



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN**

ESTUDIO DE CASO

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN A ADULTA MAYOR CON
GONARTROSIS BILATERAL BAJO EL MODELO DE OREM**

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

PRESENTA: L.E. JUDITH MARIÑELARENA LÓPEZ

TUTORA: E.E.R. NOHEMÍ RAMÍREZ GUTIERREZ

CUIDAD DE MÉXICO

2017





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

RECONOCIMIENTOS

A mi familia, que esta incondicionalmente apoyándome en cada paso que doy, motivándome para seguir adelante. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño.

A mi coordinadora y tutora, por guiarme a lo largo de la realización del proyecto y por su orientación en la culminación de este estudio de caso.

A mis maestros, por su gran apoyo, motivación y paciencia para la culminación de nuestros estudios de especialidad.

A mis compañeros, que nos apoyamos mutuamente a lo largo de todo un año para la realización de nuestro sueño. Espero que sigamos creciendo muchos años más.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	2
III FUNDAMENTACIÓN	2
3.1 ANTECEDENTES	5
IV. MARCO CONCEPTUAL	8
4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA.....	8
4.2 PARADIGMAS	8
4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA	9
4.4 PROCESO DE ENFERMERÍA	11
V. METODOLOGÍA	13
5.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE CASO	13
5.2 SELECCIÓN DE CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN	15
5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS	15
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO	21
6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO	21
6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA.....	21
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	23
7.1 VALORACIÓN.....	23
7.1.1 VALORACIÓN FOCALIZADA (22 y 28 NOVIEMBRE 2016).....	25
7.1.2 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.....	27
7.1.3. JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS.....	29
7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	29
7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.....	30
7.4 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	31
7.5 EJECUCIÓN.....	40
7.5.1 REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES (8-ABRIL-2017).....	40
7.6 EVALUACIÓN	42
VIII PLAN DE ALTA.....	49
IX CONCLUSIÓN	51
X SUGERENCIAS.....	51
BIBLIOGRAFIA	52
ANEXOS	56

I. INTRODUCCIÓN

La enfermería se ha desarrollado desde hace miles de años, el cuidar a quien por enfermedad requiere de una atención especial, es una labor que a pesar de ser relegada a personas no preparadas específicamente para esto, nunca ha sido una tarea fácil y no cualquiera es capaz de realizarlo.

Es hasta la contribución de Florence Nightingale que se establece la enfermería moderna y comienza a ser reconocida como una disciplina y profesión.

El camino para la profesionalización de esta actividad ha sido largo y difícil, aun hoy en día se pueden encontrar instituciones que no reconocen la capacidad intelectual e independiente del profesional en enfermería.

Una de las formas en que se logra el reconocimiento académico de cualquier profesión es mediante la especialización en cada rama de desempeño. El contar con profesionales en enfermería que se especialicen en un campo específico de la salud, brinda a la profesión la oportunidad de desarrollarse más allá del campo de la atención general a las personas.

Mejora la calidad de la atención y cuidados que son proporcionados y contribuye al desarrollo de las siguientes generaciones de enfermeros y por ende de la profesión en sí misma.

Estableciendo el enfoque del presente trabajo, se encuentra la enfermería en rehabilitación, cuyos objetivos se centran en el cuidado de la persona tanto en una situación de enfermedad, llámese discapacidad o de salud mediante la prevención. De igual forma es aplicable en cualquier etapa de vida (incluyendo vida intrauterina y muerte).

La rehabilitación es posible realizarla en cualquier área intra o extra hospitalaria; complementándose de las demás especialidades que se pueden realizar (cuidados intensivos, obstetricia, pediatría, nefrología, geriatría, oncología, etc.).

La rehabilitación se desarrolla de forma multidisciplinar, apoyándose de médicos, nutriólogos, psicólogos, trabajador social, terapeuta físico, administrador y todo aquel que tenga un impacto sobre la persona de cuidado.

El propósito principal de la enfermería en rehabilitación es la de reestablecer a la persona a su vida cotidiana, realizar actividades de la vida diaria y por ende lograr su máxima independencia.

El presente estudio de caso es realizado con el enfoque de la teorista Dorothea Elizabeth Orem, cuya contribución a la enfermería destaca por su teoría del autocuidado, donde expone los requisitos universales que son acciones básicas que mantienen la armonía en el ser humano. Buscando un equilibrio bio-psico-social.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

OBJETIVO GENERAL

Valorar y elaborar de plan de cuidado de enfermería mediante la teoría de Dorothea Orem y su posterior ejecución y evaluación a una adulta mayor con gonartrosis bilateral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar de valoración de la persona en su medio ambiente.
- Identificar los déficits alterados y la elaboración de diagnósticos de enfermería.
- Desarrollar un plan de cuidado de enfermería, ejecutarlo y evaluar sus resultados.

III FUNDAMENTACIÓN

Las rodillas son la estructura que soporta el peso y dan estabilidad al cuerpo, permiten el desplazamiento y la flexión y extensión de las piernas. Tanto la flexibilidad como la estabilidad son necesarias para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Todas las personas están expuestas a sufrir lesiones en las rodillas, dado que es una de las articulaciones con mayor movilidad y que recibe mayor cantidad de impactos y traumas con el movimiento. Existen diversos factores que pueden provocar lesiones en las rodillas tanto modificables como no modificables. Dentro de los no modificables podemos encontrar: edad, sexo, raza, genética, desgaste previo de cartílago, músculo, ligamentos, hueso.

Modificables: peso, actividad física, alimentación.

Una de los padecimientos que más frecuentemente se pueden encontrar y que afecta progresivamente la articulación de la rodilla es la osteoartritis.

La osteoartrosis u osteoartritis, también llamada enfermedad articular degenerativa o artrosis, se define como una enfermedad crónica en la que secundariamente a cambios biomecánicos y procesos biológicos, se desequilibra la degradación y la síntesis del cartílago articular, los componentes de la matriz extracelular y el hueso subcondral. Es una enfermedad relacionada principalmente con el envejecimiento, sin embargo, los factores metabólicos, genéticos, traumáticos y mecánicos pueden desempeñar un papel en su desarrollo.

La osteoartrosis es la cuarta causa más recurrente de problemas de salud en mujeres y la octava en hombres, siendo un factor de morbilidad común, particularmente en la mujer.

En México, la demanda de servicios de salud que tiene la osteoartrosis en relación con su diagnóstico, seguimiento y tratamiento médico-quirúrgico es elevada; En el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año de 2003 se otorgó más de un millón y medio de consultas relacionadas con osteoartrosis.¹

Se prevé que el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población mundial harán de la osteoartritis la cuarta causa de discapacidad en el año 2020.

La edad constituye el factor de riesgo más importante; las evidencias confirman diferencias histoquímicas y moleculares del cartílago articular relacionado con este factor, que se demuestra con el crecimiento exponencial del número de casos afectados del 2 al 3 % en la cuarta década de la vida, a más del 80 % pasado los 80 años.²

El diagnóstico de la osteoartritis se hace a través de la clínica y por imágenes. El síntoma más importante es el dolor, que se presenta con la movilidad de la articulación y se alivia con el reposo. La limitación del movimiento se desarrolla según la progresión de la enfermedad debido a la incongruencia de la superficie articular, espasmo y contractura muscular, contractura capsular y bloqueo mecánico debido a la presencia de osteofitos o pérdida del cartílago articular y exposición del hueso subcondral.

Otras manifestaciones clínicas son la crepitación causada por la irregularidad de la superficie articular, el aumento de volumen de la articulación asociada a sinovitis secundaria, o a cambios proliferativos en el cartílago o el hueso con desarrollo de osteofitos; y en estadios más avanzados, las deformidades y subluxación debido a la pérdida del cartílago, el colapso del hueso subcondral, la formación de quistes óseos y a la proliferación ósea.²

Un buen programa de tratamiento conservador contribuye a disminuir el dolor y la rigidez de las articulaciones, a mejorar el movimiento de las mismas y a aumentar su capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria. Se debe combinar la terapia física, terapia ocupacional, ejercicios aeróbicos, control del peso y medicamentos. Si estas medidas no producen resultados, podría darse consideración a la intervención quirúrgica.

A diferencia de otras enfermedades, el ejercicio se considera parte del tratamiento para la osteoartritis. El Colegio Americano de Reumatología recomienda el ejercicio, particularmente el ejercicio acuático, en sus lineamientos para tratar la osteoartritis de rodilla. El ejercicio puede afectar el curso de la osteoartritis; se asocia a una mayor cantidad de cartílago en la rodilla y menos defectos del mismo. Hay un incremento de actividad antiinflamatoria en la articulación de la rodilla en mujeres con osteoartritis de rodilla inmediatamente después de ejecutar ejercicios intensos de fortalecimiento de cuádriceps.

¹ Zuart R., Martínez J.; Osteoartrosis y patologías crónicas asociadas en pacientes de una unidad médica del primer nivel; Rev Med Inst Mex Seguro Soc [internet]. 2011 [Citado 13 diciembre 2016]; 49 (6): 637-642. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im116i.pdf>

² Cruz Y., Hernández I., Montero B.; Comportamiento clínico epidemiológico de la osteoartritis en pacientes femeninas; Revista Cubana de Reumatología [internet]. 2014 [Citado 13 diciembre 2016]; 16 (2) 90-96. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v16n2/rcur04214.pdf>

- Estiramiento: Los estiramientos lentos y suaves pueden disminuir la rigidez de las articulaciones. El yoga y el Tai Chi son ejercicios complementarios a la terapia física que promueven la movilización muscular; pueden mejorar la flexibilidad, aumentar la fuerza muscular y ayudar a la relajación.
- Actividad aeróbica: los ejercicios aeróbicos acuáticos, caminar y ejercicios en bicicleta estacionaria causan menos tensión sobre las articulaciones y son buenos para la condición física general.
- Son importantes también los ejercicios que fortalecen los músculos que rodean las articulaciones afectadas.
- Ejercicios de fortalecimiento: son importantes también los ejercicios que fortalecen y/o acrecientan la resistencia de los músculos que rodean las articulaciones afectadas. Cuando los músculos que rodean una articulación se debilitan, la articulación pierde su capacidad de funcionar adecuadamente.
- Nutrición y control de peso: el control de peso ayuda a reducir la tensión sobre las articulaciones que cargan con el peso (caderas, rodillas, espalda y pies), teniendo repercusión directa sobre el dolor y movilidad.
- Dispositivos de asistencia: los dispositivos de asistencia a menudo ayudan a aquellos que tienen dolor o cuya inestabilidad limita su actividad física y no son elegibles para someterse a una operación, o bien desean posponerla. Estos dispositivos de asistencia pueden auxiliar a disminuir el dolor y a mejorar el movimiento.

Soportes, férulas, entablillados y aparatos ortopédicos, son ejemplos de artefactos que brindan apoyo externo para ayudar a estabilizar las articulaciones, darles mejor apoyo, corregir su alineación o evitar que la articulación se deforme aún más.

Los bastones y caminadores son dispositivos de asistencia diseñados para ayudar a apoyar las articulaciones y/o dejar descansar la articulación mientras efectúa las tareas cotidianas. Funcionan permitiendo descargar algo del peso de la articulación afectada.

La cinta patelar, aplicada correctamente por el fisioterapeuta, ha demostrado que disminuye el dolor y estabiliza la rodilla en quienes tienen osteoartritis patelofemoral.³

Cirugía

Cuando se ha realizado el tratamiento conservador y los resultados no son los esperados o la enfermedad ha progresado, es necesario considerar la opción quirúrgica. La cirugía será útil si existen grandes daños en las articulaciones, dolor persistente en las mismas y discapacidad debido a la limitación del movimiento articular. Antes de someterse a cualquier procedimiento se debe valorar el costo beneficio del mismo, así como considerar que la cirugía puede no tener éxito.

³ NAMSIC; Osteoartritis; NAMSIC [internet] 2016 [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: <http://espanol.arthritis.org/espanol/disease-center/osteoartritis/>

La artroscopía permite examinar directamente el interior de la articulación para poder determinar hasta qué punto está dañado el cartílago. Además, la artroscopía puede utilizarse también para retirar piezas del cartílago dañado en las etapas tempranas de la enfermedad o para alisar la superficie del cartílago. Estos procedimientos pueden ayudar a disminuir el dolor y a mejorar las funciones de la rodilla.

La osteotomía corrige la deformidad de los huesos al cortar y volver a colocar el hueso en una mejor posición.

La artroplastia articular total consiste en revestir de nuevo la superficie de la articulación que haya sido destruida por la artritis. Los cirujanos pueden reemplazar o reparar las articulaciones dañadas con articulaciones artificiales de metal, plástico o cerámica.

El reemplazo total de articulaciones ha sido realizado ampliamente por muchos años, y los resultados son excelentes, especialmente en caderas y rodilla. Sin embargo, los implantes no duran para siempre. La rehabilitación y los cambios en el estilo de vida serán fundamentales para garantizar la máxima duración de la prótesis.⁴

3.1 ANTECEDENTES

Utilización de los medios físicos en la osteoartrosis en el Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy, de Matanzas. 2012

En esta publicación el autor realiza un estudio transversal sobre la aplicación de medio físicos en las etapas aguda, subaguda y crónica de 216 personas que acudieron al servicio de rehabilitación en un periodo de 12 meses. Se analizaron los factores como: sexo, edad, articulación afectada por la artrosis, factores de riesgo para desarrollar esta enfermedad (sobrepeso, deformidades podálicas, antecedentes de traumatismos, fracturas mal consolidadas y antecedentes de infecciones articulares). Para la valoración del dolor utilizo a escala visual análoga (EVA). Dentro de sus hallazgos destacan que la población femenina es la más recurrente en esta enfermedad (62%), así como sobrepasar los 65 años (69%). El sobrepeso es un factor importante para el desarrollo de la enfermedad (50.9%). La articulación más afectada es la rodilla (33%), seguido de columna cervical y lumbar, caderas, manos y pies. Dentro del tratamiento en etapa aguda, se encontró con mayor eficacia es la magnetoterapia combinada con láser. En las etapas subaguda y crónica fue el calor infrarrojo combinado con corrientes analgésicas la modalidad que alcanzó mayor por ciento de pacientes con buena evolución.⁵

⁴ IBIDEM (3)

⁵ Ríos M., Solís D., Valdés A., Oviedo A.; Utilización de los medios físicos en la osteoartrosis en el Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy, de Matanzas. 2012. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 May-Jun [citado 13 diciembre 2016]; 35(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol3%202013/tema04.htm>

Eficacia de la rehabilitación física para gonartrosis grado I-II con ejercicios propioceptivos.

Este artículo hace mención a la aplicación de ejercicios de propiocepción en personas con gonartrosis grado I y II en un hospital de Veracruz, México. Dentro de la muestra que se tomó (34) la mayoría fueron del sexo femenino y mayores de 65 años. Se utilizó la escala EVA para la valoración del dolor, Daniels para cuantificación de fuerza y el índice modificado para el estudio clínico de la rodilla con osteoartritis (MSH1). Aplicaron 13 ejercicios diariamente durante seis semanas. En la evaluación final se encontró la disminución del dolor de escala EVA 7.8 a 2.3, arco de movilidad 80.1° a 88.5°, fuerza 3.4 a 4.2, de actividades básicas de la vida diaria al inicio se obtuvo un puntaje en la escala de 7.1 y al final de 16.4. La deformidad de varo/valgo a través de una escala (MSH1) en donde a mayor puntaje menor era la deformidad y así al inicio tuvo un puntaje de 2.8 y al final de 4.1.⁶

Caracterización de pacientes con gonartrosis de rodilla. Centro de Diagnóstico Integral "Concepción".

En este artículo el autor realiza un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, donde elabora una revisión de los factores más comunes de incidencia en el desarrollo de la osteoartritis en una comunidad de Venezuela durante dos años, teniendo como muestra a 360 personas. Los resultados obtenidos coinciden con otras investigaciones donde la edad más común en la que se detecta esta enfermedad es después de los 60 años, aunque también hay casos después de los 40 años. El predominio de la osteoartritis de rodilla es bilateral y de forma individual es la izquierda la que reporta más casos. Las mujeres son el grupo más afectado por la osteoartritis siendo junto con la edad la constante que resalta en cada investigación. La presencia de obesidad es el factor modificable que más casos de gonartrosis se puede asociar.⁷

⁶ López M., González M., Soler E., Pérez A., Campuzano D.; Eficacia de la rehabilitación física para gonartrosis grado I-II con ejercicios propioceptivos; Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación [internet]. 2014 abril [citado 13 diciembre 2016] 26 (3-4). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/medicinafisica>

⁷ Mena R.; Caracterización de pacientes con gonartrosis de rodilla. Centro de Diagnóstico Integral "Concepción"; Revista Habanera de Ciencias Médicas [internet]. 2016 ene-feb [citado 13 diciembre 2016]. 15(1):17-26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100004

Calidad de vida en pacientes con limitación funcional de la rodilla por gonartrosis. En una unidad de primer nivel de atención médica Unidad de Medicina Familiar Núm. 6, Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, México.

Los autores realizaron un estudio sobre la calidad de vida en personas con gonartrosis mediante un estudio observacional, transversal y prospectivo en un centro de primer nivel de atención médica. En un periodo de seis meses. Se aplicó el cuestionario WOMAC y SF-36 (evalúa la calidad de vida) a un total de 317 personas con un promedio de vida de 72 años. Se encontró una relación proporcional entre la limitación funcional y la calidad. Estableciendo calidad de vida de pésima a excelente y la limitación funcional de leve a total, se encontró que la mayoría de las personas tienen una calidad de vida regular, sin importar la severidad de la limitación funcional.⁸

Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática (ejercicios físicos y osteoartrosis: una revisión sistemática).

