



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN

Estudio de caso:

Cuidados Especializados de Enfermería en Rehabilitación a persona con lesión de manguito rotador según la teoría del autocuidado.

Para obtener el título de Enfermera Especialista en Rehabilitación

PRESENTA:

L.E.O. Rodríguez Chávez Griselda

Tutor:

E.E.R. Aaron Ortiz Hernández

Ciudad de México a junio del 2018





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



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

Estudio de caso:

**Cuidados Especializados de Enfermería en Rehabilitación a persona con lesión
de manguito rotador según la teoría del autocuidado.**

P R E S E N T A:

L.E.O. Rodríguez Chávez Griselda

Asesor:

E.E.R. Aaron Ortiz Hernández

Agradecimientos

A Dios.

Por permitirme lograr mis objetivos, que en su infinita misericordia me acompaña y bendice mi camino y todo es posible a su lado. Gracias amado Padre Celestial.

A mis padres y hermanos.

Gracias por todo el apoyo que me dieron siempre que les fue posible. Mamá, gracias por el apoyo y comprensión que siempre me da, la amo.

A los profesores del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación.

Por su bondad mostrada al compartir su experiencia y conocimientos en especial la Lic. Nohemí Ramírez Gutiérrez y a mi tutor el E.E.R Aaron Ortiz Hernández por la ayuda generosa y desinteresada, que me permitió culminar este proyecto, dándome la oportunidad de avanzar en mi integración personal y profesional. A todos, mi sincero agradecimiento.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

La máxima casa de Estudios que desde el nivel Bachillerato me ha formado profesionalmente y de la cual me enorgullece ser miembro.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	3
III. FUNDAMENTACIÓN	4
3.1 Antecedentes	4
IV. MARCO CONCEPTUAL	17
4.1 Conceptualizaciones de Enfermería	17
4.2. Metaparadigmas	17
4.3 Teorías de Enfermería	21
4.4 Proceso de Enfermería	25
V. METODOLOGIA	27
5.1 Estrategias de investigación	27
5.2 Selección del caso y fuentes de información	29
5.3 Consideraciones éticas	32
VI. PRESENTACION DE CASO	38
6.1 Descripción del caso	38
6.2 Antecedentes generales de la persona	38
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	40
7.1 Valoración	41
7.1.1 Valoración Focalizada	42
7.1.2 Jerarquización de problemas	44
7.2 Diagnosticos de Enfermería	45
7.3 Problemas Interdependientes	45
7.4 Planeación de los cuidados	45
7.4.1 Objetivos de la persona	45
7.4.2 Objetivos de Enfermería	45
7.4.3 Intervenciones de Enfermería	46
7.5 Ejecución	67
7.5.1 Registro de las Intervenciones	67
7.6 Evaluación	69
7.6.1 Evaluación de la Respuesta de la Persona	69
7.6.2 Evaluación del Proceso	77
VIII. PLAN DE ALTA	78
IX. CONCLUSIONES	80
X. SUGERENCIAS	80
BIBLIOGRAFIA	82
ANEXOS	86

I. INTRODUCCIÓN

En el presente estudio se describen las intervenciones de Enfermería Especializada en una persona del Instituto Nacional de Rehabilitación con el diagnóstico de lesión de manguito rotador, realizadas durante las prácticas del primer y segundo semestre del Posgrado en Enfermería en Rehabilitación, con el fin de profundizar los conocimientos sobre este padecimiento incapacitante y así analizar las diversas intervenciones de enfermería especializada.

Se expresando de manera didáctica, la importancia que juega este padecimiento en la calidad de vida del sujeto, así mismo se hace mención de la importancia de los cuidados especializados desde el paradigma de Enfermería en Rehabilitación, con la finalidad de comprender y detallar las características que rodean la tarea dinámica de Enfermería en el tratamiento de la patología y el rol de la persona en su contexto de manera particular aquí expuesta.

El objetivo fundamental de los estudios de caso es conocer y comprender la particularidad de una situación para distinguir cómo funcionan las partes y las relaciones con el todo; en la especialidad de Enfermería en Rehabilitación lo utilizamos con el fin de estudiar un padecimiento en el que podamos intervenir mediante el análisis de la enfermedad y buscando posibles terapias que nos ayuden a tener un buen resultado y así buscar que la persona logre reanudar sus actividades de la vida diaria mejorando en la manera de lo posible su calidad de vida.

Al poner en práctica estos conocimientos y herramientas se pretende contribuir a la mejoría en la calidad de vida de la persona, así como la adaptación al entorno por medio de visitas domiciliarias, apoyando al desarrollo de habilidades y/o modificación de conductas, la transformación de su contexto con la ayuda y capacitación del cuidador primario, con el objetivo de facilitar el proceso de rehabilitación y fomentar las bases teóricas y prácticas que permitan el autocuidado.

El estudio de caso se basa en la Teoría del Autocuidado de Orem, la cual pretende lograr la independencia personal, lo más pronto posible, mejorando la calidad de vida a través del cuidado especializado y facilitando las actividades diarias del individuo, reforzando su reintegración social.

Cabe resaltar los beneficios que proceden a la Rehabilitación, y que afectan positivamente al individuo en el área emocional, psicológica y familiar, ya que el estudio de esta patología representa un campo poco abordado desde el paradigma de la Enfermería en Rehabilitación, por lo que se pretende, aportar información relevante sobre el tema y facilitar información a futuras generaciones para la práctica basada en evidencia en Enfermería en Rehabilitación.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

GENERAL

- Analizar los cuidados especializados de Enfermería en Rehabilitación que se realizan en una persona con lesión de Manguito Rotador, utilizando la teoría de E. Orem

ESPECIFICOS

- Describir la Patología de Lesión del manguito Rotador.
- Realizar valoración especializada de una persona con Lesión de Manguito Rotador.
- Elaboración de diagnósticos de enfermería en Rehabilitación en base a los problemas encontrados.
- Realizar intervenciones de Enfermería especializada en rehabilitación que aporte un cuidado de calidad.
- Ejecución de los cuidados e intervenciones especializadas durante las visitas domiciliarias al hogar de la persona.
- Evaluación de los cuidados de enfermería en Rehabilitación.
- Ampliar los conocimientos sobre los cuidados de enfermería en personas con lesión de manguito rotador.
- Capacitar a la persona y a su cuidador primario en los cuidados conocimientos y actividades, referentes a su patología.

III. FUNDAMENTACIÓN

3.1 Antecedentes.

Para el presente estudio de caso, se realizó una búsqueda de literatura entre el año 2012-2018 en el buscador Google académico, base de datos Pud Med, Sciense Direct, las palabras clave que se utilizaron para la búsqueda fue “Lesión de Manguito Rotador” y al encontrar una segunda enfermedad discapacitante en la persona se buscó “Artritis Reumatoide”, todos estos enfocados a etiología, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados de enfermería. Además de artículos impresos se realizó búsqueda de libros en la Biblioteca del Instituto Nacional Rehabilitación y en la Biblioteca de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

Título del Artículo: La rotura del manguito rotador: etiología, exploración y tratamiento.

Este artículo es una revisión bibliográfica sobre la etiología de lesión del manguito rotador, así como las diferentes técnicas de exploración física para el diagnóstico y de esta manera establecer las indicaciones para un buen tratamiento que va desde el conservador hasta la cirugía, así como la importancia de una Rehabilitación temprana y oportuna que garantice la reintegración de la persona a su rol social y las actividades diarias.¹

Título del Artículo: Biomecánica del hombro y bases fisiológicas de los ejercicios de Codman.

Este artículo de investigación nos da una amplia explicación de la biomecánica del hombro, así como su anatomía, fundamentales para entender los movimientos del hombro en donde se representa como la articulación más móvil pero también la más inestable. También nos habla sobre las causas del hombro doloroso y el diagnóstico, sobre el plan de tratamiento fisioterapéutico que incluye varias estrategias para combinar como: reposo articular, crioterapia, termoterapia, masaje, electroterapia y cinesiterapia. Dentro del tratamiento cinesiterapeutico nos hablan sobre los ejercicios pendulares de Codman y las investigaciones realizadas.²

¹ Leyes M, Forriol F. La rotura del manguito rotador: etiología, exploración y tratamiento. Trauma Fund MAPFRE. [Internet] 2012 [Citado el 11. Noviembre. 2017]; Vol 23 Supl 1:39-56. Disponible en: <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v23s1/docs/Articulo6.pdf>

² Suárez Sanabria N, Osorio Patiño AM. Biomecánica del hombro y bases fisiológicas de los ejercicios de Codman. Revista CES MEDICINA. [Internet] 2013. 27(2):205-217. [Citado el 11. Noviembre. 2017] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v27n2/v27n2a08.pdf>

Título del Artículo: Rehabilitación integral del paciente reumático.

Este artículo es un trabajo de investigación en donde inician hablándonos sobre la etiología de la enfermedad nos dicen que en su trabajo de investigación encontraron que la mayoría de las personas con este padecimiento son mujeres con el 55.7% de 97 personas, presentándose en personas de mayor edad. Nos hablan sobre las características especiales de la artritis reumatoide como una enfermedad Reumática, hablándonos sobre las limitaciones del tratamiento fisioterapéutico al ser un padecimiento autoinmune, inflamatorio y degenerativo siguiendo un tratamiento para el manejo del dolor, evitar las limitaciones articulares y evitando atrofia muscular buscando la rehabilitación de la funcionalidad en las actividades de la vida diaria.³

Título del artículo: La calidad de vida del adulto mayor con artritis reumatoidea.

En este artículo busque literatura que aborda la enfermedad discapacitante del adulto mayor. Este trabajo de investigación de enfermería nos habla sobre la calidad de vida en esta población vulnerable en un 45% regular, nos habla de la importancia de cuidar a nuestros adultos mayores y llegar a un adecuado diagnóstico y así continuar con el tratamiento que ayude a evitar perder la funcionalidad, así como la fomentación de la educación sobre su enfermedad y así evitar complicaciones. También nos habla de fomentar un cambio cultural que ayude a cuidadores primarios y demás población a ser partícipe de este cuidado para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores ⁴

El trabajo de Investigación sobre enfermería especializada en Rehabilitación encontrado y sobre el cual se sustenta parte de este estudio de caso es:

Intervenciones de Enfermería Especializada en persona con lesión del manguito rotador en el Instituto Nacional de Rehabilitación en México D.F.(Tesina) Universidad Nacional Autónoma de México. Este trabajo es una Tesina realizada por una Enfermera Especialista en Enfermería en Rehabilitación para obtener el grado. En el describe la patología ampliamente y los métodos de diagnóstico de la lesión. También aporta conceptos de rehabilitación y ejercicios terapéuticos.⁵

³ Hernández Martín AD, Puerto Noda I, Falcón Hernández A, Morejón Barroso O, González Andreu D. Rehabilitación integral del paciente reumático. Revista Cubana de Reumatología. [Internet] 2014 [Citado el 14. Noviembre. 1017] 15-22 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v16n1/rcur03114.pdf>

⁴ Gallardo C, Sánchez M, Rodríguez M. La calidad de vida del adulto mayor con artritis reumatoidea. Enfermería Investiga: Investigación, vinculación, docencia, y gestión. [Internet] 2016. [citado el 14. Noviembre. 2017] Disponible en: <file:///C:/Users/Griaelda/Downloads/Dialnet-LaCalidadDeVidaDelAdultoMayorConArtritisReumatoide-6194299.pdf>

⁵ Esparza Rosalba de Ita Moreno. Intervenciones de Enfermería Especializada en persona con lesión del manguito rotador en el Instituto Nacional de Rehabilitación en México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de

LESIÓN DE MANGUITO ROTADOR

La función de la articulación del hombro es colocar la mano en cualquier punto del espacio. El hombro soporta y fija la extremidad superior y sirve de fulcro para elevar el brazo. Los componentes del hombro son tres huesos (húmero, clavícula y escápula), tres articulaciones (esterno-clavicular, acromioclavicular y gleno-humeral), con otra articulación especial entre la escápula y el tórax, y considerar una zona funcional que se conoce como espacio subacromial. El manguito de los rotadores está compuesto por los tendones de cuatro músculos:

- Supraespinoso
- Infraespinoso
- Redondo menor
- Subescapular

Estos se originan en la escápula y cuyos tendones se insertan en el troquín y el troquíter del húmero. Todos ellos son músculos rotadores externos excepto el músculo subescapular, que es un rotador interno. Los músculos supraespinoso e infraespinoso están inervados por el nervio supraescapular, el redondo menor por el nervio axilar y el músculo subescapular por los nervios subescapulares superior e inferior. Entre el borde inferior del supraespinoso y el borde superior del subescapular se encuentra un espacio denominado intervalo de los rotadores, que deja ver la cápsula articular y el ligamento coraco-humeral. La primera fuerza desestabilizadora del hombro es el músculo deltoides, que lleva la cabeza humeral hacia arriba.

El manguito de los rotadores provee una estabilidad dinámica que mantiene la cinemática articular esferoidea en la posición adecuada. Los músculos del manguito rotador se han descrito como rotadores y depresores de la cabeza humeral para estabilizar, empujando la cabeza contra la concavidad de la glenoides, y dirigir, controlando activamente el fulcro durante el movimiento de la articulación gleno-humeral en la elevación del brazo.⁶

⁶ Ugalde Ovares C, Zúñiga, R. Barrantes. Actualización del síndrome de hombro doloroso: Lesiones del manguito rotador. [Internet] Medicina Legal de Costa Rica 2013. [Consultado 17-11-17] Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/257348561/Actualizacion-Del-Sindrome-de-Hombro-Doloroso-lesiones-Del-Manguito-Rotador>



La lesión de manguito rotador es una causa frecuente de dolor y discapacidad del hombro, es de alta prevalencia en las actividades atléticas; ocasiona dolor, debilidad y disminución del arco de movilidad. A menudo los síntomas empeoran con la actividad, sobre todo cuando la mano se coloca por encima de la cabeza. También el dolor nocturno es frecuente, y muchos se quejan al rodar sobre el hombro lastimado⁷

ETIOLOGÍA DE LA ROTURA DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES

Se han identificado factores intrínsecos y extrínsecos que pueden participar en la génesis de una rotura del manguito de los rotadores. Dentro de los factores intrínsecos cabe destacar el aporte sanguíneo al manguito, que disminuye con la edad y de forma transitoria con ciertos movimientos y actividades, y contribuye a la degeneración del tendón y a la rotura. Entre las causas extrínsecas se ha implicado el factor mecánico en los movimientos de abducción del hombro: el manguito puede rozar con el tercio antero-inferior del acromion. La presencia de un osteofito en la superficie inferior del acromion o de la clavícula y el engrosamiento del ligamento coracoacromial o de la bursa subacromial también disminuyen el espacio para el tendón.⁸

Los cambios degenerativos en el tendón explican que la mayor parte de las roturas del manguito se produzcan a partir de los 50 años de edad. Los microtraumatismos repetidos en algunas actividades deportivas y en el trabajo pueden tener un papel en la génesis de las roturas del manguito. La causa exacta del dolor con anomalías del manguito de los rotadores continúa siendo desconocida, pero, se han identificado lesiones intrínsecas del tendón, sobrecarga, insuficiencia vascular y pinzamiento del manguito con el acromion, el ligamento córaco-acromial, la coracoides y la glenoide pósterio-superior. Es posible que el dolor atribuido a un síndrome subacromial sea de causa multifactorial o de cualquier otra causa que no sea el contacto entre el manguito rotador con la porción antero-lateral del acromion. Los factores anatómicos que pueden producir un síndrome de pinzamiento subacromial

⁷ Manual de guía clínica para el tratamiento de la lesión de manguito de los rotadores. INR [Internet] Subdirección de medicina del deporte, 2015 Disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/descargas/iso/doc/mg-smd-07.pdf>

⁸ Leyes M, Forriol F. La rotura del manguito rotador: etiología, exploración y tratamiento. [Internet] MAPFRE 2012 [consultado: 17-11-17]. Disponible: <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v23s1/docs/Articulo6.pdf>

están relacionados con la poca vascularización del tendón, con los cambios de la red de colágeno propios de la edad, con cambios en la morfología y las dimensiones del espacio subacromial y, finalmente, con los traumatismos, además, de con la tensión, el sobreuso y los movimientos repetidos.



<http://bit.ly/2CnQ67r>

CUADRO CLÍNICO DE LA ROTURA DEL MANGUITO ROTADOR

La lesión del manguito de los rotadores es una causa frecuente de dolor en el hombro. El dolor puede ser secundario por el atrapamiento del manguito en el espacio subacromial, inflamación de la bursa subacromial, tendinosis o rotura del manguito. La incidencia de roturas del manguito de los rotadores aumenta con la edad y son más frecuentes en el hombro dominante; el tendón que con más frecuencia se rompe es el m. supraespinoso, que generalmente se localiza en la inserción del tendón en el troquíter. Las roturas parciales intratendinosas y de la superficie articular son las más frecuentes. El síntoma más frecuente en la rotura del manguito de los rotadores es el dolor, localizado en la cara anterior y lateral del hombro, que se agrava con las actividades por encima de la cabeza. Con frecuencia, el dolor es de comienzo insidioso y de predominio nocturno. Menos frecuentemente, la instauración del dolor puede ser aguda tras una caída sobre el hombro afecto. Las personas con rotura parcial del manguito tienen mayor dolor con las maniobras de contracción contra resistencia que las personas con roturas totales. Los desgarros del lado bursal del tendón son a su vez más sintomáticos que los del lado articular, y en casos de larga evolución o con avulsión del manguito la persona refiere además debilidad en la abducción y rotación externa del hombro.



<http://bit.ly/2CmcJJ0>

EXPLORACIÓN FÍSICA

Existen maniobras o signos específicos que permiten explorar de forma selectiva e individualizada los distintos músculos que forman el manguito de los rotadores. A pesar de las muchas pruebas descritas en la literatura para explorar el hombro, falta un consenso que señale las más específicas.

Las siguientes signos o maniobras provocan dolor en las personas con lesión del musculo supraespinoso:

- **El signo de Neer** aparece con un movimiento pasivo con el brazo en abducción, flexión y rotación interna.
- **La maniobra de Yocum** se efectúa con la mano del brazo afecto situada en el hombro contralateral y se le pide a la persona que levante el codo. Se puede realizar la maniobra aplicando resistencia a la elevación del codo.
- **En la maniobra de Hawkins** se solicita a la persona que flexione el hombro y el codo a 90°. Mantiene esta posición y lleva pasivamente el brazo en rotación interna.
- **En la maniobra de abducción resistida** se le pide a la persona que realice una abducción y aplicamos resistencia, impidiendo el movimiento.
- **En la maniobra de Jobe**, la persona se sitúa con el brazo en posición de abducción de 90°, flexión de 30° y rotación interna, con los pulgares hacia abajo. En esta posición se le pide que haga una elevación resistida del brazo. Si hay dolor, pero el paciente resiste la fuerza, se diagnostica tendonitis del supraespinoso; cuando no resiste la fuerza se considera una rotura.
- **Signo del brazo caído**. Se le pide a la persona que realice una abducción de 120°. El paciente debe mantener la posición y luego descender lentamente. Si hay rotura parcial al descender, habrá un punto en el que no podrá resistir el peso y el brazo caerá.

El musculo infraespinoso se puede explorar con:

- **La maniobra de Patte**. Para ello se sitúa el brazo en una posición de abducción de 90° y flexión de 30°, con el codo flexionado en 90°. Aplicamos resistencia a un movimiento de rotación externa y elevación. Si el musculo infraespinoso está lesionado, dicha maniobra desencadena dolor.
- **En el signo del brazo caído (drop sign)**, el paciente está sentado y dando la espalda al explorador, que sujeta el brazo afecto pegado al cuerpo y el hombro en rotación externa completa, con el codo flexionado a 90°. El paciente debe mantener esta posición al tiempo que el examinador suelta la muñeca mientras sujeta el codo. El signo es positivo si se produce una caída del antebrazo. **El signo del hornblower** (soplador de cuerno) es semejante.

El musculo subescapular se explora con las siguientes maniobras:

- **Rotación interna resistida.** Cuando existe dolor, el subescapular está lesionado.
- **Prueba de Gerber.** Llevando el brazo por detrás de la espalda con el codo flexionado en 90°, resistimos el movimiento de rotación interna, separando la mano de la espalda.
- **Prueba de presión del abdomen.** El paciente presiona su mano contra el abdomen. Si el musculo subescapular está intacto, el paciente puede mantener el codo anterior con respecto al tronco. En el hombro con deficiencia del musculo subescapular el paciente extenderá el hombro para producir presión sobre el abdomen, permitiendo que el codo se vaya hacia atrás con respecto al tronco.
- **Prueba de Napoleón.** La mano se coloca sobre el abdomen, similar al conocido retrato de Napoleón. La prueba se considera normal o negativa si el paciente es capaz de empujar contra el abdomen con la muñeca extendida. Se considera positiva si el paciente flexiona la muñeca a 90° para presionar en el abdomen, utilizando para ello las fibras posteriores del musculo deltoides.
- **Prueba del abrazo del oso.** El paciente coloca la palma de la mano del lado afecto sobre el hombro contralateral con los dedos extendidos y el codo colocado anterior.

Dado la amplia gama de pruebas existentes, se comprende que la evaluación de la patología del manguito rotador no es determinante en muchas ocasiones. Se pueden realizar muchas pruebas, pero la contribución de cada una de ellas para establecer un diagnóstico diferencial del dolor del hombro y la combinación de las pruebas y su secuencia no están claras; además, la mayoría de las pruebas no son exactas. En parte es comprensible, ya que el manguito de los rotadores se compone de cuatro tendones que forman una inserción común en las tuberosidades del húmero. Esto sugiere que no hay ningún test selectivo que pueda detectar la lesión de ninguno de los músculos individualmente. En la práctica diaria no siempre es posible realizar todas las pruebas descritas, y en ocasiones el hombro está tan dolorido que no es posible manipularlo

TRATAMIENTO

No todo manguito roto debe ser intervenido. En la mayoría de los casos se puede iniciar un tratamiento conservador, salvo en las roturas causadas por un traumatismo agudo con gran debilidad o de tamaño superior a 3 cm, en las que es preferible el tratamiento quirúrgico precoz. El tratamiento conservador incluye reposo y modificación de la actividad, utilización de cabestrillo, antiinflamatorios orales, crioterapia y fisioterapia precoz. Casi un 50% de los pacientes consiguen de esta forma un alivio del dolor con mejoría de la movilidad y están satisfechos con los resultados. Los resultados del tratamiento conservador son peores en pacientes con larga duración de los síntomas (6-12 meses) y con roturas mayores de 3 cm de diámetro. Los pacientes con rotura del manguito de los rotadores tratados conservadoramente deben disminuir su actividad y el tamaño de sus roturas aumenta con

el tiempo. La inyección subacromial de corticoides es perjudicial, ya que inhibe la síntesis de colágeno, produce atrofia tendinosa y disminuye la capacidad intrínseca de reparación del tendón.⁹

El tratamiento quirúrgico se indica en roturas del manguito que no respondan al tratamiento conservador, persistiendo el dolor, la debilidad, la pérdida de movilidad o la limitación funcional. El objetivo del tratamiento quirúrgico es la reinserción del manguito en la cabeza humeral. Y, al parecer, para conseguir buenos resultados no es necesario obtener un cierre hermético del manguito. La cirugía obtiene peores resultados cuando la rotura es de mayor tamaño, la calidad del tejido es pobre, la movilización del tejido es difícil, la porción larga del bíceps está rota y los pacientes son mayores de 65 años, fumadores o diabéticos. En las roturas crónicas, la reparación del manguito no permite recuperar la atrofia muscular, ni tampoco la degeneración grasa muscular. Durante años se ha realizado acromio plastia asociada a la sutura del manguito de forma rutinaria.

