de 2015

Ríos. A. Condiciones de inclusión de la discapacidad frente a las barreras arquitectónicas, el reto: la inclusión. (2013) UGCiencia (19): 38 Disponible en: <http://revistas.ugca.edu.co/files/journals/3/articles/89/public/89-666-1-PB.pdf>

Rodríguez Pupo Jorge Michel, Díaz Rojas YunaViviana, Rojas Rodríguez Yesenia, Rodríguez Batista Yordanis, Núñez Arias Enriqueta. Actualización en enfermedad de Huntington. CCM [Internet]. 2013 [citado 2017 febrero 15] ; 17( Supl 1 ): 546-557. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812013000500003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000500003&lng=es)

Rodriguez.P. J. Díaz. R. Y. Rojas. R. Y. Actualización en Enfermedad de Huntington. 2013. Cuba. CCM Vol. 17 Supl.1 Holguín Disponible en [http://scielo.slu.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000500003&script=sci\\_arttext](http://scielo.slu.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000500003&script=sci_arttext)

Rojas.M. Gómez.L Rodríguez. B. L. "Situación de enfermería como herramienta para enseñar el proceso de atención de enfermería." Revista Cuidarte 4.1 (2013) P. 44-49

Rosales Reynoso Mónica, Barrios Nuñez Patricio. Diagnóstico molecular de la enfermedad de Huntington. [Internet] 2008 [citado 2016 Noviembre 20]; Gac Méd Mex vol.144 No.3: 271-273. Disponible en: [http://www.anmm.org.mx/GMM/2008/n3/79\\_vol\\_144\\_n3.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2008/n3/79_vol_144_n3.pdf)

Sanabria Triana L, Otero Ceballos M, Urbina Laza O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cubana Educ Med Super [internet]. 2002;16(4) [consultado 11 Oct 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1uLL1bT>

Sanhueza H, Lotito F, DISCAPACIDAD Y BARRERAS ARQUITECTÓNICAS: UN DESAFÍO PARA LA INCLUSIÓN. Revista AUS 2011 10-13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281722876003> Fecha de consulta: 2 de abril de 2016.

Shannon. K et. al La enfermedad de Huntington. Serie de guías familiares. [Internet] 2010 [citado 2017 febrero 16] Huntington's Disease Society of America Disponible en: [http://hdsa.org/wp-content/uploads/2015/03/7\\_la-enfermedad-de-huntington.pdf](http://hdsa.org/wp-content/uploads/2015/03/7_la-enfermedad-de-huntington.pdf)

Silva Fhon. J, Coelho Fabricio-Wehbe.S, Stackfleth. R. Marqués. S. Partezani. Rodrigues. R. Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. 2012. Rev. Latino-Am. Enfermagem 20(5): 9 Disponible en [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_15.pdf)

Skirton. H. Huntington Disease: A Nursing Perspective. [Internet] 2005 [consultado 28 Enero 2016] Disponible en: [http://www.genomics.research.southwales.ac.uk/media/files/documents/2006-12-04/Skirton\\_HD.pdf](http://www.genomics.research.southwales.ac.uk/media/files/documents/2006-12-04/Skirton_HD.pdf)

Souto. S. González. L Fisioterapia orofacial y de reeducación de la deglución. Hacia una nueva especialidad. [Internet] 2003; 25(5):248-92 Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/fisioterapia\\_orofacial\\_y\\_de\\_reeducacion\\_de\\_la\\_deglucion.\\_hacia\\_una\\_nueva\\_especialidad.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/fisioterapia_orofacial_y_de_reeducacion_de_la_deglucion._hacia_una_nueva_especialidad.pdf)

Tazon A. M, García C. J. Asequinolaza C. L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000:48-50

Vargas Sanabria Maikel. Anatomía y exploración física de la columna cervical y torácica. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2012 Sep [cited 2016 May 12]; 29(2): 77-92. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152012000200009&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000200009&lng=en)

Vásquez.C. M. Morales. M. F. Fernández. M. H. Del Valle. C. G. Fronaguera. T. J. Diagnóstico molecular de la enfermedad de Huntington en Costa Rica. [Internet] AMC 2008 [Consultado 15 Febrero 2016]; 50 (1): 35-41. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v50n1/3703.pdf>

Vicente. M. M. Charlas sobre higiene postural en el aula [Internet] consultado 12 mayo 2016 Disponible en: [http://centros4.pntic.mec.es/~deprac15/ORIENTADORA/higiene\\_postural.pdf](http://centros4.pntic.mec.es/~deprac15/ORIENTADORA/higiene_postural.pdf)

Wong R, Pelaez M, Palloni A. Self-reported general health in older adults in Latin America and the Caribbean: usefulness of the indicator. Rev Panam Salud Publica

2005;17(5-6):323-332 Disponible en:<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26269.pdf>

Yura y Walsh. El método de intervención en enfermería: el proceso de enfermería. En: Hernández, C. J y Esteban, A. B. Fundamentos de enfermería, Teoría y método. Mc Graw Hill/interamericana, 1999, pág 127-139.

Zárate. G. R. Cárdenas. J. M. Balán. G. C. Opciones para la obtención de grado de especialista; Estudio de caso. 2008 Universidad Nacional Autónoma de México.[Consultado el 01 Diciembre 2014] Disponible en <http://www.eneo.unam.mx/posgrado/adobeaeader/opcionesobtenergrado.pdf>

Zinzi. P. Salmaso. D. Frontali. M Patient's and caregiver's perspectives: assessing intensive rehabilitation programme and outcomes in Huntington's disease. 2009; J public Health; 17: 331 Disponible en: [http://www.pd.istc.cnr.it/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=100](http://www.pd.istc.cnr.it/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=100)

## XII. ÍNDICE DE ANEXOS

- ANEXO 1. Artículos de EBE
- ANEXO 2. Instrumentos de valoración
- ANEXO 3. Consentimiento informado
- ANEXO 4. Índice de Barthel
- ANEXO 5. Escala de Lawton y Brody
- ANEXO 6. Examen mínimo de estado mental (minimental Folstein)
- ANEXO 7. Escala de Downton caídas
- ANEXO 8. Escala de Tinneti para el equilibrio
- ANEXO 9. Escala de Tinneti para la marcha
- ANEXO 10. Escala de Zarit
- ANEXO 11. Inventario de depresión de Beck
- ANEXO 12. Escala de ansiedad de Halminton
- ANEXO 13. Escala de Daniels (fuerza muscular)
- ANEXO 14. Escala de Ashwort (Tono muscular)
- ANEXO 15. Rol de familia para el cuidado
- ANEXO 16. Tríptico de la marcha
- ANEXO 17. Cartel de higiene de columna
- ANEXO 18. Escala de frecuencia de higiene de columna
- ANEXO 19. Calentamiento muscular
- ANEXO 20. Enfriamiento muscular
- ANEXO 21. Ejercicios isotónicos de columna
- ANEXO 22. Ejercicios de Estimulación cognitiva
- ANEXO 22. Ejercicios para la coordinación
- ANEXO 24. Ejercicios caligrafía
- ANEXO 25. Fisioterapia orofacial y re educación de la deglución.
- ANEXO 26. Elaboración de compresa aromática para termoterapia.
- ANEXO 27. Re educación intestinal
- ANEXO 28. Plato del buen comer
- ANEXO 29. Jarra del buen beber
- ANEXO 30. Maniobra de Heimlich para desobstrucción de la vía aérea
- ANEXO 31. Fotos tomadas por estudiante de posgrado



## Corea de Huntington

Encarna Pérez Belón - Cristina Díaz Fernández - Yolanda García Vázquez

Eva Castedo Penelo - enospb@hotmail.com

**E**n 1872, el médico George Huntington, observó por primera vez esta enfermedad en una familia americana de ascendencia inglesa y le dio el nombre de «enfermedad de Huntington». El nombre alternativo de «corea» viene porque entre sus síntomas visibles encontramos movimientos coreicos, es decir, movimientos involuntarios y bruscos de las extremidades. En 1933 se descubrió que el desencadenante de la enfermedad era una mutación genética localizada posteriormente en el cromosoma 4.

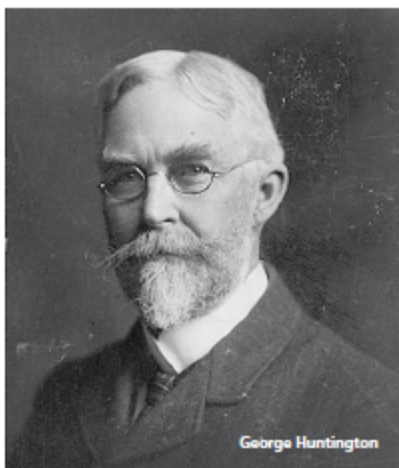
La población más grande conocida con la Enfermedad de Huntington se encuentra en la región de la Costa Occidental del Lago de Maracaibo -Estado Zulia, en Venezuela- y se estima que llegó allí a principios del siglo XIX y que, como consecuencia de un efecto fundador, se ha mantenido y hay muchos miembros de la población que la padecen y los que no, tienen un alto riesgo de padecerla. Gracias a esta población, y a las muestras para análisis que cedieron sus miembros, en 1983, varios equipos de investigación descubrieron mediante técnicas de ligamiento la localización exacta de esta enfermedad en el genoma humano. El gen responsable es el llamado «gen de la huntingtina» que encontramos cerca del telómero del brazo corto del cromosoma 4.

### ETIOLOGÍA

La enfermedad se produce mediante un único factor hereditario. El defecto genético se encuentra a nivel del cromosoma 4. Afecta a una proteína de función desconocida y expresión en numerosos tejidos, llamada Huntingtina. El defecto se debe a una expansión de tripletes CAG que codifican la síntesis de glutamina. En la secuencia original hay 34 repeticiones, y en la enfermedad, más de 40. Aunque todavía no están establecidas completamente las bases fisiopatológicas de la enfermedad, se cree que esas «colas adicionales de glutamina», hacen que las proteínas interactúen entre sí de manera hidrofóbica y se facilite la formación de precipitados y acúmulos proteicos, especialmente en el cerebro.

El número de repeticiones está relacionado en proporción directa con la gravedad de los síntomas y es inversamente proporcional a la edad de presentación. En

este tipo de enfermedades por expansión de tripletes, es frecuente que un ligero incremento en el número de repeticiones no produzca la enfermedad, pero que ese incremento se transmita a las generaciones futuras, produciéndose, en cada gametogénesis, un incremento en el número de repeticiones, hasta finalmente inducir la enfermedad. En el momento en que está establecida, la herencia es autosómica dominante (cada descendiente tiene un 50% de posibilidades de heredar la enfermedad). Una de las características de este tipo de enfermedades de expansión de tripletes es la anticipación gené-



George Huntington

tica, es decir, conforme van pasando las generaciones, el número de repeticiones se amplía, y eso hace que la enfermedad se manifieste antes y más agresivamente en las generaciones futuras. Además del fenómeno de anticipación génica, también es algo habitual en este tipo de enfermedades el fenómeno de impronta genética. En el caso de la Enfermedad de Huntington, la impronta genética es de tipo paterno, lo que se traduce en que las modificaciones en la expresión del gen de la hunting-

Pérez. B. E y cols Corea de Huntington. Revista de Colegio Oficial de Enfermería de Lugo 2012; 19: 21-24 [Consultado el 12 Noviembre 2014]

Disponible en <http://www.enfermerialugo.org/enfermeiras/19a.pdf>



## 1.- COREA DE HUNTINGTON

Abollado Rego, M.\*, Díez Rodríguez, M.\*, García Granado, D.\*, Casaseca Calvo, T.\*\*\*, González Manzano, V.\*\*\*, Nasser Eddine El Atrach, S.\*

\* Médico de familia

\*\* Enfermera . C.S. Casa de Campo. Madrid

### INTRODUCCIÓN

Con este caso se pretende incidir en el papel de los médicos de familia en la observación de la evolución del paciente y en la importancia de que integren toda la información tras la derivación a especialistas de segundo nivel, sin delegar en ellos esta función. El trabajo del médico especialista se complementa con la observación clínica en el tiempo en la consulta del médico de familia, donde existe una relación médico-paciente más continuada.

En este caso, el paciente se remitió a dos especialistas de segundo nivel: neurólogo y psiquiatra, cuyo estudio fue necesario para la realización de pruebas y el descarte de patologías, pero fue imprescindible el seguimiento en consulta del médico de familia para llegar al diagnóstico de una enfermedad genética con una baja prevalencia: la enfermedad de Huntington.

### CASO CLÍNICO

Varón de 59 años sin alergias medicamentosas conocidas, no consumidor de alcohol, no fumador, no ingesta de medicamentos, que presenta como único antecedente quiste aracnoideo temporal izquierdo seguido desde hace 10 años en neurología. No antecedentes familiares de interés.

Acude a la consulta del médico de familia por insomnio de conciliación y despertar precoz. Refiere mucho trabajo. Se pauta benzodiacepina nocturna a dosis bajas.

En revisión al mes siguiente en consulta, el paciente refiere estar asustado porque trabaja más lento, presenta problemas con el teclado del ordenador, dificultad en praxias secuenciales, bloqueo de lenguaje,

deco está estable y se descarta relación con la clínica. El neurólogo sugiere diagnóstico diferencial con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

El paciente empeora lentamente a pesar de la liberación que le supone no enfrentarse a un trabajo técnico que le excede. Semanalmente acude a la consulta del médico de familia que objetiva progresión en el deterioro cognitivo: problemas en la evocación de términos y en la grafía, dificultad para tareas sencillas y de planificación, bradipsiquia, bradilalia alternando con algún episodio de verborrea y euforia que hizo pensar en trastorno bipolar, descartado posteriormente. El paciente tiene miedo a conducir y su lenguaje es poco elaborado y repetitivo. Se siente inseguro en actividades que antes realizaba con normalidad.

Pruebas complementarias realizadas en neurología: RNM y TAC craneal: quiste aracnoideo temporal izquierdo estable; EEG normal; analítica con hemograma y bioquímica básica normal; proteinograma, TSH, proteínas totales, zinc, litio, cobre, hierro, ferritina, CD3/CD4, anticuerpos, serología: todo dentro de los valores de referencia. Test neuropsicológicos: se diagnostica de deterioro cognitivo leve tipo amnésico y se le cita en la unidad de la memoria en seis meses.