En este artículo se realiza una revisión de diversos estudios de diversas regiones del mundo, buscando la incidencia de la osteoartritis. Algunos de los resultados obtenidos fueron: la rodilla como la articulación más afectada, el principal síntoma es la pérdida de la función física seguido por el dolor. El ejercicio como actividad recurrente en el tratamiento conservador demuestra ser eficaz en la mejora de los síntomas como el dolor, función y movilidad. Repercutiendo directamente sobre la calidad de vida de las personas.⁹

⁸ De la Garza JL., Vázquez E., Aguilar T., Montiel A., Gutiérrez I.; Calidad de vida en pacientes con limitación funcional de la rodilla por gonartrosis. En una unidad de primer nivel de atención médica Unidad de Medicina Familiar Núm. 6, Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, México; Acta Ortopédica Mexicana [internet] 2013 Nov.-Dic [citado 13 diciembre 2016]. 27(6) 367-370. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/actaortopedica>

⁹ Duarte VS, Santos ML, Rodrigues KA, Ramires JB, Arêas GPT, Borges GF.; Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática; Fisioter Mov. [Internet] 2013 jan/mar; [citado 13 diciembre 2016]. 26(1):193-202. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000100022

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

De acuerdo con la OMS la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.¹⁰

La asociación americana de enfermería la define como la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, prevenciones de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones.¹¹

4.2 PARADIGMAS

Para entender la práctica de enfermería es importante reconocer el panorama filosófico de enfermería, este incluye paradigmas y teorías. Según Jackson (2015) un paradigma es un patrón de creencias y prácticas cuya identificación explica los supuestos filosóficos de los investigadores sobre un tema. El paradigma dirige qué tema de investigación será investigado, como será conducido y como se derivan las teorías de la enfermería. Un paradigma no es directamente comprobable a través de la investigación. Una teoría es la creación de una relación entre conceptos y una forma específica de ver un fenómeno.¹²

La investigación en enfermería debe ser conducida desde uno de los tres paradigmas que abarcan desde lo físico y social a la ciencia humana. Cada paradigma tiene un componente en el que hace referencia a la entidad que es estudiada y otro que se refiere al proceso de cambio.

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN (PARTICULATE-DETERMINISTIC)

Considera el fenómeno como aislado. El proceso de cambio es visto como lineal y casual. La identificación de antecedentes es el primer paso para la predicción y el control. El conocimiento es aceptado solo si es verificable. Dentro de esta perspectiva está el conocimiento Aristoteliano objetivo y observable. Las perspectivas derivadas de este punto de vista incluyen el positivismo, objetivismo, racionalismo y reduccionismo. En el campo de la salud busca un factor causal responsable de la enfermedad. En la profesión de Enfermería este paradigma, ha inspirado dos orientaciones: Salud Pública, interesándose en la persona y la enfermedad. Enfermedad, fundamentalmente unida a la práctica médica.

¹⁰ OMS; Enfermería; Organización Mundial de la Salud; 2016 [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

¹¹ ANA; What is Nursing; American Nurses Association; 2016 [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: <http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing>

¹² Jackson, J.; Nursing paradigms and theories: A prime. Virginia Henderson Global Nursing e-Repository; [internet] 2015, January 26 [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/338888>

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN (INTERACTIVE-INTEGRATIVE)

Es una extensión del paradigma de la categorización. Dentro de esta perspectiva, los conceptos son vistos como multidimensionales y contextuales. A pesar de que el paradigma envuelve predicción y control, la información subjetiva es permitida para entender el fenómeno a analizar, demostrando un movimiento hacia lo holístico. El análisis de la persona es llevado a cabo en una forma particular con el objetivo de conocer al paciente a través de la suma de sus partes. Su orientación es la persona buscando mantener su salud.

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN (UNITARY-TRANSFORMATIVE)

Considera un fenómeno como unitario; un campo con auto organización dentro de otro campo más grande. Distinto de líneas previas, se mueve hacia una organización más compleja. Envuelve patrones de reconocimiento por el examinador y el sujeto en un proceso recíproco. Rechaza la predicción y el control como ente integral de la práctica de enfermería. Toma a la persona como única y la manifestación de su integridad es reflejada en la interacción de la persona con el medio que la rodea. El enfermero se compromete en esta experiencia y su presencia ayuda a descubrir la verdad y fomentar la elección personal. Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina.¹³

4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

Dorothea Elizabeth Orem propone tres teorías relacionadas entre sí y cuya finalidad es mantener la funcionalidad vital de la persona mediante el cuidado de sí misma. Aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida.¹⁴

¹³ Picard C.; Giving Voice to what We Know: Margaret Newman's Theory of Health as Expanding Consciousness in Nursing Practice, Research, and Education; Jones & Bartlett Learning, 2005

¹⁴ Prado L., González M., Paz N., Romero K.; La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención; Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas [internet] 2014 octubre 23 [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>

Menciona 8 requisitos de autocuidado universales

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

Cada requisito está relacionado con otro, complementándose para la concepción del bienestar holístico de la persona.

Requisitos del desarrollo. Están asociados con el proceso y condiciones específicas a los estados de desarrollo de la persona. Se definen tres conjuntos de requisitos de autocuidado del desarrollo: a) Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo, b) Implicación en el autodesarrollo, c) Prevenir o vencer efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa el desarrollo humano. Los requisitos de autocuidado del desarrollo son expresiones especializadas de los requisitos de autocuidado universal que han sido particularizadas para los procesos de desarrollo, o son nuevos requisitos derivados de una condición (ejemplo: embarazo, climaterio), o asociados con un acontecimiento (ejemplo: pérdida del cónyuge o pérdida de trabajo).

Requisitos de desviación de la salud: están asociados con la regulación de los efectos y resultados de las funciones perturbadas (con la injuria y sus efectos) y con el efecto y resultados del cuidado de salud prescrito por el médico.¹⁵

Cuando la persona pierde su autonomía por enfermedad o discapacidad, el enfermero actúa mediante algún método de asistencia. Orem se basan en la relación de ayuda y/o suplencia:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

¹⁵ Molina A.; Valenzuela S.; Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio; Revista Brasileira de Enfermagem REBEn [internet]. 2009 jul-ago [citado 20 diciembre 2016]. 62(4): 613-9. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/21.pdf>

4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo, la educación a un paciente portador de una cardiopatía congénita en cuanto a la higiene y actividades que debe realizar.

Menciona los meta-paradigmas identificándolos como:

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

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

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.¹⁶

4.4 PROCESO DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería se define como un sistema de la práctica de Enfermería, que proporciona un mecanismo mediante el cual el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta de la persona ante problemas reales o potenciales de salud. El proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica, se formula una meta, se realiza una planeación y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados. Además tiene la flexibilidad de poder ser replanteado en caso de ser necesario.

¹⁶ Prado A., González M., Paz N., Romero K.; La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2016 dic 21]; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es.

Es un proceso sistemático, secuencial cíclico, periódico, organizado y controlado. También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos de Enfermería para un mismo sujeto.

El modelo se compone de cinco etapas interconectadas, secuenciales y complementarias una con la otra. La primera etapa, es la Valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona, obtenidos mediante la realización de la historia clínica, exploración física, obteniendo datos tanto objetivos como subjetivos.

El diagnóstico consiste en la identificación de los problemas de salud para enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto, diagnósticos reales potenciales y de bienestar. La Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería.

La ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

La última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud de la con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos.¹⁷

¹⁷UNAM, FES IZTACALA; EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA; [INTERNET]; 2013 julio; [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>

V. METODOLOGÍA

5.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE CASO

Los estudios de caso son un útil modelo de investigación para recabar información en contextos de la vida real. Análisis intensivo y completo de un hecho, problema o suceso real con la finalidad de conocerlo, interpretarlo, resolverlo, generar hipótesis, contrastar datos, reflexionar, completar conocimientos, diagnosticarlo y, en ocasiones, entrenarse en los posibles procedimientos alternativos de solución. Se centra en hechos ligados a la realidad o problemáticas que pueden encontrarse en la vida diaria. Su elaboración requiere de fundamentos teóricos los cuales se deben trabajar, recuperar e integrar.

Dentro de las competencias necesarias para el desarrollo del estudio de caso se encuentra:

- **Pensamiento analítico:** Permite descomponer el todo en partes ofreciendo una valoración de cada elemento en base a su nivel de significación dentro del caso. Relaciona los elementos que se dan en el caso y los agrupa según elementos teóricos.
- **Pensamiento sistémico:** Permite transferir conocimientos adquiridos a otras situaciones. Comprender las relaciones sistémicas de los contextos.
- **Pensamiento creativo:** Permite hacerse preguntas sobre la realidad, reflexionar sobre ella y formular juicios argumentándolos. Analizar las opiniones y juicios de otros.
- **Pensamiento reflexivo:** Permite superar concepciones previas, formularse preguntas, identificar y jerarquizar los elementos claves.
- **Pensamiento lógico:** argumenta el análisis de situaciones reales. Combina elementos lógicos para reconocer conceptos, inferir variables, distinguir información relevante de la no relevante.
- **Pensamiento analógico:** establece comparaciones entre datos, triangula estos datos dentro de diversas fuentes de información o en una misma variable.
- **Pensamiento práctico:** Capacidad de hacer frente a situaciones donde las soluciones o decisiones han de estar argumentadas. Capacidad para enfrentarse a problemas reales.
- **Pensamiento deliberativo:** Permite realizar análisis del proceso realizado para elaborar propuestas de actuación.
- **Resolución de problemas:** Identificar los problemas, recoger la información necesaria, seguir una metodología y elaborar alternativas de solución.
- **Pensamiento colegiado:** Habilidades de comunicación interpersonal, trabajo en equipo y negociación.
- **Toma de decisiones:** Responsabilidad en la realización de las tareas, cumplimiento de plazos, prioridad de los objetivos comunes en relación a los propios.

- **Pensamiento ético:** Posibilidad de pensar en las personas implicadas y tener en cuenta sus derechos fundamentales como personas. Comprobar donde puede llevar las consecuencias de los propios actos en la toma de decisiones y la influencia de estos en los demás.¹⁸

Componentes de un estudio de caso

- Planteamiento del problema.
- Propositiones o hipótesis.
- Unidad o unidades de análisis (caso o casos).
- Contexto del caso o casos.
- Fuentes de información e instrumentos de recolección de los datos.
- Lógica que vincula los datos con preguntas y proposiciones.
- Análisis de toda la información.
- Criterios para interpretar los datos y efectuar inferencias.
- Reporte del caso (resultados).

Para la realización del estudio de caso se deben tener en cuenta puntos como:

- Ser significativo y de interés para un grupo, una comunidad y/o una sociedad.
- El caso es estudiado holísticamente, por lo que no debe restringirse a ciertas áreas o algunos cuantos lugares o personas.
- Se considera que el caso puede concluirse cuando se responde de manera satisfactoria al planteamiento del problema.
- El caso debe ser analizado desde diferentes perspectivas.
- Tiene que estar contextualizado y es necesario definir con claridad los límites entre el contexto y el caso.
- El estudio debe ser conducido con sensibilidad, ya que normalmente se trata con situaciones humanas complejas. Respeto, humildad, interés genuino y humanidad.
- Es necesario estar preparado para manejar grandes volúmenes de datos en múltiples formas.
- Antes de iniciar el estudio debe charlarse con todos los participantes, demostrarles la utilidad del mismo para ellos y para un campo científico determinado.
- Asegurar el anonimato es indispensable.¹⁹

¹⁸ Donoso T.; El estudio de casos en Educación Superior; universidad de Barcelona; SA; [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/52304/1/52210_Cap2.pdf

¹⁹ Sampieri R.; Metodología de la Investigación; 5 ed.; México; Mc Graw Hill; 2012; 614 p.

5.2 SELECCIÓN DE CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Se selecciona a una persona femenina, adulta mayor, que acude al Instituto Nacional de Rehabilitación, al área de gimnasio, donde se canaliza para el presente estudio de caso. Se explica los objetivos y en que consiste el proyecto. Se solicita la autorización de la atención de enfermería en rehabilitación por medio de consentimiento informado. Se acuerda reunirse para la realización de entrevista en domicilio, para obtención de datos objetivos y subjetivos. Se obtienen los datos de fuentes primarias como lo son la persona objeto a estudio y la familia. Las fuentes secundarias de información fueron la historia clínica y expediente de la persona.

La información bibliográfica se obtuvo mediante la búsqueda en sitios: scholar google, pubmed, Scielo y guías de práctica clínica.

Se utilizaron palabras claves: gonartrosis, rehabilitación, osteoartrosis, articulación rodilla, tratamiento conservador de gonartrosis.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los enfermeros tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal.

El actuar de enfermería está relacionado con el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. Los cuidados de enfermería respetan y no discriminan según consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.²⁰

La conducta del enfermero está regulada por el código ético en su actuar: enfermero-persona, enfermero-practica, enfermero-profesion, enfermero-enfermero.

En la investigación científica existen normas éticas que regulan el actuar del investigador. La ética es la ciencia que fundamenta el comportamiento del ser humano para adecuarlo al bien del universo, la sociedad y el individuo, esta debe dar argumentos racionales para sustentar los comportamientos referidos de un valor moral.²¹

Al hablar de la investigación en seres humanos debe permanecer ante todo el respeto de la dignidad, la protección de los derechos y bienestar en los individuos participantes en un estudio clínicos.

²⁰ Consejo internacional de enfermeras; CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CIE PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA; consejo internacional de enfermeras; 2012. [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf

²¹ Jaramillo M., Delgado P., Campos M.; CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ROL DE LA ENFERMERÍA EN LA COORDINACIÓN DE ESTUDIOS CLÍNICOS; CUIDARTE; 2011 enero-diciembre; [Citado 13 diciembre 2016] 2 (1) 230-235. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3595/359533178020.pdf>

Hablando en un contexto nacional la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Destaca:

4.3 Carta de consentimiento informado en materia de investigación, al documento escrito, signado por el investigador principal, el paciente o su familiar, tutor o representante legal y dos testigos, mediante el cual el sujeto de investigación acepta participar voluntariamente en una investigación y que le sea aplicada una maniobra experimental, una vez que ha recibido la información suficiente, oportuna, clara y veraz sobre los riesgos y beneficios esperados. Deberá indicarse los nombres de los testigos, dirección y la relación que tienen con el sujeto de investigación.²²

REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

TITULO SEGUNDO

De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

CAPITULO I

Disposiciones Comunes

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predesibles.

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

²² NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION, 4 enero 2013; [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso.

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I. La justificación y los objetivos de la investigación.

II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.

III. Las molestias o los riesgos esperados.

IV. Los beneficios que puedan observarse.

V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación.

XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunirse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría.

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud.

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación.

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.²³

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) estableció los derechos generales de los pacientes:

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre tu atención.
5. Otorgar o no tu consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando te inconformes por la atención médica recibida.²⁴

CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMERÍA

DISPOSICIONES GENERALES

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

CAPÍTULO II. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

²³ REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD. CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, 02 abril 2014. [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

²⁴ CONAMED; Derechos Generales de los pacientes; Secretaría de Salud. [internet]. 2014 [citado 21 diciembre 2016]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/cartas_derechos/pdf/POSTER_PACIENTES_2014.pdf

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

CAPÍTULO III. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

CAPÍTULO IV. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

CAPÍTULO V DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESIÓN

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

CAPÍTULO VI DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO

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

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.²⁵

²⁵ CONAMED; código de ética para enfermeras; CONAMED [Internet] 2016. [citado 21 diciembre 2016]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

Nombre: A.I.R.

Femenina

Edad: 70 años

Dirección: Iztapalapa

Edo. Civil: viuda

Padecimiento: gonartrosis bilateral, con un mes de diagnóstico (septiembre 2016) y 5 años de evolución aproximada.

Ocupación: ama de casa

Actualmente ayuda a una de sus hijas entre semana, la apoya en las labores de la casa y cuidado de nietos. Los fines de semana, se va con otra hija o se queda en su casa.

Comienza su padecimiento hace 5 meses al incrementar el dolor en rodillas de forma bilateral y notar edema en ambas, lo que le limita la realización de sus actividades de la vida diaria, debe recostarse y darse masaje para que el dolor y la inflamación disminuya. Actualmente acude a Instituto Nacional de Rehabilitación donde lleva tratamiento conservador.

6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA

Historia clínica

Nombre: A.I.R

Género: femenino

Edad: 70 años

Estado civil: viuda

Fecha de nacimiento: 1-11-1946

Lugar de origen: Ciudad de México

Dirección: Iztapalapa

Idioma: español

Religión: creyente (sin religión específica)

Escolaridad: primaria

Rol familiar: abuela

Antecedentes heredofamiliares: Padre finado por accidente (no recuerda que clase de accidente) hace más de 60 años, madre viva con diabetes tipo II, 3 tíos con diabetes tipo II. Cardiopatías, nefropatías, hepatopatías, carcinomas, enfermedades endocrinas, mentales y hematológicas negadas.

Hermanos: 4, solo uno consanguíneo, sin enfermedades referidas.

Hijos 4: tres mujeres y un hombre, sin enfermedades referidas.

Antecedentes personales no patológicos:

Hogar: Tiene casa de su propiedad, pero regularmente está en casa de su hija menor (donde tiene un cuarto para ella) a la cual ayuda en las labores del hogar y cuidado de dos nietos (11 y 18 años). La casa es habitada por cinco personas (hija, yerno, dos nietos y ella). Piso de cerámica, techo de loza, cuenta con cuatro habitaciones destinadas a dormitorio, 3 baños. Cuenta con habitación y baño propios, de adecuado tamaño, vive en tercer piso al que accede por medio de escaleras (25 escalones). La vivienda tiene cocina, sala, comedor, patio trasero. Cuenta con agua, gas, luz, teléfono, recolección de basura, drenaje, seguridad pública, calles pavimentadas, banquetas, medios de transporte. Centros de salud, escuelas, mercados, farmacias, centros religiosos están lejos del domicilio.

Antecedentes personales patológicos: diabetes mellitus tipo II de 15 años de evolución, tratada con insulina (inyección subcutánea 30U por la mañana y 10U por la noche) Gonartrosis bilateral con predominio en rodilla izquierda, 5 años de evolución, diagnosticada hace un mes.

Alergias negadas.

Antecedentes quirúrgicos: negados.

Antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 10 años, menopausia: a los 55 años aproximadamente. 4 embarazos, 4 partos, 0 abortos.

Hábitos personales:

Baño cada tres días, lavado de dientes dos veces al día. Se aplica crema en la piel para hidratarla. Cambio de ropa diario, lavado de manos diario (antes de comer, después de ir al baño, al llegar de la calle), corte de uñas solo en caso que se rompa una. Cepillado de cabello diario.

Defecación diaria refiere consistencia y tamaño normal, BRISTOL 4 (ANEXO 1), orina aproximadamente 4 veces al día (depende de la cantidad de líquido que ingiera) en color amarillo paja, olor sui generis, cantidad adecuada, escala de Armstrong 4 (ANEXO 2).

Tabaquismo, alcoholismo, drogadicción negada.

Deportes: refiere practicar natación dos veces a la semana desde hace 5 meses, la cual fue suspendida hace por dificultad para trasladarse, piensa retomarlo en las próximas semanas.

Inmunizaciones: última vacuna: influenza en centro de salud.

Trabajo: jubilada hace 15 años, trabajaba como empleada de limpieza en empresa de administración.

Pasatiempos: la mayor parte del día acompaña a su nieta: sic.pac: "las dos siempre estamos juntas".