REHABILITACIÓN

La Rehabilitación se utiliza para restablecer la función normal del hombro, y así lograr la máxima independencia funcional, laboral y social de acuerdo con cada persona. Dentro del tratamiento de rehabilitación para hombro se utilizan ejercicios, agentes físicas con la finalidad de disminuir el dolor.

Los agentes que se utilizan para la rehabilitación son: compresas de calor, crioterapia, ultrasonido, cera, tinas hidráulicas, ejercicio físico en terapia física y algunos ejercicios de fortalecimientos en terapia ocupacional. Es importante que la persona sepa que la rehabilitación es un proceso lento, y debe cumplir con el programa para conseguir óptimos resultados.

La rehabilitación tras la cirugía del manguito debe ser precoz para recuperar cuanto antes la movilidad pasiva del hombro. En la primera semana se permite a la persona ejercicios de flexo-extensión del codo y movimientos pendulares del hombro. La utilización del cabestrillo en el postoperatorio es controvertida; en las roturas del manguito que precisan reciclaje a la tuberosidad se coloca un cabestrillo en rotación neutra durante tres semanas por el día y la noche y otras tres semanas únicamente por la noche. Los ejercicios activos del manguito se inician a la sexta semana de la intervención.

Es importante hacer mención de que la persona debe cumplir con el programa de rehabilitación, para conseguir los resultados duraderos. El tratamiento no debe limitarse a dos o tres sesiones por semana en el hospital, se debe explicar de forma detallada a la persona y a su familia la importancia de seguir el programa en el domicilio.

⁹ Delgado Gamboa A.,J. Fajardo. Lesiones del manguito Rotador. Revista médica de Costa Rica y Centroamerica. 2014. [Consultado 18-11-17]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc142g.pdf>

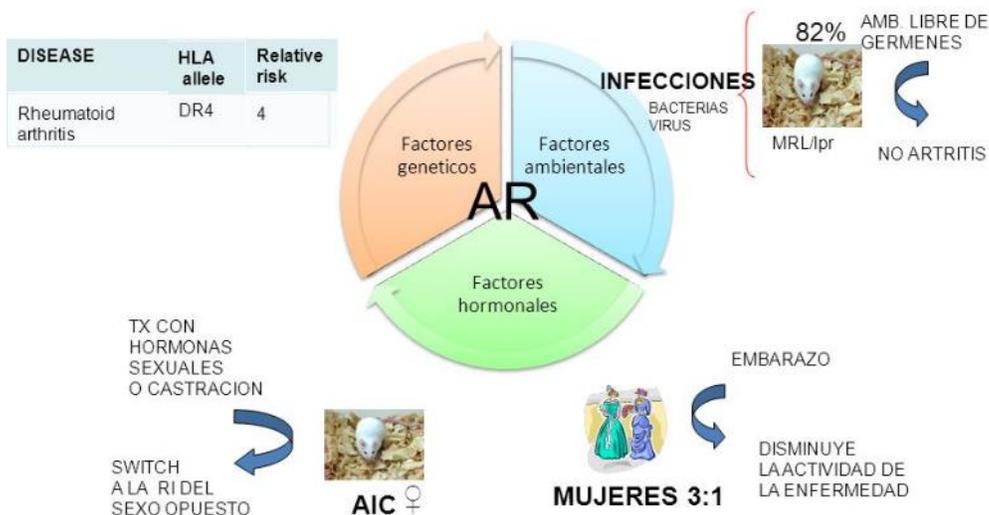
ARTITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad compleja, de naturaleza autoinmune, sistémica, crónica, del tejido conjuntivo, que afecta sobre todo a las articulaciones periféricas y cursa con dolor e inflamación en las articulaciones que da lugar a la destrucción progresiva de las estructuras articulares y periarticulares. Habitualmente evoluciona de forma progresiva produciendo distintos grados de deformidad articular y limitación funcional. Puede causar daños en los cartílagos, huesos y tendones y ligamentos de las articulaciones, llegando a afectar incluso a diversos órganos y sistemas (ojos, pulmones, corazón, piel). Tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente y origina un coste económico y social muy importante. En la mayoría de los pacientes el curso de la enfermedad es progresivo y conduce a una lesión estructural articular, deterioro funcional, disminución de la calidad de vida, aumento de la morbilidad y de la mortalidad.

ETIOLOGÍA

La etiología de la Artritis Reumatoide es desconocida, pero se postula que se desencadena en individuos con una predisposición genética después de la exposición repetida a ciertos agentes ambientales. Algunos factores de riesgo pueden ser comunes en otras enfermedades autoinmunes,

ETIOLOGIA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE



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

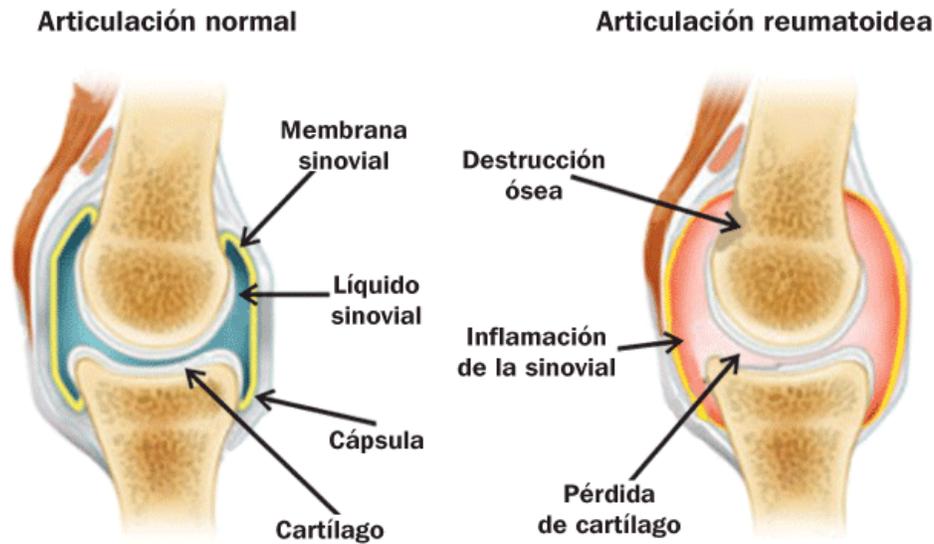
en revisión sistemática, se han observado un incremento de la prevalencia de tiroides autoinmune y diabetes mellitus insulino dependientes en los pacientes de Artritis Reumatoide y con una asociación

inversa entre la esclerosis múltiple y Artritis Reumatoide. En las mujeres la Artritis Reumatoide se desarrolla frecuentemente en períodos en los cuales las hormonas esteroideas fluctúan mucho, como por ejemplo el post-parto y la perimenopausia. Es probable que desde antes del nacimiento empiecen a acumularse los factores de riesgo como puede ser el peso al nacer y la composición genética del CMH de la madre, que influirán en el desarrollo de la Artritis Reumatoide. Fumar tabaco es uno de los factores ambientales más fuertemente asociados al riesgo de presentar Artritis Reumatoide. Se ha estimado que el riesgo es aproximadamente el doble en los fumadores que, en los no fumadores, especialmente en los hombres que fuman bastante y con factor reumatoide positivo.

FISIOPATOLOGÍA

La Artritis Reumatoide se caracteriza por la inflamación de la membrana sinovial, seguida de la formación de un tejido que se llama “pannus” y que conduce a la destrucción del cartílago y erosión de los huesos con la consiguiente limitación funcional, junto con las manifestaciones extraarticulares. Parece ser que una producción de inflamación sistémica precedería a la inflamación sinovial; en algunos pacientes hasta 15 años antes. En la inflamación de las articulaciones intervienen una serie de cascadas inflamatorias, desencadenadas probablemente por la inmunidad adaptativa. En la AR se ha observado que las células progenitoras hematopoyéticas presentan un acortamiento telomérico inapropiado para su edad que podría producir envejecimiento prematuro y una posible restricción de la capacidad proliferativa.

La membrana sinovial es el lugar donde se inicia el proceso inflamatorio articular y está compuesta por una población de células entre las que destacan los fibroblastos y los macrófagos. La inflamación de la membrana sinovial se produce tras la infiltración en la misma de linfocitos T.



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

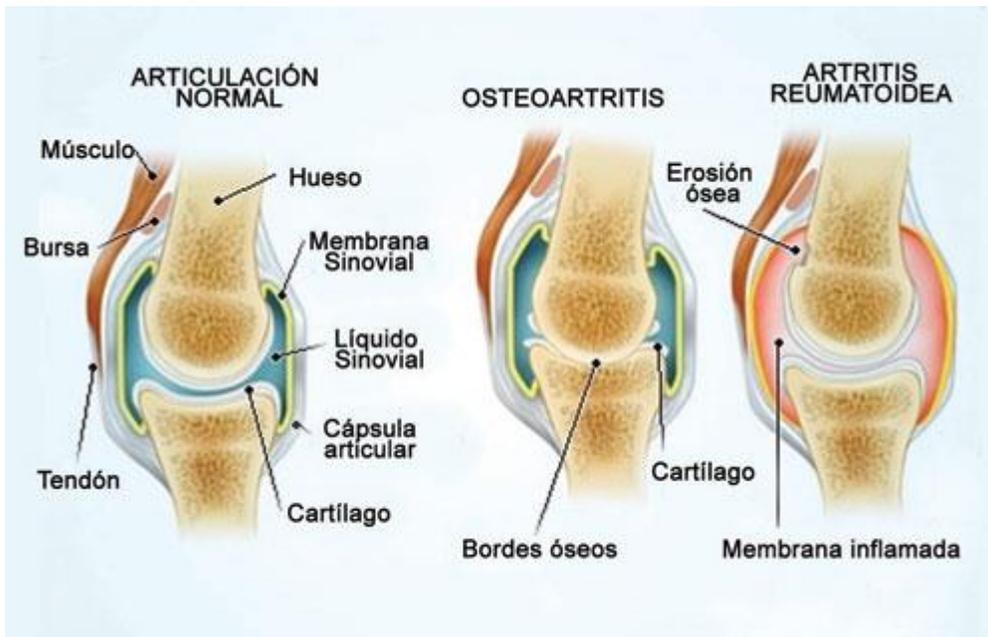
SIGNOS Y SINTOMAS

La enfermedad comienza con dolor y tumefacción articular que se puede instaurar en semanas o meses. Las articulaciones más afectadas al inicio de la enfermedad son las metacarpofalángicas (MCF), interfalángicas proximales (IFP) de las manos, muñecas y metatarsfalángicas (MTF) de los pies. A medida que avanza la AR se afectan otras articulaciones como hombros, codos, rodillas y tobillos. La rigidez matutina es característica de la AR activa y se define como la dificultad al movimiento de las articulaciones al levantarse de la cama o después de permanecer un tiempo en reposo. La afectación articular es simétrica y la rigidez matutina de más de 1 hora de duración. Además de estos síntomas articulares el paciente puede tener síntomas generales como fiebre, fatiga, pérdida de peso, mialgias y afectación emocional. La fatiga es un estado fisiológico causado por la acción directa de citocinas proinflamatorias (en particular la IL-1 e IL-6) sobre receptores de citocinas en las células endoteliales del cerebro. Por tanto, la fatiga debe ser medida como una parte del estado del paciente, y así se ha observado un efecto beneficioso disminuyendo la fatiga en los nuevos tratamientos con antagonistas de citocinas. La afectación extraarticular puede afectar al 50% de los pacientes. La manifestación más frecuente es el síndrome de Sjögren (35%), que se caracteriza por sequedad bucal y ocular. Los nódulos reumatoides se presentan sobre superficies de presión como codos, tendón de Aquiles y dedos. El 7% de los pacientes en el momento del diagnóstico de la AR tienen nódulos y aproximadamente un 30% de los pacientes tendrán nódulos en algún momento de la enfermedad.

DIAGNÓSTICO

Entre los factores predictivos para el diagnóstico de la AR desde una artritis inflamatoria periférica tenemos la edad avanzada, sexo femenino y rigidez articular. La artritis inflamatoria evoluciona a AR cuando se ven afectadas un número elevado de articulaciones dolorosas y tumefactas, tanto grandes como pequeñas articulaciones, tanto de extremidades superiores como inferiores y simétricamente. No hay ningún test específico para el diagnóstico de la AR. El diagnóstico se lleva a cabo en base del fenotipo clínico (poliartritis simétrica crónica) y con la ayuda de datos analíticos o radiográficos (erosión articular). Los criterios de clasificación diagnóstica para la AR se desarrollaron en 1987 (61) por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) y hasta ahora se han usado principalmente para estudios epidemiológicos o ensayos clínicos más que para la práctica clínica. Estos criterios surgieron a partir de pacientes con una AR establecida y tenían una muy pobre sensibilidad para el diagnóstico de AR en pacientes con comienzo reciente de la artritis.

Un diagnóstico y un tratamiento precoz efectivo en las primeras fases de la enfermedad reducen el daño estructural. La mayoría de los pacientes tienen un daño radiológico en los primeros 2 años de la enfermedad y es en este período cuando el daño estructural avanza con más rapidez. Toda artritis de más de 4 semanas de duración debe ser referida a atención especializada y en caso de sospecha de una artritis séptica la derivación será inmediata.



<https://bit.ly/2BCHE2i>

TRATAMIENTO

El objetivo terapéutico es conseguir la remisión de la enfermedad o, en su defecto, disminuir la actividad inflamatoria de tal manera que el paciente experimente una mejoría significativa de sus síntomas, su capacidad funcional y laboral y su calidad de vida y que al mismo tiempo se retrase la lesión estructural articular. Aunque no hay cura para la Artritis Reumatoide en el momento actual, varios estudios recientes confirman que un número significativo de pacientes podrían lograr la remisión clínica (ausencia de dolor e inflamación en las articulaciones) después de una terapia antirreumática efectiva¹⁰.

TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN

En el campo de la rehabilitación el tratamiento que se brinda a estos pacientes es limitado por el componente autoinmune, inflamatorio y degenerativo de las mismas.

El papel del fisioterapeuta en estas enfermedades suele orientarse a la reducción del dolor, la prevención de la limitación articular y de la atrofia muscular, así como a la rehabilitación de la funcionalidad. A pesar de la intervención fisioterapéutica, con frecuencia no se logra una completa disminución de sus signos y síntomas, incluso con el manejo farmacológico desarrollado por la reumatología.

En este sentido, hay metas específicas de estos profesionales para impedir el deterioro que ocurre en los diferentes síndromes musculoesqueléticos.¹¹

Consideraciones generales: El paciente con Artritis Reumatoide, tiene crónicamente una afectación funcional y psíquica, teniendo una especial afectación articular, por lo que se deben tomar precauciones en las técnicas de fisioterapia a aplicar:

- Se realizan sesiones de corta duración (para evitar la fatiga del paciente)
- Periodo de descanso entre sesiones
- Se realizarán maniobras lentas, evitando gestos bruscos que lesionan la articulación
- Utilizar resistencia pequeña o moderada, en dependencia a la fase en que se encuentra la persona.
- No debe realizarse presiones fuertes (masajes, ejercicios pasivos), en pacientes con vasculitis porque pueden producir hematomas

¹⁰ García Sevillano L. Avances en artritis reumatoide. An. Real Acad. Farm. [Internet] 2014. [citada 12. Noviembre. 2018] pág.126-150. Disponible en: <http://analesranf.com/index.php/aranf/article/view/1466/1531>

¹¹ Hernández Martín AD, Puerto Noda I, Falcón Hernández A, Morejón Barroso O, González Andreu D. Rehabilitación integral del paciente reumático. Revista Cubana de Reumatología. [Internet] 2014 [Citado el 14. Noviembre. 2017] 15-22 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v16n1/rcur03114.pdf>

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 CONCEPTUALIZACIONES DE ENFERMERÍA

La enfermería representa la atención autónoma y en colaboración de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias, comprendiendo la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal¹²

4.2. PARADIGMAS

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de *V.Henderson*, *H. Peplau* y *D. Orem* quedan enmarcados dentro de este paradigma. Según esta orientación, en los conceptos del meta paradigma de enfermería se observa que:

¹² Organización Mundial de la Salud. Consultado: 9/12/2017 Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo. Los modelos y teorías propuestos por *R.R. Porse, M.Newman, M. Rogers* y *Walson* quedan encerrados dentro de este paradigma. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:

- La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.

- La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.
- El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

Puede afirmarse que en la evolución de la disciplina de enfermería existe una creciente preocupación por los cuidados que utilizan el conocimiento propio de la disciplina para dispensar cuidados de salud creativos. Este paradigma se encuentra bien definido, pues es el centro de interés de la enfermería y por tanto, el eje de actuación en todos los campos de su práctica. Como describiera *Kerouac*, los cuidados de la persona son el núcleo de la profesión de enfermería, cuando expone. "El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud". Este paradigma cumple las cinco funciones enunciadas por Merton:

- Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones, que puede utilizarse para la descripción y el análisis.
- Reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita.
- Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas.
- Promueve el análisis más que la descripción de detalles completos y permite codificar el análisis cualitativo, de forma que se aproxime a la lógica, aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

Los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra más en el fenómeno que en los detalles que lo originan y permiten mayor aproximación lógica, así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina.¹³

¹³ Morales Valdivia, Rubio Contreras E, Ramírez Durán. Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. Revista Científica de Enfermería [Internet] 2012. [Citado 12. Noviembre. 2017] 1-17 Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44871/1/RECIEN_04_06.pdf

La enfermería en el área de rehabilitación tiene como objetivo realizar labores asistenciales y educativas que permitan a la persona con una discapacidad proporcionar herramientas que le permitan el autocuidado, y en un nivel comunitario (grupo familiar o cuidadores), promover el desarrollo de habilidades y actitudes que les permitan apoyar a la persona con discapacidad.

Los paradigmas presentan visiones desde sus componentes filosóficos, epistemológicos e ideológicos y por la relación sujeto/objeto. Enfermería no ha sido ajena al desarrollo histórico social de los paradigmas; muestra Paradigmas de investigación en enfermería de ello es la producción, tipo y enfoque de las investigaciones realizadas en sus diferentes momentos. Un paradigma no es mejor ni peor entre sí, uno prevalece ante otro en la medida en que brinde mejores y mayores posibilidades (prisma) de conocer y comprender el objeto de investigación en estudio. La investigación en enfermería debe contemplar en su malla curricular el abordaje de ambos paradigmas (cuali-cuantitativo) y a su vez la investigación debe plantearse como un eje integrador tanto en el área básica como profesionalizante. La triangulación es una estrategia que puede ser utilizada en enfermería, pues permite la convergencia de resultados de un mismo objeto estudiado, sin perder la orientación del método.

Dorothea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

- **Persona:** concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.
- **Salud:** la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración 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.¹⁴

¹⁴ Prado Solar Liana Alicia, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noelvis, Romero Borges Karelia. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Nov 30]; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es.

4.3 TEORIAS DE ENFERMERIA

TEORIA DEL AUTOCUIDADO

Dentro de las clasificaciones para el estudio de las diferentes teorías y modelos, encontramos los modelos de suplencia o ayuda donde el rol fundamental de la enfermera consiste en suplir o ayudar a realizar acciones que la persona no puede llevar a cabo por si solas en un momento de su vida, acciones que preservan la vida, una de las representantes más importante de esta tendencia es Dorotea E Orem estableciendo la teoría del déficit del autocuidado como un modelo general compuesto por tres subteorías relacionadas.

1. La teoría de autocuidado
2. La teoría del déficit del autocuidado
3. La teoría de los sistemas de enfermería

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

Los enfermeros(as) actúan cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse, para ello D. Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, que se basan en la relación de ayuda y/o suplencia los enfermeros(as) hacia la persona, y son:

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

“Asumiendo que el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas, una actividad del individuo, aprendida por este y orientada hacia un objetivo”, una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar; consideramos que el autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería.¹⁵

Por tanto, para aplicar el modelo de Orem deben tenerse presente las siguientes pautas:

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

¹⁵. Ibidem p 23

Como se puede apreciar, la realización del autocuidado requiere de una acción intencionada y calculada, la que está condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de la persona y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. No obstante, las personas pueden elegir la no-acción, es decir, pueden decidir no iniciar una conducta de autocuidado cuando es necesaria, por razones que incluyen la ansiedad, temor, o tener otras prioridades.

Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado.

Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta investigadora identifica en su teoría tres categorías de requisitos de autocuidado para el desarrollo de la actividad de enfermería teniendo en cuenta que estos requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados.

Estos requisitos que se exponen a continuación representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana, fomentando positivamente la salud y el bienestar.

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

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

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

TEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

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

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición de legitimar la necesidad de cuidados de enfermería. Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras.

Los enfermeros(as) establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.

TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

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

- Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.
- Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente, la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

Estos sistemas de cuidado, se deben individualizar y concretar en cada paciente, para ayudar al proceso de determinación de las intervenciones y actividades específicas, así como para la evaluación de los resultados de la aplicación de estos sistemas.¹⁶

4.4 PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es un método de organización del trabajo en esta disciplina, que, por supuesto difiere de la concepción de «método científico», el cual se refiere a la metodología de la ciencia. Es un recurso para tratar de sistematizar las intervenciones, un sistema de resolución de problemas, e incluso una filosofía de enfermería; más allá del objeto de dotación de leyes y teorías propias. Sin embargo, esto último, que, si es objeto del método científico, está estrechamente vinculado a nuestra intervención, pues en esta se pone de manifiesto los resultados respaldados por la investigación científica de enfermería, que ha utilizado una metodología concreta y definida.¹⁷

El proceso de atención de enfermería suele tener una serie de etapas, entre las que podemos destacar las siguientes:

Valoración

En esta etapa se realiza inicialmente una recogida de datos en relación con la persona para conocer su situación. Las fuentes de información para la obtención de datos suelen ser las siguientes: el historial médico del paciente, el propio paciente, su familia o alguna persona relacionada con él. Esta información va a ser la base para la toma de decisiones que se lleve a cabo posteriormente.