El paciente realiza ejercicios en su domicilio de estimulación de memoria pero en la consulta el médico de familia observa, además del deterioro cognitivo, movimientos repetidos de brazo y tronco en hemisferio izquierdo y sonidos guturales constantes. El paciente y su mujer indican que llevaba un año con estos movimientos pero lo relacionaron con la ansiedad. Se decide remitir a unidad de neurología especializada en movimientos involuntarios para estudio de probable relación entre deterioro cognitivo y movimientos este-

González Manzano. V. E y cols Corea de Huntington. Revista de la sociedad madrileña de medicina de familia y comunitaria 2012; 13 (2): 13-15 [Consultado el 12 Noviembre 2014] Disponible en <http://www.somamfyc.com/Portals/0/PropertyAgent/399/Files/187/REVISTA%20N%C2%BA%202%2020Vol%2013%20Enero%202012.pdf>



## The role of nursing in the rehabilitation of people with movement disorders

Allison F. Williams, Siok Bee Tan, and Victor McConvey

### Introduction

This chapter explores the role of nursing in the management of people with movement disorders, with a focus on adults with conditions such as Parkinson's disease, Huntington's disease, multiple systems atrophy, progressive supranuclear palsy, corticobasal syndrome, and dystonia. People with movement disorders can benefit from a coordinated approach to care from a broad range of health professionals. For the person living with a movement disorder and their care-givers, proactive, long-lasting, and high-quality care has the potential to optimize quality of life and healthcare outcomes. The movement-disorder nurse plays an important and very specialized role that is fully integrated into the multidisciplinary healthcare team, working in partnership with the person and their family to achieve mutually established goals. Movement-disorder nurses are usually very experienced and recognize that the nursing role is very targeted and adapted to the specific needs of people with these chronic and often progressive neurological conditions.

### The role of the movement-disorder nurse

Broadly speaking, movement-disorder nurses have particular expertise in the rehabilitation domain. Rehabilitation nursing can be defined as "the diagnosis and treatment of human responses of individuals and groups to actual and potential problems related to functional ability and lifestyle" [1]. The main goals of rehabilitation nursing are to promote independence and self-determination, to enable the highest level of mobility, movement, and function, as well as to minimize disability and to promote healthy lifestyle

choices [2, 3]. It can be argued that this broad definition does not necessarily capture the unique role of the movement-disorder nurse, where highly attuned skills and an in-depth knowledge of the pathophysiology of movement disorders is required. This includes expertise in such things as the time course of progression and fluctuations over time, the particular medications used and their administration and management, team roles, movement-strategy training, motor-skill learning, how to optimize physical activity and prevent falls, care-giver support and, for some people, end-stage palliative care. Also important is their role in education about coping with movement disorders and understanding their presentation, progression, management, and impact on the person and their family. The movement-disorder nurse also plays a key role in fostering self-management where possible and supportive care when needed. They are an advocate and support to the person with the movement disorder and the significant others in their lives. Clinical research is another central role and helps to promote evidence-based practice.

The nursing role embraces the full spectrum of domains of health and disability as defined by the World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). Within the ICF framework the nursing role addresses impairments, activity limitations, and participation restrictions that are characteristic of movement disorders. This approach takes into account personal and environmental factors that influence health and disability and views the person living with the movement disorder in a holistic way, rather than by medical diagnosis alone. Personal factors include such things as the person's diagnosis, age, sex, health, co-morbidities, education, family support,

Rehabilitation in Movement Disorders, ed. Robert Insek and Meg E. Morris. Published by Cambridge University Press.  
© Cambridge University Press 2013.

Insek, R. Morris, M. Rehabilitation in movement disorders. 2013. Cambridge University Press. Pag 164



## Research Article

# Living with Huntington's disease: Need for supportive care

Sky Dawson,<sup>1</sup> MSc (OT), Linda J. Kristjanson,<sup>1</sup> RN, PhD, Christine M. Toye,<sup>1</sup> RN, PhD and Penny Flett,<sup>2</sup> MBBS, FRACMA, FAIM  
<sup>1</sup>School of Nursing and Public Health, Edith Cowan University and <sup>2</sup>Brightwater Care Group, Perth, Western Australia, Australia

**Abstract** Huntington's disease is a genetic, neurological disorder characterized by mid-life onset, involuntary movements, cognitive decline, behavioral disturbance, and inexorable progression. The impact of Huntington's disease is devastating for individuals and their families as it is a disease with a long trajectory; many young people are aware that they may develop the illness for years before there are obvious symptoms. There is therefore ample opportunity to plan and choreograph the care and supportive services for people with Huntington's disease and their families. The present study was conducted to explore the needs for palliative (supportive) care service provision of people with Huntington's disease and their families/informal carers. Six people with the disease, 19 informal carers and seven health care workers with specialized knowledge took part in individual, semi-structured interviews, which were analyzed thematically. Themes were: (i) adjusting to the impact of the illness; (ii) surviving the search for essential information; (iii) gathering practical support from many sources; (iv) bolstering the spirit; (v) choreographing individual care and; (vi) fearing the future. Our findings demonstrate that palliative care services for people with Huntington's disease and their informal carers need to provide expert psychological and practical support and perhaps most importantly, be flexible, adequately planned and choreographed.

**Key words** Huntington's disease, palliative care needs, qualitative research.

## INTRODUCTION

Huntington's disease is a genetic, neurological disorder characterized by mid-life onset, involuntary movements, cognitive decline and behavioral disturbance (Wood *et al.*, 2002). It causes progressive deterioration of physical, cognitive and emotional abilities that leads to severe incapacitation and eventual death some 10–20 years after the onset of symptoms (Haddad & Cummings, 1997; Skirton & Glendinning, 1997). Huntington's disease stands out as one of the most devastating illnesses, not only because of its neurodegenerative progression, but also because of its impact on families (Klimek *et al.*, 1997).

Huntington's disease is found in every country of the world and is a familial disease passed from parent to child. Although the average age of onset is the late 30 s, the condition may start as early as age 2 or as late as age 80 years (Jorde *et al.*, 1995). It is caused by a mutated autosomal dominant gene located on the short arm of chromosome 4 and its estimated prevalence is 1 in every 20 000 people (Williams *et al.*, 1999). People who have a parent with Huntington's disease have a 50% risk of developing the disease themselves (Wood *et al.*, 2002). Huntington's disease affects both genders equally and if a child inherits the gene they will eventually develop the disease. It does not skip generations, nor can one be a carrier without developing the disease.

Genetic testing for Huntington's disease is almost 100% sensitive and specific for detecting the abnormal gene. A positive result means that the person has the Huntington's disease gene and will develop Hunting-

Correspondence address: Linda J. Kristjanson, School of Nursing and Public Health, Edith Cowan University, Perth, Western Australia 6018, Australia. Email: L.Kristjanson@ecu.edu.au  
Received 5 September 2003; accepted 5 November 2003.

Dawson. S. et al. Living with Huntington's disease: Need for supportive care. Disponible en: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46699105/j.1442-2018.2004.00183.x20160622-24847-1s6pl0i.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1495661119&Signature=pmyjG%2BsN6282mJO1Y0ssJ8cRSpw%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLiving\\_with\\_Huntingtons\\_disease\\_Need\\_for.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46699105/j.1442-2018.2004.00183.x20160622-24847-1s6pl0i.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1495661119&Signature=pmyjG%2BsN6282mJO1Y0ssJ8cRSpw%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLiving_with_Huntingtons_disease_Need_for.pdf)



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



VALORACIÓN DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Número de registro: N 285873/2014 Fecha: 14 November 2014

Servicio al que acude Plasticidad Cerebral - Neurología

1.- FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO:

1.1. Factores descriptivos del individuo:

Nombre: M D F Edad: 67 años  
Sexo: Femenino  
Etapas de desarrollo: Adulto Fecha y Lugar de Nacimiento: 24 Oct 1946 Atlautla, Edo Mex  
Edo. Civil: Soltera Religión: Católica  
Teléfono: 19 09 66 60 Domicilio: Av. Reforma #99 Lomas San Lorenzo, Iztapalapa

Escolaridad: Licenciatura Ocupación: Jubilada

¿Se encuentra satisfecho con el rol asumido hasta el momento? Si

¿Cómo se ha modificado el concepto de sí mismo a partir de la enfermedad? Me siento dependiente de los demás, hay muchas cosas que no puedo hacer

1.2. Factores que relacionan a los individuos con su familia:

Orientación Sociocultural:

Costumbres, Creencias y Tradiciones adoptadas por la familia:

festejan Navidad, año nuevo, 10 mayo 15 septiembre cumpleaños se compra un pastel.

Factores del Sistema Familiar:

Composición Familiar:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	APORTE ECONOMICO
LDF	57 años	Hermana	Nivel Técnico	Secretaria	0
VHD	27 años	Sobrina	Preparatoria	Cajera	0
HHD	31 años	Sobrina	Profesional	empleada en tienda	0
CV D	42 años	Sobrina	Preparatoria	Electricista	0
FHM	63 años	Cuñado	Profesional	Arquitecto	0

a) Estructura de rol:

¿Qué expectativas tiene sobre la respuesta de su familia ante su enfermedad? Todos me han apoyado mucho

¿Quién asume el rol de Jefe de familia? Primeramente mi hermana, ella me cuida y organiza a mis sobrinos

¿Ha sido necesario sustituir el rol de Jefe de familia por otro miembro de la misma? mi hermana se

ha hecho cargo de los asuntos de la casa

¿Por qué? yo antes vivía sola

¿Quién afronta los problemas familiares? Sin hijos

¿Quién se encarga de la disciplina de los hijos?

b) Sistema de valores:

¿Cuáles son las normas para el cumplimiento de obligaciones escolares, laborales y del hogar existentes en la familia?

¿Cuáles son los valores que rigen en la familia? Respeto, comunicación

c) Patrón de comunicación:

¿Existen limitantes para la expresión libre de ideas, opiniones y sentimientos al interior de la familia?

No

¿Por qué? Somos libres de expresar cualquier cosa, muestra una pregunta

¿Cómo se resuelven los conflictos en la familia? insistiendo

¿Cómo expresa la familia el amor, la alegría, la tristeza y el enojo? creo que verbalmente

3.- Factores que localizan a los individuos en su entorno

a) Estado de salud y Factores del sistema de cuidados de salud

Antecedentes heredo familiares: hipertensión arterial diagnosticada en 2 hermanas Cardíacas, DM, dislipidemias hepáticas, oncológicas u enfermedades renales

Parkinson 1987 + Accidente de tránsito

maternidad 2012 - 49 años

Antecedentes personales patológicos: Traumatismo? Fractura radio 12/1990 - 46 años

Corea de Huntington 03/06/2010

Menopausia 15 años 20x4 Embarazos Negativos

Dx médico y modalidades de tratamiento:

b) Patrón de vida:

Actividades realizadas habitualmente:

d) Factores ambientales:

-Características del ambiente interno:

Tipo de construcción: concreto

Propia  Rentada  Prestada

¿Cuántas habitaciones son ocupadas como dormitorios? 2

¿Tiene baño y cocina independientes? si

Número de ventanas y focos por habitación 1 y 1

¿Cuáles son los servicios intradomiciliares con los que cuenta la vivienda? Agua, luz, electricidad

Barreras arquitectónicas:

Existencia de Escaleras y Número de escalones: 42 escalones

Tamaño de las puertas: Tamaño de las habitaciones:

Presencia de desniveles: No Accesibilidad para desplazamientos y traslados:

Presencia de tapetes, pisos resbaladizos:

Accesibilidad para deambulación y transferencias: No



¿Qué hace para resolverlo? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué dificultades existen para abrir o cerrar la boca? Ninguna  
 Presenta problemas para: \_\_\_\_\_  
 Mantener líquidos en la boca \_\_\_\_\_ Deglución \_\_\_\_\_  
 No No  
 ¿Qué aditamento especial utiliza para la ingesta de líquidos? No

¿Su estado de ánimo influye la cantidad de líquidos que ingiere? \_\_\_\_\_  
 No

3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento  
 ¿Cuántas comidas realiza al día? 4  
 Hora de ingesta: \_\_\_\_\_  
 Desayuno 8:00 Comida 13:00 Cena 21:00  
 Colaciones 17:00  
 Duración de la ingesta de alimento Media hora  
 ¿Ingiere dieta específica por indicación médica? No

Consumo de alimentos:

Tipo	Cantidad	Frecuencia (día/semana)
Cereales	<u>1 plato</u>	<u>4</u>
Tubérculos		<u>3</u>
Lácteos		<u>3</u>
Carne		<u>2</u>
Leguminosas		<u>3</u>
Verduras		<u>4</u>
Frutas	<u>1 pieza</u>	<u>4</u>
Productos chatarra		<u>0</u>

¿Queda usted satisfecho (a) después de consumir sus alimentos? Si  
 ¿Por qué? Considera es adecuada la porción  
 ¿Considera usted que tiene un buen aporte de alimentos? Si  
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué alimentos son de su agrado y cuáles no? Pollo, pescado, verduras (zanahoria, champiñones) y espinaca  
 ¿Quién prepara los alimentos en su casa? mi hermana  
 ¿Qué limitación o dificultad existe para comunicar el deseo de la ingesta de alimento? \_\_\_\_\_

¿Existe alguna dificultad para preparar los alimentos (limitación física, accesibilidad o disponibilidad)? \_\_\_\_\_  
He tenido quemaduras antes y realmente no cocinaba frecuentemente.  
 ¿Qué hace para resolverlo? antes compraba comida  
 ¿Con quién come regularmente? con mi hermana o mis sobrinos  
 ¿Dónde consume sus alimentos con mayor frecuencia? en el comedor.  
 Ha presentado algún problema para:  
 Masticar sus alimentos No Deglutir sus alimentos No  
 Percibir los sabores de sus alimentos No

4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.  
 ¿Cuántas veces evacua al día? 2  
 ¿Qué molestias tiene para evacuar? Ninguna

Características de las heces:  
 Color cafe Olor \_\_\_\_\_ Consistencia Formada. Cantidad Normal  
 ¿Qué hace para resolverlo? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántas veces orina al día? 6 o 7  
 ¿Qué molestias tiene para orinar? Ninguna.  
 ¿Qué hace para resolverlo? \_\_\_\_\_

Características de la orina: amarilla clara.