Le gusta ver televisión antes de dormir o leer.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 VALORACIÓN

EXPLORACIÓN FÍSICA (22 y 28 noviembre 2016)

Datos generales

Peso: 67 kg

Estatura: 148 cm

IMC: 30.59

Cintura: 110 cm

Cadera: 103 cm

ICC: 1.05

Signos vitales: FC- 81X', FR-16X', temperatura-36.3°C, T/A-137/84.

Edad aparente a la cronológica, estado de consciencia: alerta, Glasgow 15 (ANEXO 3), orientada en tiempo, espacio y personas, actitud libre.

Biotipo: normolíneo.

Postura: equilibrio en bipedestación, sedestación adecuado. En un punto deficiente, dinámico adecuado. Aumento de curvatura dorsal (cifosis) en vista lateral. En vista posterior desnivel de hombros y escapula (inclinación izquierda).

Marcha

Contacto inicial, soporte normal, balanceo deficiente. En puntas y talones deficiente. Marcha independiente, sin auxiliar, claudicación izquierda. Escala Tinetti 19 (ANEXO 4).

Exploración céfalo-caudal

Cabeza: normo céfalo, cabello delgado, moderada cantidad, lacio, gris sin colorantes, cuero cabelludo reseco, sin presencia de lesiones.

Cara: cejas en escasa cantidad, párpados simétricos, ojos simétricos, pupilas isocóricas, adecuada lubricación de ojos, sin presencia de lesiones aparentes.

Nariz triangular, proporcional a rostro, sin desviaciones aparentes, fosas nasales permeables, aleteo nasal simétrico, mucosa íntegra.

Cavidad oral: labios: mucosa pálida, piel íntegra, mucosa reseca. Encías rosáceas, sin lesiones aparentes, presencia de prótesis dental frontal, adoncia de últimos molares.

Oídos: simétricos en forma y tamaño, presencia normal de cerumen sin secreciones o lesiones.

Piel: ligera palidez de tegumentos, mucosas resacas, piel íntegra, sin lesiones aparentes.

Pares craneales: Sin alteraciones

Cuello cilíndrico, piel reseca con arrugas, sin lesiones, músculo esternocleidomastoideo flexión, lateralización, extensión completas.

Columna: piel integra, apófisis espinosas sin datos de dolor a la palpación y movilización. Sacro y coxis sin datos de alteración.

Tórax: endomórfico, movimientos respiratorios simétricos.

Glándulas mamarias: no exploradas

Corazón: FC 81 lpm, sin ruidos agregados

Pulmones: FR 16 rpm, adecuada entrada y salida de aire, sin ruidos agregados

Pelvis: crestas iliacas asimétricas, derecha con ligera elevación sobre izquierda.

Genitales: no explorados

Tono muscular: escala de Asworth- 0 (ANEXO 5)

Sensibilidad: sin presencia de alteraciones en exploración por dermatomas.

Miembros torácicos simétricos, delgados, piel reseca al tacto, tono muscular Asworth-0. Uñas delgadas, 1.5 cm de largo, pulsos braquial y radial presentes, llenado capilar 2+, reflejos bicipital, tricipital, radial normorefléxicos en ambos miembros. Sin reflejos patológicos (Hoffman, palmomentoniano) presentes.

Miembros pélvicos simétricos, edema en rodillas bilateral.

Circunferencia rodilla izquierda 36 cm, circunferencia rodilla derecha 35 cm. Sin cambios de coloración ni temperatura. Piel reseca al tacto, sin vello. Uñas delgadas, cortas. Pulso femoral, poplíteo, pedio presentes. Sin alteraciones visibles de circulación venosa.

Reflejo rotuliano hiporreflexico en ambos miembros, aquileano normorefléxico en ambos miembros.

Sin presencia de reflejos patológicos (Babinsky)

Examen manual muscular

Flexión, extensión, flexión lateral, rotación completa en cuello.

Hombro, codo, muñeca, dedos- fuerza global 4/5 miembro derecho, 5/5 miembro izquierdo con escala Daniels (ANEXO 6).

Cadera, tobillo, pie, primer orjejo- fuerza global 4/5 en ambos miembros con escala Daniels.

Rodilla: cuádriceps, semitendinoso, semimembranoso, bíceps femoral-fuerza fuerza 4/5 miembro pélvico derecho, fuerza 3/5 miembro pélvico izquierdo con escala Daniels

Arcos de movilidad:

Hombros, codo, muñeca, dedos, dedo pulgar: arco completo bilateral

Cadera, tobillo: arco completo bilateral

Rodilla: Extensión derecha -5°, izquierda -10°

Flexión derecha 109°, izquierda 100°

7.1.1 VALORACIÓN FOCALIZADA (22 y 28 NOVIEMBRE 2016)

Requisitos Universales de Autocuidado

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Sin alteraciones

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Toma aproximadamente 1.5 lt de líquidos al día. Refiere toma de café en un termo (1lt aproximadamente) a lo largo de la mañana, durante el resto del día toma 2 vasos de agua (250 ml cada uno) de garrafón.

3. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

Realiza 3 comidas al día. Desayuna todos los días un pan con café, come a las 14:00 hrs al llegar su nieta de la escuela, a media tarde come fruta y no cena. Placa dental de 2 molares y 1 frontal. Sin dificultad para la deglución. Mini Nutritional Assessment (ANEXO 7): 20, riesgo de malnutrición.

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

Refiere defecación diaria de consistencia y tamaño normal BRISTOL 4, orina 4 veces al día color, olor, cantidad adecuada, Armstrong 4.

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

Realiza todas las actividades de la vida diaria, aseo de hogar, lleva y recoge a nieta en la escuela, realiza compras, prepara comida, lava platos, lava ropa por si sola.

Lawton-Brody= 8 (ANEXO 8)

Escala Barthel= 100 (ANEXO 9)

Minimental- folstein= 32 (ANEXO 10)

Método de evaluación de la confusión= 0 (ANEXO 11).

A pesar del dolor en rodillas, refiere seguir con las actividades, sic.pac: "ignoro el dolor". En caso de dolor EVA 7/10 (ANEXO 12), tipo ardoroso, en área de rodillas, que inicia con la actividades repetitivas (subir escaleras constantemente, agacharse, caminar largas distancias, aproximadamente 20 minutos) se detiene y descansa media hora aproximadamente, lo cual alivia el dolor a un valor EVA 3/10, no toma medicamentos para el dolor. Refiere dolor en cadera derecha EVA 3/10, de tipo toque eléctrico, que se recorre a la pierna derecha a nivel de muslo, refiere debilidad en mismo miembro. En la noche se recuesta a ver televisión.

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

Mantiene buena relación con su familia, habla todos los días con sus hijos y en algunas ocasiones se va los fines de semana con alguno de ellos. Se relaciona principalmente con su nieta, a la que lleva y recoge de la escuela y pasa la mayor parte del día.

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

Refiere última caída hace más de un año, sic.pac: "ahora me cuido mucho de no caerme para no lastimarme". Escala Downton 2- riesgo de caídas (ANEXO13).

Marcha y equilibrio. Escala Tinetti 19- riesgo moderado de caídas.

8. La promoción de funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

Refiere estar feliz en casa de su hija, seguir siendo una persona productiva y apoyarla en lo que pueda.

Escala Yessavage= 1, normal (ANEXO 14).

BABER, ET AL= sin riesgo en la comunidad (ANEXO 15).

OARS= recursos excelentes (ANEXO 16).

Déficit de audición de la tercera edad (HHIE)= 2, 13% probabilidad de problemas auditivos (ANEXO 17).

Desconoce el proceso de su enfermedad, aun no le explican que es lo que le pasa en sus rodillas. Cuestionario sobre conocimiento de la persona sobre su enfermedad: 1/8, nulo conocimiento (ANEXO 18)

Menciona su deseo por estar bien y no convertirse en una carga para sus hijos, sic.pac.: "el día que no pueda hacer las cosas por mí misma prefiero morirme a ser una carga o un estorbo" refiere.

7.1.2 ANÁLISIS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

 SECRETARIA DE SALUD	 HOSPITAL GENERAL DE MEXICO LABORATORIO CENTRAL No. DE LICENCIA SANITARIA 2006037639	COPIA  HOSPITAL GENERAL de MEXICO DR. EDUARDO LICEAGA																					
PACIENTE: A ■■■ T ■■■ R ■■■ CAMA: EDAD: 70 Años SEXO: FEMENINO DIAGNOSTICO:	FOLIO: 00372477 FECHA DE INGRESO: 24/11/2016 08:07 EXPEDIENTE: 0790728 SERVICIO: TORRE QUIRURGICA	CONSULTA EXTERNA ADULTOS																					
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">EXAMEN</td> <td style="width: 25%;">RESULTADO</td> <td style="width: 25%;">UNIDAD</td> <td style="width: 25%;">VALOR DE REFERENCIA</td> </tr> </table>	EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA	<h3>AREA CENTRALIZADA</h3>																		
EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA																				
<p>GLUCOSA FECHA Y HORA DE VALIDACION DEL ESTUDIO: 24/11/2016 11:18</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">GLUCOSA</td> <td style="width: 20%;">155</td> <td style="width: 10%;">mg/dl</td> <td style="width: 40%;">* 74 - 99 100 - 125 PACIENTE PREDIABETICO > 126 PACIENTE DIABETICO Validó: AGB</td> </tr> </table>				GLUCOSA	155	mg/dl	* 74 - 99 100 - 125 PACIENTE PREDIABETICO > 126 PACIENTE DIABETICO Validó: AGB																
GLUCOSA	155	mg/dl	* 74 - 99 100 - 125 PACIENTE PREDIABETICO > 126 PACIENTE DIABETICO Validó: AGB																				
<p>UREA FECHA Y HORA DE VALIDACION DEL ESTUDIO: 24/11/2016 11:18</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">UREA</td> <td style="width: 20%;">18.9</td> <td style="width: 10%;">mg/dl</td> <td style="width: 40%;">17.4 - 55.8 Validó: AGB</td> </tr> </table>				UREA	18.9	mg/dl	17.4 - 55.8 Validó: AGB																
UREA	18.9	mg/dl	17.4 - 55.8 Validó: AGB																				
<p>CREATININA FECHA Y HORA DE VALIDACION DEL ESTUDIO: 24/11/2016 11:18</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">CREATININA</td> <td style="width: 20%;">0.7</td> <td style="width: 10%;">mg/dl</td> <td style="width: 40%;">0.4 - 1 Validó: AGB</td> </tr> </table>				CREATININA	0.7	mg/dl	0.4 - 1 Validó: AGB																
CREATININA	0.7	mg/dl	0.4 - 1 Validó: AGB																				
Responsable: TLC. A CLAUDIA M. GALICIA JIMENEZ Cédula Profesional: QFB VERONICA HDZ. G. No2147973			 <hr style="width: 100%;"/>																				
<h3>COAGULACION Y HEMOSTASIA</h3>																							
<p>TIEMPO DE PROTROMBINA FECHA Y HORA DE VALIDACION DEL ESTUDIO: 24/11/2016 09:50</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">TIEMPO DE PROTROMBINA</td> <td style="width: 20%;">10.9</td> <td style="width: 10%;">seg</td> <td style="width: 40%;">10.7 - 13.5</td> </tr> <tr> <td>INR</td> <td>0.9</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TIEMPO DE PROTROMBINA%</td> <td>121.9</td> <td>%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OBSERVACIONES:</td> <td colspan="3">NINGUNA</td> </tr> <tr> <td>TIEMPO DE REFERENCIA DE PROTROMBINA</td> <td>11.8</td> <td>seg</td> <td></td> </tr> </table>				TIEMPO DE PROTROMBINA	10.9	seg	10.7 - 13.5	INR	0.9			TIEMPO DE PROTROMBINA%	121.9	%		OBSERVACIONES:	NINGUNA			TIEMPO DE REFERENCIA DE PROTROMBINA	11.8	seg	
TIEMPO DE PROTROMBINA	10.9	seg	10.7 - 13.5																				
INR	0.9																						
TIEMPO DE PROTROMBINA%	121.9	%																					
OBSERVACIONES:	NINGUNA																						
TIEMPO DE REFERENCIA DE PROTROMBINA	11.8	seg																					
<p>TIEMPO DE TROMBINA FECHA Y HORA DE VALIDACION DEL ESTUDIO: 24/11/2016 09:50</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">TIEMPO DE TROMBINA</td> <td style="width: 20%;">17.9</td> <td style="width: 10%;">seg</td> <td style="width: 40%;">17 - 22 Validó: SSA</td> </tr> <tr> <td>TIEMPO TROMBOPLASTINA PARCIAL</td> <td>25.8</td> <td>seg</td> <td>21.7 - 31 Validó: SSA</td> </tr> </table>				TIEMPO DE TROMBINA	17.9	seg	17 - 22 Validó: SSA	TIEMPO TROMBOPLASTINA PARCIAL	25.8	seg	21.7 - 31 Validó: SSA												
TIEMPO DE TROMBINA	17.9	seg	17 - 22 Validó: SSA																				
TIEMPO TROMBOPLASTINA PARCIAL	25.8	seg	21.7 - 31 Validó: SSA																				
Responsable: I.Q.I LUIS ANTONIO FERNANDEZ C. Cédula Profesional: 5514889			 <hr style="width: 100%;"/>																				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  HOSPITAL CERTIFICADO <small>Centro de Salud de México</small> </div> <div style="font-size: small;"> NOTA: ESTE REPORTE NO CONSTITUYE UN DIAGNOSTICO. CONSULTE A SU MEDICO DR. BALMIS 148 COLONIA DOCTORES DEL. CUAUHTEMOC MEXICO D.F. C.P. 06726 TEL: 27892000 EXT: 1185 </div> </div>																							



PACIENTE: A ■■■ I ■■■ R ■■■ FOLIO: 00372477 CONSULTA EXTERNA ADULTOS
CAMA: FECHA DE INGRESO: 24/11/2016 08:07
EDAD: 70 Años EXPEDIENTE: 0790728
SEXO: FEMENINO SERVICIO: TORRE QUIRURGICA
DIAGNOSTICO:

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
--------	-----------	--------	---------------------

HEMATOLOGIA

BIOMETRIA HEMATICA

FECHA Y HORA DE VALIDACION DEL ESTUDIO: 24/11/2016 11:43

LEUCOCITOS	9.30	x10e3/uL	4.5 - 10
NEUTROFILOS%	42.70	%	40 - 70
LINFOCITOS%	46.60	%	* 20 - 30
MONOCITOS%	5.20	%	* 6 - 8
BANDAS%	0	%	0
EOSINOFILOS%	5.00	%	* 1 - 3
BASOFILOS%	0.50	%	0 - 1
NEUTROFILOS#	4.00	x10e3/uL	3 - 7
LINFOCITOS#	4.30	x10e3/uL	* 1 - 3
MONOCITOS#	0.500	x10e3/uL	0.3 - 0.8
BANDAS	0	x10e3/uL	0
EOSINOFILOS#	0.50	x10e3/uL	* 0.1 - 0.3
BASOFILOS#	0.00	x10e3/uL	0 - 0.1
ERITROCITOS	5.12	x10 6/uL	* 3.6 - 5
HEMOGLOBINA	15.50	g/dL	12 - 16
HEMATOCRITO	46.60	%	37 - 47
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	91.00	fL	80 - 100
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	30.20	pg	27 - 34
CONC. MEDIA DE Hb CORPUSCULAR	33.20	g/dL	33 - 37
RDW (ANCHO DE DIST. DE ERITROCITOS)	14.00	%	11.5 - 14.5
PLAQUETAS	258.00	x10e3/uL	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.40	fL	7.4 - 10.4

OBSERVACION MICROSCOPICA
OBSERVACIONES

NINGUNA
NINGUNA

Validó: JLRC

Responsable: I.Q.I LUIS ANTONIO FERNANDEZ C.
Cédula Profesional: 5514889



NOTA: ESTE REPORTE NO CONSTITUYE UN DIAGNOSTICO. CONSULTE A SU MEDICO
DR. BALMIS 148 COLONIA DOCTORES DEL. CUAUHTEMOC MEXICO D.F. C.P. 06726 TEL: 27892000 EXT: 1185

7.1.3. JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

1. DOLOR CRÓNICO EN ARTICULACIONES DE LA RODILLA
Escala Visual Análoga del Dolor 3/10 bilateral.
2. DÉFICIT DE LA MOVILIDAD Y PÉRDIDA DE FUERZA EN MIEMBROS PÉLVICOS
Escala Daniels miembro pélvico derecho: 4/5, arco de movimiento completo con resistencia.
Miembro pélvico izquierdo: 3/5, arco de movimiento completo con ligero vencimiento de resistencia
3. PROBABILIDAD DE SUFRIR CAÍDAS, ALTERACIÓN EN LA MARCHA
Escala de Downton 2, riesgo de caídas. Tinetti 19, riesgo moderado de caídas.
4. NUTRICIÓN INADECUADA PARA LAS NECESIDADES
Mini Nutritional Assessment: 20, riesgo de malnutrición.
5. RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA INTEGRIDAD Y SENSIBILIDAD CUTÁNEA POR DIABETES
Escala de Braden 20 (ANEXO 19), riesgo bajo de úlceras por presión.
6. DEFICIT DE CONOCIMIENTOS SOBRE SU ENFERMEDAD
Expresa la falta de conocimientos sobre su enfermedad.
7. INCUMPLIMIENTO DE RÉGIMEN FARMACOLÓGICO
Cuestionario Morisky-Green: 3/4 (ANEXO 20) no cumple régimen terapéutico

7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Déficit del mantenimiento entre la actividad y el reposo R/C deterioro de articulaciones (gonartrosis), M/P dolor crónico EVA 4/10 de tipo punzante y ardoroso en articulación de la rodilla que aumenta con la actividad física y no se administra tratamiento farmacológico.
- Déficit del mantenimiento entre la actividad y el reposo R/C de la movilidad física en articulación de la rodilla M/P disminución en la amplitud de arco de movimiento (extensión derecha -5°, izquierda -10°, Flexión derecha 109°, izquierda 100°), fuerza Daniels (derecha 4/5, izquierda 3/5) limitando las actividades de la vida diaria como caminar, agacharse, subir y bajar escaleras.