¹⁶. *Ibidem* p 23

¹⁷ Ramírez AE. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Enfermería Universitaria*. [Internet] 2016. [Citado el 12. Noviembre. 2017] Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n2/1665-7063-eu-13-02-00071.pdf>

Diagnóstico

En esta etapa se llega a una conclusión en base a la valoración desde el punto de vista de la enfermería de los datos recabados en la fase anterior. El diagnóstico de enfermería es distinto del diagnóstico médico.

Planeación

En esta tercera fase, una vez valorada la información proveniente de las diversas fuentes anteriormente mencionadas y elaborado un diagnóstico de enfermería se establecen los objetivos y cuidados de enfermería que se van a realizar.

Ejecución

Esta etapa es decisiva dentro del proceso de atención de enfermería y supone la puesta en práctica de las decisiones que se hayan tomado en la etapa anterior, es decir, se ejecutan los cuidados que se ha decidido aplicar. En esta fase es muy importante la recogida de datos y revaloración para poder analizarlos en la fase siguiente.

Evaluación

En la fase de evaluación, una vez aplicados los cuidados a la persona, se determina si el estado de la persona se corresponde con los resultados que se esperaban. En esta fase del proceso se valora si la evolución es correcta o se deben introducir cambios en las decisiones tomadas.

La evaluación requiere el examen de varios aspectos como: el examen físico de la persona, el análisis del historial clínico y la entrevista con la persona, entre otros.

V. METODOLOGIA

5.1 ESTRATEGIAS DE INVESTIGACION:

ESTUDIO DE CASO

El estudio de caso es una herramienta de investigación y una técnica de aprendizaje que puede ser aplicada en cualquier área de conocimiento.¹⁸

Teniendo en cuenta las aportaciones de diferentes autores se puede destacar un conjunto de características básicas de los estudios de casos, que, en su conjunto, les diferencia de otros métodos de investigación:

1. Realizan una descripción contextualizada del objeto de estudio. El principal valor de un estudio de caso consiste en desvelar las relaciones entre una situación particular y su contexto.
2. Son estudios holísticos. El investigador ha de tratar de observar la realidad con una visión profunda y, asimismo, ha de tratar de ofrecer una visión total del fenómeno objeto de estudio, reflejando la complejidad del mismo.
3. Reflejan la peculiaridad y la particularidad de cada realidad/situación a través de una descripción densa y fiel del fenómeno investigado.
4. Son heurísticos. Los estudios de caso tratan de iluminar la comprensión del lector sobre el fenómeno social objeto de estudio.
5. Su enfoque no es hipotético. Se observa, se sacan conclusiones y se informa de ellas.
6. Se centran en las relaciones y las interacciones y, por tanto, exigen la participación del investigador en el devenir del caso.
7. Estudian fenómenos contemporáneos analizando un aspecto de interés de los mismos, exigiendo al investigador una permanencia en el campo prolongada.
8. Se dan procesos de negociación entre el investigador y los participantes de forma permanente
9. Los estudios de caso incorporan múltiples fuentes de datos y el análisis de los mismos se ha de realizar de modo global e interrelacionado.

¹⁸ Álvarez Álvarez C, San Fabián Maroto JL. La elección del estudio de caso en investigación educativa. *Gazeta de Antropología* [Internet] 2012 [citado 13. Noviembre. 2017] 28 (1), artículo 14 Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/4162/CarmenAlvarez-JoseLuisSanFabian%20Gazeta%20de%20Antropologia.pdf?sequence=1>

10. El razonamiento es inductivo. Las premisas y la expansión de los resultados a otros casos surgen fundamentalmente del trabajo de campo, lo que exige una descripción minuciosa del proceso investigador seguido.

El éxito de los estudios de caso guarda una estrecha relación con el cumplimiento de una serie de requisitos o condiciones como el interés e implicación de los sujetos investigados en el estudio a realizar, las buenas relaciones entre investigadores y sujetos investigados, la probabilidad de innovar o transformar la situación de partida con la investigación o la ventaja indudable de contar con apoyos (asesores) en los procesos educativos de cambio.

La realización de estudios de caso en la investigación educativa plantea ventajas y también algunas limitaciones con las que debemos contar y paliar en la medida de lo posible. Un estudio de caso abre enormes posibilidades a la investigación.

La investigación mediante estudios de casos sigue unas fases generales ampliamente aceptadas. Tomando la clasificación de Pérez Serrano (1994) y Martínez Bonafé (1990) podemos distinguir entre:

1. Fase preactiva. En ella se tienen en cuenta los fundamentos epistemológicos que enmarcan el problema o caso, los objetivos pretendidos, la información de que se dispone, los criterios de selección de los casos, las influencias del contexto donde se han desarrollado los estudios, los recursos y las técnicas que se han de necesitar y una temporalización aproximada. La pregunta de investigación sirve para definir la unidad o unidades de análisis a considerar
2. Fase interactiva. Corresponde al trabajo de campo y a los procedimientos y desarrollo del estudio, utilizando diferentes técnicas cualitativas: toma de contacto y negociación que sirven para delimitar las perspectivas iniciales del investigador, las entrevistas, la observación y las evidencias documentales. En esta fase es fundamental el procedimiento de la triangulación para que pueda ser contrastada la información desde fuentes diferentes.
3. Fase postactiva. Se refiere a la elaboración del informe del estudio final en que se detallan las reflexiones críticas sobre el problema o caso estudiado. Algunos problemas prácticos propios de esta fase son:
 - Dificultades respecto a la confidencialidad de los datos, pues debe salvaguardarse la identidad de aquellos sujetos que se investigan, salvo que en el estudio se acuerde que es importante desvelar algunos datos identificativos.
 - Escasez de tiempo por tener que efectuar una redacción y entrega de informes ágil.

- Problemas a la hora de difundir los resultados en la comunidad de profesionales y en la comunidad científica, también en los medios de comunicación social¹⁹

5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACION.

La elección de mi persona se dio en el Instituto Nacional de Rehabilitación durante mis prácticas del primer semestre en el área de Gimnasio, eligiendo a una persona género femenino de 65 años de edad, diagnosticada con lesión de manguito rotador, patología que llamo mi atención, ya que dicha incapacidad vulnera la calidad de vida, al afectar una extremidad que resulta de suma importancia para el desarrollo de las actividades diarias, la persona vive cerca del hospital y sus familiares son cooperadores, cabe mencionar que la persona refleja una actitud proactiva ya que se muestra cooperadora y atenta al tratamiento y a las actividades que promuevan su rehabilitación.

Se realizó una búsqueda de literatura entre el año 2012-2018 en el buscador Google académico, base de datos Pud Med, Sciense Direct, las palabras clave que se utilizaron para la búsqueda fue “Lesión de Manguito Rotador” y al encontrar una segunda enfermedad discapacitante en la persona se buscó “Artritis Reumatoide”, todos estos enfocados a etiología, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados de enfermería. Además de artículos impresos se realizó búsqueda de libros en la Biblioteca del Instituto Nacional Rehabilitación y en la Biblioteca de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

También realizo la búsqueda de información sobre enfermería especializada en rehabilitación en personas con lesión del Manguito Rotador, en la base de datos de la UNAM, encontrando una Tesina sobre el tema, al realizar la búsqueda en Internet, la información resulto insuficiente para contrastar mi trabajo, ya que su orientación es etimológica y anatómica y ninguno abordado desde el paradigma de rehabilitación en enfermería, lo que me lleva a la necesidad de abordar este tema y así generar información relevante sobre la patología y sus cuidados en enfermería en rehabilitación.

¹⁹Ibidem p 30

MAGNITUD

La incidencia de dolor de hombro en la población general es de alrededor de 11.2 casos por 1,000 personas por año y el manguito rotador es la causa principal de dolor del hombro. La incidencia estimada de lesiones del mango rotador es de 3.7 por 100,000 por año con una ocurrencia mayor durante la quinta década de vida entre los hombres y en la sexta entre las mujeres²¹

Enfermedades de Trabajo Según Naturaleza de la Lesión y Sexo, 2011 - 2013 Nacional

Naturaleza de la Lesión	2011		2012		2013	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Hipoacusias	1,341	47	1,312	49	1,431	58
Neumoconiosis	774	18	740	28	877	37
Dorsopatías	110	14	168	31	370	54
Entesopatías	86	191	128	375	96	273
Síndrome del túnel carpiano	24	135	29	204	58	278
Enfermedades Infecciosas y parasitarias	---	---	---	---	169	114
Lesiones del Hombro	---	---	---	---	102	179
Tenosinovitis de Estiloides radial de (Quervain)	---	---	---	---	40	216
Sinovitis, tenosinovitis y bursitis	62	219	69	361	62	165
Afecciones respiratorias debidas a inhalación de gases, humos, vapores y sustancias químicas	211	28	169	26	174	27
Otros	576	269	547	362	953	631

Fuente: Memorias estadísticas IMSS, 2011 - 2013

22

FACTIBILIDAD

La persona es muy cooperadora y se encuentra en la mejor disponibilidad de trabajar en su domicilio, no hay problema con el horario de Visitas domiciliarias ni con el número de estas. Los familiares como la Cuidadora Primaria accedieron inmediatamente y también es accesible.

Su domicilio queda a 10 minutos del Instituto y a una hora de mi casa. No existe mayor problema mí traslado. La persona tiene un tiempo de evolución de 6 meses. Dentro de los resultados esperados es que la persona recupere en la manera de lo posible un mayor rango de movilidad funcional para sus actividades de la vida diaria y un mejor manejo del dolor o disminución de este.

²¹ José Máximo Gómez Acevedo. El manguito de los rotadores. Orthotips 2014. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2014/ot143b.pdf>

²² Información sobre Accidentes y Enfermedades de Trabajo Nacional 2004-2013. Disponible en: <http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/dgsst/estadisticas/Nacional%202004-2013.pdf>

5.3 CONSIDERACIONES ETICAS

BIOÉTICA EN ENFERMERÍA

Enfermería como profesión se ha venido construyendo a lo largo de los siglos y más aceleradamente en las últimas décadas al igual que la medicina, estos adelantos demandan una formación con calidad humana, científica, técnica y ética, para atender todas las respuestas humanas de la persona familia y comunidad, que se han modificado por los adelantos biotecnológicos, los nuevos estilos de vida, los cambios socioeconómicos, las nuevas estructuras de la familia debido a la migración, medioambiente contaminado por el mismo hombre, aparecimiento de otras culturas minimizando lo tradicional, especialmente en aspectos sanitarios.

Esta realidad demanda una formación y práctica de salud fortalecida con conocimientos de las ciencias biológicas y sociales como la sociología, antropología, psicología, filosofía, ética, bioética, etología y la misma teología, que oriente el trabajo en equipo inter, trans y multidisciplinario de las personas profesionales y no profesionales que hacemos salud.

La formación de la enfermera a nivel de pre y postgrado debe dar más énfasis a la ética y bioética, así como la educación continua en un trabajo comprometido entre las escuelas y los servicios hospitalarios y de atención primaria como son los centros y subcentros de salud.

Esta formación apunta a una atención de calidad y con calidez al paciente/usuario, familia y comunidad, para promover el autocuidado, la promoción y fomento de la salud, la prevención de las enfermedades y la recuperación y rehabilitación de la salud, respetando su dignidad, sus derechos y su entorno.²³

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
2. y leal en el cuidado de las personas.
3. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de
4. Enfermería libre de riesgos.
5. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin
6. distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
7. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados
8. hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

²³ Cantos M. Enfermería y bioética. Citado 14/12/17. Disponible:
http://www.bioetica.org.ec/articulos/articulo_enferm_bioetica.htm

9. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a
10. la propia persona o a terceros.
11. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la
12. atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
13. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y
14. conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
15. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos,
16. técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
17. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
18. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales²⁴

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

En el ámbito médico, este principio obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar su salud, de la forma que considere más adecuada. Es un principio ético básico que se aplica primariamente al paciente, aunque también a otros que pueden beneficiarse de un avance médico en particular. Es el principio ético primero de las actuaciones médicas y responde al fin primario de la medicina, que es el promover el bien para el enfermo y la sociedad; en él se han fundamentado los códigos médicos, desde el Juramento de Hipócrates.

La palabra beneficencia tiene aquí su sentido etimológico, no el de una caridad ineficaz y paternalista y resulta más adecuada que el de benevolencia, en cuanto subraya el hecho de tener que hacer efectivamente el bien y no simplemente querer hacerlo o desear hacerlo.

Principio de no-maleficencia

La práctica médica ha estado asociada con la máxima latina *primum non nocere*, “sobre todo, no hacer daño” que los médicos hipocráticos practicaban y enseñaban. Este principio es distinto a la beneficencia, ya que el deber de no dañar es más obligatorio que la exigencia de promover el bien. Implica, sobre todo, el imperativo de hacer activamente el bien y de evitar el mal. El daño que se hace a una persona es más rechazable, en ciertas circunstancias, que el de no haber promovido su bien; la exigencia ética es más imperativa. De este principio se derivan para el médico normas concretas como “no matar”, “no causar dolor”, etc.

²⁴ UNAM. Consultado: 20/12/17. http://enfermeria.iztacala.unam.mx/enf_decálogo.php

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Este principio se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. Se refiere al respeto debido a los derechos fundamentales del hombre, incluido el de la autodeterminación. Es un principio profundamente enraizado en el conjunto de la cultura occidental, aunque ha tardado en tener repercusiones en el ámbito médico. Significa el reconocimiento de que el ser humano, también el enfermo, es un sujeto y no un objeto.

Cabe aclarar que el reconocimiento de este principio no significa que la decisión moral no tenga en cuenta el bien de los demás; la autonomía no significa automáticamente que el paciente haga o elija lo que quiera. Sucintamente, el principio de autonomía significa, en el terreno médico, que el paciente debe ser correctamente informado de su situación y de las posibles alternativas de tratamiento que se le podrían aplicar.

Asimismo, significa que deben respetarse las decisiones de los pacientes que, después de una adecuada información, tienen la suficiente competencia para tomar la decisión. En cualquier caso, no debe entenderse de manera absoluta el principio de autonomía: no se respetan las opciones del enfermo, aunque posea competencia, cuando son contrarias a las normas de la práctica profesional o a la ética del médico. La conclusión más concreta del reconocimiento del principio de autonomía en el enfermo se centra en el llamado "**consentimiento informado**", que regula la relación entre el médico y su paciente.

PRINCIPIO DE JUSTICIA

Se refiere a la obligación de igualdad en los tratamientos y, respecto del Estado, en la distribución equitativa de los recursos para prestar los servicios de salud, investigación, etc. Tradicionalmente, la justicia se ha identificado con la equidad, con dar a cada uno lo que le corresponde. Esta justicia o equidad no significa que se deba tratar a todos los pacientes de la misma forma, pero sí que cada uno tenga acceso a los servicios médicos adecuados, dignos y básicos.

Asimismo, en el trato con el paciente, el médico o enfermero no deben anteponer juicios de valor ni hacer distinciones por origen racial, sociocultural o socioeconómico, creencias religiosas, ideológicas o de otra índole, sino que el médico solamente debe ver en el paciente al ser humano sufriente que acude a él en busca de alivio a su dolor o sufrimiento.²⁵

²⁵ Ricardo Rivas Muñoz. Principios fundamentales de Bioética. FES Iztacala. Consultado 12/12/17. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/rriva>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

El consentimiento informado consta de dos partes:

1. **Derecho a la información:** la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado.

Los datos deben darse a personas *competentes* en términos legales, edad y capacidad mental. En el caso de personas *incompetentes* por limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia; es necesario conseguir la autorización de un representante legal. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.

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

Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico. Las situaciones en que se requiere el consentimiento informado escrito, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico son las siguientes:

- Hospitalización en pacientes psiquiátricos, por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, entre otros.
- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos para el control de la fertilidad.
- Participación en protocolos de investigación.
- Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales.
- Procedimientos invasivos.
- Procedimientos que produzcan dolor físico o emocional.
- Procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización

1. Debe obtenerse el consentimiento informado voluntario de cada persona antes de que ésta participe en el estudio clínico.
2. El consentimiento informado es un proceso mediante el cual una persona confirma voluntariamente su deseo de participar en un estudio en particular, después de haber sido informada sobre todos los aspectos del estudio que sean relevantes para su decisión.
3. El consentimiento informado se documenta por medio de un formulario de consentimiento informado escrito, firmado y fechado. .
4. Cualquier información o documento escrito utilizado para el proceso de consentimiento debe ser previamente aprobado por el comité de ética independiente.²⁶

²⁶ Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud, 2010. 60, págs. Última modificación : Martes 21 de Abril del 2015 por Centro del Conocimiento Bioético. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html

DERECHOS DE LOS PACIENTES

- ✓ Recibir atención médica adecuada.
- ✓ Recibir trato digno y respetuoso.
- ✓ Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- ✓ Decidir libremente sobre tu atención.
- ✓ Otorgar o no tu consentimiento válidamente informado.
- ✓ Ser tratado con confidencialidad.
- ✓ Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
- ✓ Recibir atención médica en caso de urgencia.
- ✓ Contar con un expediente clínico.
- ✓ Ser atendido cuando te inconformes por la atención médica recibida.²⁷

DERECHOS DE LOS Y LAS ENFERMERAS

- ❖ Ejercer enfermería en forma libre, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
- ❖ Desempeñar sus funciones en un entorno que garantice la integridad personal y profesional, libre de malos tratos.
- ❖ Contar con los recursos necesarios que le permitan desarrollar un alto desempeño de sus funciones.
- ❖ No ser presionados(as) a proporcionar información que sobrepase su competencia.
- ❖ Recibir trato digno de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional.
- ❖ Tener acceso a alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades.
- ❖ Tener acceso a actividades docentes y de investigación en su ámbito de competencia.
- ❖ Asociarse con libertad para salvaguardar sus intereses profesionales.
- ❖ Acceder a puestos de toma de decisiones en igualdad de condiciones, que otros profesionales sin discriminación alguna.
- ❖ Ejercer la profesión de acuerdo a la legislación vigente.²⁸

²⁷ CONAMED. Ley general de Salud. Citado: 13/12/17

http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf

²⁸Secretaría de Salud. Edomex. Consultado: 12/12/17. Disponible en:

http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/td_c_der_generales.html

VI. PRESENTACION DE CASO

6.1 DESCRIPCION DEL CASO

Persona: M.A.S.A.

Edad: 65 años

Género: Femenino

Domicilio: Del. Coyoacán CDMX

El primer contacto se hizo en el área del Gimnasio del Instituto Nacional de Rehabilitación. El pasado 15 de marzo del año en curso sufre una caída de las escaleras en donde cae sobre su hombro. Es intervenida quirúrgicamente dos veces en un hospital particular en donde le piden que tenga el hombro inmovilizado durante más de 2 meses. Al no recuperar un rango de movimiento funcional y con presencia de dolor (EVA 8/10) acude al Instituto Nacional de Rehabilitación en donde la citan a Terapias de Rehabilitación de mano. La persona además padece de Artritis Reumatoide controlada con 15 años de evolución.

Hombro izquierdo; flexión 40°, abducción 78°, rotación externa 40°. Sin actividad en deltoides medio y anterior. Se observa Signo del brazo caído.

Termino la terapia de rehabilitación de 10 días y se siente desanimada porque no siente mucho avance rápido en el tratamiento, aunque refiere que si hay. Vive con su esposo y una hija que tiene dos hijos. Tiene dos hijas más, una de ellas es Psicóloga y es la cuidadora primaria.

6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Papá y hermano: Artritis Reumatoide, Mamá: Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus, dos de sus hermanas: cáncer de mama.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

La persona ingiere cereales tres veces por semana, carne roja tres veces por semana, pollo dos veces por semana y pescado una por semana, frutas y verduras diario, leguminosas 5 veces por semana, lácteos diarios en el desayuno, 2 litros de agua de sabor de frutas naturales aproximadamente por día.

Cuenta con casa propia en donde vive con su esposo y la familia de una de sus hijas, el piso es de loseta, techo de concreto, adecuada iluminación y ventilación, sin mascotas, cuenta con todos los servicios, calle pavimentada. Su vivienda cuenta con 7 habitaciones y el baño se encuentra dentro de la casa.

Adecuada higiene personal, refiere bañarse diario, cambio de ropa diario y la higiene dental es buena.

Cuenta con esquema de vacunación completo

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICIOS

Menarca: 12 años, Ciclo menstrual de 30 días con duración de 4 y cantidad moderada, ya en menopausia, inicio de actividad sexual a los 19 años, 1 pareja sexual, 0 abortos, 0 cesárea y 3 embarazos. No recuerda fecha de última menstruación.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:

Artritis reumatoide con 15 años de evolución controlada con medicamentos. Dos intervenciones quirúrgicas por fractura de Húmero en el último año.

Los medicamentos que tiene indicados son:

- Metotrexato 2.5 mg cada 12 horas una vez a la semana.
- Meloxicam 15mg una vez al día por las mañanas
- Paracetamol 1g PRN

PADECIMIENTO ACTUAL

Lesión en manguito rotador, presentando dolor con un EVA de 8/10. Goniometría pasiva de hombro: flexión: 100°, extensión: 40°, abducción: 78°, rotación externa 40°. Sin actividad en deltoides medio y anterior.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACION:

- Nombre: MSA
- Fecha de Nacimiento: 10-jun-1948
- Sexo: Femenino
- Dirección: Col. Espartaco. Delegación Coyoacán
- Estado civil: Casada
- Escolaridad: Secundaria
- Religión: Católica
- Ocupación: Ama de Casa
- Cuidador Primerario: hija

VALORACIÓN POR REQUISITOS UNIVERSALES

- **Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.**

Campos pulmonares sin compromiso, adecuados movimientos torácicos, a la auscultación libre de estertores o sibilancias, adecuada coloración de tegumentos en extremidades superiores e inferiores. Niega consumo de cigarro. **Grado 2 en la Escala de disnea de Sadoul. (ANEXO 1)**

- **Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.**

Adecuada hidratación de mucosas orales, tegumentos hidratados, refiere consumir 2 Litros de agua de sabor de frutas naturales durante el día, 1 taza de leche por las mañanas, refrescos ocasionalmente durante visitas, niega consumo de bebidas alcohólicas. El agua que consume es de garrafón y no tiene problemas de suministro de agua. Sin problemas de deglución ni del mantenimiento del agua en la cavidad oral. Su estado no influye en la ingesta de líquidos.