Color clara amarilla Olor sin olor Cantidad 400ml  
 ¿Qué aditamento utiliza para vaciar la vejiga? No

¿Existe alguna dificultad para realizar la eliminación vesical e intestinal (limitación física, accesibilidad o disponibilidad)? No  
 ¿Qué hace para resolverlo? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces a la semana realiza el baño? cada 3 días  
 ¿Con que frecuencia realiza la lubricación de la piel? Dianamente  
 ¿Con que frecuencia realiza el cambio de ropa? Dianamente.

¿Con que frecuencia realiza el lavado de manos? Cuando voy al baño, antes de comer, yegón de la calle  
 ¿Con que frecuencia realiza el corte de uñas? cada mes voy al podólogo, las de la mano con una hora  
 ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? 3 veces  
 ¿Cómo realiza la técnica de cepillado? Es adecuada, sabe como realizarlo, aunque le toma mas tiempo aprox 8 minutos.

Patrón de menstruación (duración del ciclo/duración de sangrado) 30x4

¿Qué cambios en la menstruación se han presentado? menopausia.  
 ¿Qué molestias durante el periodo de menstruación? Dismenorrea.

¿Cuáles son las sensaciones y emociones experimentadas, asociados con la menstruación (limitación física, accesibilidad o disponibilidad)? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué hace para resolverlo? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué cuidados lleva a cabo durante este periodo? \_\_\_\_\_

¿Qué cambios existen en la sudoración? Ninguna, sudo al hacer ejercicio o  
sudo hace mucho calor.  
 ¿En que circunstancias y condiciones específicas se presentan los cambios? \_\_\_\_\_

5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo  
 ¿Qué limitación o dificultad tiene para realizar sus actividades? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántos periodos de descanso le permiten sus actividades? \_\_\_\_\_  
 ¿De que manera interfiere su estado de ánimo para la realización de sus actividades? \_\_\_\_\_

¿Qué indicaciones y/o dispositivos terapéuticos limitan su actividad? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué signos y síntomas limitan su actividad física? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas duerme regularmente? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué problemas presenta para conciliar el sueño? \_\_\_\_\_

¿Qué hace para resolverlo? \_\_\_\_\_  
 ¿Se siente descansado al despertar? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué elementos del ambiente interfieren en su periodo de sueño? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué personas disponibles existen que puedan ayudarlo si lo necesita? \_\_\_\_\_  
 ¿A qué situaciones se enfrenta que le ocasionen angustia, depresión, irritabilidad o apatía? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo le afectan? \_\_\_\_\_  
 ¿Pertenece a algún grupo social? \_\_\_\_\_

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

¿Qué tipo de alteraciones visuales le impiden detectar un peligro en el hogar, vía pública o trabajo? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué \_\_\_\_\_ ninguno  
 ¿Su olfato le permite percibir olores que pudieran indicar peligro para su salud? SI  
 ¿Su sentido del gusto le permite detectar alimentos en mal estado? SI  
 ¿Qué alteraciones en el tacto existen que le impidan detectar forma, textura, temperatura y movimiento o estabilidad de un objeto? Ninguna  
 ¿Qué hace para resolver las alteraciones en sus órganos de los sentidos? \_\_\_\_\_  
 ¿Con que frecuencia sufre caídas? Frecuentemente  
 ¿Qué tipo de accidentes a sufrido en su hogar? Caídas x resbalarse en el baño  
quemaduras en las manos en la cocina  
 ¿Cuenta con una persona cercana a usted cuando se siente en peligro? SI, mi hermano  
vive cerca de aquí  
 ¿Cuántas veces al año se realiza controles de salud? Cada mes  
 ¿Con qué regularidad controla su cuerpo para detectar algún problema de salud? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué medidas de autocuidado conoce para prevenir enfermedades?  
Bata, abrigador, zapatos adecuados, vacunación, alimentación.

8.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal.

¿Se acepta tal como es? Si me ha costado trabajo  
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo influye la religión en su manera de ser, en su vida cotidiana y durante la aparición de alguna enfermedad? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué creencias tiene acerca de la vida y la muerte? \_\_\_\_\_  
 ¿Recibe algún tratamiento psicológico? \_\_\_\_\_

### II.- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO:

Etapas de desarrollo: \_\_\_\_\_  
 Condiciones en las que se encuentra el individuo que promueven o impiden el desarrollo normal biológico: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Qué cambios súbitos en sus condiciones de vida se han presentado? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

III.- REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE SALUD:

1.- Desviación Actual  
 a) Percepción de la desviación actual  
 ¿Qué es lo que conoce de su enfermedad? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué medidas terapéuticas conoce de su enfermedad? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 2.- Mecanismos utilizados para afrontar su enfermedad  
 b) Desviación en los estilos de vida  
 ¿Qué medidas indicadas lleva a cabo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Qué beneficios considera obtendrá al aplicarlas? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### INSTRUMENTO DE EXPLORACIÓN FÍSICA

DATOS GENERALES ANTROPOMÉTRICOS  
 Peso actual: 58 kg 61.200 Índice cintura: 85 / 23  
 Estatura: 1.62 Índice cadera: 98 / 27  
 Segmento torácico derecho: \_\_\_\_\_ Segmento torácico izquierdo: \_\_\_\_\_  
 Segmento pélvico derecho: // Segmento pélvico izquierdo: //

SIGNOS VITALES  
 Pulso: 66 Temperatura: 36.5  
 Respiraciones: 22 T/A: 120/80 mmHg

INSPECCIÓN GENERAL  
 EDAD APARENTE CON RELACIÓN A LA CRONOLÓGICA  
 Concordante  SI no  ¿Por qué? capello cano

ESTADO DE CONCIENCIA (ALERTA)  
 Alerta  Somnoliento  Estupor  Coma  Muerte Cerebral

ORIENTACIÓN POR ESFERAS  
 Tiempo SI Espacio SI Persona SI

ACTITUD SOMÁTICA  
 Libre  Forzada (¿Por qué?) \_\_\_\_\_

MARCHA	Fases	Normal	Deficiente	No realiza
De soporte				
a) Contacto inicial			<input checked="" type="checkbox"/>	
b) Respuesta a la carga			<input checked="" type="checkbox"/>	
c) Soporte medio			<input checked="" type="checkbox"/>	
d) Soporte terminal			<input checked="" type="checkbox"/>	
e) Probalanceo			<input checked="" type="checkbox"/>	
De balanceo:				
a) Balanceo inicial			<input checked="" type="checkbox"/>	
b) Balanceo medio			<input checked="" type="checkbox"/>	
c) Balanceo terminal			<input checked="" type="checkbox"/>	



Ciclo de la Marcha				
Puntajes				
Talones				
Claudicación	No	Si	por:	Dolor
Marcha:	Independiente			Dependiente
Apoyo para la marcha:	No			Si
Utilización adecuada:	No			Si

**COLORACIÓN DE LA PIEL**

Palidez	Cianótica	Ictérica	Rubicunda
Generalizada	Circunscrita	Transitoria	Permanente
Observaciones:			

FACIE	Tranquila		
Dolorosa	Ansiosa	Depresiva	
Otra:			

**BIOTIPO (TIPO CORPORAL)**

Longilíneo (altos y delgados):

Brevilíneos (bajos y gordos):

(Normolíneo) intermedio entre los anteriores:

**VESTIDO E HIGIENE PERSONAL:** Limpio y adecuado a la complejidad de la marcha.

**LENGUAJE:** Normal

**POSTURA (Alineación Corporal en Posición Erecta)**

Tipo de equilibrio	Adecuado	Deficiente
--------------------	----------	------------

Equilibrio estático (bipedestación):

a) Anteroposterior

b) Lateral

Equilibrio en un punto:

Equilibrio en rodillas:

Equilibrio en sadestación:

Equilibrio dinámico (durante la marcha):

VISTA LATERAL

	NO	SI
--	----	----

Desplazamiento anterior del cuerpo

Desplazamiento posterior del cuerpo

Proyección anterior de cabeza

Proyección anterior de cuello

Proyección de las escápulas (aladas)

Aumento de la curvatura dorsal (cifosis)

Aumento de la curvatura lumbar (hiperlordosis)

Prominencia del abdomen

Basculación de pelvis

Flexión de cadera

Hiperextensión de rodillas (genurecurvatum)

Flexión de rodillas

Aplanamiento del arco longitudinal del pie

VISTA POSTERIOR

	NO	SI	DEL	IZQ
--	----	----	-----	-----

Desplazamiento lateral del cuerpo

Inclinación lateral de la cabeza

Desnivel de hombros

Desnivel de escápulas

Abducción de escápulas

Proyección de escápulas

Escoliosis dorsal	SI	No	Postural o Funcional	Estructural
-------------------	----	----	----------------------	-------------

Escoliosis lumbar

Escoliosis dorso-lumbar

Redondeamiento de columna

**Rectificación de columna (espalda plana)**

Desnivel pélvico

Tobillo varo

Tobillo valgo

VISTA ANTERIOR

Elevación de un hombro	Si	No	Der	IZQ
------------------------	----	----	-----	-----

Parrila costal anómala

Desnivel de pelvis

Genuvario

Genuvalgo

Torsión tibial

Callosidades en la cabeza de los metatarsianos

¿Cuáles?

Hallux valgus

Dedos en martillo

ESTADO NUTRICIONAL

**EXPLORACIÓN FÍSICA CEFALOCAUDAL**

**CABEZA**

**CRANEO**

Forma: Normocéfalo

Volumen: Normocéfalo

Deformaciones: No

Observaciones:

**PELO**

Implantación: Adecuada

Color: Cano

Cantidad: Abundante

Textura: Seca

Presencia de padecimiento: No

**CEJAS**

Implantación de su pelo: Adecuada

Presencia de alopecia supraciliar: (No)

**PÁRPADOS**

Simetría: SI

Implantación de las pestañas: Adecuada

Movilidad:

Presencia de:

Edem	No	SI	Unilateral	Bilateral
Parál	No	SI	Unilateral	Bilateral

**OJOS**

Simetría: SI

Movimientos:

Grado de Humedad: Normal

Estado de Conjuntivas, córneas e iris:

Pupilas

Simétr

Form: (SI) Rodonda

Amplitud: (No) Pequeña

a) Miosis

b) Midriasis

Presencia de:

	No	SI	Unilateral	Bilateral
--	----	----	------------	-----------

a) Exoftalmos



b) Enoftalmos

c) Nistagmos

d) Ausencia de lágrimas

e) Exceso de lágrimas (epifora)

f) Lesiones corneanas:

- Leucoma	NO
- Úlceras	NO
- Cuerpos extraños	NO
- Pterigiones	NO
- Vasculización (panus)	NO
- Queratocono	NO

g) Lesiones en el iris:

- Tumores	NO
- Nódulos	NO
- Anomalías pigmentarias	NO
- Sinequias	NO

h) Ictericia Conjuntival

NO

FONDO DE OJO

	Normal	Alteración (¿Cuál?)
a) Disco óptico	✓	
b) Mácula	✓	
c) Retina	✓	
d) Vasos retinianos	✓	
e) Coroides	✓	
f) Esclerótica	✓	

Presencia de:

	No	Si	Der	Izq
- Edema de papila	✓			
- Esclerosis vascular	✓			
- Hemorragia retiniana	✓			
- Pigmentaciones anormales	✓			
- Otras:	✓			

NARIZ

Forma: *Normal*

Volumen: *Normal*

Estado de la superficie:

Fosas Nasales:

	No	Si	¿Por qué? Respira x ambos
Permeables	(Si)		
Estado	(Integro)		Úlcera Sangrante
Presencia de secreciones anormales (características)			
Presencia de pólipos	(No)	Si	
Presencia de aleteo nasal	(No)	Si	

CORNETES

Tamaño: (Normal)

Situación: Hipertrofia

Presencia de:

	No	Si	Unilateral	Bilateral
- Epistaxis	✓			
- Pólipos	✓			
- Tumor nasal	✓			
- Fractura (especificar)	✓			

CAVIDAD ORAL

LABIOS:

a) Coloración: Pálida

b) Infr: Adecuada

c) Hidratación: Adecuada

d) Presencia de: Manchas oscuras

PECAS alrededor de los labios

Pólipos

ENCÍAS Y DENTADURA:

a) Co: Rosácea

b) Alit

c) Pre

	Adecuada	No	Inadecuada
- Úlceras	Si	No	
- Sangrado			
- Secreción gingival purulenta			
- Adoncia			
- Caries dental (especifique)			
- Sarro dental			

total parcial específico:

Observaciones: *Beber sensación de calor con líquidos fríos*

LENGUA:

Estado

Movilidad:

Presencia de:

Placa

Lengua geográfica

Lengü:

Región Sublingual:

Coloración de la mucosa:

Conductos de Warthon:

frenillo de la lengua:

Presencia de:

Nódulos

Tumoraciones

AMIGDALAS:

Forma:

Color: *Rosado*

Tamaño: *Normal*

Presencia de: *NO*

Infección

Supuraciones

OREJAS

Tamaño y forma: *Normal*

Simetría: *Sí*

Conducto Auditivo externo: *Sin alteración*

Membrana timpánica: *Normal*

Agudeza auditiva: (Normal)

Hipoacusia: derecha izquierda

Presencia de:

a) Cerumen (NO) Normal

b) Se (Si) No Excesivo características:

c) Dolor a la palpación: Si (No)

PIEL

Integridad: *SI*

Coloración:

Presencia de alguna lesión (especificar): *NO*

PARES CRANEALES

I. OFTÁLMICO

- Descimnación de olores: (Adecuado) Deficiente Ausente

- Presencia de anisometropía: (No) Si

II. OPTICO

- Agudeza visual: Adecuada (Deficiente)

- Visión Campimétrica: Adecuada (Deficiente)

- Presencia de:

a) Miopía b) Hipermetropía c) Astigmatismo d) Presbicia

III. OCULOMOTOR, IV. TROCLEAR, VI. ABDUCENS Y SIMPÁTICO CERVICAL

Reflejos pupilares:

	Presente	Ausente	No explorado
a) Fotomotor	✓		
b) Conensual	✓		
c) Acomodación	✓		

Movimientos oculares:

	Presente	Ausente	No explorado
	(Presente)		



a) Aducción (a la izquierda) *Si*  
 b) Aducción (a la derecha) *Si*  
 c) Arriba a la derecha *Si*  
 d) Abajo a la izquierda *Si*  
 e) Abajo a la derecha *Si*  
 f) Am *Si*  
 Movimientos de los Párpados:  
 a) Abrir *Si*  
 b) Cerrar *Si*