- Déficit del aporte suficiente de alimento R/C ingesta superior a las necesidades diarias por diabetes mellitus, M/P peso superior al 20% del ideal y un IMC= 30.58, MNA 20 (riesgo de malnutrición).
- Riesgo de déficit de prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano R/C alteración en la marcha (Tinetti 19), disminución de la fuerza en extremidades pélvicas (Daniels 4/5 derecha 3/5 izquierda), presencia de barreras arquitectónicas en hogar (desniveles, mascota, escaleras sin pasamanos, habitación en planta alta), alto riesgo de caídas.
- Riesgo de déficit de mantenimiento de aporte suficiente de agua R/C nutrición inadecuada, piel reseca, falta de hidratación mediante la expresión de poca ingesta de líquidos (solo café en la mañana y dos vasos de agua durante el día).
- Déficit de prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano R/C conocimientos deficientes de enfermedad M/P expresión de falta de conocimientos sobre causas, signos y síntomas, complicaciones de enfermedad.
- Déficit de prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano R/C incumplimiento del régimen farmacológico, desinterés al apego al tratamiento, M/P expresión de fracaso de cumplir con tratamiento farmacológico, cuestionario Morisky-Green: 3/4 (no cumple con régimen terapéutico).

7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

La paciente acude a otras instituciones de salud para su atención en otras especialidades de salud:

- Geriatria en Hospital General de México: acude para control de diabetes.
- Odontología con odontólogo particular.

7.4 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS

<p>Diagnóstico de Enfermería Déficit del mantenimiento entre la actividad y el reposo R/C deterioro de articulaciones (gonartrosis), M/P dolor crónico EVA 4/10 de tipo punzante y ardoroso en articulación de la rodilla que aumenta con la actividad física y no se administra tratamiento farmacológico.</p>	
<p>7.4.1 Objetivo de la persona “Caminar y realizar actividades sin molestias.”</p>	
<p>7.4.2 Objetivo de Enfermería Reducir dolor para la realización de las actividades de la vida diaria.</p>	
<p>Agente Autocuidado</p>	<p>Sistema Educación</p>
<p>7.4.3 Intervención de enfermería Disminución del dolor.</p> <p>Utilización de escala de valoración del dolor EVA para valorar el porcentaje de dolor cuando se presente. (ANEXO 12)</p> <p>Enseñanza de manejo del dolor: Reposo después de la realización de actividades de la vida diaria (al manifestar periodos de dolor agudo después de realizar labores domésticas como barrer, trapear, etc.). Preparar alimentos, lavar ropa, planchar de preferencia sentada, no permanecer en una sola posición por más de media hora. Educación mediante cartel (ANEXO 23)</p> <p>Termoterapia- aplicación de compresas húmedas calientes en articulación de rodillas 15 minutos antes de la realización de actividades y/o ejercicio. Se pueden elaborar con semillas (alpiste o linaza) agregar esencia de su preferencia (eucalipto, menta, etc.), las cuales se colocan en horno de microondas durante 1 minuto para calentar. No colocar directamente en piel (proteger con funda).</p>	<p>Fundamentación científica</p> <p>La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores.²⁶</p> <p>Periodos de reposo intermitente y alternado a lo largo del día disminuye el dolor mejorando la capacidad funcional.²⁷</p> <p>La aplicación de calor a la articulación reduce el dolor y rigidez ya que promueve la relajación, flexibilidad y mejora el flujo de sangre a la articulación. La crioterapia tiene un efecto en reducir la inflamación, sedación para el dolor y bloqueo de los impulsos nerviosos y espasmo muscular de la articulación.²⁸</p>

²⁶ SNS; GUÍA DE PCTICA CLÍNICA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS; SNS [internet]. SA [citado 21 diciembre 2016]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo2_Escalas.pdf

²⁷ Secretaría de Salud; Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Rehabilitación en el Paciente Adulto con Osteoartritis de Rodilla en los Tres Niveles de Atención; 25 de septiembre 2014 [citado noviembre 2016]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-726-14-Osteoartritisderodilla_en_adulto/726GER.pdf

²⁸ Secretaría de Salud; Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Rehabilitación en el Paciente Adulto con Osteoartritis de Rodilla en los Tres Niveles de Atención; 25 de septiembre 2014 [citado noviembre 2016]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-726-14-Osteoartritisderodilla_en_adulto/726GER.pdf

<p>Enseñanza en la utilización de auxiliar para la marcha (bastón). (ANEXO 24)</p>	<p>Los auxiliares de marcha mejoran la calidad de vida del paciente, ayudan a estar de pie y a distribuir la carga entre ambas piernas, disminuyen la carga de peso y estrés articular hasta en un 60% por lo que alivian el dolor.²⁹</p>
<p>Utilización de ayudas técnicas como calzado adecuado para la marcha. (ANEXO 25)</p>	<p>El pie es un componente clave de la cadena cinética cerrada del miembro inferior y, por lo tanto, la posición del pie y la influencia del movimiento de carga en la articulación de la rodilla. Debido a este enlace biomecánico, los zapatos pueden potencialmente aumentar o disminuir la carga de la rodilla, dependiendo de sus características de diseño.³⁰</p>
<p>Afrontamiento ante el dolor: alentar a la persona a expresar y reconocer su dolor con sus redes de apoyo (familia).</p>	<p>El Apoyo informal de la familia juega un papel como agente de afrontamiento positivo del paciente hacia el dolor.³¹</p>
<p>Actividad moderada: enseñar a la persona a organizar sus actividades evitando movimientos repetitivos que causen impacto sobre rodillas (agacharse, subir y bajar escaleras), mediante cartel. (ANEXO 23)</p>	<p>La degradación del cartílago provoca que el movimiento de flexión produzca una presión no uniforme sobre la articulación lo que puede provocar dolor y dificultad al movimiento, desgastando más el cartílago.³²</p>

²⁹ IBIDEM (27)

³⁰ Bennell K.; Effects of a Modified Shoe on Knee Load in People With and Those Without Knee Osteoarthritis; ARTHRITIS & RHEUMATISM; marzo, 2013. 65(3), 701-709. Recuperado el 16 de mayo de 2017

³¹ Iglesias M.; Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico; rev soc esp dolor; 2014 [citado diciembre 2016]. 21(1): 50-58. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v21n1/editorial.pdf>

³² KRAMES; Dolor de rotula; The StayWell Company; 2010 [citado diciembre 2016]. Disponible en: http://www.veteranshealthlibrary.org/spanish/flipbooks/orthopaedics/2211291es_VA.pdf

<p>Diagnóstico de Enfermería</p> <p>Déficit del mantenimiento entre la actividad y el reposo R/C deterioro de la movilidad física en articulación de la rodilla M/P disminución en la amplitud de arco de movimiento (extensión derecha -5°, izquierda -10°, Flexión derecha 109°, izquierda 100°), fuerza Daniels (derecha 4, izquierda 3) limitando las actividades de la vida diaria como caminar, agacharse, subir y bajar escaleras.</p>	
<p>7.4.1 Objetivo de la persona</p> <p>“Moverme sin dificultad para subir escaleras, sentarme, agacharme.”</p>	
<p>7.4.2 Objetivo de Enfermería</p> <p>Mejorar la amplitud de movimiento.</p>	
<p>Agente</p> <p>Autocuidado</p>	<p>Sistema</p> <p>Educación</p>
<p>Intervención de enfermería</p> <p>Enseñanza de ejercicios para la amplitud articular.</p> <p>Recomendar ejercicio físico moderado que favorezca el movimiento articular (caminata 45 minutos 3 veces a la semana, uso de compresas húmedo calientes como relajación previo calentamiento a estiramiento y flexión de articulaciones 10 minutos antes de la actividad física, después de la misma realizar enfriamiento de nuevo estiramiento y flexión durante 10 minutos después del ejercicio).</p> <p>Fomentar plan de ejercicios prescritos para su continua realización (fortalecimiento de cuádriceps). Con 10 repeticiones en cada pierna: con pierna estirada en posición decúbito supino: elevarla (puede apoyarse con una toalla colocándola sobre la planta del pie para llevarla hacia arriba), llevarla de adentro hacia afuera, flexionar y estirar pie, flexionar rodilla. Decúbito dorsal con pierna estirada elevarla y flexionar rodilla. Sentado con piernas estiradas, tratar de alcanzar la punta del pie con manos y sostener 10 seg., con apoyo de una silla sostenerse del respaldo y colocarse de puntas por 10 segundos, sosteniéndose del respaldo doblar ligeramente las rodillas. Sentado en la silla estirar la pierna. (ANEXO 26)</p> <p>Control de peso para reducir el impacto del mismo sobre las articulaciones, se recomienda acudir a una valoración por nutriología, para establecer un plan alimenticio que ayude a la reducción de peso y control de diabetes. Se da orientación sobre plato de bien comer (ANEXO 21) y jarra del buen beber (ANEXO 22).</p>	<p>Fundamentación científica</p> <p>El caminar, como un ejercicio de bajo impacto, resulta benéfico para el paciente con osteoartritis de rodilla, se recomiendan 45 minutos cada tercer día con 10 minutos de calentamiento y 10 min de enfriamiento.³³</p> <p>La debilidad del músculo cuádriceps femoral es considerada uno de los factores de riesgo principales en la progresión de la gonartrosis por lo que los programas de ejercicio deben dar énfasis en el fortalecimiento.³⁴</p> <p>Una reducción de peso de al menos 6.3 kilogramos condiciona una mejora en la intensidad del dolor y funcionalidad en osteoartritis.³⁵</p>

Diagnóstico de Enfermería Déficit del aporte suficiente de R/C con ingesta superior a las necesidades diarias por diabetes mellitus, M/P peso superior al 20% del ideal y un IMC= 30.58, MNA 20 (riesgo de malnutrición).	
7.4.1 Objetivo de la persona “Bajar de peso para moverme con más facilidad y evitar problemas a futuro.”	
7.4.2 Objetivo de Enfermería Educar hacia una alimentación adecuada y que disminuyan complicaciones metabólicas y articulares.	
Agente Autocuidado	Sistema Educación
Intervención de enfermería Educación nutricional. Sugerir horarios para la toma de alimentos (poner recordatorios en un lugar visible como la cocina donde marque el horario de cada comida). Orientar a la familia para compartir horarios de comida (recomendar establecer en conjunto las horas para la toma de alimentos donde de ser posible todos estén presentes para comer). Educar sobre la importancia de la dieta y su impacto en el peso corporal y por ende en las articulaciones. Enseñanza del “plato del bien comer”. (ANEXO 21)	Fundamentación científica La población con un índice de masa corporal (IMC) elevado está en alto riesgo de cambios radiológicos de artrosis de rodilla, sobre todo las mujeres. El efecto de la obesidad sobre la artrosis de rodilla se han implicado además de factores mecánicos, también factores genéticos, metabólicos, alteraciones de la alineación, alteraciones de la potencia del cuádriceps y la inestabilidad ligamentosa. ³⁸

³⁸ Sánchez A.; Valoración nutricional de pacientes mayores con gonartrosis en Atención Primaria; Med fam Andal, septiembre 2015 [citado diciembre 2016]. 16 (2). Disponible en: http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v16n2/v16n2_04_original.pdf

Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de déficit de prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano R/C alteración en la marcha (Tinetti 19), disminución de la fuerza en extremidades pélvicas (Daniels 4 derecha -3 izquierda), presencia de barreras arquitectónicas en hogar (desniveles, mascota, escaleras sin pasamanos, habitación en planta alta), alto riesgo de caídas.

7.4.1 Objetivo de la persona

“No caerme tanto dentro como fuera de la casa.”

7.2.2 Objetivo de Enfermería

Prevenir caídas mediante la mejora equilibrio y la eliminación barreras arquitectónicas.

Agente

Autocuidado

Sistema

Educación

Intervención de enfermería

Orientar sobre el riesgo de caídas en el hogar con barreras arquitectónicas.

- Eliminación de tapetes.
- Reubicación de muebles.
- Vigilancia de mascotas dentro de casa.
- Evitar objetos tirados en el piso.
- Sugerir colocación de pasamanos en escaleras.
- Sugerir colocación de barras de seguridad en baño.
- Educar sobre la adecuada iluminación de habitaciones y pasillos.
- Orientar sobre los riesgos de la deambulación en terrenos irregulares.

Educación de la marcha: postura recta, alineación de tronco, cadera y rodillas, mejorar balanceo de brazos, largo y ancho del paso adecuado. Colocarse frente a un espejo para observar postura alterada y corregida, de igual manera evaluar marcha con un espejo para que la persona observe las alteraciones que presenta y se puedan corregir, utilizar líneas trazadas en el suelo o la utilización de hojas de papel trazadas para demostrar la desviación al caminar y usarlo como medio de comparación al corregir la marcha. (ANEXO 27).

Fundamentación científica

La presencia de barreras arquitectónicas dentro del hogar constituye el factor más importante en las caídas en edades comprendidas entre los 60 y 69 años, representando un 33 %.³⁹

Al envejecer, el sistema músculo-esquelético sufre numerosos cambios que afectan a los segmentos corporales que participan en la marcha. En la rodilla, por la alta prevalencia de artrosis, se produce disminución de la movilidad articular, siendo más compleja la pérdida de extensión completa de la rodilla por el costo energético que implica mantener la marcha y la inestabilidad que podría generar. La generación de osteofitos puede ir dañando el aparato cápsulo-ligamentoso de la rodilla y producir una inestabilidad progresiva, alteraciones del eje (genu valgo o varo) y claudicación espontánea.⁴⁰

³⁹ Cruz P.; Algunas causales relacionadas con caídas en el hogar del adulto mayor; Rev Cubana Medicina General Integral; 2015 [citado diciembre 2016] 31(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol31_1_15/mgi06115.htm

⁴⁰ Cerda L.; Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor; Revista Médica Clínica Las Condes; marzo 2014 [citado diciembre 2016]. 15 (2). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-del-trastorno-marcha-del-S0716864014700379>

Diagnóstico de Enfermería Riesgo de déficit de mantenimiento de aporte suficiente de agua R/C nutrición inadecuada, piel reseca, falta de hidratación mediante la expresión de poca ingesta de líquidos (solo café en la mañana y dos vasos de agua durante el día).	
7.4.1 Objetivo de la persona “Evitar que la piel se reseque y se lastime.”	
7.4.2 Objetivo de Enfermería Prevenir lesiones en piel.	
Agente Autocuidado	Sistema Educación
Intervención de enfermería Educación para la salud, para el cuidado de la piel <ul style="list-style-type: none"> • Humectar piel con crema, ungüento en zonas de piel seca dar masaje después del baño para la estimulación de la circulación, moderar uso de talco ya que pueden obstruir poros dificultando la sudoración y produciendo irritación. • Al bañarse evitar agua muy caliente ya que reseca más la piel, preferir agua tibia (40°C aprox.) • Aumentar la ingesta de agua natural, dividida en 8 vasos a lo largo del día. • Vigilar alteraciones sensoriales producidas por la diabetes mellitus, que condicione lesiones de larga recuperación (parestias, hipersensibilidad, alodinia, calambres, heridas cuyo origen se desconozca). • Revisar diariamente la integridad de la piel en pies, limar regularmente uñas para evitar lesiones por las mismas. 	Fundamentación científica <p>La piel cubre funciones como: cubrir y proteger el cuerpo, regular la temperatura del cuerpo, combatir infecciones, eliminar desechos. Con la edad se vuelve frágil, delgada y seca. Una adecuada alimentación deberá ser rica en proteínas, minerales y vitaminas. Ayudan a reparar y formar tejidos.⁴¹</p> <p>El 30% de los pacientes diabéticos presentan manifestaciones cutáneas al inicio de la enfermedad y hasta un 100% durante el curso de la misma (considerando las complicaciones cutáneas de la vasculopatía y neuropatía diabéticas). Las infecciones en piel suelen ser más resistentes a tratamiento y suelen llegar a tratamiento quirúrgico.⁴²</p>

⁴¹ Ministerio de salud; MANUAL DEL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES Y CON PÉRDIDA DE AUTONOMÍA; ministerio de salud de Chile; 2009 [citado diciembre 2016]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf>

⁴² Zeballos D.; manifestaciones cutáneas de la diabetes; Medicina Integral; Junio 2001 [citado diciembre 2016] 38 (1). Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-13015296-S300

Diagnóstico de Enfermería	
Déficit de prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano R/C conocimientos deficientes de enfermedad M/P expresión de falta de conocimientos sobre etiología, signos y síntomas, complicaciones de enfermedad.	
7.4.1 Objetivo de la persona	
"Conocer la enfermedad, los síntomas y complicaciones."	
7.4.2 Objetivo de Enfermería	
Educar a la persona para que conozca la condición de su enfermedad y pueda prevenir complicaciones.	
Agente	Sistema
Autocuidado	Educación
Intervención de enfermería	Fundamentación científica
<p>Explicar en forma clara y con terminología coloquial la etiología, signos y síntomas de la enfermedad.</p> <p>Informar sobre los diversos tratamientos que se pueden seguir: tratamiento conservador (control de dolor, ejercicio, terapia física, cambio en estilo de vida, modificación de medio ambiente, uso de órtesis, ayudas técnicas, apego a tratamiento farmacológico), quirúrgico (rehabilitación pre quirúrgica como fortalecimiento de cuádriceps, mantenimiento de arcos de movilidad, cuidado de la piel, fortalecimiento de miembros no afectados, postquirúrgico como prevención de caídas, prevención de infección, movilización precoz, cuidado de herida quirúrgica, control del dolor). Mediante pláticas informativas y fomentando la expresión de dudas hacia cualquier profesional de la salud involucrado en su tratamiento.</p>	<p>A través de la educación y la información es como se aprende a cuidar la salud. Los hábitos saludables y la prevención de enfermedades son tan importantes como buscar atención médica cuando se está enfermo. Los adultos mayores enfrentan muchos riesgos que deben conocer para proteger y mejorar su salud. Participar en el cuidado de su salud le permite adoptar una forma de vida saludable y anticipar situaciones que puedan dañarla. ⁴³</p>

⁴³ IMSS; Promoción de la salud; IMSS; SA [citado diciembre 2016]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adultos_mayores/Guia_adultosmay_promocion.pdf