- **Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimento**

La Señora MASA refiere comer adecuadamente, la dieta es equilibrada sin comer carne 3 días a la semana. Las comidas son con horario establecido ya que lo hace en compañía de su familia, no realiza colaciones, sin embargo, considera que tiene un buen aporte de alimentos y son de su agrado ya que ella los cocina, refiere tener la dificultad de cortar algunos vegetales. La persona tiene **Riesgo de desnutrición con 20 puntos en Evaluación del Estado Nutricional. (ANEXO 2)**

- **Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.**

La señora refiere miccionar aproximadamente 5 veces al día con el color de la orina concentrada, evacuar una vez al día en **tipo 4 según la escala de Bristol (ANEXO 3)**

- **Equilibrio entre actividades y descanso.**

Tiene limitación para realizar algunas actividades de la vida diaria con **95 puntos de la Escala de Barthel (ANEXO 4)** y **5 puntos en la escala de Lawton (ANEXO 5)** y esto interfiere en su estado de ánimo ya que se desespera. Refiere dormir aproximadamente 7 horas al día, sin presentar problemas de sueño y se siente descansada al despertar.

- **Equilibrio entre soledad y la comunicación social.**

Ella considera que su carácter no interfiere en la interacción con otras personas y le gusta convivir con personas de su edad sin embargo ahora que tiene esta limitación no puede salir a clases como antes. **11 puntos en Escala de depresión geriátrica de Yessavage. (ANEXO 6)**

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

La persona refiere tener buenos sentidos sin embargo la limitación física si la tiene insegura para poder movilizarse con **Riesgo bajo de caída según Dowton (ANEXO 7), 23pts escala Tinetti (ANEXO 8).**

7.1 VALORACIÓN

Parámetros	Resultados
Fecha:	16 Nov 2017
Peso:	55 kg
Talla:	143 cm
Perímetro abdominal:	90 cm
IMC:	27 sobrepeso
T/A:	130/90 mmHg
FC:	78x min
FR:	19 x min
Sat O2:	96%
Glucosa:	80mg/dl
EVA:	8-10

7.1.1 Valoración Focalizada

La señora MASA, adulta mayor se encuentra consiente, orientada y estable, cooperadora y alerta, adecuada hidratación y ligera palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas.

Cabeza sin masas, y simétrica, ojos simétricos, no usa lentes, oídos limpios si obstrucciones, nariz limpia sin secreciones.

Boca con dentadura incompleta en primeros molares superiores.

Cuello sin protuberancias ni masas a la palpación.

Movimientos pulmonares sin compromiso aparente, mamas simétricas sin masas a la palpación, abdomen con presencia de tejido adiposo con presencia de movimientos peristálticos, sin masas ni alteraciones.

Extremidades torácicas en hombro derecho con cicatriz quirúrgica, sin actividad en deltoides medio y anterior de MI, **Daniels 0/5 subaescapular, pectoral mayor, dorsal ancho y redondo mayor en MI 2/5 Escala Daniels (ANEXO 9)**, sin movimiento de flexión . Muñeca y dedos con movimientos normales. **EVA 6/10 tipo punzante (ANEXO 10)**

Goniometría del Hombro

Hombro	Derecho	Izquierdo	Valores Normales
Abducción	175°	20°	170-180°
Aducción	30°	30°	40-45°
Flexión	170°	0°	0-180°
Extensión	0°	0°	0°-45°
Rotación Interna	85°	0°	0-90°
Rotación Externa	85°	0°	0-90°

Miembros pélvicos sin alteración, llenado capilar adecuado con edemas de (+) sin presencia de varices. Paciente consiente sin alteraciones en pares craneales, motricidad sin alteración, marcha normal, sin presencia de reflejos patológicos, sin sensibilidad alterada.

Al valorar sus articulaciones refiere que tiene dolor 6/10 en EVA ya que olvida tomarse sus medicamentos y **en el cuestionario de Morisky-Green resultado incumplido (ANEXO 10)**

7.1.2 Jerarquización de Problemas

REQUISITOS	DIAGNOSTICOS
Equilibrio entre actividades y descanso	Dificultad para tomar objetos r/c lesión por traumatismo m/p disminución de la fuerza muscular, sin actividad en deltoides medio y anterior de MI 0/5, subescapular, pectoral mayor, dorsal ancho y redondo mayor en MI 2/5 (Daniels) y dolor a la movilización EVA 6/10 tipo punzante localizado en hombro
	Disminución de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria r/c disminución de arcos de movilidad del hombro izquierdo m/p limitaciones de algunas actividades de la vida diaria (Lawton 5pts y Barthel 95pts)
La prevención de peligros para la vida diaria, el funcionamiento y el bienestar humano	Riesgo medio de caídas r/c barreras arquitectónicas en el hogar Dawton con riesgo medio y 23 pts en Escala Tinetti (Riesgo Moderado)
	Desapego al régimen terapéutico r/c olvido de toma de medicamentos m/p síntomas de artritis agudizados como dolor y edema en articulaciones y adherencia terapéutica incumplida según el Cuestionario de Morisky-Green
	Disposición para recibir educación especializada de Enfermería en Rehabilitación m/p interés y disponibilidad mostradas durante visitas domiciliarias

7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Dificultad para tomar objetos r/c lesión por traumatismo m/p disminución de la fuerza muscular, sin actividad en deltoides medio y anterior de MI 0/5, subescapular, pectoral mayor, dorsal ancho y redondo mayor en MI 2/5 (Daniels) y dolor a la movilización EVA 6/10 tipo punzante localizado en hombro
- Disminución de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria r/c disminución de arcos de movilidad del hombro izquierdo m/p limitaciones de algunas actividades de la vida diaria (Lawton 5pts y Barthel 95pts)
- Riesgo medio de caídas r/c barreras arquitectónicas en el hogar Dawton riesgo medio y 23 pts en Escala Tinetti
- Desapego al régimen terapéutico r/c olvido de toma de medicamentos m/p síntomas de artritis agudizados como dolor y edema en articulaciones y adherencia terapéutica incumplida según el Cuestionario de Morisky-Green
- Disposición para recibir educación especializada de Enfermería en Rehabilitación m/p interés y disponibilidad mostradas durante visitas domiciliarias

7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Se pide referencia a Nutrición para orientar el problema de alimentación y obtener un adecuada valoración y orientación sobre los grupos de alimentos indicados para su edad y padecimiento, así como a Psicología para atender los signos de depresión.

7.4 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS

7.4.1 Objetivos de la persona

“Poder realizar sus actividades sin dolor”.

7.4.2 Objetivos de Enfermería

Ayudar a la persona por medio de Cuidados Especializados de Enfermería en Rehabilitación a mejorar su calidad de vida, disminuyendo la percepción del dolor y mejorando los arcos de movilidad en el hombro izquierdo y así realizar las actividades de la vida diaria de una manera óptima.



7.4.3 Intervenciones de Enfermería

1. Diagnóstico de Enfermería: Dificultad para tomar objetos r/c lesión por traumatismo m/p disminución de la fuerza muscular, sin actividad en deltoides medio y anterior de MI 0/5, subescapular, pectoral mayor, dorsal ancho y redondo mayor en MI 2/5 (Daniels) y dolor a la movilización EVA 6/10 tipo punzante localizado en hombro.			
2. Objetivo de la persona: “Que puedan mejorar la movilidad”			
3. Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona recupere fuerza muscular a un nivel funcional para las actividades de la vida diaria			
Intervención de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración del dolor por medio de la Escala EVA y Manual Muscular y maniobras de exploración (ANEXO 11) 2. Verificación de toma de medicamentos indicados por medico de forma correcta <ul style="list-style-type: none"> • Horario • Dosis • Medicamento correcto 3. Aplicación de compresas húmedo-calientes durante 20 min en el hombro sin contacto directo y valorando constantemente la piel para evitar quemaduras 4. Movilizaciones progresivas activas y pasivas del hombro: <ol style="list-style-type: none"> 1. Calentamiento 2. Estiramiento 3. Ejercicios de Fortalecimiento (ANEXO 12) 15 veces al día. Sin esforzarse demasiado y evitando forzarse demasiado Suspende a la presencia de dolor. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El dolor es un signo importante de que algo va mal fisiológicamente, por ejemplo, que los tejidos están lesionados. Puede ocupar todos los pensamientos de una persona, dirigir las actividades de la misma y cambiar su vida.²⁹ 2. Debemos estar seguros de que el paciente esta apegado a su tratamiento médico y descartar posibles errores de medicación que estén causando la presencia de dolor 3. Las compresas húmedo-calientes (termoterapia superficial) producen efectos benéficos sobre el dolor de forma tal que potencian una intervención posterior. 4. La movilización progresiva constituye un programa de actividades específicas destinadas a ayudar al paciente para lograr su movilización y ayudarle a conseguir su independencia.³⁰ 	Persona y enfermera	Parcialmente compensatorio

²⁹ 3. Ugalde Ovares C.U, Zúñiga D, Barrantes R. Actualización del síndrome de hombro doloroso: Lesiones del manguito rotador. [Internet] Medicina Legal de Costa Rica 2013. [Consultado 17. Noviembre. 2017] 27(2):205-217. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/257348561/Actualizacion-Del-Sindrome-de-Hombro-Doloroso-lesiones-Del-Manguito-Rotador>

³⁰ Delgado Gamboa, AJ. Fajardo. Lesiones del manguito Rotador. Revista médica de Costa Rica y Centroamerica. [Internet]2014. Consultado 18-11-17. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc142g.pdf>

<p>5. Terapias alternativas contra el dolor que tolere el paciente:</p> <p>Termoterapia Aromaterapia Musicoterapia Masoterapia</p> <p>(ANEXO 13)</p>	<p>5. Siempre se deben seguir las indicaciones médicas y vigilar que el paciente realice las actividades de la manera correcta para evitar lesiones.</p> <p>6. Las medicinas complementarias y alternativas constituyen una amplia y compleja combinación de intervenciones, filosofías, enfoques y terapias que adoptan un punto de vista holístico de la atención: el tratamiento de la mente, el cuerpo y el espíritu.³¹</p>		
---	--	--	--

³¹.Martínez Sánchez L.M., Martínez Domínguez G.I., Gallego González D., Vallejo Agudelo E.O., Lopera Valle J.S., Vargas Grisales N. et al . Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolorUse of alternatives therapies, current challenge in the management of pain. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Jun 04]; 21(6): 338-344. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000600007>



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



Diagnóstico de Enfermería: Disminución de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria r/c disminución de arcos de movilidad del hombro izquierdo m/p limitaciones en algunas actividades de la vida diaria (Lawton 5) (Barthel 95pts)			
Objetivo de la persona: “Realizar mis actividades en el hogar”			
Objetivo de Enfermería: Enseñar técnicas y aditamentos de ayuda para que la persona pueda realizar sus actividades en el proceso de rehabilitación			
Intervención de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> 1. Las indicaciones deben ser claras y precisas y acompañadas de demostración para una mejor retroalimentación. 2. Termoterapia: consiste en la aplicación de calor húmedo en la región dolorosa durante 20 minutos, siempre y cuando no presente inflamación o edema. 3. Se utilizarán todos los dispositivos de ayuda que sean necesario para: <ol style="list-style-type: none"> a. Alimentación b. Vestido c. Higiene personal d. Movilización (ANEXO 14) 4. Educación sobre el cuidado de la higiene articular. (ANEXO 15) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se trata de un aporte de energía externa a los tejidos corporales con el fin de aumentar la cinética propia, el movimiento muscular y, por tanto, su temperatura 2. Los aditamentos para las actividades de la vida diaria son indispensables para mantener la independencia. En general tienen mangos gruesos y una longitud mayor para que lleguen a sitios a los que la persona no puede llegar por su limitación articular y agarres más gruesos. El dolor disminuye significativamente con la utilización de estos aditamentos especialmente en las actividades de la cocina³² 3. Estimular el empleo de los adecuados mecanismos corporales y la simplificación de las AVD ayuda al paciente a conservar fuerza y evitar posibles daños articulares. 4. Se realizo cartel en donde se le explica a la persona los cuidados de la Higiene Articular 	Paciente, enfermera	Amparo Educador

³² Lugo LH, Ramírez G, Pallares Álvarez K, Ramírez Gómez LA. Rehabilitación en Artritis Reumatoide. Convenio ISS – ASCOFAME [Internet] 2012 [Citado 15. Noviembre. 2018] Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/artrit_rehab.pdf



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



Diagnóstico de Enfermería: Desapego al régimen terapéutico r/c olvido de toma de medicamentos m/p síntomas de artritis agudizados como dolor y edema en articulaciones y adherencia terapéutica incumplida según el Cuestionario de Morisky-Green

Objetivo de la persona: “No olvidar tomar mis medicamentos”

Objetivo de Enfermería: Explicar al paciente estrategias de autocuidado para el apego al tratamiento de medicamentos

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
1. Listado de todos los medicamentos que tiene que tomar el paciente 2. Explicar al paciente los efectos que puede ocasionar el no tomar los medicamentos conforme a las indicaciones 3. Ordenar los medicamentos de tal manera que sea fácil su manejo. 4. Buscar horarios de fácil recordatorio como acompañados con comidas siempre y cuando estos se puedan tomar con alimentos.	1. Se deben leer cuidadosamente las ordenes de la medicación, las fichas o listas de administración y comprobarlas con la etiqueta de cajas de los medicamentos para evitar errores ³³ 2. La información favorece la conformidad y la aceptación de la terapia. La persona debe estar consiente de los efectos y función de los medicamentos para que hacerla participe del tratamiento que esta realizando. 3. La organización del material ahorra tiempo y reduce las posibilidades de error. En este caso se utilizaron etiquetas de colores para la identificación correcta del medicamento. 4. Cuando una medicación tiene que ser tomada con alimentos en un horario específico, a menudo se pueden ajustar los horarios; ciertos medicamentos son incompatibles con ciertos alimentos	Persona y Enfermera	Parcialmente compensatorio

³³ Bárbara Kozier, G Erb, R Olivieri. Enfermería Fundamental, conceptos procesos y práctica. Interamericana Mc Graw-Hill. Cuarta edición 1994. Tomo 6. Pag 1052



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



Diagnóstico de Enfermería: Riesgo medio de caídas r/c barreras arquitectónicas en el hogar Dawton con riesgo medio y 23 pts en Escala Tinetti			
Objetivo de la persona: “Evitar caerse en su hogar”			
Objetivo de Enfermería: Educar a la persona sobre los cambios que se pueden realizar y evitar caídas en el hogar			
Intervención de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración de las barreras arquitectónicas en el hogar del paciente con previo permiso del mismo 2. Identificar cuáles son de riesgo potencial y q elementos se pueden cambiar sin afectar la economía del paciente y explicar a la paciente la importancia de realizar ciertas modificaciones en su hogar. 3. Enseñanza de como caer de una manera segura (ANEXO 16) 4. Realizar un programa de ejercicios de Equilibrio centrados en la prevención de caídas (ANEXO 17) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los riesgos en el hogar son las principales causas de las caídas: 2. Valorar: <ul style="list-style-type: none"> • Pasillos y escaleras dentro y fuera: observar las aceras o senderos no nivelados, ausencia de barandilla, adecuada iluminación. • Suelos. Que no sean lisos ni muy encerados o deslizantes • Mobiliario. Esquinas puntiagudas. Sillas y mesas que no sean demasiado bajas para sentarse o que proporciones un soporte inadecuado • Baños: presencia de agarradores alrededor de bañeras y retretes, superficies no deslizantes. • Cocina. Luces de pilotos (hornos de gas) que necesiten reparación, áreas de almacenamiento inaccesibles y mobiliario peligroso. • Dormitorio. Adecuada iluminación. Valorar suelos y mobiliario como anteriormente • Electricidad • Protección contra fuego • Sustancias toxicas³⁴ 3. Por falta de equilibrio y movilidad, los adultos mayores están más expuestos a sufrir caídas y lesiones óseas, es importante saber cómo prevenir los accidentes y qué hacer una vez que ocurren.³⁵ 	Paciente Enfermera	Amparo Educador

³⁴ R Olivieri. Enfermería Fundamental, conceptos procesos y práctica. Interamericana Mc Graw-Hill. Cuarta edición 1994. Tomo 6. Pag 1052

³⁵ Becker, William J, Lehtola, Carol, Brown, Charles. Preventing Injuries from Slips, Trips and Falls. Universidad de Florida. Consultado 26/12/17. Disponible en: <http://nasdonline.org/211/d000006/preventing-injuries-from-slips-trips-and-falls.html>

	<p>4. Los programas de Intervención centrados en medidas de prevención de caídas han demostrado una significativa contribución en la misma (material educativo, actividades de enfermería, medidas de prevención implementadas en el hogar.³⁶</p>		
--	--	--	--

³⁶ Ortiz F, Rincón M, Mendoza JC. Texto de Medicina Física y Rehabilitación. Colombia. Manual Moderno. 2016



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



Diagnóstico de Enfermería: Disposición para recibir educación especializada de Enfermería en Rehabilitación m/p interés y disponibilidad mostradas durante visitas domiciliarias			
Objetivo de la persona: “Tener una mejor calidad de vida”			
Objetivo de Enfermería: Apoyar a la persona para que pueda realizar las actividades especializadas y pueda ver un progreso en su Rehabilitación			
Intervención de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación a la persona sobre su enfermedad incapacitante y su tratamiento (ANEXO 18) 2. Aclaración sobre las dudas posibles en su tratamiento de Rehabilitación 3. Promover un ambiente de confianza donde la persona se sienta seguro de expresar sus dudas y preocupaciones 4. Motivar a la persona que tenga paciencia y cada día mejore en su terapia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La información favorece la conformidad y la aceptación de la terapia.³⁷ 2. Las enfermeras pueden ayudar a las personas proporcionándoles información, y en ningún caso juzgándolos. Es muy importante no animar los comportamientos que agraven o desarrollen la enfermedad y favorecer por el contrario los q fomentan la salud. 3. La comunicación real es un elemento esencial de todas las profesiones que ayudan, incluida la enfermería. Implica apoyo emocional, intelectual y psicológico, la enfermera sirve de guía. 4. Las enfermeras ayudan a los pacientes a cada día ser más independientes, planeando con ellos las actividades que pueden realizar por sí mismos y las que precisan ayuda. También es importante que mantengan una actitud de esperanza y apoyo. Cada persona necesita sentirse apoyados y tener esperanzas de recuperación.³⁸ 	Paciente Enfermera	Parcialmente compensatorio

³⁷ Gallardo C, Sánchez M, Rodríguez M. La calidad de vida del adulto mayor con artritis reumatoidea. Enfermería Investiga: Investigación, vinculación, docencia, y gestión. [Internet] 2016. [citado el 14. Noviembre. 2017] Disponible en: file:///C:/Users/Griaelda/Downloads/Dialnet-LaCalidadDeVidaDelAdultoMayorConArtritisReumatoide-6194299.pdf

³⁸ Bárbara Kozier, G Erb, R Olivieri. Enfermería Fundamental, conceptos procesos y práctica. Interamericana Mc Graw-Hill. Cuarta edición 1994. Tomo 6. Pag 1052

2DA VALORACIÓN (21 feb 2017)

Después de varias visitas domiciliarias en donde se aplicaron las diversas intervenciones de enfermería especializada que se encontraron después de una valoración inicial, se valora los posibles avances dentro de esta en un seguimiento y valoración de los requisitos según la teoría de Orem con los siguientes datos encontrados:

Fecha:	21 FEB 2017
Peso:	53 kg
Talla:	143 cm
Perímetro abdominal:	89 cm
IMC:	25 normopeso
T/A:	130/90 mmHg
FC:	81x min
FR:	21 x min
Sat O2:	96%
Glucosa:	95mg/dl
EVA:	4/10
Goniometría de hombro izquierdo: Flexión pasiva: 110°, extensión pasiva: 40°, abducción pasiva: 78°, rotación externa pasiva 40°	

- **Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.**

Continua con campos pulmonares si compromiso, presento una infección de vías respiratorias altas, sin embargo, con medicamento ya se encuentra sin alteraciones y recuperada. **Grado 2 en la Escala de disnea de Sadoul. (ANEXO 1)**

- **Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.**

Adecuada hidratación de mucosas orales, tegumentos hidratados, continúa ingiriendo 2L durante el día, 1 taza de leche por las mañanas refiere que evito los refrescos. El agua que consume es de garrafón y no tiene problemas de suministro de agua.

- **Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimento**

La Señora MASA refiere comer adecuadamente, sin embargo, bajo de peso, ella lo asocia a la Infección de vías Respiratorias que padeció ya que al no saberle a nada la comida no le daba hambre, sin embargo, considera que tiene un buen aporte de alimentos y que su actividad en la

cocina ya aumento. La persona tiene **Riesgo de desnutrición con 20 puntos en Evaluación Del Estado Nutricional (ANEXO 2)**

- **Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.**

La señora MAS continua con micciones aproximadamente 5 veces al día con 3 puntos en **EI ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire)** con el color de la orina concentrada, evacuar una vez al día en **tipo 4 según la escala de Bristol (ANEXO 4)**

- **Equilibrio entre actividades y descanso.**

Mi persona refiere que ya puede realizar más actividades que antes no podía realizar y por lo mismo ya se siente segura limitación para realizar algunas actividades de la vida diaria con **95 puntos de la Escala de Barthel (ANEXO)** y **6 puntos en la escala de Lawton (ANEXO)**. Continua sin problemas de sueño y descanso

- **Equilibrio entre soledad y la comunicación social.**

Refiere que sigue añorando volver a salir sola a las clases que tomaba, pero sigues sin permitir que salga solo. obtuvo **11 puntos en Escala de depresión geriátrica de Yessavage (ANEXO)**.