Presencia de:  
 - Estrabismo Convergente No Si Unilateral Bilateral  
 - Estrabismo Divergente No Si Unilateral Bilateral  
 - Diplopia No Si Unilateral Bilateral

**V. TRIGÉMINO**

Sensibilidad de la cara (Normal) Hipoestésica Hiperestésica Anestésica  
 a) Frente  
 b) Nariz  
 c) Mentón

Reflejos (Presente) Ausente No explorable  
 a) Corneal  
 b) Macetérico

Fuerza muscular de los músculos mandibulares:

**VII. FACIAL**

SENTIDO DEL GUSTO:  
 a) Dulce Identificable No identificable No valorable  
 b) Salado Identificable No identificable No valorable  
 c) Cítrico Limón Identificable No identificable No valorable

GEST: *Limón* inadecuado adecuado

Epicóncico (levantar cejas y fruncir frente) *Exagerado*  
 Superciliar (bajar y juntar cejas) *Exagerado*  
 Piramidal de la nariz (llevar la nariz hacia arriba)  
 Nasal (ensanchar fosas nasales)  
 Depresor del tabique nasal y nasal (punta de nariz hacia abajo)  
 Carino (levantar el ángulo de la boca)  
 Risorio (dirigir el ángulo de la boca hacia arriba)  
 Cigomático Mayor (dirigir el ángulo de la boca hacia arriba y afuera)  
 Elevador del labio superior (mostrar encía superior)  
 Cuadrado de la barba y cutáneo del cuello (desplazar el labio inferior y el ángulo de la boca hacia abajo y afuera)  
 Orbicular de los labios (simular silbar, cierre de labios)  
 Buccinator (apretar mejillas contra los dientes y traccionar hacia atrás el ángulo de la boca)  
 Borla de la Barba (clicar la piel de la barbilla e impulsar el labio inferior hacia fuera)  
 Triangular de los labios (desplazar hacia abajo los ángulos de la boca)  
 Pterigoideos interno y externo (protusión de maxilar inferior)  
 Temporal, masetero y pterigoideo interno (morder con fuerza)  
 Orbicular de los párpados (cerrar párpados fuertemente) *Exagerado*  
 Suprahioides (descender el maxilar inferior contra resistencia)

**VIII. VESTIBULOCLEAR**

Agudeza Auditiva: (Normal) Aumentada Disminuida Nula  
 a) De  
 b) de

Vértigo (Ausente) Presente

Nistagmos (No) Si Frecuencia Amplitud Dirección: Agotable: rápidos corto lentos amplio Inagotable:

Equilibrio	Adecuado	Deficiente	
	Tendencia a caerse:		
<b>IX. GLOSOFARINGEO</b>			
Sentido del Gusto	Perceptible	No perceptible	No valorable
a) Sabor ácido <i>Limón</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sabor amargo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflejo	Presente	Ausente	No valorable
Reflejo del paladar blando	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para deglutir	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**X. VAGO**

Sonidos Vocales: Adecuados Ronquera Disfonía Atonía

**XI. ESPINAL**

Fuerza muscular  
 a) Esternocleidomastoideo: *Si*  
 b) Trapecios: *Si*

**XII. HIPOGLOSO**

Movimientos de la Lengua:  
 - Mostrar lengua fuera de la boca *Si*  
 - Mover la lengua hacia la der e izq y viceversa *Si*  
 - Mover la lengua arriba-abajo y viceversa *Si*  
 - Tocar con la lengua la barbilla *Si*  
 - Tocar con la lengua la nariz *Si*

Fuerza muscular de la lengua 3

**CUELLO**

TAMANO Y FORMA: *subnormal, delgado, corto*  
 CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL: *sin lunares, vitílo, adenoma, colomoc*

GANGLIOS LINFÁTICOS:  
 G. TIROIDES:  
 TRÁQUEA: *normal*  
 PULSOS: *carotídeo, braquial*  
 MÚSCULOS:

OBSERVACIONES:

**COLUMNA**

CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL  
 Coloración:  
 Presencia de:  
 Zonas de enrojecimiento como manchas: *No* ¿Dónde?  
 Manchas vellosas: *No* ¿Dónde?  
 Lipomas: *No* ¿Dónde?  
 Manchas de aspecto café con leche: *No* ¿Dónde?  
 Marcas de nacimiento: *No* ¿Dónde?  
 Ampollas: *No*  
 Cicatrices: *No*  
 Nódulos: *No*  
 Pelotones grasos dolorosos: *No*  
 Dolor a la movilización de cuerpos vertebrales: *No*  
 Movimientos involuntarios en cabeza y cuello: *No*  
 Otros (¿Cuáles?):

PRUEBAS ESPECIALES  
 Comprensión  
 Distracción

APÓFISIS ESPINOSAS:

SACRO Y COCCIX:

**TORAX**

**FORMA Y VOLUMEN**

a) Normal: x Ecton Endo Paraltico Meso Raquitico Cifoescoliótico

b) Modificaciones generales: Enfisematoso Paraltico Raquitico Cifoescoliótico

c) Modificaciones a un hemitórax: Abombamiento Retracción Lesión pulmonar (¿Cuál?) Abombamiento Retracción (¿Dónde?)

d) Modificaciones parciales: Retracción Lesión pulmonar (¿Cuál?) Abombamiento Retracción (¿Dónde?)

MOVIMIENTOS Normal Disminuido Aumentado

- Ampli - Amplexión

**GLÁNDULAS MAMARIAS**

Forma y volumen: urgentes, aumentadas, sin lesiones

Simetría:

Estado de la superficie:

Secreción del pezón: Sin secreciones

a) Lechosa o galactorrea:

b) Purulenta

c) Serosa

d) Serosanguinolenta

e) Hemorrágica

Presencia de: Quiste Absceso Tumor ¿Dónde? ---

CORAZÓN (frecuencia, ritmo, ruidos cardíacos, ruidos agregados):

Buena conducción eléctrica, adecuada intensidad y frecuencia.

**EXPLORACIÓN BRONCOPULMONAR:**

Ruidos respiratorios: Normal

Patrón respiratorio: Abdominal Diafragmático Costodiafragmático

Respiración: Frecuencia Superficial Profunda

Presencia de: Retracción xifoidea Tiros intercostales

Transmisión de la voz:

Presencia de soplos (estridor laringeo): NO

Presencia de ruidos adventivos:

a) Estertores traqueobronquiales NO der. izq

b) Estertores bronquiloalveolares NO der. izq

c) Sibilancias NO Nivel:

d) Crepitaciones NO Nivel:

Presencia de derrame pleural o neumotórax:

SENSIBILIDAD (DERMATOMAS):

MÚSCULOS:

COSTILLAS:

OBSERVACIONES:

**ABDOMEN**

FORMA Y VOLUMEN: (Giboso) Baticrio Batea

CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL:

VISCEROMEGALÍAS:

HERNIAS:

HÍGADO:

BAZO Y RIÑÓN:

RUIDOS INTESTINALES: Normalmente

GANGLIOS INGUINALES:

ALTE SI NO TIPO ¿Dónde?

DOLOR: NO

ASCITIS: NO

TUMOR: NO

OTRAS:

SENSIBILIDAD (DERMATOMAS):

MÚSCULOS (forma, trefismo y tono):

Reflejos: Presente Ausente

Abdominal superior Presente Ausente

Abdominal inferior

**PELVIS**

HUESOS COXALES (CRESTAS ILIACAS):

GENITALES MASCULINOS O FEMENINOS:

SENSIBILIDAD:

MÚSCULOS:

MIEMBROS TORÁCICOS

FORMA, TAMAÑO Y SIMETRÍA:

CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL:

MÚSCULOS (Trefismo y tono):

UÑAS: costas

ARTICULACIONES:

PULSOS

Braquial Presente Radial Presente

Características:

CIRCULACION ARTERIAL Y VENOSA:

REFLEJOS

Normorrefléxico Hiporrefléxico Hiperrefléxico Ausente No

evocado D I D I D I D I D I

Tricipal ✓ ✓

Bicipal ✓ ✓

Supinador ✓ ✓

Radial ✓ ✓

REFLEJOS PATOLÓGICOS (PRESENTES): Hoffman Palmomentoniano

GANGLIOS:



**CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL:**

Lisa Aspera Escamosa Turgente Hidratada Sequedad

Integridad:

Temperatura:

Sensibilidad:

Coloración:

Cicatriz quirúrgica:

a) Tamaño

b) Forma

c) Movilidad Despl. Adherida

d) Tinel: Positivo Negativo

Otras:

**CARACTERÍSTICAS DE TEJIDOS BLANDOS (Forma, tono, trefismo):**

**ALTERACIONES O LESIONES:**

Dolor Edema Tumefacción Eritema Urticaria

Petequias Prurito Masas Secreción

Otras:

**SENSIBILIDAD**

SENSIBILIDAD	HIPOESTETICA	HIPERESTETICA	ANESTESICA	NO EXPLORABLE
<b>SUPERFICIAL</b>				
Roce ligero <u>Normal</u>				
Dolor <u>Normal</u>				
Temperatura <u>Normal</u>				
Vibración <u>Normal</u>				
Presión profunda <u>Normal</u>				
Propiocepción				
<b>ORTICIAL</b>				
Discriminación entre dos puntos <u>Normal</u>				
Estereognosia <u>Normal</u>				
Grafiestesia <u>Normal</u>				
Fenómeno de extinción				

Nota: Colocar en el cuadro el segmento neurológico alterado según dermatomas.

**EXAMEN MANUAL MUSCULAR**

MUSCULO	ÚNICOS	MPD	MPI	TIPO DE MUSCULO	FUERZA MUSCULAR
<b>CUELLO</b>					
Esternocleidomastoideo	<u>C2-C3</u>	✓	✓	Flexor y rotador	
Esplenio, Espinal y Trapecio	<u>C4-T3</u>	✓	✓	Extensores	
Escalenos	<u>C3-C8</u>	✓	✓	Inclinadores laterales	
<b>HOMBRO</b>					
Deltoides (porción anterior) y coracobraquial	<u>C5-C6</u>	✓	✓	Flexores	<u>5/5</u>
Dorsal Ancho, redondo menor y deltoides (porción posterior)	<u>C6-C8</u>			Extensores	<u>5/5</u>
Deltoides porción medial y supraespinoso	<u>C5-C6</u>	✓	✓	Abductores	<u>5/5</u>
Pectoral Mayor y Dorsal Ancho	<u>C5-C8</u>			Aductores	<u>5/5</u>
Infraspinoso y redondo menor	<u>C5-C6</u>			Rotadores externos	<u>4/4</u>
Subescapular, pectoral mayor, dorsal ancho y redondo mayor	<u>C5-C6</u>			Rotadores internos	<u>5/5</u>
Trapecio y elevador del omóplato	<u>C5-C6</u>			Elevadores de la escápula	<u>5/5</u>
Romboides mayor y menor	<u>C5</u>	✓	✓	Retradores de la escápula	<u>5/5</u>
Trapecio					

**SENSIBILIDAD (DERMATOMAS):**

ALTERACIONES: Si No ¿Cuáles?

OBSERVACIONES:

**MIEMBROS PÉLVICOS**

FORMA, TAMAÑO Y SIMETRÍA: Simétricos

**CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL:** Normal

UNAS:

ARTICULACIONES:

**PULSOS**

Femoral: Presente Popliteo: Presente

Pedio: Presente

Características:

**CIRCULACIÓN ARTERIAL Y VENOSA:**

**MÚSCULOS (FORMA, TONO Y TROFISMO):**

**PRIUEBAS ESPECIALES**

	NEGATIVA	POSITIVA
Lasegue	✓	
Bragard	✓	
Kernig	✓	
Vasalva	✓	

**REFLEJOS**

	Normal		Hiporrefléxico		Hiperrefléxico		Ausente		No evocado	
	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I
Rutiliano										
Aquileano										<u>hiper</u>

**REFLEJOS PATOLÓGICOS PRESENTES:** Babinsky Openheim NO

**PRESENCIA DE CLONOS:** NO

**SENSIBILIDAD (DERMATOMAS):**

ALTERACIONES: Si No (No) ¿Cuáles?