Diagnóstico de Enfermería	
Déficit de prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano R/C incumplimiento del régimen farmacológico, desinterés al apego al tratamiento, M/P expresión de fracaso de cumplir con tratamiento farmacológico, cuestionario Morisky-Green: 3/4 (no cumple con régimen terapéutico).	
7.4.1 Objetivo de la persona	
"Tomar los medicamentos de forma adecuada."	
7.4.2 Objetivo de Enfermería	
Lograr un cumplimiento total del régimen farmacológico.	
Agente	Sistema
Autocuidado	Educación
Intervención de enfermería	Fundamentación científica
Educación para la salud acerca de la importancia del apego farmacológico.	
<ul style="list-style-type: none"> Educar sobre la importancia de seguir los tratamientos farmacológicos para obtener mejoría en la sintomatología de la enfermedad (disminución del dolor, mejoría en la movilidad, aumento de la fuerza). Sugerir la toma de medicamentos orales en los horarios de comida para relacionarlos con los alimentos y sean más fáciles de tomar. Educar a la familia para que supervise la toma de medicamentos en horarios y dosis adecuadas (sugerir uso de pastillero que marque los días y/o horarios de toma y que sea colocado en un lugar visible para que los demás puedan supervisar la toma del medicamento). 	El equipo de salud juega un rol fundamental en el manejo de la medicación. Los estándares de cuidado al paciente destacan como indicador de calidad, la educación y entrenamiento para el manejo de la medicación por parte del personal de salud en todo paciente, miembros de la familia y personas significativas, de tal forma que se asegure que poseen el conocimiento específico que les permita desarrollar las habilidades necesarias para un manejo adecuado de la medicación. ⁴⁴

⁴⁴ Moreno M., Garza L., Interrial M.; MANEJO DE LA MEDICACIÓN EN EL ADULTO MAYOR AL ALTA HOSPITALARIA. Cienc. enferm. [Internet]. 2013 [citado 2016 Dic 06]; 19 (3): 11-20. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300002&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000300002>

7.5 EJECUCIÓN

7. 5.1 REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES (8-ABRIL-2017)

Requisitos de Universales de Autocuidado

- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
Sin alteraciones encontradas.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
Refiere la disminución en la toma de café a un aproximado de medio litro por la mañana, y ha aumentado la toma de agua natural durante el día a 1 lt distribuido en el día.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
Realiza 3 comidas al día. Ha incluido en el desayuno fruta (una pieza de manzana, pera, plátano)
Refiere comer con su familia (nieta, nieto, hija) alentando el consumo de alimentos.
- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
Sin alteraciones
- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
Realiza todas las actividades de la vida diaria: Escala Barthel= 100
Refiere la disminución de actividades que causan dolor en rodillas: evita subir y bajar escaleras repetidamente, agacharse solamente cuando es necesario.
Refiere pausar actividades ante la presencia de dolor EVA 6/10 y utilización de compresa (proporcionada) como medio de crioterapia. Reúsa el uso de medicamentos para el dolor, sic.pac: “no me gustan las pastillas”.
- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
Mantiene buena relación con su familia. Refiere un acercamiento mayor a su hija, la cual no vive con ella. “me viene a visitar seguido y busca en que me puede ayudar”.
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bien estar humano.
Refiere ultima caída hace más de un año “camino con más cuidado para no caerme”.
Escala Downton 2- riesgo de caídas.
Marcha y equilibrio. Escala Tinetti 19- riesgo moderado de caídas.
Daniels: MPI= 4/5 MPD= 5/5

- La promoción de funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

Refiere estar feliz en casa de su hija, seguir siendo una persona productiva y apoyarla en lo que pueda.

Escala Yessavage= 1, normal

BABER, ET AL= sin riesgo en la comunidad.

Déficit de audición de la tercera edad (HHIE)= 2, 13% probabilidad de problemas auditivos. Se le encuentra muy positiva ante la situación de salud, “los ejercicios me han ayudado” refiere, además que en mayo acudirá de nuevo al INR para rehabilitación, menciona conocer lo que le pasa y las complicaciones de su enfermedad, además refiere el apoyo completo de su familia, sic.pac: “No me gusta que dejen de hacer sus cosas por llevarme y traerme, por eso quiero estar mejor”.

7.6 EVALUACIÓN

<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Déficit del mantenimiento entre la actividad y el reposo R/C deterioro de articulaciones (gonartrosis), M/P dolor crónico EVA 4/10 de tipo punzante y ardoroso en articulación de la rodilla que aumenta con la actividad física y no se administra tratamiento farmacológico.</p>				
<p>Objetivo de Enfermería:</p> <p>Reducir dolor para la realización de las actividades de la vida diaria.</p>				
<p>Evaluación de las Respuestas de la persona</p>				
<p>Fecha</p>	<p>28 Noviembre 2016</p>	<p>20 Enero 2017</p>	<p>11 febrero 2017</p>	<p>25 marzo 2017</p>
<p>Indicador Dolor referido por la persona</p>	<p>4/10</p>	<p>4/10</p>	<p>2/10</p>	<p>2/10</p>
<p>Herramienta de Medición Escala Visual Análoga (EVA)</p>				
<p>Evaluación del Proceso</p> <p>La reducción de las actividades, ejecución de ejercicios, así como el reconocimiento del dolor, la realización de pausas y la aplicación de compresas como crioterapia en periodos de agudización contribuyo a la disminución del dolor.</p>				

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit del mantenimiento entre la actividad y el reposo R/C de la movilidad física en articulación de la rodilla M/P disminución en la amplitud de arco de movimiento (extensión derecha -5°, izquierda -10°, Flexión derecha 109°, izquierda 100°), fuerza Daniels (derecha 4/5, izquierda 3/5) limitando las actividades de la vida diaria como caminar, agacharse, subir y bajar escaleras.

Objetivo de Enfermería:

Mejorar la amplitud de movimiento y fuerza muscular.

Evaluación de las Respuestas de la persona

Fecha	28 Noviembre 2016		20 Enero 2017		11 febrero 2017		25 marzo 2017	
Indicador Arco de movimiento y fuerza muscular.	Extensión MPD= -10° MPI= - 5°	Flexión MPD= 109° MPI=110°	Extensión MPD= -10° MPI= - 10°	Flexión MPD= 110° MPI=110°	Extensión MPD= -5° MPI= - 5°	Flexión MPD= 110° MPI=110°	Extensión MPD= -5° MPI= - 5°	Flexión MPD= 110° MPI=110°
Herramienta de Medición Goniometría y escala Daniels.	Daniels MPD= 4/5 MPI= 3/5		Daniels MPD= 4/5 MPI= 3/5		Daniels MPD=5/5 MPI= 4/5		Daniels MPD= 5/5 MPI= 4/5	

Evaluación del Proceso

La realización de ejercicios establecidos, reanudación de natación y caminatas; ha mejorado su rango de movilidad y fuerza muscular.

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit del aporte suficiente de alimento R/C ingesta superior a las necesidades diarias por diabetes mellitus, M/P peso superior al 20% del ideal y un IMC= 30.58, MNA 20 (riesgo de malnutrición).

Objetivo de Enfermería:

Educar para llevar una alimentación adecuada y disminuir complicaciones metabólicas y articulares.

Evaluación de las Respuestas de la persona

Fecha	28 Noviembre 2016	25 marzo 2017
Indicador Estado nutricional de la persona. Herramienta de Medición Escala MNA IMC	MNA= 20 (riesgo de malnutrición) IMC= 30.58 (obesidad)	MNA= 28 (estado nutricional normal) IMC= 29.22 (sobrepeso)

Evaluación del Proceso

Los cambios en hábitos alimenticios, incluir frutas y verduras en dieta, agua natural, reanudación de ejercicio (natación), han favorecido el estado nutricional de la persona.

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de déficit de prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano R/C alteración en la marcha (Tinetti 19), disminución de la fuerza en extremidades pélvicas (Daniels 4 derecha -3 izquierda), presencia de barreras arquitectónicas en hogar (desniveles, mascota, escaleras sin pasamanos, habitación en planta alta), alto riesgo de caídas.

Objetivo de Enfermería:

Mejorar equilibrio, prevenir caídas, eliminar barreras arquitectónicas.

Evaluación de las Respuestas de la persona

Fecha	28 Noviembre 2016	25 marzo 2017
Indicador Eliminación de barreras arquitectónicas, marcha, fuerza muscular, riesgo de caídas. Herramienta de Medición Escala Tinetti Escala Daniels Escala Downton	Tinetti= 19 (alto riesgo de caídas) Daniels: MPD= 4/5 MPI= 3/5 Downton= 1	Tinetti= 22 (riesgo de caídas) Daniels: MPD= 5/5 MPI= 4/5 Downton= 0

Evaluación del Proceso

La enseñanza de marcha, uso de calzado adecuado, reducir barreras arquitectónicas contribuyeron en la disminución del riesgo de caídas.

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de déficit de mantenimiento de aporte suficiente de agua R/C nutrición inadecuada, piel reseca, falta de hidratación, mediante la expresión de poca ingesta de líquidos (solo café en la mañana y dos vasos de agua durante el día).

Objetivo de Enfermería:

Prevenir lesiones en piel.

Evaluación de las Respuestas de la persona

Fecha	28 Noviembre 2016	20 Enero 2017	11 febrero 2017	25 marzo 2017
Indicador Hidratación en piel y mucosas. Herramienta de Medición Medición con jarra del buen beber.	Bebe: 1lt (4 vasos) de café ½ lt (2 vasos) de agua natural	Bebe: 1lt café 1lt agua natural	Bebe: ½ lt café 1lt agua natural	Bebe: ½ lt café 1lt agua natural

Evaluación del Proceso

El aumento de agua natural provee hidratación a la piel y mucosas, mejora el estado de la piel, para disminuir el riesgo de lesiones cutáneas, digestión.

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano R/C conocimientos deficientes de enfermedad M/P expresión de falta de conocimientos sobre etiología, signos y síntomas, complicaciones de enfermedad.

Objetivo de Enfermería:

Educar a la persona para que conozca la condición de su enfermedad y pueda prevenir complicaciones.

Evaluación de las Respuestas de la persona

Fecha	28 Noviembre 2016	20 Enero 2017	11 febrero 2017	25 marzo 2017
Indicador Nivel de conocimiento sobre el padecimiento.				
Herramienta de Medición Expresión de conocimientos sobre su enfermedad mediante cuestionario.	Nulo conocimiento	Buen conocimiento	Buen conocimiento	Buen conocimiento

Evaluación del Proceso

El proporcionar información sobre la enfermedad: factores de riesgo, síntomas, complicaciones y tratamiento. Dio una visión objetiva de la enfermedad y estimulo el interés de la persona para seguir su tratamiento.

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano R/C incumplimiento del régimen farmacológico, desinterés al apego al tratamiento, M/P expresión de fracaso de cumplir con tratamiento farmacológico, cuestionario Morisky-Green: 3/4 (no cumple con régimen terapéutico).

Objetivo de Enfermería:

Lograr un cumplimiento total del régimen farmacológico.

Evaluación de las Respuestas de la persona

Fecha	28 Noviembre 2016	20 Enero 2017	11 febrero 2017	25 marzo 2017
Indicador Cumplimiento del régimen farmacológico. Herramienta de Medición Test Morisky-Green	3/4 (no cumple con régimen terapéutico).	3/4 (no cumple con régimen terapéutico).	4/4 (cumple con régimen terapéutico).	3/4 (no cumple con régimen terapéutico).

Evaluación del Proceso

Mediante la explicación de la importancia de seguir un tratamiento, cuyo único objetivo es la mejora en la calidad de vida de la persona, continúa tratando de seguir el régimen farmacológico.



VIII PLAN DE ALTA

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



PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA EN REHABILITACION

Nombre: A. I. R.	Fecha de nacimiento: 01-11-1946	
Edad: 70	Género: femenino	Ocupación: ama de casa
Dirección: Iztapalapa	Peso: 62 kg Talla: 148 cm	Diagnóstico médico: Gonartrosis bilateral

INDICADOR DE AUTOCUIDADO

DIETA

Independiente **(si)** (no)

Dieta específica: diabético

Ingesta de líquidos: tomar de 6-8 vasos de agua natural

Horarios: 3 veces al día acompañada de 2 colaciones entre comidas (incluir frutas y vegetales de acuerdo a plato del buen comer), tomar al menos 1.5 Lt de agua natural al día (dividirlo en 8 vasos repartidos a lo largo del día)

Evitar consumir: azúcares procesados, comida chatarra, refrescos, grasas

ACTIVIDAD (EJERCICIO, SUEÑO, REPOSO)

Sueño: horario: 10pm-6am

Condiciones óptimas para dormir: sin fuentes de luz que impidan el descanso (T.V., lámparas, computadora encendidas)

Actividades a evitar: comer antes de dormir, tomar líquidos, realización de actividades que impidan el deseo de dormir (limpieza, ejercicio, visitas)

Ejercicio: realizar caminata ligera tres veces por semana por 45 minutos, acudir a natación 3 veces por semana en sesiones de 1 hr. Realizar ejercicios de fortalecimiento tres veces a la semana con 10 repeticiones cada uno. Antes de cada ejercicio colocación de compresa húmeda caliente por 15 minutos en área de rodillas. Utilización de calzado adecuado para la deambulaci3n (suela ancha, tac3n que no exceda los 4cm de altura, que cubra el tobillo, preferir zapato cerrado)

Evitar: caminatas largas (m3s de 1km), no utilizar calzado de "metedera",

En caso de dolor agudo detener las actividades, reposar, colocar compresa fr3a en zona de dolor por 20 min, tomar tratamiento farmacol3gico indicado.

CUIDADO DE LA PIEL

Baño: cada 2 días (recomendable)

Cuidados de piel: mantener piel hidratada (crema, ungüento), aplicar después del baño con movimientos circulares de distal a proximal, beber al menos 8 vasos de agua natural al día, revisar presencia de heridas en piel, mantener uñas de pies y manos cortas y limadas (de preferencia con un profesional).

Signos de alarma: vigilar presencia de heridas (enrojecimiento, aumento de temperatura, dolor). En caso de presentar una herida acudir a su centro de salud para ser atendido, no aplicar ninguna clase de tópico sin que sea valorado por un profesional de la salud previamente.

MOVILIZACIÓN

A pesar de no utilizar bastón se proporciona enseñanza sobre su uso adecuado, por si es necesaria su utilización en un futuro. Colocar bastón en mano contraria a pierna afectada, la empuñadura debe estar a nivel del trocánter mayor, adelantar bastón 15 cm del pie, adelantar pierna no afectada y balanceado cuerpo y equilibrio adelantar miembro afectado a nivel de otro pie. Mantener espalda recta, cabeza erguida.

Higiene de columna para acostarse y levantarse de la cama (para acostarse sentada en la cama acostarse lateralmente subiendo piernas y apoyándose de brazos y girar hasta quedar en decúbito supino, alinear cadera para la buena postura corporal. Para levantarse colocarse en decúbito lateral con ayuda de brazos levantar tronco y bajar piernas), así como las posiciones en la misma (uso de almohada que permita la alineación del cuello con respecto al cuerpo, en lateral colocar una almohada entre las piernas para la adecuada alineación corporal).

Eliminación de barreras arquitectónicas (tapetes, desniveles), mantener mascotas en el patio, vigilar que el piso se encuentre limpio y sin objetos que puedan provocar caídas.

A QUIEN SE BRINDÓ LA EDUCACIÓN

Paciente Cuidador primario familiar no familiar

En caso de urgencia acudir a: servicio de urgencias Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra".

Llamar al : 59 99 10 00/ 911

Nombre y firma del enfermero

Nombre y firma de paciente o
Representante legal/ tutor

Nombre y firma de quien recibe información

IX CONCLUSIÓN

Como estudiante del posgrado de Enfermería en Rehabilitación, la visión que tiene el enfermero sobre la atención a la persona que requiere de las intervenciones de salud cambia radicalmente, el enfoque del cuidado que se proporciona a la población ya no es el mismo con el que una profesional sin especialización realiza. Sin omitir el cuidado integral que como profesionales se otorga.

La realización de un estudio de caso es la forma más fiable y demostrable de establecer el actuar del enfermero especialista, es donde se plasma la evidencia de su aprendizaje.

El especialista en rehabilitación tiene la posibilidad de realizar su trabajo tanto dentro de una institución de salud, como fuera de ella, ejerciendo la práctica independiente.

Las visitas domiciliarias proporcionan la oportunidad de conocer de forma holística a la persona, interactuar en su entorno, permite observar la totalidad de su vida, su interacción con el mundo, estilo de vida, posibilidades de seguir un tratamiento establecido dentro de un hospital o consultorio; todo con el fin de adaptar las intervenciones a sus necesidades y de ser posible mejorar su entorno, para lograr mejorar su calidad de vida y tal vez tener un impacto en quienes lo rodean.

Si se cuentan con los conocimientos y sobre todo con la actitud para la realización del trabajo se lograra obtener la confianza de la persona y lograr una relación transpersonal que tendrá un impacto positivo tanto en la persona de cuidado como en el enfermero que lleva a cabo su trabajo. Cada experiencia proporciona una enseñanza.

X SUGERENCIAS

Se sugiere la realización de un manual que contenga los carteles y trípticos que se elaboraron en el posgrado como apoyo, consulta y/o referencia de los mismos, para que de esa forma sean aplicados en un futuro, así como la posibilidad de su modificación cada año conforme a nueva evidencia. De esta forma los estudiantes pueden contribuir en cada ciclo para su actualización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zuart R., Martínez J.; Osteoartritis y patologías crónicas asociadas en pacientes de una unidad médica del primer nivel; Rev Med Inst Mex Seguro Soc [internet]. 2011 [Citado 13 diciembre 2016]; 49 (6): 637-642. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im116i.pdf>
2. Cruz Y., Hernández I., Montero B.; Comportamiento clínico epidemiológico de la osteoartritis en pacientes femeninas; Revista Cubana de Reumatología [internet]. 2014 [Citado 13 diciembre 2016]; 16 (2) 90-96. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v16n2/rcur04214.pdf>
3. NAMSIC; Osteoartritis; NAMSIC [internet] 2016 [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: <http://espanol.arthritis.org/espanol/disease-center/osteoarthritis/>
4. IBIDEM (3)
5. Ríos M., Solís D., Valdés A., Oviedo A.; Utilización de los medios físicos en la osteoartritis en el Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy, de Matanzas. 2012. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 May-Jun [citado 13 diciembre 2016]; 35(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol3%202013/tema04.htm>
6. López M., González M., Soler E., Pérez A., Campuzano D.; Eficacia de la rehabilitación física para gonartrosis grado I-II con ejercicios propioceptivos; Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación [internet]. 2014 abril [citado 13 diciembre 2016] 26 (3-4). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/medicinafisica>
7. Mena R.; Caracterización de pacientes con gonartrosis de rodilla. Centro de Diagnóstico Integral "Concepción"; Revista Habanera de Ciencias Médicas [internet]. 2016 ene-feb [citado 13 diciembre 2016]. 15(1):17-26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100004
8. De la Garza JL., Vázquez E., Aguilar T., Montiel A., Gutiérrez I.; Calidad de vida en pacientes con limitación funcional de la rodilla por gonartrosis. En una unidad de primer nivel de atención médica Unidad de Medicina Familiar Núm. 6, Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, México; Acta Ortopédica Mexicana [internet] 2013 Nov.-Dic [citado 13 diciembre 2016]. 27(6) 367-370. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/actaortopedica>
9. Duarte VS, Santos ML, Rodrigues KA, Ramires JB, Arêas GPT, Borges GF.; Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática; Fisioter Mov. [Internet] 2013 jan/mar; [citado 13 diciembre 2016]. 26(1):193-202. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000100022
10. OMS; Enfermería; Organización Mundial de la Salud; 2016 [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
11. ANA; What is Nursing; American Nurses Association; 2016 [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: <http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing>
12. Jackson, J.; Nursing paradigms and theories: A prime. Virginia Henderson Global Nursing e-Repository; [internet] 2015, January 26 [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/338888>
13. Picard C.; Giving Voice to what We Know: Margaret Newman's Theory of Health as Expanding Consciousness in Nursing Practice, Research, and Education; Jones & Bartlett Learning, 2005
14. Prado L., González M., Paz N., Romero K.; La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención; Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas [internet] 2014 octubre 23 [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
15. Molina A.; Valenzuela S.; Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio; Revista Brasileira de Enfermagem REBEn [internet]. 2009 jul-ago [citado 20 diciembre 2016]. 62(4): 613-9. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/21.pdf>
16. Prado A., González M., Paz N., Romero K.; La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2016 dic 21]; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es.