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

Se le realiza valoración de riesgos y se obtuvo un resultado con **Riesgo bajo de caída según Downton (ANEXO), 26 pts. escala Tinetti (ANEXO)**

REQUISITOS	DIAGNOSTICOS
Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso	Dificultad para tomar objetos r/c lesión por traumatismo m/p disminución de la fuerza muscular, sin actividad en deltoides medio y anterior de MI 0/5, subescapular, pectoral mayor, dorsal ancho y redondo mayor en MI 2/5 (Daniels) y dolor a la movilización EVA 4/10 tipo punzante localizado en hombro
	Disminución de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria r/c disminución de arcos de movilidad del hombro izquierdo m/p con 20° en abducción, 30° aducción, flexión 0° en brazo izquierdo y limitaciones de algunas actividades de la vida diaria (6 pts. en escala de Lawton) (95pts en escala de Barthel)
Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.	Episodios de incontinencia urinaria por esfuerzo r/c cambios propios de la edad m/p 3 puntos en El ICIQ (Incontinencia Urinaria)
Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimento	Riesgo de desnutrición r/c una inadecuada ingesta de alimentos con 20 puntos en Evaluación Del Estado Nutricional
La prevención de peligros para la vida diaria, el funcionamiento y el bienestar humano	Riesgo medio de caídas r/c barreras arquitectónicas en el hogar con riesgo bajo en Dawton y 26 pts en Escala Tinetti (Riesgo Moderado)
	Desapego al régimen terapéutico r/c olvido de toma de medicamentos m/p síntomas de artritis agudizados como dolor y edema en articulaciones y adherencia terapéutica incumplida según el Cuestionario de Morisky-Green
	Disposición para recibir educación especializada de Enfermería en Rehabilitación m/p interés y disponibilidad mostradas durante visitas domiciliarias

Pérdida de la Interacción social r/c
sobreprotección social del familiar m/p
desconocimiento y angustia del familiar y 11
puntos en la Escala de Depresión Geriátrica
Yessavage(Depresión)



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



Diagnóstico de Enfermería: Dificultad para tomar objetos r/c lesión por traumatismo m/p disminución de la fuerza muscular, sin actividad en deltoides medio y anterior de MI 0/5, subescapular, pectoral mayor, dorsal ancho y redondo mayor en MI 2/5 (Daniels) y dolor a la movilización EVA 4/10 tipo punzante localizado en hombro.			
Objetivo de la persona: “Que puedan mejorar la movilidad”			
Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona recupere fuerza muscular a un nivel funcional para las actividades de la vida diaria			
Intervención de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> 1. Toma de signos vitales y valoración del dolor por medio de la Escala EVA y Manual Muscular y maniobras de exploración (ANEXO 11) 2. Verificación de toma de medicamentos indicados por medico de forma correcta <ol style="list-style-type: none"> a. Horario b. Dosis c. Medicamento correcto 3. Aplicación de compresas húmedo-calientes durante 20 min en el hombro sin contacto directo y valorando constantemente la piel para evitar quemaduras 4. Movilizaciones progresivas activas y pasivas del hombro limitado: Calentamiento Estiramiento Ejercicios de Fortalecimiento (ANEXO 12) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El dolor es un signo importante de que algo va mal fisiológicamente, por ejemplo, que los tejidos están lesionados. Puede ocupar todos los pensamientos de una persona, dirigir las actividades de la misma y cambiar su vida.³⁹ 2. Debemos estar seguros de que el paciente esta apegado a su tratamiento médico y descartar posibles errores de medicación que estén causando la presencia de dolor 3. Las compresas húmedo-calientes (termoterapia superficial) producen efectos benéficos sobre el dolor de forma tal que potencian una intervención posterior. 4. La movilización progresiva constituye un programa de actividades específicas destinadas a ayudar al paciente para lograr su movilización y ayudarle a conseguir su independencia.⁴⁰ 5. Siempre se deben seguir las indicaciones médicas y vigilar que el paciente realice las actividades de la manera correcta para evitar lesiones. 6. Las medicinas complementarias y alternativas constituyen una amplia y compleja combinación de intervenciones, filosofías, enfoques y terapias que adoptan un punto de vista 	Persona enfermera	y Parcialmente compensatorio

³⁹ Ugalde Ovaros C.U, Zúñiga D, Barrantes R. Actualización del síndrome de hombro doloroso: Lesiones del manguito rotador. [Internet] Medicina Legal de Costa Rica 2013. [Consultado 17. Noviembre. 2017] 27(2):205-217. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/257348561/Actualizacion-Del-Sindrome-de-Hombro-Doloroso-lesiones-Del-Manguito-Rotador>

⁴⁰ Delgado Gamboa, A.J. Fajardo. Lesiones del manguito Rotador. Revista médica de Costa Rica y Centroamerica. [Internet] 2014. Consultado 18-11-17. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc142g.pdf>

<p>5. 15 veces al día. Evitando forzarse demasiado. Suspender a la presencia de dolor.</p> <p>6. Terapias alternativas contra el dolor que tolere el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Termoterapia b. Aromaterapia c. Musicoterapia d. Masoterapia <p>(ANEXO 13)</p>	<p>holístico de la atención: el tratamiento de la mente, el cuerpo y el espíritu.⁴¹</p>		
--	--	--	--

⁴¹.Martínez Sánchez L.M., Martínez Domínguez G.I., Gallego González D., Vallejo Agudelo E.O., Lopera Valle J.S., Vargas Grisales N. et al . Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolorUse of alternatives therapies, current challenge in the management of pain. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Jun 04] ; 21(6): 338-344. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000600007>



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



Diagnóstico de Enfermería: Disminución de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria r/c disminución de arcos de movilidad del hombro izquierdo m/p con 20° en abducción, 30° aducción, flexión 0° en brazo izquierdo y limitaciones de algunas actividades de la vida diaria (6 pts. en escala de Lawton) (95pts en escala de Barthel)

Objetivo de la persona: “Realizar mis tareas en la casa”

Objetivo de Enfermería: Proporcionar técnicas y aditamentos de ayuda para que la persona pueda realizar sus actividades en el proceso de rehabilitación

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
1. Termoterapia: consiste en la aplicación de calor húmedo en la región dolorosa durante 20 minutos, siempre y cuando no presente inflamación o edema. 2. Se utilizarán todos los dispositivos de ayuda que sean necesario para: a. Alimentación b. Vestido c. Higiene personal d. Movilización (ANEXO 14) 3. Educación sobre el cuidado de la higiene articular. (ANEXO 15)	1. Se trata de un aporte de energía externa a los tejidos corporales con el fin de aumentar la cinética propia, el movimiento muscular y, por tanto, su temperatura 2. Los aditamentos para las actividades de la vida diaria son indispensables para mantener la independencia. En general tienen mangos gruesos y una longitud mayor para que lleguen a sitios a los que la persona no puede llegar por su limitación articular y agarres más gruesos. El dolor disminuye significativamente con la utilización de estos aditamentos especialmente en las actividades de la cocina ⁴² 3. Estimular el empleo de los adecuados mecanismos corporales y la simplificación de las AVD ayuda al paciente a conservar fuerza y evitar posibles daños articulares.	Paciente, enfermera	Amparo Educador

⁴² Lugo LH, Ramírez G, Pallares Álvarez K, Ramírez Gómez LA. Rehabilitación en Artritis Reumatoide. Convenio ISS – ASCOFAME [Internet] 2012 [Citado 15. Noviembre. 2018] Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/artrit_rehab.pdf



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



Diagnóstico de Enfermería: Episodios de incontinencia urinaria por esfuerzo r/c cambios propios de la edad m/p 3 puntos en El ICIQ (Incontinencia Urinaria)			
Objetivo de la persona: “no tener accidentes al ir al baño”			
Objetivo de Enfermería: Mostrar a la persona sobre la importancia de mantener una alimentación sana y equilibrada			
Intervención de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar a la persona sobre que es la incontinencia y sus factores de riesgo y así saber cuáles se pueden evitar para disminuir complicaciones. (ANEXO 19) 2. Enseñanza sobre los Ejercicios Terapéuticos de Kegel (ANEXO 19) 3. Explicar medidas educativas para mejorar su calidad de vida 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Factores de riesgo que predisponen la aparición de la incontinencia urinaria, como: género, edad, color de la piel, embarazos y partos, menopausia, obesidad, estreñimiento, tos crónica del tabaquismo, intensa actividad física, uso de medicamentos, enfermedades crónicas, cirugías realizadas en la zona abdominal y/o vaginal⁴³ 2. Los ejercicios de fortalecimiento de los músculos del piso pélvico mejoran la fuerza y resistencia de los músculos de tu suelo pélvico. Al conseguir unos músculos fuertes en esta zona mejorara el control sobre la salida de la orina⁴⁴ 3. El primer abordaje terapéutico de las disfunciones del suelo pélvico suele ser el tratamiento conservador, que debe incluir de forma imprescindible medidas educativas, consejos para mejorar la continencia, revisión de la dieta y de la ingesta de líquidos, tratamiento farmacológico, cinesiterapia, Biofeedback y electroestimulación neuromuscular, efectivos en muchas mujeres, aunque la mejoría en la incontinencia es más frecuente que su remisión total 	Paciente Enfermera	Parcialmente compensatorio

⁴³ Rodríguez Adams Elsa María. Non obstetric risk factors and quality of life in middle-aged women suffering from urinary incontinence. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 Mar [citado 2018 Mar 19] ; 40(1): 119-135. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000100013&Ing=es

⁴⁴ Martínez Torres Jacqueline del Carmen. Caracterización de mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 Mar [citado 2018 Mar 19] ; 40(1): 102-118. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000100012&Ing=es.



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



Diagnóstico de Enfermería: Desapego al régimen terapéutico r/c olvido de toma de medicamentos m/p síntomas de artritis agudizados como dolor y edema en articulaciones y adherencia terapéutica incumplida según el Cuestionario de Morisky-Green			
Objetivo de la persona: “No olvidar mis medicamentos”			
Objetivo de Enfermería: Explicar a la persona estrategias de autocuidado para el apego al tratamiento de medicamentos			
Intervención de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> 1. Listado de todos los medicamentos que tiene que tomar el paciente 2. Explicar al paciente los efectos que puede ocasionar el no tomar los medicamentos conforme a las indicaciones 3. Ordenar los medicamentos de tal manera que sea fácil su manejo 4. Buscar horarios de fácil recordatorio como acompañados con comidas siempre y cuando estos se puedan tomar con alimentos (ANEXO 20) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se deben leer cuidadosamente las ordenes de la medicación, las fichas o listas de administración y comprobarlas con la etiqueta de cajas de los medicamentos para evitar errores⁴⁵ 2. La información favorece la conformidad y la aceptación de la terapia. 3. La organización del material ahorra tiempo y reduce las posibilidades de error. 4. Cuando una medicación tiene que ser tomada con alimentos en un horario específico, a menudo se pueden ajustar los horarios; ciertos medicamentos son incompatibles con ciertos alimentos. 	<p>Persona y Enfermera</p>	<p>Parcialmente compensatorio</p>

⁴⁵ Bárbara Kozier, G Erb, R Olivieri. Enfermería Fundamental, conceptos procesos y practica. Interamericana Mc Graw-Hill. Octava edición 2008. Tomo 6. Pag 1052



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



Diagnóstico de Enfermería: Riego medio de caídas r/c barreras arquitectónicas en el hogar y 26 pts en Escala Tinetti (Riesgo Mderado) Dowton (riesgo bajo)

Objetivo de la persona: “No caerme”

Objetivo de Enfermería: Educar a la persona sobre los cambios que se pueden realizar y evitar caídas en el hogar

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
1. Valoración de las barreras arquitectónicas en el hogar del paciente con previo permiso del mismo 1. Identificar cuáles son de riesgo potencial y que elementos se pueden cambiar sin afectar la economía del paciente. Explicar a la paciente la importancia de realizar ciertas modificaciones en su hogar. 2. Ejercicios de Propiocepción (ANEXO 21) 3. Enseñanza de como caer (ANEXO 16) 4. Realizar un programa de ejercicios de Equilibrio centrados en la prevención de caídas (ANEXO 17)	1. Los riesgos en el hogar son las principales causas de las caídas: 2. Valorar: <ul style="list-style-type: none"> a. Pasillos y escaleras dentro y fuera: observar las aceras o senderos no nivelados, ausencia de barandilla, adecuada iluminación. b. Suelos. Que no sean lisos ni muy encerados o deslizantes c. Mobiliario. Esquinas puntiagudas. Sillas y mesas que no sean demasiado bajas para sentarse o que proporciones un soporte inadecuado d. Baños: presencia de agarradores alrededor de bañeras y retretes, superficies no deslizantes. e. Cocina. Luces de pilotos (hornos de gas) que necesiten reparación, áreas de almacenamiento inaccesibles y mobiliario peligroso. f. Dormitorio. Adecuada iluminación. Valorar suelos y mobiliario como anteriormente g. Electricidad h. Protección contra fuego i. Sustancias toxicas⁴⁶ 	Paciente Enfermera	Apoyo Educador

⁴⁶ Bárbara Kozier, G Erb, R Olivieri. Enfermería Fundamental, conceptos procesos y práctica. Interamericana Mc Graw-Hill. Cuarta edición 1994. Tomo 6. Pag 1052

	<ol style="list-style-type: none"> 3. La propiocepción es la conciencia del cuerpo del lugar físico en que se encuentra. El entrenamiento propioceptivo del hombro es una herramienta importante para los atletas y no atletas para prevenir y rehabilitar lesiones de la región superior del cuerpo⁴⁷ 4. Por falta de equilibrio y movilidad, los adultos mayores están más expuestos a sufrir caídas y lesiones óseas, es importante saber cómo prevenir los accidentes y qué hacer una vez que ocurren.⁴⁸ 5. Los programas de Intervención centrados en medidas de prevención de caídas han demostrado una significativa contribución en la misma (material educativo, actividades de enfermería, medidas de prevención implementadas en el hogar.⁴⁹ 		
--	---	--	--

⁴⁷ Muyfitness.[internet] ejercicios de propiocepción para el hombro Fecha actualizada May 10, 2017 Disponible en:https://muyfitness.com/ejercicios-propiocepcion-hombro-sobre_24624

⁴⁸ Becker, William J, Lehtola, Carol, Brown, Charles. Preventing Injuries from Slips, Trips and Falls.Universidad de Florida. Consultado 26/12/17. Disponible en: <http://nasdonline.org/211/d000006/preventing-injuries-from-slips-trips-and-falls.html>

⁴⁹ Ortiz F, Rincón M, Mendoza JC. Texto de Medicina Física y Rehabilitación. Colombia. Manual Moderno. 2016



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



Diagnóstico de Enfermería: Disposición para recibir educación especializada de Enfermería en Rehabilitación m/p interés y disponibilidad mostradas durante visitas domiciliarias			
Objetivo de la persona: “tener una mejor vida”			
Objetivo de Enfermería: Apoyar a la persona para que pueda realizar las actividades especializadas y pueda ver un progreso en su Rehabilitación			
Intervención de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación al paciente sobre su enfermedad incapacitante. (ANEXO 18) 2. Aclaración sobre las dudas posibles en su tratamiento de Rehabilitación 3. Promover un ambiente de confianza donde el paciente se sienta seguro de expresar sus dudas y preocupaciones 4. Motivar al paciente a que tenga paciencia y cada día mejore en su terapia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La información favorece la conformidad y la aceptación de la terapia. 2. Las enfermeras pueden ayudar a los pacientes proporcionándoles información, y en ningún caso juzgándolos. Es muy importante no animar los comportamientos que agraven o desarrollen la enfermedad y favorecer por el contrario los que fomentan la salud. 3. La comunicación real es un elemento esencial de todas las profesiones que ayudan, incluida la enfermería. Implica apoyo emocional, intelectual y psicológico, la enfermera sirve de guía. 4. Las enfermeras ayudan a las personas a cada día ser más independientes, planeando con ellos las actividades que pueden realizar por sí mismos y las que precisan ayuda. También es importante que mantengan una actitud de esperanza y apoyo. Cada persona necesita sentirse apoyados y tener esperanzas de recuperación.⁵⁰ 	<p>Paciente Enfermera</p>	<p>Apoyo Educador</p>

⁵⁰ Bárbara Kozier, G Erb, R Olivieri. Enfermería Fundamental, conceptos procesos y práctica. Interamericana Mc Graw-Hill. Octava edición 2008. Tomo 6. Pag 1052



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



Diagnóstico de Enfermería: Pérdida de la Interacción social r/c sobreprotección social del familiar m/p desconocimiento y angustia del familiar y 11 puntos en la Escala de Depresión Geriátrica Yessavage(Depresión)			
Objetivo de la persona: "Poder salir a mis clases sola sin que se preocupen por mí"			
Objetivo de Enfermería: Educar a la persona, el cuidador primario y familiares sobre alternativas para la reintegración social de la persona.			
Intervención de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar la escucha activa con la persona en un ambiente de seguridad y confianza para que ella pueda expresar sus sentimientos, preocupaciones y angustias. 2. Buscar redes de apoyo en donde la persona pueda convivir con otras personas y comparta sus emociones. 3. Educar al cuidador primario y a la familia sobre la enfermedad que padece su familiar y así puedan participar de una manera óptima en su reintegración social (ANEXO 18) 4. Fomentar la terapia Ocupacional <ul style="list-style-type: none"> • Juegos de mesa • Jardinería • Manejo de Masa Terapéutica • Manualidades <p>Se referiré a la persona con un Psicólogo para valoración y tratamiento.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La escucha activa consiste en atender a la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención no sólo a lo que se dice (el contenido) sino también al "cómo se dice", fijándose en los elementos no verbales y paraverbales, mirarle, dedicarle tiempo, hacerle ver que tenemos en cuenta sus opiniones⁵¹ 2. Las relaciones sociales brindan un importante soporte cuando se busca satisfacer la necesidad de estar acompañado, estar cuidado, tener ayuda, enseñar destrezas a otros; etc. 3. Esta enfermedad suele provocar crisis en la vida de las personas y producir un impacto psicoemocional profundo en el paciente y alteran notablemente las relaciones familiares. La conducta de la familia ante la enfermedad crónica resulta decisiva para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida del enfermo y esto se puede lograr a través de la educación para la salud.⁵² 4. En terapia ocupacional se trabaja desde las áreas conservadas de las personas, la percepción positiva de la persona sobre ellas, la involucración y participación activa es un plan de intervención y recuperación.⁵³ 	Paciente Enfermera Cuidador Primario Familiares	Parcialmente compensatorio

⁵¹ Subiela García JA, Abellón Ruiz J, Celdrán Baños AI, Manzanera Lázaro JA, Satorres Ramis B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enfermería Global [Internet] 2014. [Consultado 14. May. 2018] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/administracion4.pdf>

⁵² Cotarelo Méndez Ana María, Estévez Perera Adonis, Guridi González María Zaida. Capacidad funcional y repercusión familiar de pacientes con artritis reumatoide. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2013 Dic [citado 2018 Dic 11]; 15(3): 146-152. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962013000300004&lng=es

⁵³ Durante, Pedro TP, Terapia Ocupacional en Geriatria, Principios y práctica. Tercera Edición. Barcelona, España. Editorial Elsevier. 2010



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



Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de desnutrición r/c una inadecuada ingesta de alimentos con 20 puntos en Evaluación Del Estado Nutricional

Objetivo de la persona: “mejorar mi alimentación”

Objetivo de Enfermería: Educar a la persona sobre la importancia de mantener una alimentación sana y equilibrada

Intervención de Enfermería	Fundamentación	Agente	Sistema
1. Dar a conocer a la persona el plato del buen comer. (ANEXO 20) 2. Personificar el grupo de alimentos que puede consumir de acuerdo con sus necesidades. 3. Establecer horarios y organizar hábitos que sean adecuados y correspondientes a su edad, comidas y colaciones. (ANEXO 20) Se recomienda referencia con un Nutriólogo que mejore la calidad de alimentación de la persona.	5. Da las recomendaciones para integrar una dieta correcta para todos los grupos de población, asimismo promueve la variación y combinación de alimentos para asegurar el aporte de nutrimentos al organismo y evitar enfermedades como la obesidad, diabetes, desnutrición, hipertensión, entre otras 6. La alimentación tiene un papel muy importante en el proceso del envejecimiento. El estilo de vida de los adultos mayores unido a los malos hábitos alimentarios, pobreza, la poca disponibilidad de recursos, el aislamiento enfermedades crónicas y degenerativas comprometen el consumo de alimentos y por ende su estado nutricional, afectando negativamente la funcionalidad del adulto mayor y reduciendo su calidad de vida. ⁵⁴ 7. Los hábitos alimentarios inadecuados detectados en más de 60% de los adultos mayores pueden aumentar el riesgo de deficiencias nutricionales y afectar su calidad de vida.	Paciente Enfermera	Parcialmente compensatorio

⁵⁴ Sánchez-Ruiz F, et al. Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. An. Fac. med. [Internet]. 2014 Abr [citado 2018 Mar 19] ; 75(2): 107-111. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832014000200003&lng=es.

7.5 EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

Esta etapa es decisiva dentro del proceso de atención de enfermería y supone la puesta en práctica de las decisiones que se hayan tomado en la etapa anterior, es decir, se ejecutan los cuidados que se ha decidido aplicar. En esta fase es muy importante la recogida de datos para poder valorarlos en la fase siguiente.

7.5.1 Registro de las Intervenciones

INTERVENCIONES	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
Signos Vitales	15	06	10	7	7	12	9
	29	20	23	21	21	26	23
Valoración del dolor (EVA)	15	06	10	7	7	12	9
	29	20	23	21	21	26	23
Aplicación de Compresas húmedo-calientes durante 20 min	15	06	10	7	7	12	9
	29	20	23	21	21	26	23
Movilizaciones activas y pasivas en miembro afectado		06	10	7	7	12	9
		20	23	21	21	26	23
Ejercicios Terapéuticos		06	10	7	7	12	9
		20	23	21	21	26	23
Fomentar en la persona la actividad Física	15,29	06	10	7	7	12	9
		20	23	21	21	26	23
Verificación de Toma de medicamentos		06	10	7	7	12	9
		20	23	21	21	26	23
Uso de Terapias Alternativas:		06	10	7	7	12	9
		20	23	21	21	26	23
Termoterapia		7	10	7	7	12	
Aromaterapia			23			12	
Musicoterapia		7					
Masoterapia		20		21	21	26	
Educación sobre Farmacoterapia	15,29	06	10	7	7	12	9
		20	23	21	21	26	23
Educación de higiene Articular			10	7	7	12	9
			23	21	21	26	23

Identificación de Barreras Arquitectónicas	15,29					12 26	9 23
Ejercicios de Propiocepción				7 21	7 21	12 26	9 23
Enseñanza de como caer				7 21	7 21	12 26	9 23
Educación para la salud	15,29			7 21	7 21	12 26	9 23
Aclaración de dudas sobre su tratamiento		06 20	10 23		7 21	12 26	9 23
Dar a conocer el plato del buen comer				21	7 21	12 26	9 23
Personificar el grupo de alimentos que puede consumir				21	7 21	12 26	9 23
Educación sobre la Incontinencia				21	7 21	12 26	9 23
Enseñanza sobre los ejercicios Kegel				21	7 21	12 26	9 23
Educación a los Familiares sobre la Enfermedad de la Persona					7 21	12 26	9 26

7.6 EVALUACIÓN

7.6.1 Evaluación de la Respuesta de la Persona

Diagnóstico de Enfermería: Dificultad para tomar objetos r/c lesión por traumatismo m/p disminución de la fuerza muscular, sin actividad en deltoides medio y anterior de MI 0/5, subescapular, pectoral mayor, dorsal ancho y redondo mayor en MI 2/5 (Daniels) y dolor a la movilización EVA 4/10 tipo punzante localizado en hombro.				
Objetivo de Enfermería: Lograr que la persona recupere fuerza muscular a un nivel funcional para las actividades de la vida diaria.				
Evaluación de la respuesta de la persona		NOV	FEB	ABR
Valoración del dolor	EVA	8/10	6/10	4/10
Valoración del Examen Manual Muscular	Daniels Hombro Izq	2/5	2/5	3/5
La persona refiere menos dolor progresivamente además de que ella siente que puede agarrar los objetos con mayor fuerza, sin embargo, su arco de movimiento no avanza.				
Evaluación del proceso. Al evaluar el dolor de la persona antes de cada terapia contribuyó a la adecuada cooperación de la persona para seguir el tratamiento terapéutico, el uso de compresas húmedo-calientes ayudó a la persona a sentirse más segura al controlar el dolor para ejecutar los ejercicios terapéuticos y el adecuado proceso de ejercicios terapéuticos realizados se pudo alcanzar los objetivos de recuperar fuerza y realizar actividades de la vida diaria como la alimentación y el vestido.				