OBSERVACIONES:

**EN CASO DE AMPUTACIÓN**

Miembros torácicos Si No

miembros pélvicos Si No

Utiliza alguna prótesis

Nivel de amputación:

**MUÑO**

FORMA Y TAMAÑO:

Serrato Mayor		✓	✓	Protector de la escápula	4/4
<b>CODO</b>					
Braquial anterior y biceps		✓	✓	Flexores	3/3
Trocleo y anconeo		✓	✓	Extensiones	3/3
Supinador corto, biceps y supinador largo		✓	✓	Supinadores	3/3
Pronador redondo y cuadrado Palmar mayor		✓	✓	Pronadores	3/3
<b>MUNECA</b>					
Primer y segundo radial externo Cubital posterior		✓	✓	Extensiones	3/3
Palmar mayor y cubital anterior		✓	✓	Flexores	3/3
<b>DEDOS</b>					
Extensor común de los dedos		✓	✓	Extensor	3/3
Extensor propio del índice		✓	✓		3/3
Extensor propio del meñique		✓	✓		3/3
Flexor común profundo de los dedos		✓	✓		3/3
Flexor común superficial de los dedos		✓	✓		3/3
Lumbricales mediales y laterales		✓	✓	Flexores	3/3
<b>INTERÓSEOS DORSALES</b>					
Interóseo dorsal		✓	✓	Abductor	3/3
Abductor del meñique		✓	✓		3/3
Interóseo palmar		✓	✓	Abductor	3/3
Extensor corto del pulgar		✓	✓		3/3
Extensor largo del pulgar		✓	✓		3/3
Flexor corto del pulgar		✓	✓		3/3
Flexor largo del pulgar		✓	✓		3/3
Abductor largo del pulgar		✓	✓		3/3
Abductor corto del pulgar		✓	✓		3/3
Aductor del pulgar		✓	✓		3/3
Oponente del pulgar		✓	✓		3/3
Oponente del meñique		✓	✓		3/3
<b>CADERA</b>					
Psoas ilíaco y recto anterior del muslo				Flexor	4/4
Glúteo mayor				Extensor	3/3
Glúteo medio y menor				Abductor	3/3
Primer, segundo y tercer abductor Pectíneo y recto interno				Aductores	3/3
Piramidal, cuadrado crural, Obturador interno y externo, Gémino superior e inferior				Rotadores externos	3/3
Tensor de la fascia lata, glúteo menor y mediano				Rotadores internos	3/3
<b>RODILLA</b>					
Cuadriceps		✓	✓	Extensor	3/4
Semitendinoso y semimembranoso		✓	✓	Flexores	3/4
Biceps femoral		✓	✓	Flexor	3/3
<b>PIE</b>					
Sóleo		✓	✓	Flexor	4/3
Gemelos y plantar		✓	✓	Flexor plantar	4/3
Peroneos largo y corto		✓	✓	Eversor	3/3
Tibial posterior		✓	✓	Inversor	3/3
Tibial anterior		✓	✓	Flexor e inversor	3/3
Extensor largo del dedo gordo		✓	✓		3/3
Extensor corto del dedo gordo		✓	✓		3/3

Flexor largo del dedo gordo					3/3
Flexor corto del dedo gordo					3/3
Abductor del dedo gordo					3/3
Flexor largo de los dedos					3/3
Flexor corto de los dedos					3/3
Lumbricales				Flexor	3/3
Interóseos plantares				Aductor	3/3
Interóseos dorsales				Abductor	3/3
Extensor largo y corto de los dedos, pedio y peronco anterior				Extensor	3/3

ARCOS DE MOVIMIENTO:

DE L	NORMAL	LIMITADO	CON DOLOR
Flexión	✓		
Extensión	✓		
Rotación lateral Izquierda	✓		
Rotación lateral Derecha	✓		
Inclinación lateral Izquierda	✓		
Inclinación lateral derecha	✓		

---

DE LA REGIÓN LUMBAR:

Flexión			
Extensión			
Inclinación lateral Izquierda			
Inclinación lateral derecha			
Rotación derecha			
Rotación externa			

OBSERVACIONES:

### ANEXO 3. Consentimiento informado



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



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente yo Maglora Diaz  
Doy mi consentimiento para que la Lic.  
Enf. Fabiola Oceña, Estudiante del Posgrado de  
Enfermería en Rehabilitación de la Universidad Nacional Autónoma de  
México, realice un 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:

Luisa Diaz Flores



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



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTENCIÓN DE FOTOGRAFÍAS O VIDEO

México DF a 19 de Noviembre 2014

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

Autorizo:

Luisa Diaz Flores

Testigo:

Hector Hernandez Diaz

Estudiante del Posgrado:

Fabiola Oceña

ANEXO 4. Índice de Barthel

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INDICE DE BARTHEL		
NOMBRE		EDAD
INSTRUCCIONES: Puntuar cada apartado con 15, 10, 5 o 0, según corresponda la capacidad del residente o su necesidad de ayuda. No existen puntuaciones intermedias. A mayor independencia para las actividades básicas de la vida diaria.		
ALIMENTACION		Fecha de valoración
10	<b>Independiente:</b> Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario: como en un tiempo razonable, desmenuza la comida, usa condimentos, extiende la mantequilla por si solo.	<b>10</b>
5	<b>Necesita Ayuda:</b> Por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla.	
0	<b>Dependiente:</b> necesita ser alimentado	
BAÑO		
5	<b>Independiente:</b> Capaz de bañarse entero: usa la ducha, la bañera o permanece de pie y se aplica la esponja en todo el cuerpo, incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.	<b>0</b>
0	<b>Dependiente:</b> Necesita alguna ayuda.	
VESTIRSE Y DESVESTIRSE		
10	<b>Independiente:</b> Capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha botones, se coloca el brassiere si lo precisa.	<b>10</b>
5	<b>Necesita ayuda:</b> Hace al menos la mitad en un tiempo razonable	
0	<b>Dependiente:</b> No realiza	
ARREGLARSE		
5	<b>Independiente:</b> Realiza todas las tareas personales (lavarse las manos, peinarse) incluye afeitarse, lavarse los dientes y manejar el enchufe si la máquina es eléctrica. No necesita ayuda	<b>5</b>
0	<b>Dependiente:</b> Necesita alguna ayuda	
CONTROL DE HECES		
10	<b>Continente:</b> Ningún incidente, si necesita enema o supositorio se arregla por si solo.	<b>10</b>
5	<b>Accidente ocasional:</b> Raro (menos de una vez por semana) o necesita ayuda para enema o los supositorios.	
0	<b>Incontinente</b>	
CONTROL DE ORINA		
10	<b>Continente:</b> Ningún accidente: seco día y noche, Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa.	<b>10</b>
5	<b>Accidente ocasional:</b> al menos una vez por día. Necesita ayuda con los instrumentos.	
0	<b>Incontinente</b>	
USO DEL RETRETE		

10	<b>Independiente:</b> Entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras para soportarse.	<b>10</b>
5	<b>Necesita ayuda:</b> para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.	
0	<b>Dependiente:</b> Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.	
<b>TRASLADO ENTRE LA SILLA-CAMA</b>		
15	<b>Independiente:</b> No necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independiente.	<b>15</b>
10	<b>Mínima ayuda:</b> Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.	
5	<b>Gran ayuda:</b> Capaz de sentarse sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama	
0	<b>Dependiente:</b> Grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.	
<b>DESPLAZARSE</b>		
15	<b>Independiente:</b> puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones) excepto andador. La velocidad es importante. Puede caminar al menos 50 m o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión.	<b>10</b>
10	<b>Necesita ayuda:</b> supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 m.	
5	<b>Independiente en silla de ruedas:</b> propulsa su silla al menos 50 m. gira esquinas solo.	
0	<b>Dependiente:</b> Requiere ayuda mayor.	
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>		
15	<b>Independiente:</b> capaz de subir y baja un piso de escaleras sin ayuda o supervisión, aunque utilice barandales o instrumento de apoyo.	<b>10</b>
10	<b>Necesita ayuda:</b> Supervisión física o verbal.	
0	<b>Dependiente:</b> Necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.	
<b>TOTAL</b>		<b>90</b>

0-20 Dependencia total  
21-60 Dependencia severa  
61-90 Dependencia moderada  
91-99 Dependencia escasa  
100 Independencia

Fuente: Barreros S. C. García. A. S. Ojeda. M. A. Índice de Barthel: Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Rev. Medigraphic, 2005. Internet. Consultado 9 octubre 2014. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/indice\\_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/indice_1.pdf)

ANEXO 5. Escala de Lawton y Brody

<b>ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA ESCALA DE LAWTON Y BRODY</b>		
NOMBRE		EDAD
INSTRUCCIONES: Puntuar cada apartado con 1 o 0 según la capacidad de la persona. A mayor puntuación, mayor independencia para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria. La puntuación total oscila de 0 a 8 para mujeres y de 0 a 5 para hombres.		
<b>CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL TELÉFONO (Puntúa hombre y mujeres)</b>		Fecha de valoración
<b>1</b>	Utiliza teléfono por iniciativa propia	<b>1</b>
<b>1</b>	Capaz de marcar bien algunos números familiares	
<b>1</b>	Capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	
<b>0</b>	No utiliza el teléfono en absoluto	
<b>COMPRAS (Puntúa hombres y mujeres)</b>		
<b>1</b>	Realiza independientemente todas las compras necesarias	<b>0</b>
<b>0</b>	Realiza independientemente pequeñas compras	
<b>0</b>	Necesita ir acompañado para realizar alguna compra	
<b>0</b>	Totalmente incapaz de comprar	
<b>PREPARACIÓN DE LA COMIDA (Puntúa mujeres)</b>		
<b>1</b>	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	<b>0</b>
<b>0</b>	Prepara adecuadamente comidas si se le proporcionan los ingredientes.	
<b>0</b>	Prepara, calienta y sirve comidas, pero no sigue una dieta adecuada	
<b>0</b>	Necesita que le preparen y le sirvan comida.	
<b>CUIDADOS DE LA CASA (Puntúa mujeres)</b>		
<b>1</b>	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (ejemplo; ayuda domestica para el trabajo pesado)	<b>1</b>
<b>1</b>	Realiza tareas ligeras, tales como lavar platos o hacer la cama	
<b>1</b>	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un aceptable nivel de limpieza	
<b>1</b>	Necesita ayuda en todas las labores de la casa	
<b>0</b>	No participa en ninguna de las labores de la casa	
<b>LAVADO DE ROPA (Puntúa mujeres)</b>		
<b>1</b>	Lava por sí solo toda la ropa	<b>1</b>
<b>1</b>	Lava por sí solo pequeñas prendas	
<b>0</b>	Todo el lavado de la ropa debe serle realizado	
<b>MEDIOS DE TRANSPORTE (Puntúa hombres y mujeres)</b>		
<b>1</b>	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	<b>1</b>
<b>1</b>	Es capaz de abordar un taxi, pero no utiliza otro tipo de transporte público	
<b>1</b>	Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	

<b>0</b>	Utiliza únicamente el taxi o el automóvil con ayuda de otros	
<b>0</b>	No viaja en absoluto	
<b>RESPONSABLE RESPECTO A SU MEDICACIÓN (Puntúa hombres y mujeres)</b>		
<b>1</b>	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	<b>1</b>
<b>0</b>	Toma sus medicamentos si la dosis es preparada previamente	
<b>0</b>	No es capaz de administrarse su medicación.	
<b>CAPACIDAD PARA MANEJAR ASUNTOS ECONÓMICOS (Puntúa hombres y mujeres)</b>		
<b>1</b>	Capaz de encargarse de asuntos económicos por sí solo (presupuestos, extiende cheques, paga la renta o el banco)	<b>0</b>
<b>1</b>	Realiza compras cada día, pero necesita ayuda en el banco o grandes compras.	
<b>0</b>	Incapaz de manejar dinero	
<b>TOTAL</b>		<b>6</b>

0-1= Dependencia total

2-3= Dependencia severa

4-5= Dependencia moderada

6-7= Dependencia ligera

8= Independencia

Fuente: Trigás. F. M. Ferrerira. G. L Escalas de valoración funcional en el anciano. Rev. Galicia clínica; [Internet] 2011[Consultado 15 diciembre 2014]; 72 (1) Disponible en: <http://www.galiciaclinica.info.PDF/11/225.pdf>

<b>Anexo # 7 EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN</b>	
<b>Explora la orientación temporal y espacial, la memoria inmediata y de fijación, el cálculo, la atención, lectura y habilidad visuo-espacial. Útil para detección de deterioro cognitivo.</b>	
Sexo: Femenino	Edad: 67 años
AVDB	AVDI
1 ORIENTACIÓN TEMPORAL ¿Año? ¿Mes? ¿Número de día? ¿Día de la semana? ¿Estación del año?	4/ 5 PUNTOS
2 ORIENTACIÓN ESPACIAL ¿Piso? ¿Casa/hospital? ¿Ciudad? ¿Estado? ¿País?	5/ 5 PUNTOS
3 REGISTRO Tres palabras: silla, libro, plato Repetir y aprenderlos	3/3 PUNTOS
4 ATENCIÓN Y CÁLCULO Respete de 7 en 7 a partir de 100: 93, 86, 79, 72, 65 Opción: deletree la palabra MUNDO al revés.	4/5 PUNTOS
5 EVOCACIÓN Mencione las tres palabras aprendidas.	3/3 PUNTOS
6 DENOMINACIÓN Mostrar botón y reloj	2/2 PUNTOS
7 REPETICIÓN Árbol que crece torcido....	1/1 PUNTO
8 SEGUIMIENTO DE ORDEN VERBAL Tomar una hoja con la mano derecha, doblar a la mitad una sola vez y dejar en el piso.	3/ 3 PUNTOS
9 COMPRENSIÓN DE LECTURA Cierre los ojos	1/ 1 PUNTO
10 ESCRITURA Escribir una oración, frase, algo que quiera decir.	1/ 1 PUNTO
11 DIBUJO (EVALUACIÓN VISOESPACIAL)	1/ 1 PUNTO
<b>TOTAL</b>	<b>28/ 30 PUNTOS</b>

=30 puntos Normal

29-24 puntos= Déficit discreto

<24 puntos= Deterioro cognitivo

Fuente: valoración geriátrica (consultado 7 octubre 2014) Disponible en:  
[http://www.infogerentologica.com/documents/vgi/escalas/mini\\_mental.pdf](http://www.infogerentologica.com/documents/vgi/escalas/mini_mental.pdf)



## ANEXO 7. Escala de Downton caídas

Con el fin de identificar posibles caídas se han creado escalas para su prevención, en las cuales se identifican los factores de riesgo relacionados con dichas caídas.

La escala de J.H.Downton unifica criterios de cribado y transferencia de información entre los diferentes ámbitos de actuación. Esta escala recoge algunos de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas, siendo una escala validada, de fácil uso y aplicabilidad en los diferentes ámbitos asistenciales.

Su cumplimentación se realizará con los datos obtenidos de la valoración inicial, sin olvidar otros factores de riesgo valorados, no incluidos en la escala, que sean susceptibles de provocar una caída, a los cuales se aplicarán las intervenciones necesarias. El punto de corte en la escala se sitúa en 3 o más, que indica riesgo alto de caídas.

Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON 1993)		
Riesgo de caída > 2 puntos		
Caídas previas	No	0
	Sí	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Déficits sensoriales	Ninguno
Alteraciones visuales		1
Alteraciones auditivas		1
Extremidades		1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

Fuente: Lobo. R. C. García. P. A. Gadea. C. C. Moro. T. N. Prevalencia de hiponatremia en pacientes mayores de 65 años que sufren una caída intrahospitalaria. Nefrología 2011 [Internet] [Consultada 15 junio 2016]; 36 (2); 292. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-imprimir-articulo-prevalencia-hiponatremia-pacientes-mayores-65-anos-que-sufren-una-caida-S0211699516300170>

## ANEXO 8. Escala de Tinetti para el equilibrio

### Escala de Tinetti para equilibrio

Equilibrio (el sujeto está sentado en una silla rígida, sin apoyo para brazos)		
1. Equilibrio sentado		
0 -se inclina o se desliza de la silla		
1 - está estable y seguro		
2. Levantarse de la silla		
0 - es incapaz sin ayuda		
1 - se debe ayudar con los brazos		
2 - se levanta sin usar los brazos		
3. En el intento de levantarse		
0 - es incapaz sin ayuda		
1 - es capaz pero necesita más de un intento		
2 - es capaz al primer intento		
4. Equilibrio de pie (los primeros 5 segundos)		
0 - inestable (vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco)		
1 - estable gracias al bastón u otro auxilio para sujetarse		
2 - estable sin soporte o auxilios		
5. Equilibrio de pie prolongado		
0 - inestable (vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco)		
1 - estable pero con base de apoyo amplia (maléolos mediales mayor a 10 cm) o usa auxiliar		
2 - estable con base de apoyo estrecha, sin soporte o auxilios		
6. Romberg sensibilizado ( con ojos abiertos, pies juntos, empujar levemente con la palma de la mano sobre el esternón del sujeto en 3 oportunidades )		
0 - comienza a caer		
1 - oscila, pero se endereza solo		
2 - estable		
7. Romberg (con ojos cerrados e igual que el anterior)		
0 - inestable		
1 - estable		
8. Girar en 360°		
0 - con pasos disminuidos o movimiento no homogéneo		
1 - con pasos continuos o movimiento homogéneo		
0 - inestable (se sujeta, oscila)		
1 - estable		
9. Sentarse		
0 - inseguro (equivoca distancia, cae sobre la silla)		
1 - usa los brazos o tiene movimiento discontinuo		
2 - seguro, movimiento continuo.		
Puntaje de equilibrio: ____ / 16		

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

A mayor puntuación=menor riesgo

Menos de 19= riesgo alto de caídas

## ANEXO 9. Escala de Tinetti para la marcha

### Escala de Tinetti para la marcha

<p>MARCHA (el paciente está de pie; debe caminar a lo largo, inicialmente con su paso habitual, luego con un paso más rápido pero seguro. Puede usar auxilios).</p>	
10. Inicio de la deambulaci3n (inmediatamente despu3s de la partida)	
0	- con una cierta inseguridad o m3s de un intento
1	- ninguna inseguridad
11. Longitud y altura de paso	
Pie derecho	
0	-durante el paso el pi3 derecho no supera al izquierdo
1	-el pi3 derecho supera al izquierdo
0	- el pi3 derecho no se levanta completamente del suelo
1	- el pi3 derecho se levanta completamente del suelo
Pi3 izquierdo	
0	-durante el paso el pi3 izquierdo no supera al derecho
1	-el pi3 izquierdo supera al derecho
0	- el pi3 izquierdo no se levanta completamente del suelo
1	- el pi3 izquierdo se levanta completamente del suelo
12. Simetría del paso	
0	- el paso derecho no parece igual al izquierdo
1	- el paso derecho e izquierdo parecen iguales
13. Continuidad del paso	
0	- interrumpido o discontinuo (detenciones o discordancia entre los pasos)
1	- continuo
14. Trayectoria	
0	- marcada desviaci3n
1	- leve o moderada desviaci3n o necesita auxilios
2	- ausencia de desviaci3n y de uso de auxilios
15. Tronco	
0	- marcada oscilaci3n
1	- ninguna oscilaci3n, pero flexi3n rodillas, espalda y abre brazos durante la marcha
2	- Ninguna oscilaci3n ni flexi3n ni uso de brazos o auxilios
16. Movimiento en la deambulaci3n	
0	- los talones est3n separados
1	- los talones casi se tocan durante la marcha
Puntaje marcha: ____ / 12	
SUMA DE PUNTAJES: EQUILIBRIO + MARCHA: ____ / 28	
Notas: _____	
_____	

Fuente: Estrella. C. D. Eu3n. P. A. Pinto. L. M. Sanchez. E. P. Rubio. Z. H. Alteraciones del equilibrio como predictoras de caídas en una muestra de adultos mayores de Mérida Yucat3n, México. Rehabilitaci3n 2011 [Internet] [Consultado 2 diciembre 2014]; 45 (4): 320 – 326. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-alteraciones-del-equilibrio-como-predictoras-S0048712011001307>

ANEXO 10. Escala de Zarit

<b>ESCALA DE ZARIT</b>	
<p><b>INSTRUCCIONES:</b> A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten las personas que cuidan de otra persona. Después de leer cada afirmación, de indicar con qué frecuencia se sienta usted: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre, piense tan sólo en su experiencia.            0= NUNCA 1= RARA VEZ 2= ALGUNAS VECES 3= BASTANTES VECES 4= CASI SIEMPRE</p>	
1. ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	4
2. ¿Cree que debido al tiempo que el dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	3
3. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir con otras responsabilidades en su trabajo o familia?	3
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	0
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0
6. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente en su relación con otros miembros de su familia?	2
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro le depare a su familiar?	3
8. ¿Creé que su familiar depende de usted?	0
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0
10. ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar de su familiar?	0
11. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?	3
12. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	2
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?	0
14. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que el cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?	0
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar de su familiar además de sus propios gastos?	0
16. ¿cree que será incapaz de cuidarle por mucho tiempo más?	0
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	0
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	3
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0
20. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?	0
21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?	2
22. Globalmente ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar de su familiar?	2
<b>TOTAL</b>	<b>27 PUNTOS</b>

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, entre 47 - 55 puntos sobrecarga leve y de sobrecarga intensa una puntuación superior a 56 puntos.

Fuente: Escala de Zarit [Internet] [Consultada 27 Noviembre 2014] Disponible en: [http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum\\_valoracion\\_atencion\\_domiciliaria/069\\_ESCALA\\_SOBRECARGA\\_CUIDADOR\\_Test\\_Zarit.pdf](http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/069_ESCALA_SOBRECARGA_CUIDADOR_Test_Zarit.pdf)

ANEXO 11. Inventario de depresión de Beck

A continuación, señales cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor como se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable en su caso, márkela también. Se puntuará 0 1 2 3

1	0 No me siento triste 1 Me siento triste 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
0	0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro 1 Me siento desanimado respecto al futuro 2 Siento que no tengo que esperar nada 3 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
0	0 No me siento fracasado 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas 2 Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso 3 Me siento una persona totalmente fracasada
0	0 Las cosas me satisfacen tanto como antes 1 No disfruto de las cosas tanto como antes 2 Ya no tengo una satisfacción auténtica de las cosas 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo
1	0 No me siento especialmente culpable 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones 3 Me siento culpable constantemente
0	0 No creo que este siendo castigado 1 Me siento como si fuese a ser castigado 2 Espero ser castigado 3 Siento que estoy siendo castigado
1	0 No estoy decepcionado de mí mismo 1 Estoy decepcionado de mí mismo 2 Me da vergüenza de mí mismo 3 Me detesto
0	0 No me considero peor que cualquier otro 1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores 2 Continualmente me culpo por mis faltas 3 Me culpo por todo lo malo que sucede
0	0 No tengo ningún pensamiento de suicidio 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería 2 Desearía suicidarme 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad
0	0 No lloro más de lo que solía llorar 1 Ahora lloró más que antes 2 Lloro continuamente 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
0	0 No estoy más irritado de lo normal 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes 2 Me siento irritado continuamente

	3	No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme
0	0	No he perdido el interés por los demás
	1	Estoy menos interesado en los demás que antes
	2	He perdido la mayor parte de mi interés por lo demás
	3	He perdido todo el interés por los demás
0	0	Tomo decisiones más o menos como siempre lo eh hecho
	1	Evito tomar decisiones más que antes
	2	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
	3	YA me es imposible tomar decisiones
0	0	No creo tener peor aspecto que antes
	1	Me temo que ahora parezco viejo o poco atractivo
	2	Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
	3	Creo que tengo un aspecto horrible
1	0	Trabajo igual que antes
	1	Me cuenta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
	2	Tengo que obligarme mucho para hacer algo
	3	No puedo hacer nada en absoluto
0	0	Duermo tan bien como siempre
	1	No duermo tan bien como antes
	2	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volverme a dormirme
	3	Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormir
1	0	No me siento más cansado de lo normal
	1	Me canso más fácilmente que antes
	2	Me canso en cuanto hago cualquier cosa
	3	Estoy demasiado cansado para hacer nada
0	0	Mi apetito no ha disminuido
	1	No tengo tan buen apetito como antes
	2	Ahora tengo mucho menos apetito
	3	He perdido completamente el apetito
0	0	Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
	1	He perdido más de 2 kilos y medio
	2	He perdido más de 4 kilos
	3	He perdido más de 7 kilos
	4	Estoy a dieta para adelgazar SI/NO
2	0	No estoy preocupado por mi salud más de lo normal
	1	Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestares estomacales o estreñimiento
	2	Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más
	3	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa
0	0	No eh observado ningún cambio reciente en mi interés
	1	Estoy menos interesado por el sexo que antes
	2	Estoy mucho menos interesado por el sexo
	3	He perdido totalmente mi interés por el sexo
TOTAL		7 PUNTOS

Puntuación	Nivel de depresión
1-10	estos altibajos son considerados normales
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20	Estados depresivos intermitentes
21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión grave
+ 40	Depresión extrema

Fuente: INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK [Internet] [Consultado 30 noviembre 2014] Disponible en: <https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2011/12/inventariodedepresiondebeck.pdf>

ANEXO 12. Escala de ansiedad de Halminton

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad.

Fuente: Escala de Ansiedad de Halminton [Intenet] [Consultada 11 Diciembre 2014] Disponible en: [http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala\\_de\\_ansiedad\\_de\\_hamilton.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf)



### ANEXO 13. Escala de Daniels fuerza muscular

**Tabla 1** Escala de Daniels para la valoración de la fuerza

0. Ausencia de contracción
1. Contracción sin movimientos
2. Movimiento que no vence la gravedad
3. Movimiento completo que vence la gravedad
4. Movimiento con resistencia parcial
5. Movimiento con resistencia máxima

### ANEXO 14. Escala de Ashworth Tono muscular

Escala de Ashworth modificada	
0	No aumento del tono
1	Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento (flexión o extensión) visible con la palpación o relajación, o sólo mínima resistencia al final del arco del movimiento.
1+	Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento en flexión o extensión seguido de una mínima resistencia en todo el resto del arco de recorrido (menos de la mitad)
2	Notable incremento en la resistencia del músculo durante la mayor parte del arco del movimiento articular, pero la articulación se mueve fácilmente
3	Marcado incremento en la resistencia del músculo; el movimiento pasivo es difícil
4	Las partes afectadas están rígidas en flexión o extensión cuando se mueven pasivamente

### ANEXO 15. Rol de familia para el cuidado

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
<b>09:00</b> <b>14:00</b>	VHD	VHD	VHD	VHD	VHD	CVD	CVD
<b>14:00</b> <b>22:00</b>	HHD	CUIDADOR	HHD	CUIDADOR	CUIDADOR	CVD	-----
<b>22:00</b> <b>08:00</b>	LDF	CUIDADOR	FHM	CUIDADOR	VHD	CVD	VHD



ANEXO 17. Cartel de higiene de columna




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

## HIGIENE DE LA COLUMNA

*Es importante adoptar hábitos posturales correctos:*

### AL CARGAR OBJETOS



Para recoger un objeto flexione las rodillas y mantenga la espalda recta, levante el peso extendiendo las piernas y manteniendo el peso lo más cercano a nuestro cuerpo.



No levantar los objetos más allá de la altura del pecho, es aconsejable utilizar una escalera.



Si transporta en bolsa, repartir el peso en ambos brazos y no exceder más del 10% de nuestro peso corporal total.

### TAREAS COTIDIANAS



Mantener la espalda recta y apoyar nuestro pie en un escalón, alternándolo.



Utilizar un carro cuando el peso sea excesivo y empujarlo con ambas manos.



Mantener la espalda recta y procurar que los mangos sean largos.

No estirarse para alcanzar las zonas altas, utilizar escalones.

### SENTADO Y ACOSTADO



Piernas y muslos a 90°, pies pegados al piso, cabeza y cuello en posición recta, codo pegado al cuerpo y brazo a 90°.



De un costado alineación de la columna con una almohada del tamaño entre la distancia del hombro y la cabeza y una almohada entre las piernas, boca arriba una almohada bajo la cabeza y bajo las rodillas.

Carretera México Xochimilco No. 289, Colonia Arenal de Guadalupe, Delegación Tlalpan, C.P. 14389



LEO Evelin Fabiola Ocaña Díaz  
Posgrado de Enfermería en Rehabilitación  
Coordinadora Posgrado: LEO Noheми Ramírez Gutiérrez  
Profesor: Dr. Arturo Ramírez Mayorga

<http://www.iner.mx> | [iner@iner.mx](mailto:iner@iner.mx) | [www.unam.mx](http://www.unam.mx) | [www.enfermeria.unam.mx](http://www.enfermeria.unam.mx)



## ANEXO 18. Escala de frecuencia de higiene de columna

La escala de Likert mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares. Se le conoce como escala sumada debido a que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem

1. Al estar de pie o caminar
    - (4 ) Siempre lo realiza
    - (3 ) Si se refuerza, lo realiza
    - (2 ) Si se refuerza, a veces lo realiza
    - (1) No lo realiza
  
  2. Al realizar tareas domesticas
    - (4 ) Siempre lo realiza
    - (3 ) Si se refuerza, lo realiza
    - (2) Si se refuerza, a veces lo realiza
    - (1) No lo realiza
  
  3. Al cargar objetos
    - (4 ) Siempre lo realiza
    - (3 ) Si se refuerza, lo realiza
    - (2 ) Si se refuerza, a veces lo realiza
    - (1 ) No lo realiza
  
  4. Al permanecer en sedestación
    - (4 ) Siempre lo realiza
    - (3 ) Si se refuerza, lo realiza
    - (2 ) Si se refuerza, a veces lo realiza
    - (1 ) No lo realiza
  
  5. Al permanecer en decúbito prono
    - (4 ) Siempre lo realiza
    - (3 ) Si se refuerza, lo realiza
    - (2 ) Si se refuerza, a veces lo realiza
    - (1 ) No lo realiza
  
  6. Al permanecer en decúbito supino
    - (4 ) Siempre lo realiza
    - (3) Si se refuerza, lo realiza
    - (2 ) Si se refuerza, a veces lo realiza
    - (1 ) No lo realiza
- ANEXO 19. Calentamiento muscular