17. UNAM, FES IZTACALA; EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA; [INTERNET]; 2013 julio; [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>
18. Donoso T.; El estudio de casos en Educación Superior; universidad de Barcelona; SA; [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/52304/1/52210_Cap2.pdf
19. Sampieri R.; Metodología de la Investigación; 5 ed.; México; Mc Graw Hill; 2012; 614 p.
20. Consejo internacional de enfermeras; CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CIE PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA; consejo internacional de enfermeras; 2012. [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf
21. Jaramillo M., Delgado P., Campos M.; CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ROL DE LA ENFERMERÍA EN LA COORDINACIÓN DE ESTUDIOS CLÍNICOS; CUIDARTE; 2011 enero-diciembre; [Citado 13 diciembre 2016] 2 (1) 230-235. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3595/359533178020.pdf>
22. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION, 4 enero 2013; [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
23. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD. CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, 02 abril 2014. [Citado 13 diciembre 2016]; disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
24. CONAMED; Derechos Generales de los pacientes; Secretaria de Salud. [internet]. 2014 [citado 21 diciembre 2016]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/cartas_derechos/pdf/POSTER_PACIENTES_2014.pdf
25. CONAMED; código de ética para enfermeras; CONAMED [Internet] SA. [citado 21 diciembre 2016]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf
26. SNS; GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS; SNS [internet]. SA [citado 21 diciembre 2016]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo2_Escalas.pdf
27. Secretaria de Salud; Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Rehabilitación en el Paciente Adulto con Osteoartritis de Rodilla en los Tres Niveles de Atención; 25 de septiembre 2014 [citado noviembre 2016]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-726-14-Osteoartritisderodilla_en_adulto/726GER.pdf
28. Secretaria de Salud; Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Rehabilitación en el Paciente Adulto con Osteoartritis de Rodilla en los Tres Niveles de Atención; 25 de septiembre 2014 [citado noviembre 2016]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-726-14-Osteoartritisderodilla_en_adulto/726GER.pdf
29. IBIDEM (27)
30. Bennell K.; Effects of a Modified Shoe on Knee Load in People With and Those Without Knee Osteoarthritis; ARTHRITIS & RHEUMATISM; marzo, 2013. 65(3), 701-709. Recuperado el 16 de mayo de 2017
31. Iglesias M.; Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico; rev soc esp dolor; 2014 [citado diciembre 2016]. 21(1): 50-58. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v21n1/editorial.pdf>
32. KRAMES; Dolor de rotula; The StayWell Company; 2010 [citado diciembre 2016]. Disponible en: http://www.veteranshealthlibrary.org/spanish/flipbooks/orthopaedics/2211291es_VA.pdf
33. IBIDEM (27)

34. IBIDEM (27)
35. IBIDEM (27)
36. IBIDEM (27)
37. IBIDEM (27)
38. Sánchez A.; Valoración nutricional de pacientes mayores con gonartrosis en Atención Primaria; Med fam Andal, septiembre 2015 [citado diciembre 2016]. 16 (2). Disponible en: http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v16n2/v16n2_04_original.pdf
39. Cruz P.; Algunas causales relacionadas con caídas en el hogar del adulto mayor; Rev Cubana Medicina General Integral; 2015 [citado diciembre 2016] 31(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol31_1_15/mgi06115.htm
40. Cerda L.; Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor; Revista Médica Clínica Las Condes; marzo 2014 [citado diciembre 2016]. 15 (2). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-del-trastorno-marcha-del-S0716864014700379>
41. Ministerio de salud; MANUAL DEL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES Y CON PÉRDIDA DE AUTONOMÍA; ministerio de salud de Chile; 2009 [citado diciembre 2016]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf>
42. Zeballos D.; manifestaciones cutáneas de la diabetes; Medicina Integral; Junio 2001 [citado diciembre 2016] 38 (1). Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-13015296-S300
43. IMSS; Promocion de la salud; IMSS; SA [citado diciembre 2016]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adultos_mayores/Guia_adultosmay_promocion.pdf
44. Moreno M., Garza L., Interrial M.; MANEJO DE LA MEDICACIÓN EN EL ADULTO MAYOR AL ALTA HOSPITALARIA. Cienc. enferm. [Internet]. 2013 [citado 2016 Dic 06]; 19 (3): 11-20. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300002&lng=es.http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000300002
45. <https://goo.gl/4LgYnF>
46. <https://goo.gl/hs9LEk>
47. Muñana J., Ramírez A.; Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado; Enfermería Universitaria 2014; [citado abril 2017]; 11(1):24-35.
48. Estrella D., Euán A., Pinto M., Sánchez P., Rubio H.; Alteraciones del equilibrio como predictoras de caídas en una muestra de adultos mayores de Mérida Yucatán, México; Rehabilitación 2011;45:320-6.
49. <https://goo.gl/ZKKIfH>
50. <https://goo.gl/oj0rfl>
51. <https://goo.gl/CQilmo>
52. <https://goo.gl/FhgdcG>
53. Consejo andaluz; BARTHEL; consejería de salud [internet]. 2012 [citado 21 diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel.pdf>
54. <https://goo.gl/f9qjU5>
55. Tovar E.; Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirio: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español; medicina intensiva [internet]. 2010 [citado 22 diciembre 2016]. 34 (1) 4-13. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v34n1/original1.pdf>
56. <https://goo.gl/trcjN3>
57. SA.; escala JH DOWNTON (RIESGO DE CAÍDAS); Biblioteca Virtual NOBLE; Marzo 2012. [citado 21 diciembre 2016]. Disponible en: http://www.nobleseguros.com/pdf/APENDICES_BOLETIN_MARZO_2012.pdf
58. Consejo andaluz; YESAVAGE; consejería de salud [internet]. 2012 [citado 21 diciembre 2016]. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/test_de_yesavage.pdf
59. <https://goo.gl/zpuHLA>
60. <https://goo.gl/nAKWwd>

61. Ventry IM, Weinstein BE. Identification of elderly people with hearing problems. ASHA. 1983;25(7):42.
62. Faria L., Validez predictiva de la escala de Braden para el riesgo de desarrollo de úlcera por presión, en pacientes críticos; Latino-Am. Enfermagem; jan.-feb. 2011; 19(1):[08].
63. Jornada A., Rolim C., Sorrate S.; Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos; Saúde Pública vol.46 n.2 São Paulo Apr. 2012. [citado 21 diciembre 2016].
64. <https://goo.gl/9jl0MN>

ANEXOS

ANEXO 1 Escala de Bristol

Escala de Bristol	
Tipo 1	 Trozos duros separados, como nueces
Tipo 2	 Con forma de salchicha, pero grumosa
Tipo 3	 Con forma de salchicha, pero con grietas
Tipo 4	 Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
Tipo 5	 Bolas suaves con bordes definidos
Tipo 6	 Trozos suaves con los bordes desiguales
Tipo 7	 Acuosa, sin trozos sólidos Totalmente líquida

Tipos:

- Tipo 1: Terrones duros separados, como tuercas (difíciles de evacuar).
- Tipo 2: Parecido a una salchicha, pero aterronado.
- Tipo 3: Como una salchicha pero con grietas en su superficie.
- Tipo 4: Como una salchicha o una serpiente, lisa y suave.
- Tipo 5: Bolas blandas con los bordes definidos (fáciles de evacuar).
- Tipo 6: Pedazos blandos con los bordes desiguales.
- Tipo 7: Acuosa, ningún sólido une las piezas (enteramente líquidas).

Interpretación:

- Los tipos 1 y dos representan heces duras, tránsito lento (constipación).
- Los tipos 3 y 4 heces blandas, tránsito regular.
- Los tipos 5, 6 y 7 heces como puré o líquidas, tránsito muy rápido (diarrea).⁴⁵

⁴⁵ <https://goo.gl/4LgYnF>

ANEXO 2

Escala de Armstrong

Mediante la coloración de la orina se mide el nivel de hidratación de la persona.⁴⁶



ANEXO 3

Escala de Glasgow

Valora el nivel de consciencia de la persona.⁴⁷

Respuesta ocular	
Espontánea	4
A estímulos verbales	3
Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Desorientado/confuso	4
Incoherente	3
Sonidos incomprensibles	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta motora	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ausencia de respuesta	1

Puntuación: 15 Normal
 < 9 Gravedad
 3 Coma profundo

⁴⁶ <https://goo.gl/hs9LEk>

⁴⁷ Muñana J., Ramírez A.; Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado; Enfermería Universitaria 2014; [citado abril 2017]; 11(1):24-35.

ANEXO 4

Permite evaluar la capacidad de equilibrio y marcha de una persona para determinar el riesgo que presenta de sufrir una caída

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	

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)	<p>0 - con una cierta inseguridad o m3s de un intento</p> <p>1 - ninguna inseguridad</p>
11. Longitud y altura de paso	<p>Pie derecho</p> <p>0 -durante el paso el pi3 derecho no supera al izquierdo</p> <p>1 -el pi3 derecho supera al izquierdo</p> <p>0 - el pi3 derecho no se levanta completamente del suelo</p> <p>1 - el pie derecho se levanta completamente del suelo</p> <p>Pi3 izquierdo</p> <p>0 -durante el paso el pi3 izquierdo no supera al derecho</p> <p>1 -el pi3 izquierdo supera al derecho</p> <p>0 - el pi3 izquierdo no se levanta completamente del suelo</p> <p>1 - el pie izquierdo se levanta completamente del suelo</p>
12. Simetría del paso	<p>0 - el paso derecho no parece igual al izquierdo</p> <p>1 - el paso derecho e izquierdo parecen iguales</p>
13. Continuidad del paso	<p>0 - interrumpido o discontinuo (detenciones o discordancia entre los pasos)</p> <p>1 - continuo</p>
14. Trayectoria	<p>0 - marcada desviaci3n</p> <p>1 - leve o moderada desviaci3n o necesita auxilios</p> <p>2 - ausencia de desviaci3n y de uso de auxilios</p>
15. Tronco	<p>0 - marcada oscilaci3n</p> <p>1 - ninguna oscilaci3n, pero flexa rodillas, espalda y abre brazos durante la marcha</p> <p>2 - Ninguna oscilaci3n ni flexi3n ni uso de brazos o auxilios</p>
16. Movimiento en la deambulaci3n	<p>0 - los talones est3n separados</p> <p>1 - los talones casi se tocan durante la marcha</p>
Puntaje marcha: ____ / 12	
SUMA DE PUNTAJES: EQUILIBRIO + MARCHA: ____ / 28	
Notas: _____	

RESULTADO:

El tiempo aproximado de aplicaci3n de esta prueba es de 8 a 10 minutos. El entrevistador camina detr3s del paciente y le solicita que responda a las preguntas relacionadas a la marcha. Para contestar lo relacionado con el equilibrio, el entrevistador permanece de pie junto al paciente (enfrente y a la derecha). A mayor puntuaci3n mejor funcionamiento. La m3xima puntuaci3n para la marcha es 12, para el equilibrio es 16. La suma de ambas puntuaciones proporciona el riesgo de caídas.

Menos de 19 = riesgo alto de caídas	De 19 a 24 = riesgo de caídas	Mayor a 24= riesgo bajo de caídas. ⁴⁸
-------------------------------------	-------------------------------	--

⁴⁸ Estrella D., Eu3n A., Pinto M., S3nchez P., Rubio H.; Alteraciones del equilibrio como predictoras de caídas en una muestra de adultos mayores de M3rida Yucat3n, M3xico; Rehabilitaci3n 2011;45:320-6.

ANEXO 5

Escala de Ashworth⁴⁹

Se encarga de la evaluación de la espasticidad (evaluando el tono muscular normal o aumentado) en diferentes articulaciones, según éstas se encuentren en miembros superiores o miembros inferiores.

Grado	Descripción
0	No hay cambios en la respuesta del músculo en los movimientos de flexión o extensión.
1	Ligero aumento en la respuesta del músculo al movimiento (flexión o extensión) visible con la palpación o relajación, o solo mínima resistencia al final del arco del movimiento
1+	Ligero aumento en la resistencia del músculo al movimiento en flexión o extensión seguido de una mínima resistencia en todo el resto del arco de movimiento (menos de la mitad).
2	Notable incremento en la resistencia del músculo durante la mayor parte del arco de movimiento articular, pero la articulación se mueve fácilmente.
3	Marcado incremento en la resistencia del músculo; el movimiento pasivo es difícil en la flexión o extensión.
4	Las partes afectadas están rígidas en flexión o extensión cuando se mueven pasivamente

ANEXO 6

Escala de Daniels

Valora la fuerza muscular la prueba se realizar en los músculos o grupo muscular que se desee evaluar.⁵⁰

Valor	Descripción
0	Ausencia de contracción.
1	Contracción sin movimiento.
2	Movimiento completo pero sin oposición ni gravedad
3	El movimiento puede vencer la acción a la gravedad.
4	Movimiento con resistencia parcial.
5	Movimiento con resistencia máxima

⁴⁹ <https://goo.gl/ZKKlfH>

⁵⁰ <https://goo.gl/oj0rfl>

ANEXO 7

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Escala para la evaluación del estado nutricional de una persona. ⁵¹

MNA[®] Mini Nutritional Assessment

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje	
<p>A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual <input type="checkbox"/></p> <p>B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso <input type="checkbox"/></p> <p>C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio <input type="checkbox"/></p> <p>D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no <input type="checkbox"/></p> <p>E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos <input type="checkbox"/></p> <p>F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/></p>	<p>J Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas <input type="checkbox"/></p> <p>K Consume el paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • productos lácteos al menos una vez al día? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • carne, pescado o aves, diariamente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <p>0.0 = 0 o 1 sies 0.5 = 2 sies 1.0 = 3 sies <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí <input type="checkbox"/></p> <p>M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad <input type="checkbox"/></p> <p>O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición <input type="checkbox"/></p> <p>P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31 <input type="checkbox"/></p>
<p>Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición</p> <p>Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R</p>	
Evaluación	
<p>G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no <input type="checkbox"/></p> <p>H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no <input type="checkbox"/></p> <p>I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no <input type="checkbox"/></p>	<p>Evaluación (máx. 16 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cribaje <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluación global (máx. 30 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluación del estado nutricional</p> <p>De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal De 17 a 23.5 puntos <input type="checkbox"/> riesgo de malnutrición Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/> malnutrición</p>

⁵¹ <https://goo.gl/CQilmo>

ANEXO 8

Escala Lownton y Brody

Valora las actividades instrumentales de la vida diaria.

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

- 8 = Muy activos: actividades instrumentales completas.
- 5 a 7 = Activos: actividades limitadas.
- 1 a 4 = Poco activos: limitación del 50 % o más de esas actividades.
- 0 = Inactivos: no realizan actividades instrumentales.⁵²

⁵² <https://goo.gl/FhgdcG>

ANEXO 9

Índice de Barthel

Valora la autonomía para las actividades de la vida diaria. ⁵³

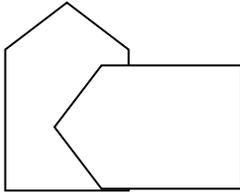
INDICE DE BARTHEL						
Comida:						
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona					
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo					
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona					
Lavado (baño)						
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise					
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión					
Vestido						
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda					
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable					
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas					
Arreglo						
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona					
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda					
Deposición						
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia					
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.					
0	Incontinente. Más de un episodio semanal					
Micción						
10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal ...).					
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.					
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas					
Ir al retrete						
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona					
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo					
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor					
Transferencia (traslado cama/sillón)						
15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.					
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.					
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.					
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado					
Deambulación						
15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.					
10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.					
5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión					
Subir y bajar es caleras						
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.					
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.					
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones					
La incapacidad funcional se valora como:	<table border="0"> <tr> <td>* Severa: < 45 puntos.</td> <td>* Moderada: 60 - 80 puntos.</td> <td rowspan="2" style="text-align: right;">Puntuación Total:</td> </tr> <tr> <td>* Grave: 45 - 59 puntos.</td> <td>* Ligera: 80 - 100 puntos.</td> </tr> </table>	* Severa: < 45 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos.	Puntuación Total:	* Grave: 45 - 59 puntos.	* Ligera: 80 - 100 puntos.
* Severa: < 45 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos.	Puntuación Total:				
* Grave: 45 - 59 puntos.	* Ligera: 80 - 100 puntos.					