Diagnóstico de Enfermería: Desapego al régimen terapéutico r/c olvido de toma de medicamentos m/p síntomas de artritis agudizados como dolor y edema de articulaciones.				
Objetivo de Enfermería: Explicar a la persona estrategias de autocuidado para el apego al tratamiento de medicamentos.				
Evaluación de la respuesta de la persona		NOV	FEB	ABR
Valoración de Apego Terapeutico	Cuestionario de Morisky-Green	Incumplido	Incumplido	Cumple
Valoración de signos y síntomas de Artritis Reumatoide	<ul style="list-style-type: none"> • Sin Alteración • Alteración Leve • Alteración que compromete bienestar 	Alteración leve	Alteración Leve	Alteración Leve
Durante las visitas domiciliarias puedo observar que tiene un apego al tratamiento cada vez mejor ya que las medidas que implementamos le ayudaron a recordar tomar los medicamentos de acuerdo a un horario establecido y procuro pedirlos a tiempo.				
Evaluación del proceso. Al aplicarse estrategias de autocuidado referente a la administración de medicamentos para un mejor apego al tratamiento se logró un buen resultado ya que se ordenó los medicamentos, se buscó un horario que fuera fácil de recordar para la persona y se le enfatizo y aclaro las consecuencias de no tomar los medicamentos de una manera adecuada. Aunque no se avanzó al eliminar una alteración se pudo conservar y evitar complicaciones.				

Diagnóstico de Enfermería: Disminución de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria r/c arcos de movilidad del hombro afectados del hombro izquierdo m/p limitaciones en algunas actividades de la vida diaria, 6 pts en escala de Lawton y 95pts en escala de Barthel (Dependencia Leve).				
Objetivo de Enfermería: Mostrarle técnicas y aditamentos de ayuda para que la persona pueda realizar sus actividades en el proceso de rehabilitación.				
Evaluación de la respuesta de la persona		NOV	FEB	ABR
Valoración de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	Escala Lawton y Brody	5 pts	6 pts	6pts
Valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria	Escala Barthel	95 pts Dependencia leve	95 pts Dependencia Leve	95 pts Dependencia Leve
La persona presento un ligero aumento de las actividades de la vida diaria ya que cuenta con la ayuda de su familia por lo que se limitó en realizar solo las actividades que no implicaban mayor habilidad, además de que su dependencia es mínima, pero no aumento.				
Evaluación del proceso. Se realizo la enseñanza de diversos aditamentos de ayuda para las actividades de la vida diaria como alimentación, vestido e higiene personal que probó y manipulo de una manera adecuada.				

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo medio de caídas r/c barreras arquitectónicas en el hogar y 23pts en Escala Tinetti (Riesgo Moderado) y Downton (Riesgo medio)				
Objetivo de Enfermería: Educar a la persona sobre los cambios que se pueden realizar y evitar caídas en el hogar.				
Evaluación de la respuesta de la persona		NOV	FEB	ABR
Valoración de Marcha y Equilibrio	Escala Tinetti	23 pts. Riesgo Moderado	26 pts. Riesgo Normal	26 pts. Riesgo Normal
Valoración de Riesgo de Caídas	Escala Downton	Riesgo Medio	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo
La persona se mostraba más segura para trasladarse de un lugar a otro, realizo adaptaciones en su hogar como tiras antiderrapantes en los desniveles de su hogar.				
Evaluación del proceso. Durante las visitas domiciliarias se valoró las barreras arquitectónicas encontrando diversas como piso sin tiras antiderrapantes, escalones altos sin barandales, y algunos muebles que no estaban a su altura, se logró que la persona modificara algunos sin embargo hubo algunos que no se pueden modificar por el estado económico de la persona, sin embargo se educó a ella y a el cuidador primario para la prevención de caídas y una manera segura de caer, no hubo invidentes durante el tiempo que la traté.				

Diagnóstico de Enfermería: Disposición para recibir educación especializada de Enfermería en Rehabilitación m/p interés y disponibilidad mostradas durante visitas domiciliarias.				
Objetivo de Enfermería: Apoyar a la persona para que pueda realizar las actividades especializadas y pueda ver un progreso en su Rehabilitación.				
Evaluación de la respuesta de la persona		NOV	FEB	ABR
Conocimientos adquiridos	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente • Bueno • Excelente 	Bueno	Bueno	Excelente
La persona mostro mucho interés en participar en el proceso de rehabilitación y preguntaba cuando tenía dudas, también demostró que le interesaba mejorar y que estaba abierta a cualquier indicación por mejorar su estado de salud.				
Evaluación del Proceso. La disposición para aprender y tener un apego terapéutico durante el tiempo que visite a la persona ella se mostró interesada y cooperadora. Se le explico cada una de las actividades que se realizarían y expresaba las dudas que tenía, mismas que se le aclararon, logrando un buen trabajo y convivencia en las visitas programadas.				

Diagnóstico de Enfermería: Episodios de incontinencia urinaria por esfuerzo r/c cambios propios de la edad m/p 3 puntos en El ICIQ (Incontinencia Urinaria).				
Objetivo de Enfermería: Educar a la persona sobre la importancia de mantener una alimentación sana y equilibrada.				
Evaluación de la respuesta de la persona		NOV	FEB	ABR
Valoración de Incontinencia Urinaria	International Consultation on Incontinence Questionnaire		Incontinencia Urinaria	Incontinencia Urinaria
Valoración de Ejercicios de Kegel	Deficientes Buenos Excelentes		Buenos	Buenos
No se muestra resultados diferentes en cuanto a los accidente por salida de orina sin embargo esa deficiencia la encontré hasta la segunda revaloración por lo que aún no se encontraron resultados positivos.				
Evaluación del proceso. Este diagnóstico se encontró durante la segunda valoración y se trabajó en la educación de la persona sobre los ejercicios de Kegel, recordándole durante cada visita la importancia de realizarlos y los resultados esperados sin embargo en la última evaluación no se encontraron resultados que demostraran progreso.				

Diagnóstico de Enfermería: Pérdida de la Interacción social r/c sobreprotección social del familiar m/p desconocimiento y angustia del familiar y 11 puntos en la Escala de Depresión Geriátrica Yessavage.			
Objetivo de Enfermería: Educar a la persona, el cuidador primario y familiares sobre alternativas para la reintegración social de la persona.			
Evaluación de la respuesta de la persona		FEB	ABR
Valoración de Depresión	Escala de Depresión Geriátrica Yessavage.	11pts Depresión	10 pts Normal
No se muestra resultados diferentes al realizar la Escala de Valoración, sin embargo, su participación es más activa y la de los familiares en cuanto a recibir información también es adecuada, ya que se interesan y preguntan al surgirles dudas.			
Evaluación del proceso. Este diagnóstico se encontró durante la segunda valoración, hasta el momento que participo en el estudio de caso no se demostró avances en la escala, ya que a la persona se le sigue sobreprotegiendo por los familiares, se recomienda referencia con Psicología.			

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de desnutrición r/c una inadecuada ingesta de alimentos con 21.5 puntos en Evaluación Del Estado Nutricional.				
Objetivo de Enfermería: Educar a la persona sobre la importancia de mantener una alimentación sana y equilibrada.				
Evaluación de la respuesta de la persona		NOV	FEB	ABR
Valoración del estado de Nutrición	Evaluación Del Estado Nutricional	21.5 Riesgo de Desnutrición	20 pts. Riesgo de Desnutrición	19 pts. Riesgo de Desnutrición
	IMC	27 Sobrepeso	25 Sobrepeso	25 Sobrepeso
La persona adaptó su alimentación de acuerdo a sus posibilidades y gustos sin embargo tuvo una disminución de peso a pesar de que ella refería sentirse mejor. Se recomendó Referencia con Nutrición para un adecuado manejo.				
Evaluación del proceso. Durante la primera evaluación no se identificó el riesgo de desnutrición, sin embargo, en la segunda evaluación se valoró un problema, se le explicó la importancia de tener horarios establecidos para alimentarse y la manera correcta de prepararlos a través de la enseñanza del plato del buen comer y la jarra del buen beber. Ella refiere que se llevó a cabo en la práctica sin embargo continuó bajando de peso como lo muestra la última evaluación.				

7.6.2 Evaluación del Proceso

En general se puede decir que la persona colaboro a su tratamiento terapéutico, ya que se mostró apegada al tratamiento e interesada en el proceso, surgieron dudas por su parte, mismas que se respondieron y aclararon durante el proceso.

La cercanía de su domicilio al Instituto me ayudo para poder visitarla cada quince días, sin embargo, considero que las visitas debieron ser en intervalos más cortos para que el resultado fuese más notorio. Se le pidió a la persona que continúe con algunas indicaciones que se plasmaron en un Plan de alta diseñado para ella.

Algunos diagnósticos cambiaron ya que se vio un progreso, sin embargo, en otros no se pudo avanzar por la falta de tiempo, pero de igual manera se le pide a la persona la continuidad de estas intervenciones posterior al estudio de caso en donde se siguió trabajando con la persona.

VIII. PLAN DE ALTA

NOMBRE: M.A.S.A.
Edad: 65 años
Sexo: Femenino

Mantenimiento de un soporte suficiente de aire
Es importante que la persona mantenga en buen estado sus vías respiratorias mediante ejercicios de respiración.
Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
Se recomienda mantener el consumo de agua potable como ella está acostumbrada guiándose en la jarra del buen beber
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento
Se recomienda a la persona mantener una alimentación en quintos, consumir frutas y verduras en cantidades adecuadas, guiándose en el plato del buen comer.
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos
Después de educar a la persona sobre los ejercicios de Kegel para fortalecimiento del piso pélvico y evitar la incontinencia se le recomienda seguir realizándolos.
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
Se debe mantener el autocuidado durante el proceso de ejecución de las actividades de los diversos diagnósticos implementados: <ul style="list-style-type: none">➤ Se recomienda al paciente el uso de una compresa húmedo caliente antes de la realización de los estiramientos con la finalidad de aumentar la flexibilidad de los tejidos y contribuir a la analgesia que evite el dolor del hombro.➤ Los ejercicios se realizan cada 3 veces al día manteniendo el estiramiento de 10-15 seg

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social
Se recomienda ampliamente la participación en diferentes actividades que promuevan la interacción con otras personas fomentando las relaciones interpersonales y que favorezcan el desempeño físico.
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
Se recomienda que se sigan y lleven a cabo las medidas para la prevención de peligros en el hogar y las adaptaciones de las barreras arquitectónicas en la manera de lo posible, así como el uso de un calzado adecuado que se pueda poner ella misma, cómodos y evitando tropezarse o resbalarse.
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano.
Para este mantenimiento se pueden implementar las técnicas de relajación que se le recomendaron durante sus visitas domiciliarias, que consisten en una relajación muscular, adopción de postura adecuada, respiración, musicoterapia y aromaterapia, así como el control de sus enfermedades adyacentes

Elaboro: EER. Rodríguez Chávez Griselda

Se entregó: A la Persona y a su Cuidador Primario

Fecha:

Se anexa Cartel sobre Plan de Alta **(ANEXO 20)**

IX. CONCLUSIONES

Se puede concluir que los objetos establecidos en el presente estudio de caso se pudieron llevar a cabo ya que se puso analizar y fomentar los cuidados especializados de Enfermería en Rehabilitación en una persona con lesión del manguito rotador utilizando la teoría de Orem.

Se describió la patología de la Lesión del manguito rotador, así como la valoración a la persona, se elaboraron diagnósticos a partir de esta valoración, jerarquizando los problemas encontrados.

Se realizaron intervenciones fundamentadas a partir de la Enfermería basada en evidencia con el fin de lograr un cuidado especializado y una atención de calidad a mi persona de estudio. Las ejecuciones de estas intervenciones se llevaron a cabo durante las visitas domiciliarias realizadas durante gran parte del año del Posgrado, evaluándolas para así poder ampliar los conocimientos sobre esta patología y el quehacer de la enfermería especializada en rehabilitación.

Se capacito a la persona y al cuidador primario durante todo el proceso y se lograron avances en su salud así como el interés de la persona en mejorar su salud y ser partícipe de su cuidado y mantenimiento de la salud.

El problema que más impacto tuvo sobre la persona fue el manejo del dolor, se logró disminuir de un EVA de 8/10 a un EVA 4/10, esto gracias a la disposición de la persona para realizar las intervenciones que se realizaban durante estas visitas domiciliarias.

X. SUGERENCIAS

A pesar de que se encontraron avances, es necesario que la persona continúe con un tratamiento rehabilitador apegado a las indicaciones médicas. Se le recomienda la continuación del tratamiento por medio del Plan de Alta y se le recuerda que la Rehabilitación requiere más tiempo y continuidad del apego terapéutico.

Se sugiere que el programa de especialización en enfermería y rehabilitación contenga clases más específicas sobre esta lesión en particular y que el tiempo de prácticas en el área de Traumatología se extienda para poder practicar más los cuidados a esta patología.

Para quien consulte este trabajo se les sugiere que programe visitas continuas a su persona de estudio, ya que es necesario, no deje de realizar sus ejercicios terapéuticos durante un tiempo prolongado y al ser mi persona un adulto mayor era necesario que se observara y se corrigiera cada técnica realizada.

BIBLIOGRAFIA

1. Leyes M, Forriol F. La rotura del manguito rotador: etiología, exploración y tratamiento. Trauma Fund MAPFRE. [Internet] 2012 [citado el 11. Noviembre. 2017]; Vol 23 Supl 1:39-56. Disponible en: <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v23s1/docs/Articulo6.pdf>
2. Suárez Sanabria N, Osorio Patiño AM. Biomecánica del hombro y bases fisiológicas de los ejercicios de Codman. Revista CES MEDICINA. [Internet] 2013 [Citado el 11. Noviembre. 2017] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v27n2/v27n2a08.pdf>
3. Ugalde Ovares C.U, Zúñiga D, Barrantes R. Actualización del síndrome de hombro doloroso: Lesiones del manguito rotador. [Internet] Medicina Legal de Costa Rica 2013. [Consultado 17. Noviembre. 2017] 27(2):205-217. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/257348561/Actualizacion-Del-Sindrome-de-Hombro-Doloroso-lesiones-Del-Manguito-Rotador>
4. Gallardo C, Sánchez M, Rodríguez M. La calidad de vida del adulto mayor con artritis reumatoidea. Enfermería Investiga: Investigación, vinculación, docencia, y gestión. [Internet] 2016. [citado el 14. Noviembre. 2017] Disponible en: <file:///C:/Users/Griaelda/Downloads/Dialnet-LaCalidadDeVidaDelAdultoMayorConArtritisReumatoide-6194299.pdf>
5. INR. Manual de guía clínica para el tratamiento de la lesión de manguito de los rotadores. Subdirección de medicina del deporte [Internet], 2015 [Citado el 11. Noviembre. 2017] Disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/descargas/iso/doc/mg-smd-07.pdf>
6. García Sevillano L. Avances en artritis reumatoide. An. Real Acad. Farm. [Internet] 2014. [Citada 12. Noviembre. 2018] pág.126-150. Disponible en: <http://analesranf.com/index.php/aranf/article/view/1466/1531>
7. Delgado Gamboa A, Fajardo J. Lesiones del manguito Rotador. Revista médica de Costa Rica y Centroamerica. 2014. [Consultado 18-11-17]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc142g.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. Consultado: 9/12/2017 Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
9. Prado L, et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Dic 17] ; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es.
10. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Mayo 02] ; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es.

11. Morales Valdivia, Rubio Contreras E, Ramírez Durán. Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. Revista Científica de Enfermería [Internet] 2012. [Citado 12. Noviembre. 2017] 1-17 Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44871/1/RECIEN_04_06.pdf
12. Ramírez Elías. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. Enfermería Universitaria. 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n2/1665-7063-eu-13-02-00071.pdf>
13. Álvarez Álvarez C, San Fabián Maroto JL. La elección del estudio de caso en investigación educativa. Gazeta de antropología. 2012. Consultado 11/12/17. Disponible en: <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=101>
14. Gómez Acevedo JM. El manguito de los rotadores. Orthotips 2014. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2014/ot143b.pdf>
15. Información sobre Accidentes y Enfermedades de Trabajo Nacional 2004-2013. Disponible en: <http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/dgsst/estadisticas/Nacional%202004-2013.pdf>
16. UNAM. Consultado: 20/12/17. http://enfermeria.iztacala.unam.mx/enf_decálogo.php
17. Martha Cantos. Enfermería y bioética. Citado 14/12/17. Disponible: http://www.bioetica.org.ec/articulos/articulo_enferm_bioetica.htm
18. Rivas Muñoz R. Principios fundamentales de Bioética. FES Iztacala. Consultado 12/12/17. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/rriva>
19. Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud, 2010. 60, págs. Última modificación: Martes 21 de Abril del 2015 por Centro del Conocimiento Bioético. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html
20. Martes 21 de abril del 2015 por Centro del Conocimiento Bioético. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html
21. CONAMED. Ley general de Salud. Citado: 13/12/17 http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf
22. Secretaría de Salud. Edomex. Consultado: 12/12/17. Disponible en: http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/td_c_der_generales.html
23. Kozier B, G Erb, R Olivieri. Enfermería Fundamental, conceptos procesos y práctica. Interamericana Mc Graw-Hill. Cuarta edición 1994. Tomo 4. Pag 1025
24. Robert D. Sine, S. Liiss, R Roush, J. Holcomb. Técnicas básicas de Rehabilitación. Ed. Científico-Moderna 1995. Pag18.
25. Martínez Sánchez, L.M. et al. Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor, Madrid, v. 21, n. 6, p. 338-344, dic. 2014. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600007&lng=es&nrm=iso>. accedido en 18 dic. 2017. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000600007>.

26. Bárbara Kozier, G Erb, R Olivieri. Enfermería Fundamental, conceptos procesos y practica. Interamericana Mc Graw-Hill. Octava edición 2008. Tomo 6. Tomo 4. Pag 1025.
27. Robert D. Sine, S. Liiss, R Roush, J. Holcomb. Técnicas básicas de Rehabilitación. Ed. Científico Moderna 1995. Pag18.
28. Martínez Sánchez, L.M. et al. Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor, Madrid, v. 21, n. 6, p. 338-344, dic. 2014. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600007&lng=es&nrm=iso>. accedido en 18 dic. 2017. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000600007>.
29. Pintanel Bassets Monica. Técnicas de relajación creativa y emocional. Ediciones Paraninfo, S.A., 2005 - 191 páginas.
30. Robert D. Sine, S. Lisis, R Rush, J. Holcim. Técnicas básicas de Rehabilitación. Ed. Científico Moderna 1995. PP. 225
31. Sánchez-Ruiz F, et al. Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. An. Fac. med. [Internet]. 2014 Abr [citado 2018 Mar 19] ; 75(2): 107-111. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832014000200003&lng=es.
32. Rodríguez Adams Elsa María. Non obstetric risk factors and quality of life in middle-aged women suffering from urinary incontinence. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 Mar [citado 2018 Mar 19] ; 40(1): 119-135. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000100013&lng=es
33. Martínez Torres Jacqueline del Carmen. Caracterización de mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 Mar [citado 2018 Mar 19] ; 40(1): 102-118. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000100012&lng=es.
34. Adriana Delgado Gamboa, J. Fajardo. Lesiones del manguito Rotador. Revista médica de Costa Rica y Centroamerica. 2014. Consultado 18-11-17. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc142g.pdf>
35. Ortiz F, Rincón M, Mendoza JC. Texto de Medicina Física y Rehabilitación. Colombia. Manual Moderno. 2016
36. Instituto Ferran de reumatología. 2013. Consultado 26/12/17 Disponible en: http://www.institutferran.org/hombro_doloroso.htm
37. Becker, William J, Lehtola, Carol, Brown, Charles. Preventing Injuries from Slips, Trips and Falls. Universidad de Florida. Consultado 26/12/17. Disponible en: <http://nasdonline.org/211/d000006/preventing-injuries-from-slips-trips-and-falls.html>
38. Muyfitness.[internet] ejercicios de propiocepción para el hombro Fecha actualizada May 10, 2017 Disponible en: https://muyfitness.com/ejercicios-propiocepcion-hombro-sobre_24624/

39. Secretaria de salud. [internet] Fecha de publicación 16 de octubre de 2017. Consultado: 04/02/18 Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/el-plato-del-bien-comer-una-guia-para-una-buena-alimentacion>
40. Secretaria de marina, [internet] Fecha de publicación: 28 de febrero de 2017 Consultado 03/02/18. Disponible en: <https://www.gob.mx/semar/articulos/jarra-del-buen-beber?idiom=es>
41. Juan José Sánchez-Mateos García, A Lozano, M. Sánchez. Prevención de cicatrices hipertróficas y queloides. Triaje 2017. Consultado 04/02/18 Disponible en: https://www.enfermeriadediciudadreal.com/articulo_imprimir.asp?idarticulo=462&accion=
42. Martínez Sánchez L.M., Martínez Domínguez G.I., Gallego González D., Vallejo Agudelo E.O., Lopera Valle J.S., Vargas Grisales N. et al . Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor Use of alternatives therapies, current challenge in the management of pain. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Jun 04] ; 21(6): 338-344. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000600007>
43. R. Moreno Rodríguez, et al .. Efectos de la intervención desde terapia ocupacional sobre la percepción del dolor crónico y la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. [Internet] Rev Soc Esp Dolor 2015. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v22n3/02_original.pdf
44. Ángel Fernando Cisneros Caballero, et al. Estrategias terapéuticas para la artritis reumatoide: hacia las terapias biotecnológicas. [Internet] Medigraphic Volumen 6 Número 2 Mayo-Agosto 2017. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invis/ir-2017/ir172d.pdf>
45. National Institute on Aging. [Internet] USA. [Actualizado Diciembre 10, 2014, citado Noviembre 20 2018] Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/health/ejercicios-equilibrio-adultos-mayores>
46. Subiela García JA, Abellón Ruiz J, Celdrán Baños AI, Manzanares Lázaro JA, Satorres Ramis B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enfermería Global [Internet] 2014. [Consultado 14. May. 2018] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/administracion4.pdf>
47. Cotarelo Méndez Ana María, Estévez Perera Adonis, Guridi González María Zaida. Capacidad funcional y repercusión familiar de pacientes con artritis reumatoide. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2013 Dic [citado 2018 Dic 11] ; 15(3): 146-152. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962013000300004&lng=es
48. Durante, Pedro TP, Terapia Ocupacional en Geriatria, Principios y práctica. Tercera Edición. Barcelona, España. Editorial Elsevier. 2010

ANEXOS



<https://bit.ly/2KImSB5>

ANEXO 2

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

En las personas de edad avanzada se puede evaluar el riesgo nutricional mediante un instrumento validado: el cuestionario de "Evaluación del estado nutricional" (Mini Nutritional Assessment, MNA®).