19-24= Aplica adecuadamente la higiene de columna AVD

18-13= Aplica higiene de columna con recordatorios mínimos

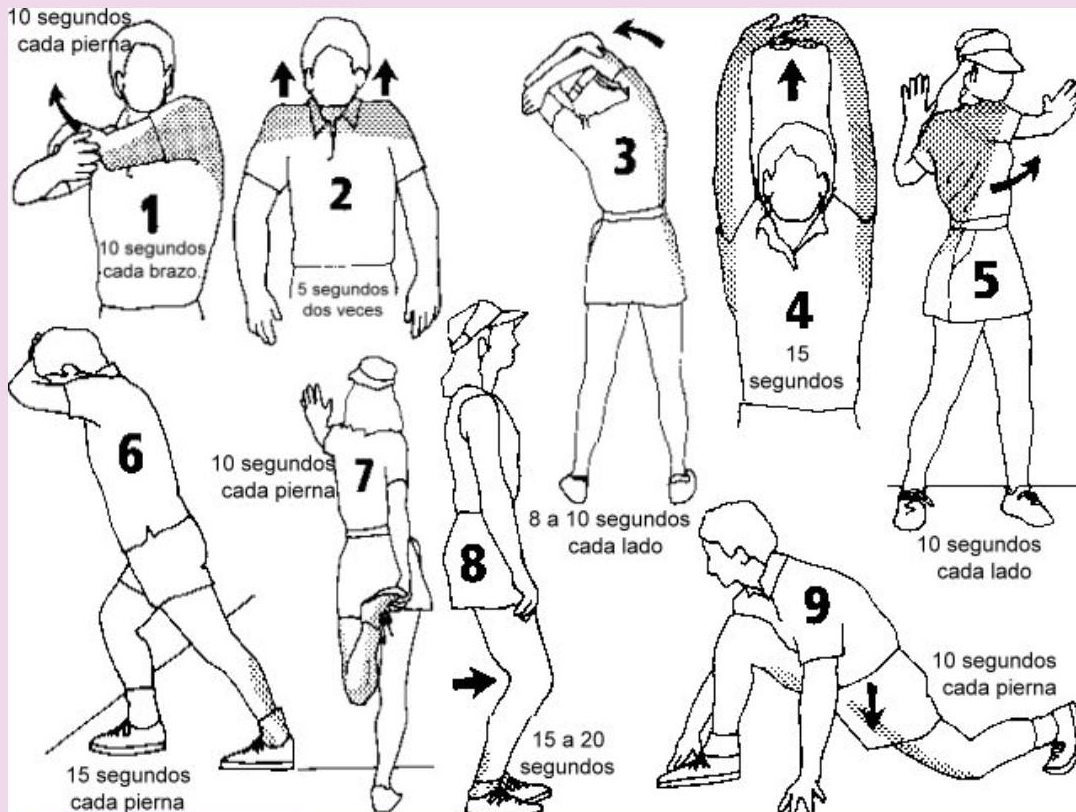
12-7= Aplica higiene de columna con recordatorios constantes

6= No aplica higiene de columna en AVD

## CALENTAMIENTO MUSCULAR

# Beneficios

- El calentamiento consisten en 10 min aproximadamente de actividad aeróbica leve como caminar, bicicleta
- Incrementa la temperatura corporal
- Aumenta el volumen sanguíneo hacia los tejidos
- Aumenta el ritmo cardíaco
- Produce oxigenación adecuada a las células musculares
- Disminuye la tensión muscular
- Facilita la recuperación tras la contracción muscular
- No debes sentir dolor al realizarlos



Realizado por: estudiante de Posgrado Enfermería en Rehabilitación LEO Evelin Fabiola Ocaña Díaz

Gutiérrez, M. J. Ejercicios de estiramiento. [Internet] Técnico deportivo I y monitor territorial RFTA [Consultado 12 enero 2015] Disponible en: [http://www.sid.ca/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-ejer/estiramientos\\_1.pdf](http://www.sid.ca/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-ejer/estiramientos_1.pdf)

# ENFRIAMIENTO

El enfriamiento permite llevar a los músculos y articulaciones a una situación de relajación y longitud normal, los ejercicios deberán llevarse a cabo con menor intensidad que los realizados durante el calentamiento.

Debemos mantener el músculo estirado por 5 segundos



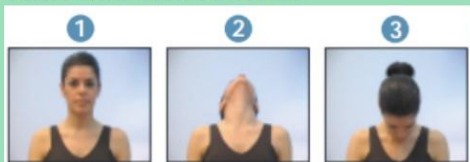
Fuente: Irene Cuesta. 5 beneficios del estiramiento muscular. [Internet] [Consultado 27 Octubre 2015]. Disponible en: <http://www.fisiohogar.com/segovia/beneficios-estiramiento-muscular/>

Realizado por: estudiante de Posgrado Enfermería en Rehabilitación LEO Evelin Fabiola Ocaña Díaz

## ANEXO 21. Ejercicios isotónicos de columna

### EJERCICIOS ISOTÓNICOS DE COLUMNA

#### FLEJO EXTENSIÓN DE CUELLO

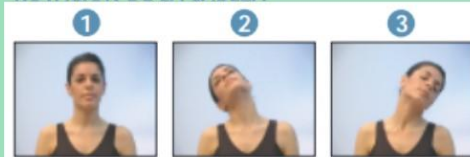


Los ejercicios deberán realizarse de forma suave y de manera progresiva según la tolerancia aumentar el número de repeticiones

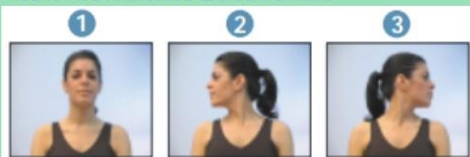
No debe llegar nunca al agotamiento

La posición inicial es en sedestación con la mirada al frente.

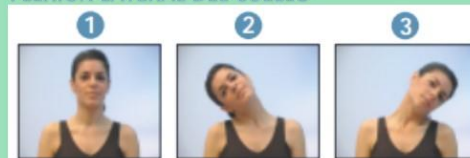
#### ROTACIÓN DE LA CABEZA



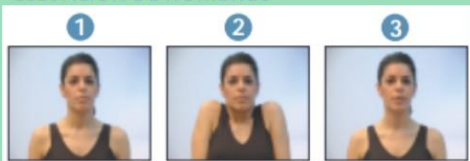
#### ROTACIÓN LATERAL DEL CUELLO



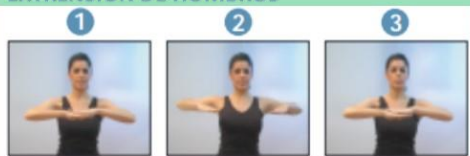
#### FLEXIÓN LATERAL DEL CUELLO



#### ELEVACIÓN DE HOMBROS



#### EXTENSIÓN DE HOMBROS



FUENTE: EJERCICIOS DE LA REHABILITACIÓN DE LA COLUMNA CERVICAL DISPONIBLE EN: <https://hermesalud.com/downloads/ejercicios-columna-cervical.pdf>

ELABORADO POR: estudiante del posgrado de Enfermería en Rehabilitación LEO Evelin Fabiola Ocaña Díaz





## Ejercicio de categorías

- 1- Organice las siguientes palabras en 4 grupos según pertenezcan a partes del cuerpo, herramientas, medios de transporte o frutas.

<b>Avión</b>	<b>Alicates</b>	<b>Autobús</b>	<b>Punzón</b>
<b>Mano</b>	<b>Piña</b>	<b>Cabeza</b>	<b>Automóvil</b>
<b>Melocotón</b>	<b>Tren</b>	<b>Destornillador</b>	<b>Brazo</b>
<b>Martillo</b>	<b>Muslo</b>	<b>Naranja</b>	<b>Taladradora</b>
<b>Nariz</b>	<b>Pera</b>	<b>Barco</b>	<b>Mandarina</b>

Partes del cuerpo	Herramientas	Medios de transporte	Frutas

- 2- Escriba cinco palabras para cada una de las categorías de abajo.

Flores	Animales	Países	Prendas de vestir

## Ejercicio de atención

Fíjese en el primer grupo de letras de cada línea y rodee con un círculo el que esté repetido en la misma línea.

NNLNN	NNLLN	NLNNN	NNLNN	LNNNN
BDBDD	BDBDB	DBDBB	BBDDB	BDBDD
TRTRR	TRTRR	TRRTT	TRTRT	TTRTR
AAEEA	AAEAE	EAAEA	AAEEA	EEAAE
LPLLP	LPLPL	LPLLP	LLPPL	PLLPL
SSSFS	SSSSF	SSFSS	SSSFS	SFSSS
OVVVO	OVVOV	OVVVV	VOOVO	OVVVO
CCUCU	CUCUC	CCUUC	CCUCU	UCUCC
ZGGZG	ZGGZG	ZGZGG	GZZGZ	ZGGZZ
JMJJM	JMJMM	JMMJM	MJJMJ	JMJJM
HYHYH	HYYHH	HYHYY	YHYHY	HYHYH
KWKKW	KWKKW	KKWWK	WKKKW	KWKWK
MNMNÑ	MNMNÑ	MÑMNÑ	MMNNN	MMMÑN
TOOTO	OTOTO	TOTTO	TOOTO	TOOOT
UWUWU	WWUWU	UWUWU	UWWWU	UUUWU
PPYYP	PPYPP	PPPPY	PPYPY	PYPYP
DGGGD	DGGDD	DDGGD	DGDGD	DGGGD
BPPBB	BPPBB	BPBBB	BPPPB	BBPBB
QOOQO	QOQOO	QOOQO	QOQOO	QOQQO
ZZXXZ	ZZXXZ	ZZZXZ	ZXXXZ	ZZXXX
VUVUV	VUUVU	VVUVU	UVUVU	VVUVV

Encuentre los siguientes **nombres de hombre o mujer**:

- Ana
- Andrés
- César
- Daniel
- Darío
- Eduardo
- Ismael
- Iván
- Jose
- Juan
- Lola
- Luisa
- Manuel
- María
- Marta
- Mercedes
- Pedro
- Raúl

D	A	N	I	E	L	P	N	A	U	J	B
N	C	T	S	D	U	H	J	A	F	A	C
X	A	U	L	U	I	S	A	I	X	E	Y
L	L	V	C	A	S	I	O	R	S	A	T
N	U	I	I	R	G	A	N	A	T	S	A
I	A	G	J	D	D	H	R	M	T	J	T
D	S	R	G	O	T	F	A	S	P	O	R
A	T	M	M	I	A	N	D	R	E	S	A
R	V	O	A	H	U	V	A	S	D	E	M
I	A	U	I	E	S	E	N	I	R	T	H
O	A	U	L	V	L	E	A	L	O	L	I
Z	R	I	L	M	E	R	C	E	D	E	S

1- Observe los siguientes dibujos y señale cual es DIFERENTE a los demás:



## Ejercicio de cálculo

1- Escriba el resultado de las siguientes tablas de multiplicar:

8 x 1 =	
8 x 2 =	
8 x 3 =	
8 x 4 =	
8 x 5 =	
8 x 6 =	
8 x 7 =	
8 x 8 =	
8 x 9 =	
8 x 10 =	

6 x 1 =	
6 x 2 =	
6 x 3 =	
6 x 4 =	
6 x 5 =	
6 x 6 =	
6 x 7 =	
6 x 8 =	
6 x 9 =	
6 x 10 =	

7 x 1 =	
7 x 2 =	
7 x 3 =	
7 x 4 =	
7 x 5 =	
7 x 6 =	
7 x 7 =	
7 x 8 =	
7 x 9 =	
7 x 10 =	

8 x 1 =	
2 x 2 =	
3 x 3 =	
4 x 4 =	
5 x 5 =	
6 x 6 =	
7 x 7 =	
8 x 8 =	
9 x 9 =	
10 x 10 =	

2- Clasifique las siguientes palabras en sus apartados correspondientes.

Champú	Frigorífico
Cacerola	Ducha
Espejo	Toalla
Sartén	Olla

COCINA	BAÑO

2- Escriba desde **180** hacia abajo de **4 en 4** hasta llegar al **8**.

180 - 176 - 172 - .....

.....

.....

.....

## Ejercicio de asociación

1- Junte con una línea cada palabra con su correspondiente color:

<b>FRESA</b>	<b>NEGRO</b>
<b>LIMÓN</b>	<b>VERDE</b>
<b>CARBÓN</b>	<b>NARANJA</b>
<b>MANDARINA</b>	<b>ROJO</b>
<b>MADERA</b>	<b>AMARILLO</b>
<b>MENTA</b>	<b>AZUL</b>
<b>NIEVE</b>	<b>BLANCO</b>
<b>CIELO</b>	<b>MARRÓN</b>

1- Una con una línea las palabras que estén relacionadas entre sí.

<b>ZAPATO</b>	<b>CUCHARILLA</b>
<b>CUCHILLO</b>	<b>PANTALÓN</b>
<b>PEINE</b>	<b>VALLE</b>
<b>PAPEL</b>	<b>UNIFORME</b>
<b>MONTAÑA</b>	<b>PELO</b>
<b>CAMISA</b>	<b>PIE</b>
<b>POLICÍA</b>	<b>CONDUCTOR</b>
<b>CAMIÓN</b>	<b>BOLÍGRAFO</b>

Fuente: Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva

Disponible en: <http://www.fenacerci.pt/web/publicacoes/outras/Cuaderno-de-Estimulacion-cognitiva-nivel-avanzado.pdf>

## ANEXO 23. Ejercicios de coordinación



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



# EJERCICIOS PARA LA COORDINACIÓN

Típicamente los movimientos presentan lentitud, falta de ritmo, disminución de la amplitud. Es importante trabajar motricidad fina con las manos para prevenir micrografía y mantener la funcionalidad del paciente en las actividades de la vida diaria, atarse los zapatos y abotonarse.

## PINZA FINA

Se pedirá al paciente que con la punta de su dedo pulgar toque la punta de los demás dedos, realizando 2 series de 10 repeticiones cada una, primero de un lado y después del otro



## RESISTENCIA

Con ayuda de pinzas de ropa se pedirá al paciente que con su dedo pulgar y el dedo anular, medio, y pulgar apriete la pinza, realizando una serie de 10 repeticiones y aumentar de acuerdo al progreso, después se pedirá que coloque las pinzas en un gancho de ropa



LO MISMO SUCEDERÁ AL EJERCER FUERZA. LA ENFERMERA SOSTENDRÁ TANTO LA MONEDA COMO LA TARJETA Y EL PACIENTE DEBERÁ JALARLA TANTO COMO LE SEA POSIBLE, REPETIR ESTE EJERCICIO EN 2 SERIES DE 10 REPETICIONES



## ESCRITURA

Se brinda un objeto ancho para escribir sobre la arena, lo tomara como un lápiz, el paciente ejercerá presión, dibujando números. Hará series desde número 1 a 9 por 3 repeticiones



## CON LOS DEDOS

De igual forma dibujara números con los dedos, realizara series desde número 1 a 9 por 3 repeticiones



## CON TODA LA MANO

Sostendrá el rastrillo como un lápiz y hará barrido en la arena en diferentes direcciones, primero siguiendo el contorno del recipiente y después en círculos.