⁵³ Consejo andaluz; BARTHEL; consejería de salud [internet]. 2012 [citado 21 diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel.pdf>

ANEXO 10**Escala mini mental Folstein**Valora el estado cognitivo de la persona. ⁵⁴

(NO SABE LEER NI ESCRIBIR, AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN)	PUNTOS
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO	
¿QUE FECHA ES HOY? ¿CUÁL ES EL AÑO, MES, DIA, LA ESTACIÓN?	0 - 5
¿DONDE ESTAMOS?: HOSPITAL, PISO, CIUDAD/POBLACIÓN, ESTADO PAÍS	0 - 5
FIJACIÓN	
“REPITA ESTAS PALABRAS: CABALLO, PESO, MANZANA”. (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA DIFERENCIA SEA CORRECTA AUNQUE LA ANTERIOR FUERA INCORRECTA MÁX. 5 PTS.)	0 - 3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
“SI TIENE 30 PESOS Y ME LOS DA DE TRES EN TRES, ¿CUÁNTOS LE QUEDAN?”	0 - 5
REPITA 3-9-2 HASTA QUE SE LO APRENDA. AHORA DÍGALO AL REVÉS EMPEZANDO POR LA ÚLTIMA CIFRA, LUEGO LA PENÚLTIMA Y FINALMENTE LA PRIMERA.	0 - 3
MEMORIA	
¿RECUERDA USTED LAS TRES PALABRAS QUE LE DIJE ANTES? DÍGALAS	0 - 3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
¿QUE ES ESTO? (MOSTRAR UN RELOJ) ¿Y ESTO? (MOSTRAR UN BOLÍGRAFO?)	0 - 2
REPITA LA SIGUIENTE FRASE: EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS	0 - 1
SI UNA MANZANA Y UNA PERA SON FRUTAS, EL ROJO Y EL VERDE ¿QUE SON?, ¿Y UN PERRO Y UN GATO?	0 - 2
TOME EL PAPEL CON LA MANO IZQUIERDA, DOBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO EN EL SUELO	0 - 3
LEA ESTO Y HAGA LO QUE DICE “CIERRE LOS OJOS”	0 - 1
ESCRIBA UNA FRASE COMO SI ESTUVIERA CONTANDO ALGO EN UNA CARTA	0 - 1
COPIE ESTE DIBUJO (0-1 PUNTOS)	

⁵⁴ <https://goo.gl/f9qjU5>



(CADA PENTÁGONO DEBE TENER 5 LADOS Y 5 VÉRTICES Y LA INTERSECCIÓN FORMA UN DIAMANTE)

NOTA TANTO LA FRASE COMO LOS PENTÁGONOS CONVIENE TENERLOS EN TAMAÑO SUFICIENTE PARA PODER SER LEÍDOS CON FACILIDAD. EL PACIENTE DEBERÁ UTILIZAR ANTEOJOS SI LOS NECESITA HABITUALMENTE.

TOTAL...
(NIVEL DE CONCIENCIA: 1=ALERTA, 2=OBNIBULADO)

PUNTO DE CORTE : 23/24

GRADO DE DETERIORO COGNITIVO: 19-23=LEVE; 14-18=MODERADO; >14=GRAVE

ANEXO 11

Confusion Assessment Method

Para el diagnóstico de síndrome confusional agudo es necesario que cumplan con los dos primeros criterios, más el 3 o el 4.⁵⁵

METODO DE EVALUACION DE LA CONFUSION DE INOUYE CAM (Confusion Assessment Method)

1) INICIO AGUDO Y CURSO FLUCTUANTE

¿Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental del paciente?

¿Tiende, la conducta anormal, a fluctuar durante el día?

Si la contestación es No, no seguir el cuestionario.

2) ALTERACIÓN DE LA ATENCIÓN

¿El paciente se distrae con facilidad o tiene dificultad para seguir una conversación?

Si la contestación es No, no seguir el cuestionario.

3) PENSAMIENTO DESORGANIZADO

¿Tiene el paciente, pensamiento desorganizado o incoherente, tal como conversación vaga o irrelevante, flujo de ideas ilógicas o poco claras, cambios impredecibles desde uno a otro tema o confunde a las personas?

4) ALTERACION DEL NIVEL DE CONCIENCIA

¿Cómo evaluaría el nivel de conciencia del paciente? Alerta (normal), vigilante (hiperalerta), letárgico (somniaiento pero fácilmente despertable), estupor (dificultad para despertarlo) o en coma (no despierta).

EVALUACION: El diagnóstico de Delirium requiere la presencia de los elementos 1 y 2 y por lo menos uno de los dos últimos. Tiene un 95% de sensibilidad y especificidad.

⁵⁵ Tovar E.; Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirio: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español; medicina intensiva [internet]. 2010 [citado 22 diciembre 2016]. 34 (1) 4-13. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v34n1/original1.pdf>

ANEXO 12

Escala Visual Análoga (EVA)

Escala numérica que valora la intensidad del dolor referido por el paciente.⁵⁶



ANEXO 13

Escala de JH Downton (riesgo de caídas)

Caídas previas	No / sí*
Medicamentos	Ninguno Tranquilizantes-sedantes* Diuréticos* Hipotensores (otro que no son diuréticos)* Antiparkinsonianos* Otros medicamentos
Déficit sensoriales	Ninguno Alteraciones visuales* Alteraciones auditivas* En miembros (ictus, neuropatías....)*
Estado mental	Orientado Confuso (t. Hodgkinson 7/10)*
Marcha	Normal Segura con ayudas Insegura con/sin ayudas* Imposible

(SUMAR UN PUNTO POR CADA ÍTEM CON ASTERISCO)

Tres o más puntos indican riesgo de caídas⁵⁷

⁵⁶ <https://goo.gl/trcjN3>

⁵⁷ SA.; escala JH DOWNTON (RIESGO DE CAÍDAS); Biblioteca Virtual NOBLE; Marzo 2012. [citado 21 diciembre 2016]. Disponible en: http://www.nobleseguros.com/pdf/APENDICES_BOLETIN_MARZO_2012.pdf

ANEXO 14

Escala de Yesavage de depresión (versión reducida).

Se trata de un cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en adultos mayores.⁵⁸

	SI	NO
1. ¿ESTÁ SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0	1
2. ¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES?	1	0
3. ¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA?	1	0
4. ¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A?	1	0
5. ¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?	0	1
6. ¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1	0
7. ¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?	0	1
8. ¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A?	1	0
9. ¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1	0
10. ¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?	1	0
11. ¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0	1
12. ¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1	0
13. ¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA?	0	1
14. ¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1	0
15. ¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?	1	0
PUNTUACIÓN TOTAL: _____		
INTERPRETACIÓN: 0 A 5 NORMAL 6 A 9 DEPRESIÓN LEVE >10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA		

⁵⁸ Consejo andaluz; YESAVAGE; consejería de salud [internet]. 2012 [citado 21 diciembre 2016]. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/test_de_yesavage.pdf

ANEXO 15

Woodside Health Center, cuestionario postal (BABER, ET AL),
Para la detección de ancianos frágiles en la comunidad.⁵⁹

CONDICIONES	SI	NO
1. VIVE SOLO		
2. SE ENCUENTRA SIN NADIE A QUIEN ACUDIR SI NECESITA AYUDA		
3. MÁS DE DOS DÍAS A LA SEMANA COME FRIOS SUS ALIMENTOS *		
4. NECESITA DE ALGUIEN QUE LE AYUDE A MENUDO		
5. SU SALUD LE IMPIDE SALIR A LA CALLE *		
6. TIENE CON FRECUENCIA PROBLEMAS DE SALUD QUE LE IMPIDE VALERSE POR SI MISMO *		
7. TIENE DIFICULTAD DE VISIÓN QUE LE IMPIDE REALIZAR SUS TAREAS HABITUALES		
8. TIENE DIFICULTAD PARA SEGUIR UNA CONVERSACIÓN POR QUE OYE MAL *		
9. HA ESTADO INTERNADO EN EL HOSPITAL DURANTE EL ÚLTIMO AÑO		

SI HAY UNA O MÁS RESPUESTAS POSITIVAS O NO DEVUELVE EL CUESTIONARIO, ESTO EQUIVALE A **“ANCIANO EN RIESGO”**

⁵⁹<https://goo.gl/zpuHLA>

ANEXO 16

OARS social resource scale

Me gustaría hacerle preguntas acerca de sus familiares y amigos.

<p>1. ¿Su estado civil es?:</p> <p>a) Soltero b) Casado/a c) Viudo/a d) Divorciado/a e) Separado/a // No contesta</p>	<p>2. ¿Quién vive con usted? (ponga sí/no):</p> <p>a) Sí/no Nadie b) Sí/no Esposo/a c) Sí/no Hijos d) Sí/no Nietos e) Sí/no Padres f) Sí/no Otros. Especificar _____ g) Sí/no Hermanos/as h) Sí/no Otros familiares i) Sí/no Amigos/as j) Sí/no Cuidadores pagados.</p>
<p>3. ¿Cuántas personas conoce suficientemente bien como para visitarlas en su casa?</p> <p>3: mayor 5 2: 3-4 1: Una vez 0: Ninguna // No responde</p>	<p>4. ¿Cuántas veces ha hablado por teléfono con amigos y/o familiares en la última semana?</p> <p>3: Una vez al día o más 2: 2-6 veces 1: Una vez 0: Ninguna // No responde</p>
<p>5. ¿Cuántas veces durante la semana pasada ha visto a personas que no viven con usted? (visitas, etc. .)</p> <p>3: Una vez al día o más 2: 2-6 veces/semana 1: Una vez 0: Ninguna // No responde</p>	<p>7. ¿Tiene usted alguna persona en quien confiar?</p> <p>1: Sí 2: No // No responde</p>
<p>8. ¿Se encuentra solo o se siente en soledad?</p> <p>1: Casi nunca 1: Algunas veces 0: A menudo // No responde</p>	<p>9. ¿Ve usted a sus amigos y familiares tan a menudo como a usted le gustaría?</p> <p>1: Sí 0: No // No responde</p>
<p>10. ¿Si alguna vez necesitase usted ayuda por encontrarse incapacitado, tendría quien le prestase esa ayuda?</p> <p>1: Sí 0: No</p> <p>Sí ha contestado Sí: ¿Esa persona cuidaría de usted?</p> <p>De forma indefinida Durante un corto período de tiempo (semanas o 6 meses) Sólo de forma pasajera (para ir al médico, a comer, etc.) No responde</p> <p>¿Quién es esa persona? Nombre: _____ Relación: _____</p>	

INTERPRETACIÓN.

1. Excelentes recursos sociales: las relaciones sociales son muy amplias y satisfactorias. Al menos una persona puede cuidarlo/a indefinidamente en caso de necesidad.
2. Buenos recursos sociales; las relaciones sociales son razonablemente satisfactorias y adecuadas, y al menos una persona puede cuidarlo indefinidamente. O las relaciones son muy amplias y satisfactorias y puede ser cuidado por sólo un período corto de tiempo.
3. Deterioro social leve; las relaciones sociales son insatisfactorias, de pobre calidad y pocas, pero al menos una persona puede cuidarlo de forma indefinida. O las relaciones sociales son razonablemente satisfactorias, pero sólo puede ser cuidado un período corto de tiempo.
4. Deterioro social moderado: las relaciones sociales son insatisfactorias, de pobre calidad y pocas; sólo se pueden dar cuidados durante períodos cortos de tiempo. o las relaciones sociales son al menos adecuadas o satisfactorias, pero la ayuda sólo puede prestarse de vez en cuando.
5. Deterioro social grave: las relaciones sociales son insatisfactorias, de pobre calidad y pocas; se puede prestar cuidados sólo de vez en cuando. O las relaciones son al menos satisfactorias o adecuadas, pero la ayuda no se le puede dar ni de vez en cuando.
6. Deterioro social total: las relaciones son de pobre calidad, insatisfactorias y pocas, y la ayuda no se le puede dar ni de vez en cuando.⁶⁰

ANEXO 17

Déficit de audición de la tercera edad (HHIE).

QUESTION	YES (4 POINTS)	SOMETIMES (2 POINTS)	NO (0 POINTS)
Does a hearing problem cause you to feel embarrassed when you meet new people?			
Does a hearing problem cause you to feel frustrated when talking to members of your family?			
Do you have difficulty hearing when someone speaks in a whisper?			
Do you feel impaired by a hearing problem?			
Does a hearing problem cause you difficulty when visiting friends, relatives, or neighbors?			
Does a hearing problem cause you to attend religious services less often than you would like?			
Does a hearing problem cause you to have arguments with family members?			
Does a hearing problem cause you difficulty when listening to the television or radio?			

⁶⁰ <https://goo.gl/nAKWwd>

Do you feel that any difficulty with your hearing limits or hampers your personal or social life?			
Does a hearing problem cause you difficulty when in a restaurant with relatives or friends?			
Raw score (sum of the points assigned to each of the items)			

NOTE: A raw score of 0 to 8 = 13 percent probability of hearing impairment (no handicap/no referral); 10 to 24 = 50 percent probability of hearing impairment (mild to moderate handicap/referral); 26 to 40 = 84 percent probability of hearing impairment (severe handicap/referral).⁶¹

ANEXO 18

Cuestionario sobre conocimiento de la persona sobre su enfermedad

1. ¿Sabe usted cuál es el nombre de su enfermedad?

Si _____ no _____

2. ¿Sabe usted en qué consiste?

Si _____ no _____

3. ¿Es una enfermedad curable?

Si _____ no _____

4. ¿Sabe los factores de riesgo sobre enfermedad?

Si _____ no _____

5. ¿Sabe usted qué daños produce la gonartrosis en su organismo?

Si _____ no _____

6. ¿conoce algún tratamiento para la gonartrosis?

Si _____ no _____

7. ¿Sabe usted qué les pasa a las personas que tienen esta enfermedad y no reciben o no toman su tratamiento?

Si _____ no _____

⁶¹ Ventry IM, Weinstein BE. Identification of elderly people with hearing problems. ASHA. 1983;25(7):42.

9. ¿conoce alguna complicación de la gonartrosis?

Si _____ no _____

10. ¿Sabe cuánto dura el tratamiento?

Si _____ no _____

11. ¿Su familia sabe en qué consiste la enfermedad?

Si _____ no _____

12. ¿Pertenece usted a algún grupo de ayuda para esta enfermedad?

Si _____ no _____

RESULTADOS

Menos de 2= nulo conocimiento

2-4= escaso conocimiento

5- 8 moderado conocimiento

Más de 8= buen conocimiento

ANEXO 19

Escala de Braden:

PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión	1. COMPLETAMENTE LIMITADA. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrotándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo	2. MUY LIMITADA. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	3. LIGERAMENTE LIMITADA. Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de sus extremidades.	4. SIN LIMITACIONES. Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad.	1. CONSTÁNTEMENTE HÚMEDA. La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2. A MENUDO HÚMEDA. La piel está a menudo, pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez cada turno.	3. OCASIONALMENTE HÚMEDA. La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	4. RARAMENTE HÚMEDA. La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física.	1. ENCAMADO. Paciente constantemente encamado.	2. EN SILLA. Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	3. DEAMBULA OCASIONALMENTE. Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.	4. SIN LIMITACIONES. Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.	1. COMPLETAMENTE INMÓVIL. Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2. MUY LIMITADA. Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	3. LIGERAMENTE LIMITADA. Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.	4. SIN LIMITACIONES. Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos.	1. MUY POBRE. Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	2. PROBABLEMENTE INADECUADA. Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético o Reciba menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	3. ADECUADA. Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4. EXCELENTE. Ingiere la mayor parte de cada comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1. CONSTANTE FRICCIÓN. Requiere de moderada o máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación produce un roce casi constante.	2. FRICCIÓN OCASIONAL. Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción y otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	3. NO HAY FRICCIÓN. Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	

Resultados:

<13= riesgo alto	13-14= riesgo moderado	15-16 (menor de 75 años)= riesgo bajo	15-18 (mayor a 75 años)= riesgo bajo ⁶²
------------------	------------------------	---------------------------------------	--

⁶² Faria L., Validez predictiva de la escala de Braden para el riesgo de desarrollo de úlcera por presión, en pacientes críticos; Latino-Am. Enfermagem; jan.-feb. 2011; 19(1):[08].

ANEXO 20
Test Morisky-Green

Realizar al paciente estas 4 preguntas indicando que conteste sí o no únicamente.

Se consideran pacientes que cumplen el tratamiento a quienes contestan **NO** a las cuatro preguntas y no cumplidores a quienes contestan **SI** a una o más.⁶³

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	SI	NO
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	SI	NO
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	SI	NO
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	SI	NO

ANEXO 21
Plato del bien comer

Representación de los grupos alimenticios y las cantidades que se recomienda consumir durante el día. Está adaptado a la población mexicana.⁶⁴



⁶³ Jornada A., Rolim C., Sorrate S.; Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos; Saúde Pública vol.46 n.2 São Paulo Apr. 2012. [citado 21 diciembre 2016].

⁶⁴ <https://goo.gl/9jl0MN>

ANEXO 22

Jarra del buen beber

Indica los líquidos y cantidades recomendadas para el consumo durante el día.⁶⁵



⁶⁵ <https://goo.gl/XLxDHH>

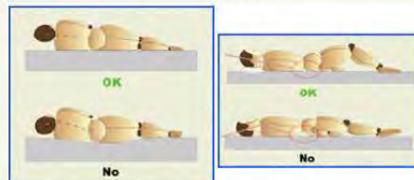
ADECUADAS POSTURAS EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

SENTADO



Apoyar los pies en el suelo, mantener rodillas al mismo nivel, respaldo que sujete la espalda, respetando las curvaturas normales.

ACOSTADO



Dormir lateral con una almohada que sostenga la cabeza, conservando la relación cabeza columna, simulando el estar de pie.

LEVANTARSE Y ACOSTARSE



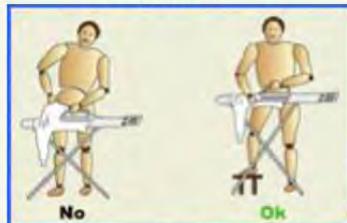
Colocarse lateral, apoyarse con manos y codos, doblar ligeramente rodillas y sentarse en la orilla de la cama. Para acostarse será el mismo proceso a la inversa.

HACER LA CAMA



Colocar un pie frente al otro paralelo, flexionar ligeramente rodillas.

PLANCHAR



Utilizar tabla a la altura de la cintura, mantener un pie en alto (reposapiés, escalón), mantener espalda recta, utilizar fuerza del brazo para planchar.

BARRER



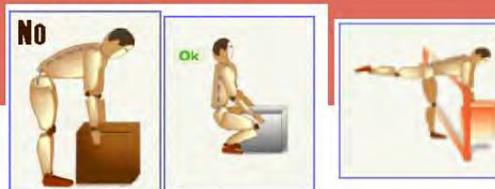
Utilizar escoba larga para evitar inclinación, cerca de los pies, manos a la altura de pecho y cadera. Barrer solo con el movimiento de los brazos

LAVAR PLATOS



Fregadero a la altura de la cintura, columna recta, codos a 90°, alternar pies sobre escalón o reposapiés, al mover platos mantener cintura estática

LEVANTAR OBJETOS



Doblar rodillas con espalda recta y cabeza levantada, lo más cerca del objeto. En caso de no poder realizarlo inclinarse elevando la pierna contraria al brazo que levanta el objeto.