Cribaje

- 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 = anorexia grave
1 = anorexia moderada
2 = sin anorexia
- 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
- C. Movilidad
0 = de la cama al sillón
1 = autonomía en el interior
2 = sale del domicilio
- D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?
0 = sí 2 = no
- E. Problemas neuropsicológicos
0 = demencia o depresión grave
1 = demencia o depresión moderada
2 = sin problemas psicológicos
- F. Índice de masa corporal (IMC = peso/(talla)² en kg/m²)
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

Evaluación del cribaje (subtotal máximo 14 puntos)	
12 puntos o más	Normal. No es necesario continuar la evaluación.
11 puntos o menos	Posible malnutrición. Continuar la evaluación.

Evaluación

- G. ¿El paciente vive independiente en su domicilio?
0 = no 1 = sí
- H. ¿Toma más de 3 medicamentos al día?
0 = sí 1 = no
- I. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?
0 = sí 1 = no

- J. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (Equivalentes a dos platos y postre)
0 = 1 comida
1 = 2 comidas
2 = 3 comidas
- K. ¿Consume el paciente
 - productos lácteos al menos 1 vez al día? Sí no
 - huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? Sí no
 - carne, pescado o aves diariamente? Sí no
 0,0 = 0 o 1 síes
- 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
- N. Forma de alimentarse
0 = necesita ayuda
1 = se alimenta solo con dificultad
2 = se alimenta solo sin dificultad
- O. ¿Se considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales)
0 = malnutrición grave
1 = no lo sabe o malnutrición moderada
2 = sin problemas de nutrición
- 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
- Q. Circunferencia braquial (CB en cm)
0,0 = CB < 21
0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1,0 = CB > 22
- R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31

Evaluación del estado nutricional	
17 a 23,5 puntos	Riesgo de malnutrición.
menos de 17 puntos	Malnutrición.

Evaluación	máximo 16 puntos
Cribaje	máximo 14 puntos
Evaluación global	máximo 30 puntos

TABLA DE HECES DE BRISTOL				
TIPO	1		Pedazos duros y separados, como nueces	Estreñimiento severo
TIPO	2		Consistencia brumosas como una salchicha	Estreñimiento leve
TIPO	3		Forma de salchicha con una superficie agrietada	Normal
TIPO	4		Forma de salchicha, suave y casi como una serpiente	Normal
TIPO	5		Trozos de masa suaves con bordes bien definidos	Falta de fibra
TIPO	6		Consistencia blanda con bordes irregulares	Diarrea leve
TIPO	7		Consistencia líquida sin pedazos sólidos	Diarrea severa

<https://bit.ly/2Sh0bGU>

ANEXO 5

ESCALA DE BARTHEL

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="vertical-align: middle;">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.					

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

ANEXO 6

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA — Escala de Lawton y Brody

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
Puntuación total:	
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 todas las compras necesarias independientemente	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

ANEXO 7

ESCALA DE YESAVAGE

Escala de Yesavage		
Escala de depresión geriátrica de Yesavage		
ítem	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra á menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO
Puntuación total:		
0 - 10: Normal.		
11 - 14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%).		
> 14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).		

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

ANEXO 8

ESCALA DE DOWTON

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS		ALTO RIESGO > 2
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes, sedantes, Diuréticos, antidepresivos, otros	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales, auditivas	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda, insegura	1

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

ANEXO 10

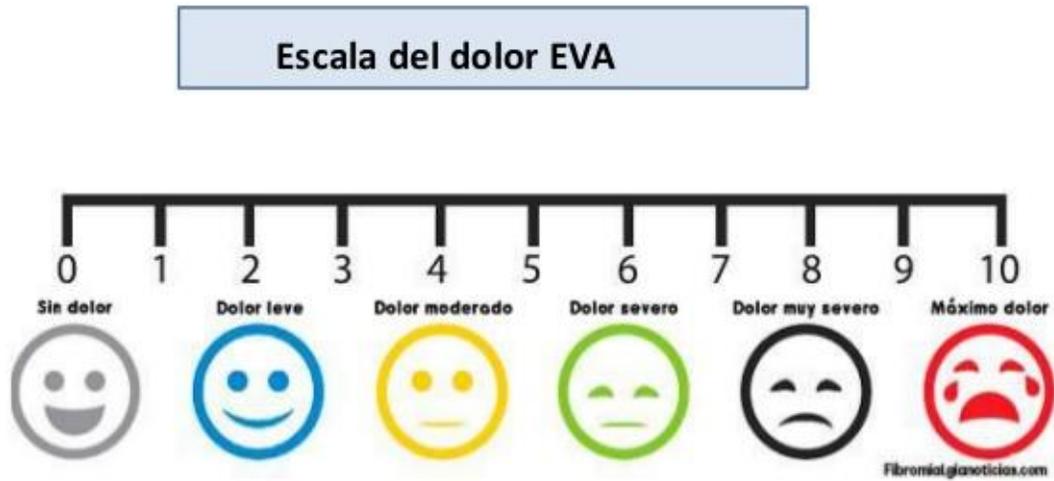
ESCALA DE DANIEL'S

Escala Daniels	
5	Accion muscular contra gravedad y resistencia máxima en todo el recorrido articular.
4	Accion muscular contra gravedad y una resistencia menor en todo su arco articular.
3	Contraccion muscular contra gravedad en todo su recorrido articular.
2	Contraccion muscular en movimiento desgravado en todo su recorrido articular.
1	Ni contracción muscular ni movimiento articular.

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

ANEXO 11

ESCALA DE EVA



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

CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN

Tabla 5. Cuestionario de Morisky-Green

1. ¿Se olvida de tomar alguna vez la medicación?
2. ¿Toma la medicación a la hora indicada?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicación?
4. Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar su medicación?

Incumplidor: aquel que responde de forma inadecuada una o más de las cuestiones planteadas.

En todas las preguntas debe responder "SI" o "NO"

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
 LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA



EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO DEL MANGUITO ROTADOR

La meta es que el paciente se desempeñe lo mejor posible con poco o ningún dolor. Le ayudará a fortalecer la musculatura del hombro y los implicados cerca del mismo así como a estirar los músculos que lo conforman. Le enseñará las técnicas apropiadas para mover adecuadamente todo el miembro superior, especialmente el hombro, ya sea para las tareas cotidianas o para actividades deportivas.

Los ejercicios para estirar el hombro abarcan:

- Estiramiento de la parte posterior del hombro (estiramiento posterior)
- Estiramiento subiendo las manos sobre la espalda (estiramiento anterior del hombro)
- Estiramiento anterior del hombro (toalla)
- Ejercicio del péndulo para relajar la cápsula articular



<http://bit.ly/26kwt0m>

Ejercicios para fortalecer el hombro:

- Ejercicio de rotación interna (con banda)
- Ejercicio de rotación externa (con banda)
- Ejercicios isométricos del hombro
- Flexiones de pecho contra la pared
- Retracción del omóplato (escapular) – sin tensores
- Retracción del omóplato (escapular) – con tensores
- Alcance del brazo



<http://bit.ly/2qkvvica>

Elaboró estudiantes de Posgrado de Enfermería Rehabilitación:

LEO. Rodríguez Chávez Griselda

BIBLIOGRAFIA:

Delgado Gamboa, A.J. Fajardo. Lesiones del manguito Rotador. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. [Internet]2014. Consultado 18-11-17. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc142g.pdf>



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
 LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA**



TERAPIAS ALTERNATIVAS

Las terapias complementarias son aquellas que se utilizan conjuntamente con la medicina convencional. Estas son herramientas que pueden desempeñar alguna función en un programa de tratamiento integral diseñado por el paciente y el profesional de la salud

MASAJES

- Ayudar a controlar el dolor.
- Ayudar a prevenir futuras lesiones.
- Reducir los niveles de estrés, causantes en muchas ocasiones de los dolores musculares al tensionarse.
- Los masajes liberan toxinas, con lo que ayudamos a retrasar el envejecimiento.
- Reducir las contracturas musculares (tras la práctica de ejercicio físico o por las malas posturas delante del ordenador, entre otras).
- Tonificar nuestro cuerpo.
- Mejorar el sistema circulatorio.
- Potenciar las defensas.



<https://bit.ly/2L7N86c>

TERMOTERAPIA

- Vasodilatación. Aumento del flujo de sangre a la zona (hiperemia). La hiperemia tiene efecto analgésico (reduce el dolor), favorece la nutrición de los tejidos y la eliminación de productos de deshecho.
- Disminución de la presión arterial. El calor afecta al corazón y reduce la presión sanguínea. Si baja en exceso, pueden producirse mareos, por lo que es necesario supervisar para evitarlo.
- Efecto sedante. El estímulo de calor de larga duración tiene efecto sedante, ya que favorece la relajación muscular, evita el espasmo muscular, alivia la fatiga y ralentiza la conducción nerviosa de estímulos dolorosos.



<https://bit.ly/2w40240>

AROMATERAPIA

Si desea usar la aromaterapia para calmar el dolor, relajarse y revitalizarse, los doctores recomiendan los siguientes aromas:

Relajación: vainilla. El aroma a vainilla, demostró presiones sanguíneas y ritmos cardiacos más estables que en aquellos que hicieron las pruebas en un ambiente no aromatizado.

Revitalización: menta, jazmín, cítricos. Estas fragancias le hacen sentirse más despierto

Alivio: manzana verde. El olor a manzanas verdes disminuye la intensidad y la duración de una migraña y puede tener un efecto similar en el dolor articular.



<https://bit.ly/2H6cGTC>

MUSICOTERAPIA

El Musicoterapeuta trabaja sobre diferentes aspectos de la persona, como pueden ser:

Aspectos sensoriales: trabajando la habilidad de respuesta ante los estímulos sensoriales recibidos.

Aspectos motrices: la coordinación, el equilibrio y la movilidad del paciente.

Aspectos cognitivos: memoria, aprendizaje, imaginación o atención.

Aspectos socio-emocionales: trabaja la inteligencia y el control de las emociones, así como la expresión emocional o el autoconocimiento de las propias emociones.



<https://bit.ly/2H79a0x>

Elaboró estudiante de Posgrado de Enfermería
Rehabilitación:

EER. Rodríguez Chávez Griselda

Bibliografía:

Martínez Sánchez L.M., Martínez Domínguez G.I., Gallego Gorzález D., Vallejo Agudelo E.O., Lopez Vallo I.S., Vargas Grisales N. et al. Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor Use of alternative therapies, current challenge in the management of pain. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Jun 04]; 21(6): 338-344. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000600007>.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
 LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA



Dispositivos de ayuda en Artritis Reumatoide

De Alimentación

Dispositivos con mango ancho que se puedan acoplar a la forma de la mano y que faciliten los movimientos.



1. Cuchara estándar
2. Cuchara ergonómica
3. Cuchara moduladora angular
4. Cuchara moduladora angular
5. Cuchara moduladora estándar
6. Cuchara moduladora ligera
7. Cuchara ergonómica
8. Soplete universal
9. Mueyita
10. Cuchara plana
11. Mango fino
12. Mango de espuma
13. Cuchara moduladora
14. Mango estándar
15. Mango estándar con doble calce



16. Plato con borde ancho con fondo en pendiente
17. Soplete estándar
18. Plato con borde interno
19. Plato estándar
20. Plato giratorio
21. Cuchillo estándar
22. Vaso con asa alta
23. Vaso transparente
24. Vaso estándar
25. Asa estándar con asa
26. Bomba manual para gases líquidos
27. Oropéndulo con inclinación para jarro
28. Cuchillo estándar
29. Cuchillo estándar
30. Plato con fondo antideslizante

<https://bit.ly/2T310V6>



De Vestido

Estos dispositivos están diseñados para que la persona no se agache demasiado o haga movimientos amplios que pueden provocarle dolor o ya tiene limitada la movilidad.



De Higiene Personal

Dispositivos que ayudan a la higiene personal y protegen las articulaciones

<p>Barras asideras: útiles en duchas, baños, inodoros y lavabos.</p> 	<p>Llave abre grifos: facilita el abrir y cerrar los grifos.</p> 
<p>Mango de espuma: para integrar en peines, cepillos, etc. Los hay de diferentes diámetros.</p> 	
<p>Cortaúñas: fácil de manejar al poder apoyarse en cualquier superficie.</p> 	<p>Tijeras de uñas.</p> 

<http://www.1000ideas.com>

<p>Bastones: con empuñaduras diferentes; cada persona necesita un tipo de empuñadura que se adapte a las características de su mano.</p>	
<p>Sujeta bastones: pensado para sujetar el bastón y evitar su caída.</p>	
<p>Correa Sujeta bastón: permite tener las manos libres, así como tener siempre el bastón disponible.</p>	
<p>Caminador: este tipo de ayuda ofrece la posibilidad de caminar a aquellas personas con miedo a caer o marcha inestable; es de altura regulable y es muy importante que esté adaptado al usuario y que este aprenda como debe usarlo.</p>	
<p>Sillas de ruedas (de interior, para exterior, autopropulsable, con inodoro...)</p>	

<http://sld.cu/2008/04/>

De Movilidad

Estos dispositivos ayudan a la marcha de la persona y están indicados para cada necesidad personalizada

Elaboró estudiante de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación:
EER. Rodríguez Chávez Griselda

Bibliografía
Lugo LH, Ramírez G, Pallares Álvarez K, Ramírez Gómez LA. Rehabilitación en Artritis Reumatoide. Convenio ISS – ASCOFAME [Internet] 2012 [Citado 15. Noviembre. 2018] Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/artrit_rehab.pdf.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
 LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA



HIGIENE ARTICULAR

- ❑ Cuando sus articulaciones están inflamadas o dañadas, es necesario que tome ciertas precauciones con sus actividades diarias.
- ❑ La protección de las articulaciones significa realizar las tareas cotidianas (cocinar, limpiar, cuidar el jardín) en una forma tal que se reduzca la carga en las articulaciones afectadas por la artritis.
- ❑ Aprender cómo debe proteger las articulaciones puede facilitar el trabajo y le ayudará a reducir el dolor y a ahorrar energía.

1. Mantenga su peso corporal ideal. Cuanto más peso, más tensión que usted está poniendo en sus articulaciones, especialmente en las caderas, rodillas, espalda y pies.



<https://bit.ly/2v3r8k1>

1. Mueva su cuerpo. El ejercicio protege las articulaciones fortaleciendo los músculos alrededor de ellos. Los músculos fuertes evitan que sus articulaciones se rocen entre sí, desgastando el cartilago. Podemos ayudarle a empezar a trabajar en un programa de ejercicios que trabaja para usted.



<https://bit.ly/2v3r8k1>

1. Párese derecho. Una buena postura protege las articulaciones en el cuello, espalda, caderas y rodillas.



<https://bit.ly/2v3r8k1>

1. Use las articulaciones grandes. Al levantar o cargar, use las articulaciones y músculos más grandes y fuertes. Esto le ayudará a evitar lesiones y la tensión en las articulaciones más pequeñas.



<http://bit.ly/21wVW1w>

1. No sea estático. Cambio de posiciones regularmente disminuye la rigidez en los músculos y las articulaciones.



<https://bit.ly/21wVW1w>

<https://bit.ly/21wVW1w>

1. Escuche a su cuerpo. Si usted está en el dolor, no lo ignore. El dolor después de la actividad o el ejercicio puede ser una indicación de que ha estresado sus articulaciones.



<http://bit.ly/21wVW1w>

Elaboró estudiante de Posgrado de Enfermería
Rehabilitación:
EER. Rodríguez Chávez Griselda

Bibliografía:
Moreno Rodríguez R. Efectos de la intervención desde terapia ocupacional sobre la percepción del dolor crónico y la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. [Internet] Rev Soc Esp Dolor 2015. [Citado el 12. Noviembre 2017] Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v22n3/02_original.pdf



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
 LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA**



COMO CAER DE MANERA SEGURA

Protege tu cabeza

Lo más importante en caso de una caída es proteger la cabeza. Las lesiones en esta zona pueden ser muy graves e incluso mortales

- Baja la cabeza y dobla el mentón hacia abajo.
- Si caes de cara al piso, gírala hacia uno de los lados.
- Para mayor protección eleva tus brazos a la altura de la cabeza. Si caes hacia adelante colócalos delante de tu cabeza y si caes hacia atrás ubícalos detrás de la misma.
- Si tomas anticoagulantes o diluyentes de la sangre y sufres un golpe en la cabeza debido a una caída puede ser peligroso y mortal, ya que podría producirse una hemorragia intracraneal. Acude a urgencias



<http://bit.ly/2f6a998>

Gira mientras caes. Ya sea que se trate de una caída hacia adelante o de una caída hacia atrás, gira tu cuerpo e intenta caer de lado. Si caes directamente sobre tu espalda puedes lesionarte gravemente. Una caída frontal puede ocasionar golpes en la cabeza, rostro y brazos.

Mantén los brazos y las piernas flexionados. Durante la caída es probable que intentes sujetarte con los brazos. Sin embargo, si caes con los brazos extendidos estos podrían sufrir una lesión al recibir todo el impacto. Trata de mantener tus brazos y piernas flexionados durante la caída. Si intentas sujetarte, caerás completamente sobre tus brazos y podrías fracturarte las muñecas o cualquier otra parte del brazo.



<http://bit.ly/2f6a998>

Evita tensar los músculos. La tensión muscular de tu cuerpo durante la caída puede aumentar las probabilidades de sufrir una lesión. Si tu cuerpo está tenso no podrá amortiguar la fuerza de la caída. Intenta exhalar durante la caída para ayudar a que tu cuerpo se mantenga relajado.

Rueda para evitar el impacto. Si tienes la capacidad, una buena técnica para disipar el impacto de una caída es rodar. La fuerza de la caída se traslada al rodamiento en sí, en lugar de que tu cuerpo reciba todo el golpe

Dado que esta técnica es complicada, quizá debas practicar la forma correcta de caer y rodar en el gimnasio o en algún lugar que tenga un piso acolchado y mullido

Elaboró estudiante de Posgrado de Enfermería
 Rehabilitación:
 EER. Rodríguez Chávez Griselda

BIBLIOGRAFIA:
 Becker, William J, Lehtola, Carol, Brown, Charles. Preventing Injuries from Slips, Trips and Falls. Universidad de Florida. Consultado 26/12/17. Disponible en:
<http://insstonline.org/2111d00006/preventing-injuries-from-slips-trips-and-falls.html>



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA**



Ejercicios de equilibrio encaminados a la prevención de caídas

La caídas son unos de los mas serio problemas de salud en los adultos mayores, causando considerable discapacidad, pérdida de la independendencia y muerte prematura. Los factores de riesgo que se pueden encontrar son debilidad muscular, historia reciente de caídas, alteración del equilibrio, depresión entre otras.



1

Los siguientes ejercicios pueden mejorar su y se pueden modificarn a medida que va progresando:

Empiece usando una silla firme para sostenerse. Para desafiarse a sí mismo, trate de sostenerse de la silla solamente con una mano (en su caso la mano derecha). Después de algún tiempo, puede tratar de sostenerse solamente con un dedo, y por fin, sin usar las manos del todo. Si usted se siente firme y estable cuando está parado, trate de hacer el ejercicio con los ojos cerrados



2

Levante los brazos de los costados hacia arriba, hasta la altura de los hombros.

- Escoja un punto frente de usted y concéntrese en ese lugar para mantenerse estable mientras camina.
- Camine en línea recta con un pie en frente del otro.
- Mientras va caminando, levante la pierna de atrás. Haga una pausa por 1 segundo antes de volver a caminar.
- Repita por 20 pasos, alternando las piernas.



3

Párese sobre un pie detrás de una silla firme, sosteniéndose de la silla para mantener el equilibrio.
Mantenga la posición por hasta 10 segundos.
Repita 10-15 veces.
Repita 10-15 veces con la otra pierna.
Repita 10-15 veces más con cada pierna.



Recuerde realizar antes su rutina de ejercicios de calentamiento y estiramiento para prevenir lesiones musculares.

Elaboró estudiante de Posgrado de Enfermería
Rehabilitación:

EER. Rodríguez Chávez Griselda

BIBLIOGRAFIA:

- Ortiz F, Rincón M, Mendoza JC. Texto de Medicina Física y Rehabilitación. Colombia. Manual Moderno. 2016
- National Institute on Aging. [Internet] USA. [Actualizado Diciembre 10, 2014, citado Noviembre 20 2018] Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/health/ejercicios-equilibrio-adultos-mayores>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
 LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA



ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune que puede ser causada por muchos factores.

Se caracteriza por la inflamación de una o varias articulaciones al comprometer el funcionamiento de estas y las más afectadas son las articulaciones de las manos, pies y rodillas

Dentro de los signos y síntomas encontramos:

- Inflamación
- Dolor
- Limitación del movimiento
- En casos graves deformación

También puede encontrarse fiebre, malestar general, pérdida de peso.



Enfermería de rehabilitación y tratamiento postural.