Fotografías y realizado por Estudiante de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación. L.E.O Evelin Fabiola Ocaña Díaz

Insua, M. C., Vidal, I. R., Cervantes, R. F., Doniz, L. G., Rodríguez, A. M., & García, M. F. Protocolo de Fisioterapia en el paciente parkinsoniano. Fisioterapia. [Internet] 2001; 23(4), 191-199. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Marcelo\\_Chouza/publication/28248807\\_Protocolo\\_de\\_Fisioterapia\\_en\\_el\\_paciente\\_parkinsoniano/links/09e415134d2bdf3c7300000/Protocolo-de-Fisioterapia-en-el-paciente-parkinsoniano.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marcelo_Chouza/publication/28248807_Protocolo_de_Fisioterapia_en_el_paciente_parkinsoniano/links/09e415134d2bdf3c7300000/Protocolo-de-Fisioterapia-en-el-paciente-parkinsoniano.pdf)

ANEXO 24. Ejercicios caligrafía



*Estirar, estirar,  
la casita, vas a armar.*





*Bim, bada bum,  
mejor mago serás tú.*







*Al girar y girar  
una aceituna descubrirás.*





*Girando girando, el antifaz voy formando.*

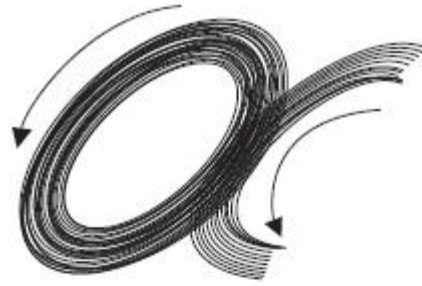


## Minúsculas

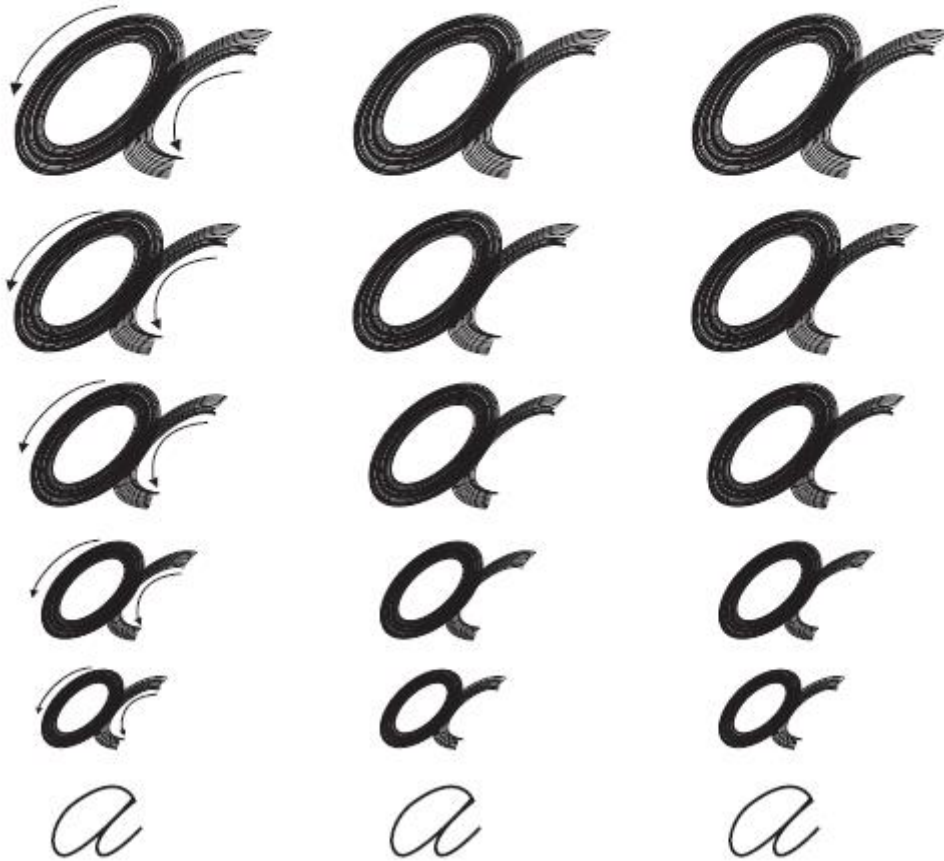
a b c d e f g h  
i j k l m n ñ  
o p q r s t u  
v w x y z

## Mayúsculas

A B C D E F G  
H I J K L M N  
Ñ O P Q R S T  
U V W X Y Z



*a la vibora, vibora de la mar.*



Fuente: Mi libro mágico [Internet] [Consultado 11 enero 2015] Disponible en:  
<http://milibromagico.com.mx/index.php/ejercicios-para-letra-cursiva?libro=2>



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



## FISIOTERAPIA OROFACIAL Y RE-EDUCACIÓN DE LA DEGLUCIÓN

### APARATO BUCOFONADOR

LARINGE —> VOZ

FARINGE, BOCA Y FOSAS NASALES —> RESONANCIA

PALADAR, LENGUA, DIENTES, LABIOS —> FILTRACIÓN

**HABLA = COMUNICACIÓN**

HABLA = COMUNICACIÓN

### DEGLUCIÓN

INICIO DE LA DIGESTIÓN, FRAGMENTANDO LOS ALIMENTOS SÓLIDOS/LÍQUIDOS ATRAVESANDO LA FARINGE Y EL ESÓFAGO DEL BÓLO ALIMENTICIO.

COORDINACIÓN

### MASTICACIÓN

PATRÓN CÍCLICO Y VOLUNTARIO DONDE SE TRITURAN LOS ALIMENTOS, MEZCLÁNDOLO CON SALIVA, UNA VEZ INICIADO ES REGULADO POR EL TRONCO ENCEFÁLICO

### FONACIÓN

SE PRODUCE CUANDO SE FUERZA EL PASO DE VOLUMEN AIRE DE LOS PULMONES A TRAVÉS DE LA LARINGE Y LA CAVIDAD ORAL POR ACCIÓN DEL DIAFRAGMA.

### RESPIRACIÓN

A NIVEL LARÍNGEO OCURREN MOVIMIENTOS GLÓTICOS QUE POSIBILITAN LOS FLUJOS AÉREOS INSPIRATORIO Y ESPIRATORIO

### INTERVENCIONES

AUMENTO DE LA MIMICA FRENTE A UN ESPEJO, CON GESTICULACIÓN EXAGERADA

EJERCICIOS DE SOPLO

-SOPLAR UNA VELA

-INFLAR GLOBOS

-HACER BURBUJAS DE JABÓN

LECTURA EN VOZ ALTA

EJERCICIOS RESPIRATORIOS COSTALES Y DIAFRAGMÁTICOS

CONVERSACIONES SOBRE DIFERENTES TEMAS (NOTICIAS)

DESCRIBIR CARACTERÍSTICAS DE CIERTOS OBJETOS



Realizado por Estudiante de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación. L.E.O Evelin Fabiola Ocaña Díaz

## ANEXO 26. Elaboración de la compresa aromática

- Un lienzo de popelina
- Un lienzo de tela polar
- Hilo
- Tijeras
- 1 kg de linaza o alpiste
- Embudo
- Esencia de su preferencia



# REEDUCACION INTESTINAL

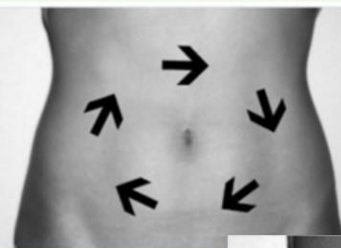


**¿PARA QUE NOS SIRVE?**  
**Para regularizar el tránsito intestinal y con ello favorecer la defecación.**



**Aumenta tu actividad física**

**Masaje a Maco cólico**  
 Es una técnica que se realiza de forma circular en sentido de las manecillas del reloj siguiendo el colon en su porción ascendente, transversa y descendente, con una duración aproximada de 10 minutos.



**15-20 minutos después de comer**



**INICIA**

**DERECHA**

**IZQUIERDA**

## INTERVENCIONES DIETA ALTA EN FIBRA



**ES RECOMENDABLE ESTABLECER HORARIOS**



**NO OLVIDES ANOTAR LAS CARACTERISTICAS**



## Escala de heces de Bristol

Tipo 1		pedazos duros separados, como nueces (difícil de excretar)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero llena de bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con rajaduras en la superficie
Tipo 4		Como una viborita, suave y blanda
Tipo 5		Pedazos blandos con bordes claros (se excretan fácilmente)
Tipo 6		Pedazos blandos con bordes deshechos
Tipo 7		Aguado, sin trozos sólidos. Enteramente líquido

Escala de Bristol [Consultada 27 mayo 2017] Disponible en <http://www.lavidacotidianaes/la-escala-de-hecesde-bristol/>

# El Plato del Bien Comer



Fuente: El plato del bien comer [Internet] [Consultado 27 mayo 2017] Disponible en: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas/1/programas/6\\_1\\_plato\\_bien\\_comer.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas/1/programas/6_1_plato_bien_comer.pdf)

El plato del bien comer. [Internet] [Consultado 28 mayo 2017] Disponible en: <http://salud.yucatan.gob.mx/portfolio-item/el-plato-del-bien-comer/>

Incluye un alimento de cada grupo en cada una de las comidas del día

Consume la mayor variedad posible de alimentos

Realiza tres comidas principales y dos colaciones al día





Fuente: Los beneficios de la Jarra del Buen Beber. [Internet] [Consultado 27 may 2017] Disponible en: <http://www.gob.mx/issste/articulos/los-beneficios-de-la-jarra-del-buen-beber>

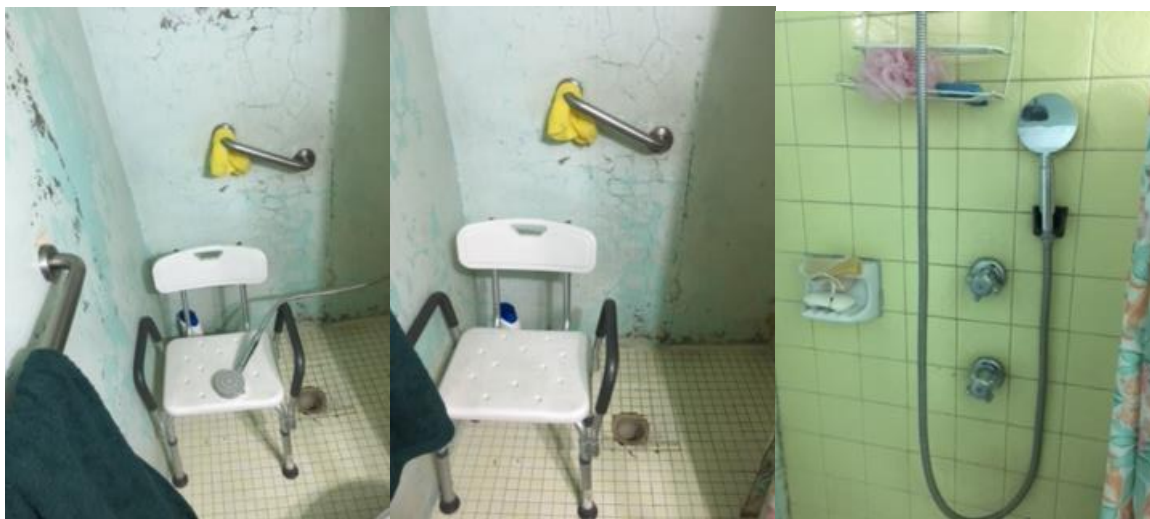
### ANEXO 30. Maniobra de Heimlich



Fuente: Maniobra de Heimlich [Internet] [Consultado 5 mayo 2016] Disponible en:  
<https://www.educa2.madrid.org/web/argos/inicio/-/visor/maniobra-de-heimlich>

ANEXO 31. FOTOS TOMADAS POR ESTUDIANTE DE POSGRADO

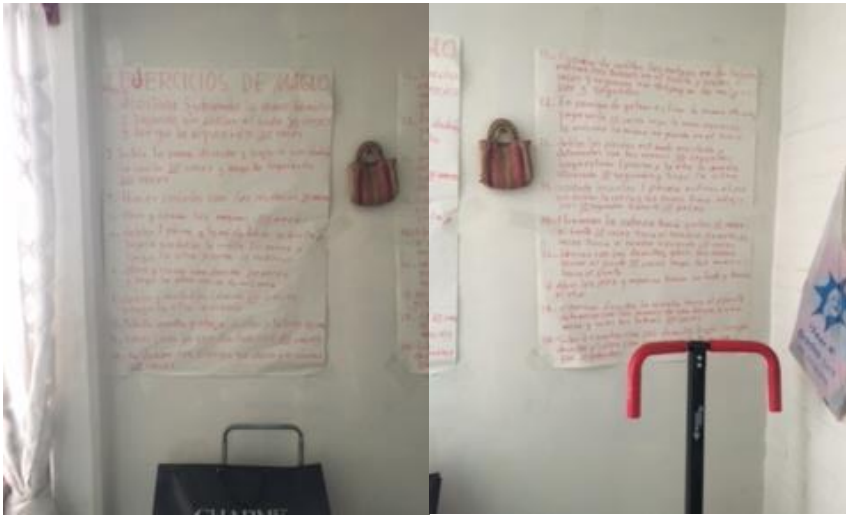
Colocación de barandal de acero inoxidable dentro del cuarto de baño y silla



Aditamento para baño con mango largo



Se realizaron los ejercicios por escrito con la finalidad de realizarlos todos sin olvidar ninguno



Uno de los sobrinos de la paciente realizo con ayuda de una madera y un taladro diferentes tornillos y tuercas para la realización de ejercicios



Para la realización de ejercicios de motricidad fina, adquirió este con cuentas de colores