CARGAR OBJETOS



Llevar carga lo más cerca del cuerpo, flexionar ligeramente rodillas al caminar.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCULA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 POSGRADO EN REHABILITACION



AUXILIARES EN LA MARCHA

Dispositivos que ayudan al cuerpo a desplazarse, son un apoyo, aumentan la base de sustentación

TIPOS DE AUXILIARES



BASTON: apoyo para el miembro contralateral en la pérdida de la fuerza y tono muscular.



MULETAS: para personas que no tienen fuerza en la parte inferior del cuerpo



BASTON INGLES: cuenta con abrazadera para antebrazo



ANDADOR: Tienen una amplia base de sustentación, mejora la estabilidad

TECNICA DE MARCHA

BASTON



Colocar la empuñadura a 5cm debajo del trocánter mayor, el bastón se coloca contralateral al miembro afectado a 15cm por delante del pie.

Se adelanta el bastón, se desplaza el miembro afectado seguido del miembro sano.

MULETAS



Ajustar muletas 5cm debajo de la axila, codos en flexión 30°, empuñadura alineada con la muñeca.

Adelantar muletas junto con pierna afectada, equilibrar peso y adelantar pierna no afectada.

BASTON INGLES



Abrazadera 5cm debajo del codo, este a 30° de flexión, empuñadura 5cm debajo del trocánter mayor. Se adelanta 15 cm el bastón derecho, se adelanta el pie izquierdo. Adelantar 15cm el bastón izquierdo y se adelanta el pie derecho.

ANDADOR

Sujetar con ambas manos, levantar andador y colocarlo frente a si mientras se empuja el cuerpo hacia adelante. Adelantar piernas apoyando el cuerpo en el andador.



CALZADO ADECUADO

Debe sujetar
adecuadamente el tobillo



Punta ancha de material
flexible que permita el
movimiento de dedos

Tacón ancho de máximo 4 cm
de altura

Suela flexible que pueda
absorber el peso al caminar

ANEXO 26

EJERCICIOS PARA MIEMBROS INFERIORES

Colocarse una compresa caliente en la zona de dolor antes de los siguientes ejercicios entre 15-20 minutos

Repetir ejercicios 10 veces



Pierna derecha llevar hacia arriba y hacia abajo



Pierna estirada, abrir y cerrar



Doblar y estirar pierna



Pie hacia adelante y hacia atrás



Pie dentro y hacia afuera



Círculos hacia dentro y círculos hacia afuera



Boca abajo, doblar y estirar pierna



Boca abajo, Pierna estirada llevar hacia arriba y abajo



Punta del pie hacia uno y tratar de alcanzar la punta del pie sin doblar rodillas (sostener 10 segundos). Si existe lumbalgia acostarse boca arriba y colocar una toalla enrollada en la planta del pie.



Detenerse del respaldo de una silla y colocarse de puntas (10 segundos)



Sentada en silla estirar y doblar primero una pierna y después otra

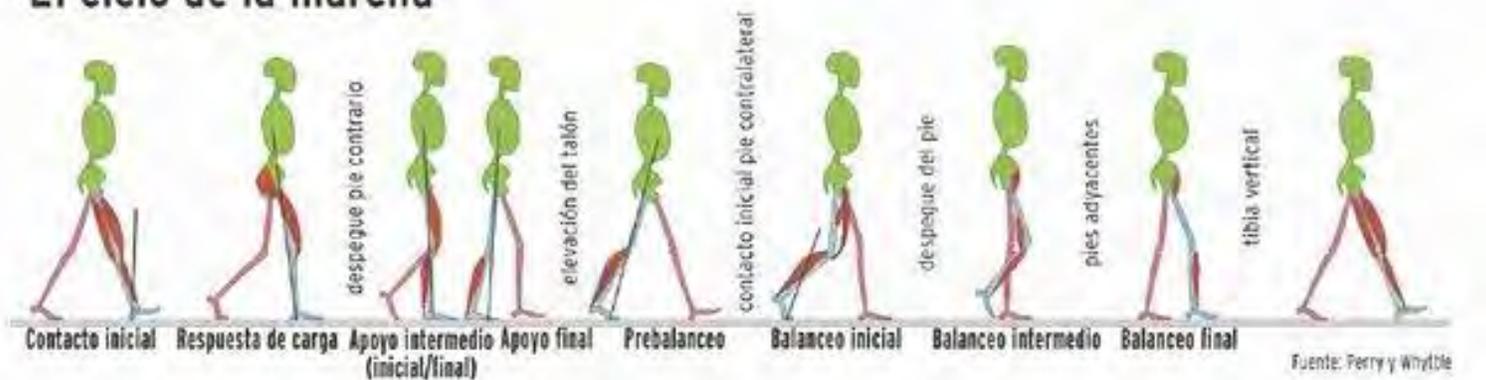


Parada deteniéndose del respaldo de la silla, doblar ligeramente las rodillas.

Vizuet K.

ANEXO 27

El ciclo de la marcha



http://www.podologiabn.com/blog/ciclo_de_la_marcha.jpg

ANEXO 28



1)



2)



3)



4)

Fotos tomadas por estudiante Mariñelarena J. posgrado en rehabilitación.

- 1) Valoración de fuerza con escala Daniels.
- 2) Enseñanza de ejercicios de fortalecimiento.
- 3) Platica sobre importancia de reposo en periodos de dolor agudo.
- 4) receta colocada en refrigerador para que la familia conozca la medicación y apoye en su tratamiento.

ANEXO 29
Instrumento de valoración



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION “LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA”

Número de registro	Fecha / /				
Nombre(solo iniciales)	Servicio al que acude				
1.- FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO					
1.1. Factores descriptivos del individuo					
Fecha y Lugar de Nacimiento / /	Etapa de desarrollo:				
Edo. Civil:	Religión:				
Teléfono:	Domicilio (solo delegación o municipio):				
Escolaridad:	Ocupación:				
	¿A qué servicio de salud es derechohabiente?				
1.2. Factores que relacionan a la persona con su familia					
<u>Orientación Sociocultural</u> (Costumbres, Creencias y Tradiciones adoptadas por la familia).					
<u>Factores del Sistema Familiar</u> <u>Composición familiar</u>					
NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	APORTE ECONOMICO



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

México DF a 18 de Noviembre 2016

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

Autorizo (nombre y firma):

Alicia Islas Rios

Testigo (nombre y firma):

Veronica López Rios

Estudiante del Posgrado (nombre y firma):

Judith Manóelarena López



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTENCIÓN DE FOTOGRAFÍAS O VIDEO

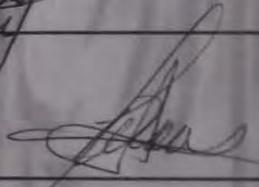
México DF a 18 de Noviembre 2016

Por medio de la presente yo Alicia Islas Ríos Doy mi consentimiento para que la (el) Lic. Enf. Judith Mariñelarena López, 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.

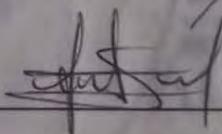
Autorizo:

Alicia Islas Ríos 

Testigo:

Verónica López Ríos 

Estudiante del Posgrado:

Judith Mariñelarena López 



Formato de Registro de Visita Domiciliaria

Instrucciones de llenado:

- Realizar el llenado en letra de molde y legible

Nombre de la Persona A. I. R.

Nombre del cuidador primario _____

Fecha de visita: 20 de Feb

Motivo: Ejecución intervenciones de enfermería

Valoración focalizada	Revisión de Peligros para la vida	
Interrogatorio:	caídas; último hace más de 1 año	Daniels
Escala Dauton:	= 2 (riesgo de caídas)	4/5
Mancha y equilibrio Tinetti:	19 (riesgo moderado)	3/5

Diagnostico de Enfermería
 Riesgo de déficit de prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano R/C alteración de la marcha (Tinetti 19), disminución fuerza en extremidades inferiores (Daniels 4/5, 3/5), barreras arquitectónicas en el hogar (desniveles, moqueta, escaleras sin pasamanos, inhibición planta alta).

Intervenciones de Enfermería
 Orientar sobre riesgo de caídas. Educación en la marcha,

Cuidados proporcionados: Sugirió eliminar tapetes, se reubicaron sillón junto la escalera, colocar moquetas en patio, colocar foto en puerta de entrada para la visualización de desnivel en entrada. Orientación sobre colocación de barras de soporte en baño y/o cintas antiderrapantes. Enseñanza de marcha con una cinta en el suelo, realizar ~~desplazamiento~~ fase de apoyo y balanceo observándose en un espejo. Educación sobre el calzado adecuado (uso de cuerdas).

Fecha de próxima visita: 11- Feb-2017

Observaciones: Durante la visita la persona se mostró amable, receptiva y atenta a la enseñanza proporcionada.

[Firma]
 Firma de la Enfermera (o)

[Firma]
 Firma de la persona y/o Cuidador

Clínica de Odontológica

Home  Clínica de Odontológica

PROBLEMÁTICA EN ODONTOLOGÍA

En el país, existe el fenómeno de la progresión del conocimiento científico y de tecnología en la Odontología que ha llevado a esta disciplina a incorporar los avances en las diferentes áreas de especialización que integran la profesión odontológica.

La salud bucal es un aspecto importante de la salud general, sin embargo ésta no se contempla como prioridad en las políticas nacionales de salud, como consecuencia es importante la morbi-mortalidad a causa de infecciones de origen dental en las diversas instituciones de salud donde se atiende a personas con los más escasos recursos.

Según la OMS un tercio de la población de los países en desarrollo, requieren alivio del dolor bucodental por lo menos tres veces en su vida. En medios poco favorecidos económicamente no hay acceso a la atención odontológica por su alto costo y la población que presenta dolor dental prácticamente vive con ellos, por tanto no hay una cultura de la conservación de los dientes.

En México el 95% de la población presenta caries dental. La mayoría de los mexicanos que son atendidos por esto, reciben un tratamiento muy sencillo, pues se limita a la realización de obturaciones o extracciones.

Los tratamientos practicados a nivel institucional son el reflejo de la crisis económica que atraviesa el país en desarrollo, ya que cualquier otro tratamiento más complejo como: endodoncia, periodoncia o prótesis bucal, no es cubiertos. Esta limitante en el tratamiento favorece el incremento en el índice de morbi-mortalidad por la aparición de complicaciones médico-dentales, sin olvidar que la omisión del diagnóstico precoz de algunas lesiones patológicas como el cáncer bucal implica la terapia en estadios avanzados que conlleva un riesgo en la vida de los pacientes o incrementa los costos del tratamiento y rehabilitación del individuo.

Por falta de educación en salud, los pacientes únicamente solicitan ser atendidos bucalmente cuando tienen un problema agudo como dolor dental, que en la mayoría de los casos se resuelve con extracción. Al no realizarse un tratamiento integral, se provoca la mutilación de la boca de los pacientes.

Se calcula que el 10% de la población tiene algún tipo de discapacidad. En México en el año 2000, el Instituto Nacional de Geografía e Informática reportó que vivían 1.8 millones de personas con discapacidad. Todas las discapacidades requieren un manejo especial en cuanto a la atención de los problemas bucales con que cursen, pero en muchos casos no son aceptados para tratamiento dental en diversas instituciones.

Por el cambio en la pirámide poblacional, los adultos mayores, con problemas sistémicos han aumentado y necesitarán atención bucodental más costosa, compleja y especializada, que requiere de modelos de servicio que cuenten con mejor capacitación por parte de los odontólogos para su manejo.

Razón por la cual, consciente de la problemática de salud bucal nacional, la clínica de Odontología de Universidad Intercontinental ofrece este servicio, formando odontólogos competentes comprometidos con la búsqueda de la excelencia profesional, capaces de resolver



Clínica de Odontológica

SERVICIOS QUE OFRECEN

Las clínicas de la Facultad de Odontología buscan formar profesionales del área de la salud bucal que tengan excelentes bases científicas y técnicas, para el tratamiento de todos los padecimientos de la cavidad bucal y que ejerzan la profesión de manera ética y siguiendo todos los lineamientos de las instituciones que regulan la práctica odontológica.

Se atiende a la población en general, a pacientes de todas las edades y personas con necesidades especiales de atención, siempre bajo la supervisión de odontólogos especialistas en el tipo de atención que requiere cada persona.

A todos los pacientes al ingreso a la clínica se les elabora un expediente que consta de una historia clínica completa y un estudio completo sobre la situación de salud de su boca y una serie radiográfica periapical.

Además de la clínica de odontología general se cuenta con clínicas de las siguientes especialidades: Endodoncia, Periodoncia, Prostodoncia (Prótesis dental) y Ortodoncia.

Campaña



Fundación UIC

Fue creada como una institución sin fines de lucro, para darle continuidad y fortalecer a través de la recaudación de fondos, a la gran labor que se ha venido haciendo a favor de la sociedad durante 36 años de funcionamiento de la [UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL](#).

INFORMES

Fundación de la Universidad Intercontinental A.C.

54.87.14.44
54.87.14.50

POBLACIÓN ATENDIDA

Se atiende a población abierta (niños, adultos, adultos mayores, **pacientes con capacidades especiales**) tanto casos que requieren odontología general como de las diferentes especialidades o en la clínica de diagnóstico donde se tiene un programa de detección de patología y cáncer bucal.

El promedio general de consultas anuales que se ofrecen es de 50300 entre todas las clínicas de la Facultad; esto es, acuden a consulta alrededor de 250 pacientes semanalmente.

Responsables

Dra. Yolanda Valero Princet
(Coordinadora de Licenciatura y Posgrados) Ext. 1433 y 2880

Dra. Sandra Paola Pérez Martínez
(Coordinadora de Clínicas de la Facultad) Ext. 2815

Dra. Sofia Espinosa
(Coordinadora del Posgrado de Prótesis) Ext. 4432

Dr. Eugenio Moreno
(Coordinador del Posgrado de Endodencia) Ext. 3342

Dr. Agustín Zerón
(Coordinador del Posgrado de Periodencia) Ext. 4434

Dr. Salvador García
(Coordinador del Posgrado de Ortodencia) Ext. 1485

Ubicación

Av. Insurgentes Sur 4135 y 4303
Col. Santa Úrsula Xitla, Deleg. Tlalpan
c.p. 14420, México, D.F.

tel. [\(55\) 54 87 14 00](tel:5554871400)

Las clínicas de la Facultad de Odontología están ubicadas en los edificios Oceanía I y II dentro del campus de la Universidad Intercontinental. Desde la entrada a la Universidad Intercontinental hay señalización sobre la ubicación de las clínicas.



📍 Insurgentes Sur 4303 y 4135 | ☎ 5487-1444 | ✉ contactofunuc@fundacionuic.org.mx

fundación UIC Universidad Intercontinental © 2014

[Contacto](#) [Directorio](#) [Aviso de Privacidad](#)



Adultos Mayores

 Share on Facebook
  Share on Twitter
  Share on Google Plus

En la COMUDE León nuestra misión es fomentar la cultura física, el deporte y la recreación en la sociedad de León, con el desarrollo de programas y la administración de instalaciones dignas y seguras para mejorar la calidad de vida y la salud de los ciudadanos.

- 1.- El programa de activación física para adultos mayores, es un programa municipal el cual está integrado en la línea estratégica; sistema municipal de activación física.
- 2.- El programa nació de la falta de actividades para este sector de la población, el mismo que requería de atención deportiva, recreativa y/o competitiva.
- 3.- La atención que se les brinda a los adultos mayores es con la finalidad de seguir activándolos físicamente y erradicar el sedentarismo.
- 4.- El programa es atendido por la Jefatura de activación física para a adultos y adultos mayores, que a su vez pertenece a la subdirección de cultura física y recreación de la COMUDE-León.
- 5.- el programa fue creado con el fin de atender al sector de la población leonesa que pertenece a adultos mayores. La finalidad de dicho programa es la activación física de adultos mayores por medio de distintas actividades deportivas-culturales que fomenten el hábito de una vida saludable.
- 6.- Los recursos materiales, humanos y financieros son solventados por la misma COMUDE-León, por medio de otros programas existentes.
- 7.- Las características que muestra este sector de la población el ánimo de salir adelante contra toda adversidad, teniendo solo como obstáculo a personas que piensan que por su edad no pueden disfrutar de las actividades deportivas.
- 8.- Activar físicamente de manera regular al adulto mayor a través de eventos en los que intervienen las actividades físicas, deportivas y recreativas con la finalidad de incrementar sus habilidades en sus trabajos cotidianos, reducir los riesgos de enfermedades coronarias, bajar la tasa de mortalidad y crear una cultura para conservar un estilo de vida saludable.

Sin más por el momento agradezco la atención al presente y quedo a sus órdenes para cualquier aclaración.

Actividades deportivas para adultos mayores

Enrique Fernández Martínez	Luis I. Rodríguez	Antonio "Tota" Carbajal
Cachibol	Cachibol	Natación
Danzón		
Danza Flamenca		
Natación para adultos mayores		

Eventos para adultos mayores

Día de las madres

Día de los abuelos

Eventos para adultos mayores 2016

Eventos para adultos mayores 2016

Torneo de la amistad (Cachibol)

Día de las madres

Torneo de veteranos (futbol)

Día de los abuelos

Mini olimpiada de adultos mayores

Instituciones activadas por medio de este programa

INAPAM

CASA DEL JUBILADO SNTE

IMSS

DIF



COMUDE LEÓN

La Comisión Municipal del Deporte y Cultura Física de León es un organismo descentralizado de la administración Pública, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto aplicar el Reglamento de Deporte y Cultura Física para el Municipio de León, Guanajuato y establecer la política municipal en materia de cultura física, deporte y recreación, para generar un ambiente social más sano, influyente en la formación cívica e integral de las personas e impactar positivamente en su calidad de vida.

BÚSCANOS EN...



ANEXO 32

Cronograma de actividades.

ACTIVIDAD	FECHA						
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Captación de persona	16						
Exposición de caso y firma de consentimiento informado	18						
Aplicación de instrumento de valoración (enseñanza sobre la patología: síntomas, complicaciones, tratamiento)	22, 28						
Elaboración de diagnósticos de enfermería		6					
Elaboración de intervenciones de enfermería		17					
Intervenciones de enfermería (enseñanza sobre barreras arquitectónicas, sugerencias sobre su eliminación, calzado adecuado, marcha)			20				
Intervenciones (enseñanza en elaboración y uso de compresa, higiene de columna en actividades de la vida diaria)				11			
Intervenciones (enseñanza de ejercicios de fortalecimiento de miembros pélvicos, plato del buen comer, jarra del buen beber, cumplimiento farmacológico,)				25			
Intervenciones (refuerzo de ejercicios de fortalecimiento, marcha, uso de órtesis, calzado adecuado)					25		
Evaluación de intervenciones						1, 29	
Elaboración de plan de alta							17