- Importancia de la combinación del medicamento con el programa de rehabilitación.
- Se le explican las posturas correctas acostado, sentado y de pie
- Reposo de 8 horas en la noche y al menos una siesta de 1 a 2 horas durante el día.
- Baño matutino temprano en la mañana con agua tibia para aliviar la rigidez.
- Se enseñan los ejercicios respiratorios respiración diafragmática
- Se le enseñan las contracciones isométricas de miembros superiores e inferiores
- Evitar el agotamiento físico y mental.
- Reposo suficiente para no tener molestia articular y fatiga general. Planear las actividades del paciente para minimizar el uso excesivo o prolongado de la articulación que le puede exacerbar el dolor y mayor gasto de energía, es decir economía articular, evitar movimientos que potencien deformidades
- Apoyo emocional y consejos psicológicos, social, vocacional, sexual Régimen del tratamiento en esta fase es corto, simple y con objetivos claros
- Alimentación balanceada, rica en alimentos antioxidantes



<https://bit.ly/2t1t1w0>



<https://bit.ly/28k26n5>

Elaboró estudiante de Posgrado de Enfermería
 Rehabilitación:
 EER. Rodríguez Chávez Griselda

Bibliografía:
 R. Moreno Rodríguez, et al. Efectos de la intervención desde terapia ocupacional sobre la percepción del dolor crónico y la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. [Internet] Rev Soc Esp Dolor 2015. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v22n3/02_original.pdf



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
 LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA

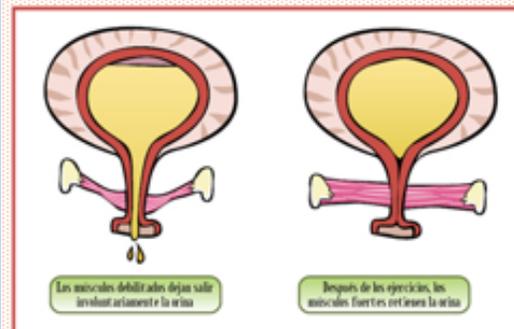


EJERCICIOS PARA FORTALECER EL PISO PÉLVICO

La incontinencia urinaria consiste en la pérdida involuntaria de orina, el afectado pierde el control de la vejiga. También puede variar desde unas fugas leves de orina hasta pérdidas abundantes e imposibles de controlar. La incontinencia urinaria puede convertirse en un problema social importante, limitante y embarazoso.

Estos ejercicios los ideó el doctor Arnold Kegel para fortalecer el suelo pélvico, y desde entonces se han convertido en una de las armas terapéuticas más eficaces para tratar la incontinencia urinaria.

- El lento: contraer los músculos pélvicos como si quisieras detener la orina. Mantén la contracción mientras cuentas hasta 5 respirando suavemente. Luego relájalos mientras cuentas también hasta 5. Repite esta serie 10 veces, hazlo 3-4 veces al día. Con el tiempo ve aumentando la duración de la contracción y relajación.
- El rápido: contrae y relaja tan rápido como puedas los músculos durante 2-3 minutos o hasta que te canses, lo que ocurra primero. Inicia con 10 repeticiones hasta llegar a 50 repeticiones diarias.
- El ascensor: tu vagina es un tubo muscular con secciones en forma de anillo puestas unas sobre otras, imagina que cada sección es una planta de un edificio y que subes y bajas en ascensor las distintas plantas contrayendo cada sección. Empieza subiendo el ascensor a la primera planta, contrae y aguanta 2 segundos, pasa a la segunda y repite lo anterior, sube todas las plantas que puedas (normalmente no más de 5). Para bajar, contrae y aguanta también 2 segundos en cada planta. Tras bajar al primer piso, baja al "sótano" "apretando" hacia afuera.
- La onda: algunos músculos pélvicos se disponen en forma de un 8 con tres anillos. De delante hacia atrás, un anillo alrededor de la uretra, otro alrededor de la vagina y el último alrededor del ano. Contrae estos músculos de delante hacia atrás y relaja de detrás hacia adelante aguantando la contracción 2 segundos en cada anillo. Repite la serie 10 veces y ve aumentándolas al ir ganando fuerza.



Las flechas señalan la ubicación de los músculos pubococcígeos que vamos a ejercitar gracias a estas series de ejercicios. Los ejercicios de Kegel debemos realizarlos con regularidad unas 4 veces al día

Elaboró estudiante de Posgrado de Enfermería
 Rehabilitación:
 EER. Rodríguez Chávez Griselda

BIBLIOGRAFÍA:
 Martínez Torres JC. Caracterización de mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 Mar [citado 2018 Mar 19]; 40(1): 102-116. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-800X2014000100012&lng=es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA

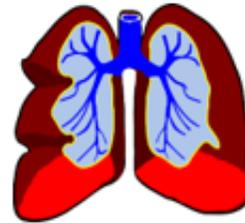


PLAN DE ALTA

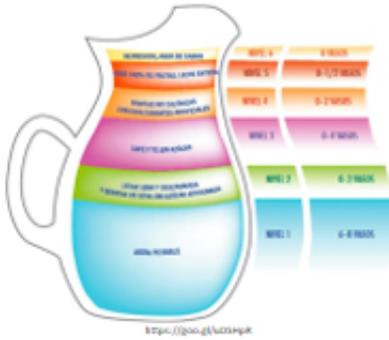
Recomendaciones para un adecuado mantenimiento de la salud en el hogar:

HIGIENE DEL SISTEMA RESPIRATORIO

- Practicar ejercicios, preferiblemente al aire libre.
- Respirar por la nariz y no por la boca.
- Dormir en habitaciones con buena ventilación.
- Evitar cambios bruscos de temperatura.
- Realizar paseos por el campo y áreas verdes de la ciudad.
- No fumar y alejarse del humo del cigarrillo.
- Visitar al médico si se presentan anomalías o dificultades respiratorias como dolor al respirar, sonidos extraños durante movimientos pulmonares, tos, flemas abundantes y dificultad para respirar..



<https://goo.gl/3z688n>



<https://goo.gl/3z688n>

INGESTA ADECUADA DE AGUA

Por medio de la Jarra del Buen Beber nos guiaremos para reconocer que cantidades debemos consumir y cuales evitar así como las cantidades recomendadas.

- Se recomienda beber de 6 a 8 vasos de agua simple natural todos los días, evitando refrescos o bebidas gaseosas, dietéticas o "light".
- Evitar tomar más de 2 vasos al día de leche semidescremada y bebidas de soya sin azúcar, comenzando desde los 2 años de edad.
- Tomar máximo 4 tazas (240 ml por taza) al día de té o café sin azúcar.
- Evitar consumir más de 2 vasos de bebidas no calóricas con edulcorantes artificiales y conservadores artificiales, como agua con vitaminas y bebidas energizantes.
- Tomar 1/2 vaso de jugo de frutas 100% natural, leche entera, bebidas deportivas o bebidas alcohólicas, ya que éstas tienen altas cantidades de grasas o azúcares.
- Para mejorar nuestra salud es muy importante seguir estas recomendaciones, el agua natural es la mejor recomendación, evitar bebidas con alto contenido de azúcar y revisar la información nutricional en las etiquetas evitando beber bebidas que contengan ingredientes desconocidos y sustancias artificiales..

INGESTA SUFICIENTE DE ALIMENTOS

Una buena alimentación significa que tu cuerpo obtiene todos los nutrientes, vitaminas y minerales que necesita para trabajar correctamente. Para ello, debes aprender a planear tus comidas y colaciones inteligentemente, de modo que sean ricos en nutrientes y bajos en calorías.

Para lograr ese equilibrio en tu alimentación, puedes consultar el Plato del Bien Comer, que ilustra cada uno de los grupos de los alimentos y te informa sobre su variedad y la mejor manera de combinarlos.



<https://goo.gl/3z688n>

ADECUADA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Usted se beneficia al tener a la mano toda la información que requiera de los medicamentos que se administra, con el fin de evitar su deterioro y lograr mantenerlos en perfecto estado, siguiendo siempre las indicaciones de su médico.

Es importante tomar en cuenta lo siguiente:

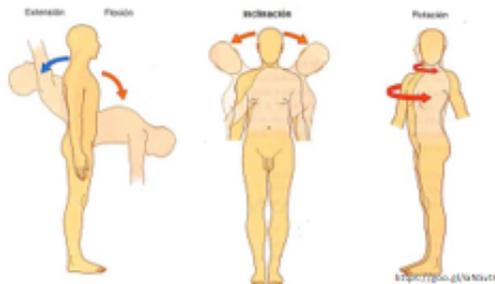
- ✓ Siga las indicaciones de su médico.
- ✓ Tome el medicamento durante todo el período que su médico le indique.
- ✓ Tome únicamente sus propias medicinas.
- ✓ Prepare los medicamentos que necesita tomar durante la noche.
- ✓ Organice los medicamentos en su casa. Use un calendario, un pastillero para almacenar, etc.
- ✓ Antes de salir de viaje, pregúntele a su médico o farmacéutico cómo adaptar el horario de administración de su medicamento de acuerdo con los cambios de hora, de rutina y alimentación.
- ✓ Lea y siga siempre las indicaciones en la etiqueta del medicamento. Las etiquetas de los medicamentos de venta libre contienen toda la información que necesita para tomarlo correctamente, y le indican: principio activo, para qué sirve el medicamento, las interacciones o efectos secundarios, cómo y cuándo tomarlo, etc.
- ✓ Hable con los profesionales que le atienden acerca de su estado de salud, sus inquietudes al respecto, y todos los medicamentos que le fueron administrados.
- ✓ No deje de acudir a sus citas médicas



EJERCICIO

Es importante realizar ejercicios articulares de los miembros no afectados si esta indicado. Estos pueden ser activos a pasivos, sin movimientos bruscos que causen dolor

- ❖ Calentamiento
- ❖ Estiramiento
- ❖ Fortalecimiento
- ❖ Estiramiento



<http://goe.gi/19fN5ia>

RECOMENDACIONES EN ARTRITIS REUMATOIDE

- No ignore el dolor de las articulaciones. Los estudios muestran que el daño a las articulaciones ocurre en etapas tempranas en algunas formas de artritis, frecuentemente en los primeros dos años.
- Esté activo. El ejercicio regular protege las articulaciones al fortalecer los músculos que las rodean. Una actividad física de tan sólo 30 minutos al día en alguna actividad que disfrute, como caminar, nadar o trabajar en el jardín.
- Piense en grande. Para proteger sus articulaciones, siempre use la articulación más grande y fuerte posible para completar la labor. Mientras más grande sea la superficie que tenga para distribuir el peso, mejor.
- Protéjase haciendo un calentamiento apropiado y variando el uso de grupos musculares. Lleve protectores o abrazaderas para aliviar la tensión en las articulaciones y reducir el riesgo de lesiones. Considere actividades de bajo impacto como ciclismo o natación que ofrecen beneficios en cuanto a quemar calorías sin añadir tensión en las articulaciones.
- Consiéntase con un masaje o baño caliente. Se ha demostrado que ambos pueden aliviar la tensión muscular y el dolor en las articulaciones. Encuentre tiempo para hacer las cosas que disfruta, porque una mejor salud emocional a menudo se equipara con una mejor salud física.
- Deje de fumar. Fumar puede reducir la masa muscular, conducente a la osteoporosis y a un mayor riesgo de fracturas. Fumar también puede aumentar el riesgo de complicaciones de diversas formas de artritis y puede prolongar el tiempo de recuperación después de intervenciones quirúrgicas

Bibliografía:

- Secretaría de salud. [Internet] Fecha de publicación 16 de octubre de 2017. Consultado: 04/02/18 Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/insist-niolo-que-bien-comer-una-quesada-una-busca-el-metabolismo>
- Secretaría de marina. [Internet] Fecha de publicación: 28 de febrero de 2017 Consultado: 03/02/18. Disponible en: <https://www.gob.mx/semar/articulos/jama-del-buen-beber?idiomas=es>
- Juan José Sánchez-Mateos García, A Lozano, M. Sánchez. Prevención de cicatrices hipertróficas y queloides. Triaje 2017. Consultado 04/02/18 Disponible en: https://www.enfermeriadecludadreal.com/articulo_imprimir.asp?idarticulo=462&accion=

Elaborado por:

➤ EER. Rodríguez Chávez Griselda



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA**



Ejercicios de propiocepción para el hombro

La propiocepción es la conciencia del cuerpo del lugar físico en que se encuentra. El entrenamiento propioceptivo del hombro es una herramienta importante para los atletas y no atletas para prevenir y rehabilitar lesiones de la región superior del cuerpo

- Los ejercicios realizados en una pelota de gimnasia inestable y sobre pelotas de estabilidad incorporan una mayor retroalimentación propioceptiva.
- Los ejercicios con pesas de gimnasia y pesas rusas proporcionan más entrenamiento propioceptivo que una barra de pesas.
- Correr o practicar ciclismo al aire libre proporciona una mayor retroalimentación propioceptiva que las caminadoras y las bicicletas fijas.

Estos ejercicios generales son puntos de partida para el entrenamiento propioceptivo de hombro



ORIENTACIÓN CON PESO

Los ejercicios para el hombro con peso se deben comenzar por etapas y avanzar gradualmente.

- Comienza por mantenerte quieto de 15 a 60 segundos con los brazos y las rodillas flexionados.
- Avanza hasta una posición de flexión de brazos en equilibrio sobre las dos manos y los pies, y luego pasa a otra posición con una mano.
- Avanza desde el suelo a un mini trampolín, de ahí a una pelota de ejercicio pequeña, después a una pelota de gimnasio y finalmente a dos pelotas de gimnasio.

Estos ejercicios desarrollan mayor propiocepción, fuerza y equilibrio en los hombros.



ORIENTACIÓN SIN PESO

Comienza con ejercicios sin peso, sobre todo si estás recuperándote de una cirugía, estuviste inmovilizado, no tienes fuerza, tu amplitud de movimiento es limitada o por enfermedad.

- Comienza en tu propio nivel y avanza gradualmente. De pie, con los ojos cerrados mueve los dos brazos con movimientos idénticos sin provocar dolor de hombros, codos, muñecas, manos y dedos.
- Aprieta los omóplatos sin encoger los hombros, cierra los ojos y mueve nuevamente los dos brazos con movimientos idénticos, tal como en la actividad ya mencionada.
- Párate sobre una pierna y realiza este ejercicio, luego cambia de pierna y repite.

Esto enseñará a diferentes partes del cuerpo a trabajar conjuntamente y desarrollar equilibrio, estabilidad y conciencia en las articulaciones de los hombros.

Elaboró estudiantes de Posgrado de Enfermería Rehabilitación:
LEO. Rodríguez Chávez Griselda

BIBLIOGRAFÍA:
Muyfitness.[internet] Ejercicios de propiocepción para el hombro [Fecha actualizada May 10, 2017, Consultada 1mar 12 2018] Disponible en: https://muyfitness.com/ejercicios-propiocepcion-hombro-sobre_24624



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
 LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA

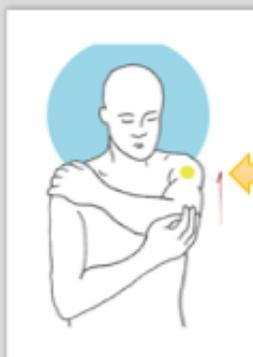


EJERCICIOS TERAPEUTICOS EN CASA

Es imprescindible la educación del paciente ya que esta puede mejorar el resultado, se le educa sobre la evitación de las actividades de provocación, la patología y artrocinemática adecuada del hombro. La educación también hace hincapié en las técnicas apropiadas de calentamiento. Se debe realizar un programa adecuado de ejercicios físicos en casa para prevenir la recurrencia de los síntomas, se muestra a continuación:

Ejercicios de calentamiento

Flexione el cuerpo desde la cintura hasta que el tronco se encuentre paralelo al suelo. Deje que el brazo doloroso cuelgue como un péndulo enfrente de usted y balancéelo lenta y suavemente en pequeños círculos. A medida que el músculo se caliente, haga los círculos cada vez más grandes. Práctiquelo durante un minuto

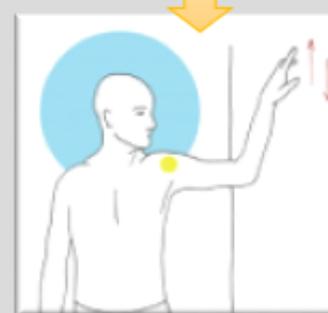


Ejercicios de estiramiento

1 Coloque la mano del brazo doloroso sobre el hombro opuesto. Con la otra mano tome el codo desde abajo y empújelo hacia arriba con suavidad hasta donde sea posible sin que esto le produzca dolor. Mantenga esa posición durante unos segundos y luego lleve el brazo con suavidad hasta la posición inicial. Repítalo 10-15 veces.

2 Colóquese de pie con el hombro doloroso a unos 60-90 cm. de la pared. Extienda el brazo, coloque la yema de los dedos sobre la pared y súbalos suavemente hasta donde sea posible. A continuación, acérquese a la pared y vea si puede subir los dedos un poco más. El objetivo es alcanzar el punto en donde el brazo se encuentre extendido hacia arriba contra la pared. Cuando usted haya llegado lo más alto posible, mantenga esa posición durante unos cuantos segundos y luego baje los dedos por la pared. Repítalo 5-10 veces.

3 Manténgase de pie y coloque el dorso de la mano del lado afectado sobre su espalda. Con la otra mano, lance el extremo de una toalla de baño sobre el hombro sano y tómelo con la mano que se encuentra atrás de la espalda. Jale con suavidad la toalla con la mano sana, elevando el brazo doloroso. No jale la toalla con violencia, hágalo hasta donde sea posible sin que la maniobra le produzca dolor. Mantenga esa posición durante unos cuantos segundos y vuelva lentamente a la posición inicial. Repítalo 10-15 veces.



- 4 Coloque la mano del brazo doloroso atrás de su cintura. Con la palma dirigida hacia la espalda, trate de levantar la mano sobre su espalda hasta donde sea posible, como si los dedos caminaran hacia arriba por la columna vertebral. Mantenga esa posición durante unos segundos y luego permita que la mano se deslice hacia la cintura. Repítalo 5-10 veces.

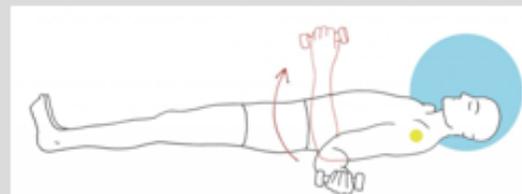


Ejercicios de fortalecimiento

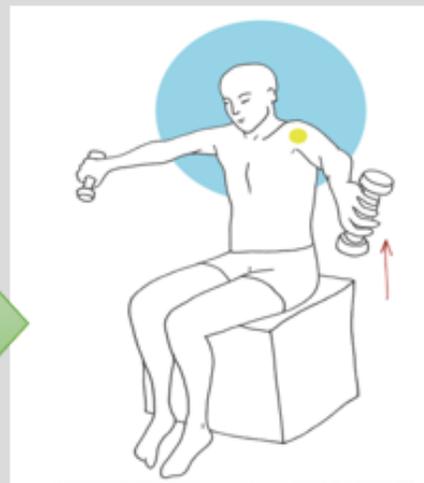
Necesitará unas pesas de 0.5 – 2.5 Kg. para ejecutar estos ejercicios; las latas de alimentos son útiles, pero es más fácil sostener las pesas de gimnasia.

- 1 Acuéstese sobre su espalda con el codo junto al costado y flexionado a 90 grados, de manera que el antebrazo se dirija hacia fuera. Levante lentamente la mano que sostiene la pesa, hasta que ésta apunte hacia el techo; luego regrese a la posición inicial. Repítalo 10 veces. A medida que el hombro se fortalezca, repítalo hasta 20 veces.

- 2 Acuéstese sobre su costado y mantenga el codo cerca del cuerpo y flexionado a 90 grados, como en el ejercicio 1. Levante lentamente la mano que sostiene la pesa, hasta que ésta apunte hacia el techo; luego bájela. Repítalo 10 veces, hasta llegar a 20 veces a medida que el hombro se fortalezca.



- 3 En posición de pie o sentado, sostenga las pesas en ambas manos y gire las manos hasta que los pulgares apunten hacia el piso. Extienda los brazos unos 30 grados hacia delante, levántelos suavemente hasta que se encuentren un poco abajo del nivel del hombro y luego bájelos. (No los eleve por arriba del nivel del hombro porque esto puede perjudicar a los músculos y a los tendones por esfuerzo excesivo). Repítalo 10 veces y aumente el número de repeticiones en forma gradual hasta llegar a 20.



Elaboró estudiante de Posgrado de Enfermería
Rehabilitación:

EER. Rodríguez Chávez Griselda

BIBLIOGRAFIA:

Instituto Ferran de reumatología.2013. Consultado
26/12/17 Disponible en:
http://www.institutferran.org/hombro_doloroso.htm



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA**



MANIOBRAS PARA LA EXPLORACION

Existen maniobras o signos específicos que permiten explorar de forma selectiva e individualizada los distintos músculos que forman el manguito de los rotadores. A pesar de las muchas pruebas descritas en la literatura para explorar el hombro, falta un consenso que señale las más específicas

Prueba	Maniobra	Positivo	Indica
Prueba de Neer	Flexión pasiva del hombro, con este en rotación interna.	Dolor a nivel subacromial	Pinzamiento subacromial y pinzamiento del MSE
Prueba de Hawkins	Con el hombro y codo en flexión de 90°, realizar una rotación interna del hombro.	Dolor a nivel subacromial	Pinzamiento subacromial y pinzamiento del MSE
Prueba de Jobe	Hombro en abducción de 90° en el plano escapular, (flexión anterógrada de 30°) y rotación interna máxima. Se debe mantener la posición ante la aplicación de una fuerza de descenso en los brazos	Dolor o incapacidad de mantener la posición.	Proceso inflamatorio o degenerativo del MSE
Prueba de caída del brazo	El hombro en 90° de abducción y llevarlo lentamente a posición neutra.	Incapacidad para soportar el peso del brazo o dolor considerable.	Desgarro del MR, principalmente del MSE
Prueba de Patte	Hombro en abducción a 90° y flexión de codo 90°, realizar rotación externa contra resistencia por parte del examinador	Dolor a nivel posterolateral del acromion	Proceso inflamatorio o degenerativo del M. infraespinoso.
Prueba de Iff off Test	Rotación interna del hombro, con flexión del codo, de modo que el dorso de la mano contacte con la espalda. El paciente separa la mano contra resistencia del dorso.	Dolor o incapacidad para separar la mano contra resistencia	Proceso inflamatorio o degenerativo del M. Subescapular.

<http://bit.ly/2u4Pq8a>

MANIOBRA	IMAGEN	AFECTACIÓN
Prueba de recordo de Apley		Supraespinoso, infraespinoso y subescapular
Maniobra de Jobe		Supraespinoso de el brazo con la mano en posición supinada y el codo neutro
Test de Patte		Infraespinoso
Maniobra de Apley	 Paciente con el hombro en flexión de 45°, codo a 90° y rotación interna máxima.	Tronclo largo del trapecio
Maniobra de Yergason	 El paciente realiza rotación de codo a la flexión de codo.	
Test de Gerber		Subescapular

<http://bit.ly/2CkVQ7T>

Elaboró estudiante de Posgrado de Enfermería Rehabilitación:

EER. Rodríguez Chávez Griselda

BIBLIOGRAFIA:

Delgado Gamboa, J. Fajardo. Lesiones del manguito Rotador. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2014. Consultado 18-11-17. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc142g.pdf>

CONSENTIMIENTO INFORMADO



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

CD de México a 27 de octubre 2018

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

Autorizo (nombre y firma):

Ina de los Angeles Sánchez

Testigo (nombre y firma):

Noemí Román Sánchez

Estudiante del Posgrado (nombre y firma):

Giselda Rodríguez Giselda R.